

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)

# *Infestatietaan: hoe ziet die eruit en wat te doen?*

## Twee gevalsbeschrijvingen

---

KIM HELMUS, PATRICK KEMPERMAN, AART DE LEEUW, MARCEL VAN DEN HOUT & TONNIE STARING

### *Samenvatting*

De aandoening die bekendstaat als parasietenwaan, infestatietaan of het Ekbom-syndroom is de beleving van de patiënt dat er beestjes of parasieten op of in zijn huid leven, en soms ook in zijn leefomgeving. De patiënt voelt en ziet de beestjes, maar andere mensen zien ze niet. Vaak krabt de patiënt zijn huid kapot vanwege de jeuk, of in een poging de beestjes uit zijn lichaam te verwijderen. Veel tijd kan opgaan aan dagelijkse rituelen als schoonmaken, verwijderen van veronderstelde beestjes, en bescherming van spullen en het lichaam. Ook zijn patiënten veel bezig met het overtuigen van anderen en komen ze geregeld met 'bewijzen', zoals schilfers en kleine insecten. In dit artikel beschrijven we twee gevallen van infestatietaan, met als doel om de lezer bekend te maken met het klinisch beeld, dat kan lijken op de obsessieve-compulsieve stoornis. Antipsychotica en alertheid op middelengebruik kunnen worden geadviseerd. Verder kan cognitieve gedragstherapie behulpzaam zijn. Met name is het belangrijk om niet in discussie te treden, gezamenlijk doelen op te stellen, geïndividualiseerd te werken, en gefocust te blijven op perifere opvattingen en disfunctionele gedragsstrategieën.

*Trefwoorden: parasietenwaan, infestatietaan, Ekbom, waan, waanstoornis, cognitieve gedragstherapie, CGT, Gedachten Uitpluizen*

### INLEIDING

Met dit artikel willen wij u bekend maken met het beeld van de infestatietaan, zodat u het kunt herkennen en bekend raakt met de behandelmogelijkheden. Dit doen we aan de hand van twee gevalsbeschrijvingen. De klachten van de vrouw uit de eerste gevalsbeschrijving werden aanvankelijk gezien

als een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS). De vrouw uit de tweede gevalbeschrijving kwam binnen via een dermatoloog (auteur PK) van het Amsterdam UMC. Beide patiënten kregen antipsychotica voorgeschreven. Bij de eerste leek middelenmisbruik bovendien een belangrijke oorzakelijke factor, en onderwerp en focus voor de behandeling. Bij de tweede casusbeschrijving is tevens met cognitieve gedragstherapie (CGT) getracht klachten te behandelen.

#### CASUS 1: ROSALINE

.....

In mei 2017 verwees de huisarts een 48-jarige alleenstaande vrouw naar de poli voor angst- en dwangstoornissen van Altrecht (Academisch Angstcentrum Altrecht, waar auteurs MvdH en AdL werken). Rosaline zou recent bang zijn geworden voor mijten en andere kleine beestjes. Om het ongedierte te bestrijden zou ze allerlei schoonmaakrituelen hebben ontwikkeld. Bij de intake wordt dit bevestigd. Patiënte vertelt dat ze enkele weken bij haar moeder inwoonde om die te helpen bij een verbouwing. In het matras van haar moeder trof patiënte mijten aan. Ze vond dit zeer onsmakelijk, weerzinwekkend zelfs. Sindsdien neemt ze tal van maatregelen om het ongedierte te doden of te verwijderen. Aanvankelijk gebeurde dit bij moeder thuis, maar nu, na de verbouwing, ook in haar eigen huis. Het kost zo'n twaalf tot vijftien uur per dag: wassen van beddengoed en kleding, stofzuigen, dichtplakken en controleren van vensters, afplakken van kieren, ontsmetten van badkamer en toilet, met chloor de keuken schoonmaken, enzovoort. Tussen de bedrijven door controleert patiënte het huis op de aanwezigheid van kleine beestjes, met een loep en een zaklantaarn. Ze is er niet helemaal uit of er nu echt reden tot zorg is over de diertjes, maar kan de drang tot schoonmaken niet weerstaan. Voorafgaand aan de ontdekking van de mijten in het matras had ze geen angst of afkeer van diertjes gehad, en ook het overmatig poetsen was nieuw.

Deze patiënte vertoonde allerlei kenmerken van een OCS, maar ongewoon was dat de problemen pas op deze late leeftijd zijn begonnen, zonder een voorgeschiedenis van (sub)klinische OCS. Ook verrassend was dat de narigheid zich zo snel ontwikkelde: binnen enkele weken. De psychiatrische voorgeschiedenis vermeldde stemmingsproblemen na een relatiebreuk, vijftien jaar geleden, met een vriend met wie patiënte cocaïne gebruikte en die haar mishandelde. 'Daarna ging de hond dood, en toen stortte mijn wereld pas echt in.' Met antidepressiva en gesprekstherapie knapte ze destijds op. Het cocaïnegebruik zou teruggebracht zijn tot incidenteel in het weekend, bij het uitgaan. Voorlopig werd de diagnose OCS gesteld, en patiënte werd behandeld met cognitieve gedragstherapie middels exposure en responspreventie. Het cocaïnegebruik leek stabiel en zou geen beletsel hoeven te zijn.

*Commentaar*

Duidelijk was dat het bij deze patiënte om een atypisch beeld ging, maar dat niet getwijfeld werd aan de diagnose OCS. Dit werd snel anders.

In een eerste, voorbereidend CGT-gesprek bleek dat de ongediertebestrijdingsdienst haar huis had schoongemaakt en dat ze weer alleen thuis woonde, maar dat de zorgen van patiënte over de diertjes onverminderd waren. Echt gevaarlijk waren ze niet, maar vooral vies, op het walgelijke af. De zorgen en schoonmaakrituelen werden preciezer in kaart gebracht. Dat leverde een lange lijst op, want haar dagelijkse ongediertebestrijding nam nog steeds meer dan twaalf uur in beslag. Hiervan werd ze erg moe. Het hinderde haar dat ze aan andere activiteiten niet meer toekwam. Ook was er ander ongemak. Zo vond Rosaline het vanwege de beestjes nodig om haar strijkbout op de hoogste temperatuur te zetten, ook bij kleding die daar niet tegen kon. Een aanzienlijk deel van haar garderobe was hierdoor onbruikbaar geworden. Het vervolg van de behandeling werd uitgesteld tot na de vakantie van MvdH, vier weken later.

Patiënte verscheen niet op de afspraak. Ook bij de volgende, schriftelijk gemaakte afspraak kwam ze niet opdagen. Telefonisch werd contact gemaakt. De problemen bleken alleen maar erger te zijn geworden. Ze sliep slecht, vatte de slaap pas rond 05:00 uur en kon de vorige afspraken niet nakomen, omdat die in de ochtend vielen en ze niet voor 11.00 uur uit bed kwam. Afbellen was ze vergeten, omdat ze te veel bezig was geweest met piekeren over de beestjes. Er werd een middagafspraak gemaakt, een kleine week later.

Toen bleek patiënte er slecht aan toe te zijn. Ze was inmiddels vijftien kilo afgevallen en woog op de poli nog maar veertig kilo; haar BMI was 14. Ze at dan ook weinig, alleen 's nachts een 'muizenhapje'. Inslapen en doorslapen ging allengs slechter. Ze was verward, en haar associaties waren lastig of niet te volgen. Zinnen werden gestart, maar niet afgemaakt. Motorisch was ze onrustig. Thuis had ze inmiddels zeven soorten diertjes gedetermineerd: boomluizen, tapijtkevers, vogelluizen, stofluizen, mieren, clustervliegjes en schimmelmijt. Met loep en zaklantaarn kon ze de vieze beesten duidelijk zien. Ze beten haar, en rode puntjes op haar arm zouden hiervan het gevolg zijn. MvdH kon deze waarneming niet bevestigen. Aan de aanwezigheid van ongedierte twijfelde patiënte niet. De ongediertebestrijdingsdienst was opnieuw langs geweest en zou de aanwezigheid van de diertjes hebben bevestigd (het is niet duidelijk hoe ze dat hebben vastgesteld en wat ze bedoelden, maar Rosaline voerde dit klaarblijkelijk aan ter ondersteuning van haar klacht). Tot actie was men echter niet overgegaan. Het huis *was* immers al gereinigd en verder schoonhouden was de verantwoordelijkheid van de bewoner. De zekerheid over de diertjes en de noodzaak ze te bestrijden maakten een waanachtige indruk en misten de ambivalentie die typerend is voor OCS, en die bij intake en in het vorige gesprek waren verwoord: 'Misschien is het overdreven, maar je weet maar nooit. Ook al is de kans klein, ik wil niet

het risico lopen,' enzovoort. Het waarnemen van de diertjes en de voor de therapeut niet zichtbare rode plekken op de huid leken waarnemingsstoornissen. Voor een CGT gericht op de angst voor diertjes was geen plaats meer: 'Mijn angst is het probleem niet, het zijn die rotbeesten! De enige oplossing is verhuizen.' Dit leek op een psychotische ontwikkeling.

De huisarts werd gebeld en ging op huisbezoek. Alleen de woonkamer bleek in gebruik. Andere kamers waren afgesloten, deurkieren en sloten afgeplakt, en huisraad ingepakt. Patiënte sliep op de bank, met de benen op tafel, omdat het achterste deel van de bank besmet was. De huisarts was hierover minder verontrust dan wij. MvdH en de geconsulteerde psychiater van de poli (auteur AdL.) meenden dat verwijzing voor gespecialiseerde hulp snel geboden was. Waarnaartoe zou besloten worden na verder overleg met patiënte.

In een volgend gesprek werd de dagbesteding nog eens doorgenomen. Patiënte nam enige slaapmedicatie, maar nooit meer dan 10 mg temazepam. Ook dronk ze meestal alcohol voor het slapengaan, maar nooit meer dan drie glazen: 'Echt, anders word ik misselijk.' Gebruikte ze wellicht andere drugs? Nou ja, 'vier of vijf muizenlijntjes' cocaïne, dagelijks, wel te verstaan. Cocaïne gaf haar de energie die ze miste door haar slaapttekort.

### *Achtergrond*

Rosaline vertoont een typisch beeld van parasietenwaan of infestatiëwaan, een syndroom dat in 1938 beschreven werd door Karl-Axel Ekbohm en vroeger werd aangeduid als het 'syndroom van Ekbohm': de beleving dat er beestjes of parasieten op of in de huid van de patiënt leven, en vaak ook in zijn leefomgeving (Hinkel, 2010). De patiënt voelt en ziet de beestjes zelf wel, maar andere mensen zien ze niet. Kenmerkend voor het beeld van infestatiëwaan is dat patiënten er in hoge mate, zo niet volledig, van overtuigd zijn dat hun klachten veroorzaakt worden door beestjes. Hier zien we direct een belangrijk onderscheid tussen dit beeld en OCS-patiënten die bang zijn dat ze dreiging of besmetting niet kunnen uitsluiten. Het gaat niet om angst voor insecten, of een obsessie rond een mogelijke bacteriële infectie, maar om een vaste overtuiging dat de beestjes er zijn en dat ze de facto schade aanrichten (Hinkel, 2010). Vaak krabben patiënten hun huid kapot vanwege de jeuk of in een poging om de beestjes uit het lichaam te verwijderen. Ook zijn patiënten vaak bezig om anderen hiervan te overtuigen. Patiënten komen dan aanzetten met een doosje of zakje met 'bewijzen', zoals kleine stukjes stof, haar, huidschilfers, kleine dode insecten of ander materiaal. Ongeveer de helft van de patiënten doet dit (Freudenmann et al., 2012). Soms hebben mensen een hallucinatie waarin ze de beestjes zien. Dit lijkt echter secundair aan de waan, en niet als primair symptoom voorop te staan (zoals dit wel het geval is bij beestjes zien tijdens een delier).

Het syndroom valt binnen het psychosespectrum en kan voorkomen binnen het kader van een psychotische stoornis. Meestal krijgen mensen de

diagnose ‘waanstoornis, somatisch type’. Het syndroom kan ook samen met andere psychische aandoeningen voorkomen. Het beeld komt niet vaak voor. In drie jaar tijd komen er zo’n vijf gevallen binnen bij de polikliniek dermatologie, op een regio van één miljoen mensen (Lepping, Baker, & Freudemann, 2010). Maar schattingen van het aantal mensen dat ermee behept is (die veelal niet bij de dermatoloog komen) lopen op tot 83 mensen per miljoen (Lepping et al., 2010). Meer vrouwen dan mannen krijgen het, vaak pas op latere leeftijd. Behalve dat het syndroom niet vaak voorkomt, is er nog een reden dat psychologen er in hun praktijk weinig mee te maken krijgen: patiënten komen zelf over het algemeen het liefst bij specialisten op het gebied van tropische ziekten, bij ongediertebestrijders van de GGD of bij de dermatoloog. Een enkele keer wordt de problematiek als een psychologisch probleem herkend – en bijvoorbeeld als dwangmatig poetsen gezien – en worden patiënten weleens verwezen naar een behandelplek voor OCS, zoals in het voorbeeld hierboven.

#### *Vervolg casus 1: Rosaline*

Rosaline vertelde aan het einde van de sessie dat ze zo zou kunnen minderen of stoppen met de cocaïne. Geopperd werd dat dit misschien een goed idee was. Daarvan was ze niet overtuigd, maar als de therapeut het een verstandig voornemen vond, wilde ze het best proberen.

Bij het volgende gesprek ging het beter, vond patiënte. Ze sliep wat meer en poetste wat minder. Het cocaïnegebruik was teruggebracht naar één à twee muizenlijntjes. Ze was in twee weken drie kilo aangekomen. MvdH vond haar nog steeds verward, maar wel wat minder. Psychiater AdL sloot aan en meende ook een enigszins psychotische ontwikkeling te ontwaren. Na overleg wilde patiënte wel antipsychotische medicatie proberen: 10 mg olanzapine.

#### *Commentaar*

MvdH belde een collega (auteur TS) die zich toelegt op de behandeling en bestudering van psychotische problemen. De collega was geïnteresseerd, verrast en wist waarover het ging. ‘Interessant, daar ben ik net mee bezig. Heeft alle kenmerken van een allang geleden beschreven beeld: infestatiewaan, zoek maar op. Behandeling? Antipsychotische medicatie, en stoppen met de coke.’

Patiënte kwam (voor de vijfde keer) naar de poli. Ze was aanzienlijk coherenter, nog eens twee kilo aangekomen en helemaal gestopt met de coke. Ze at nu elke dag bij haar moeder en sliep ’s avonds weer thuis. Voor het eerst in maanden had ze de keukendeur geopend en was op het balkon in de zon gaan zitten. Dit beviel haar goed. Ja, dan kunnen er diertjes naar binnen waaien, maar: ‘Eigenlijk boeit het me niet zo meer, die mijten. Misschien kan ik ze be-

ter met rust laten, denkt u ook niet?’ Er werd beaamd dat dit een verstandige gedachte leek. Patiënte begon zich eraan te storen dat de wasmand in de kamer stond. Dit vond ze onhandig. Bedacht werd dat een systematisch heroveren van het huis, het opnieuw in gebruik nemen van de verschillende kamers, het opnieuw gebruiken van het gasfornuis, enzovoort, een goede en aangepaste vorm zou kunnen zijn van de exposurebehandeling die eertijds werd overwogen. Afgesproken werd dat de wasmand zou worden weggehaald uit de kamer. Ook zou patiënte weer in het park gaan wandelen met de honden van haar moeder. Het risico dat er diertjes uit de bomen konden vallen, op patiënte en op de honden, zou op de koop toe genomen moeten worden.

Twee weken later kwam patiënte goedgemutst naar de poli. Ze had het helemaal gehad met die diertjes. ‘Als ik ze met rust laat, laten ze mij ook met rust,’ meende ze inmiddels. Het huis was onderworpen aan een korte maar efficiënte schoonmaak. Er was één terugval geweest. Ze had een vermeende mijthaard in de kamer schoongemaakt met veel chloor. Ze sliep nog in de woonkamer (‘Maar dat deed ik hiervoor ook al, in verband met de tv’) en was een dag lang misselijk geweest. Dit kwam niet door de diertjes, maar door het chloor, meende ze. Die grote schoonmaak met chloorproducten was achteraf stom geweest, aldus Rosaline. Ook dit werd voorzichtig beaamd. Het voornemen om het gebruik van cocaïne te blijven vervangen door het gebruik van olanzapine werd toegejuicht, net als het plan om ongediertebestrijding terug te brengen tot gewoon schoonmaken, net als vroeger.

Telefonisch overleg in de weken daarna suggereerde dat de verbetering gehandhaafd bleef. Dit werd bevestigd tijdens een laatste polibezoek. De stemming van patiënte was goed, haar denken, aandacht, spraak en taal waren probleemloos, en ze woog al 52 kilo. Het zat haar dwars dat ze niet had kunnen genieten van de zomer van afgelopen jaar: ‘Zo zonde van die zomer! Wanneer heb ik nu de zon gezien?’ In de periode dat het zo slecht ging was ze boos geworden op haar broer en diens vriendin, omdat die moeder te weinig steunden. Ze had hen op Facebook uitgemaakt voor rotte vis. Hiervan had ze spijt, maar gelukkig was een en ander vorige week bijgelegd. Terugblikkend vertelde ze dat het vaak wel meer was dan die vier of vijf lijntjes coke: ‘Misschien wel negen of tien. Ik sliep zo slecht, maar moest energie hebben voor het poetsen. En dan legde ik een lijntje, eigenlijk zonder erbij na te denken.’ Achteraf vond ze het onhandig om vermoeidheid te bestrijden met cocaïne: ‘Dat kan ik dus maar beter niet meer doen.’ Dit werd volmondig beaamd.

### *Behandelopties*

Zoals gezegd zien patiënten met dit syndroom meestal de beestjes als de oorzaak van hun problemen. Een verwijzing naar een psycholoog mondt om die reden zelden uit in een afspraak (Kemperman & Vulink, 2017). Behandeling bestaat momenteel voornamelijk uit onderzoek en consulten door een dermatoloog. De therapeutische relatie tussen de dermatoloog en de patiënt

is in deze gesprekken in sterke mate van invloed op de behandeling. Op het moment dat de specialist duidelijke twijfels uit over de overtuiging van de patiënt, bestaat het risico dat de patiënt de behandeling voortijdig afbreekt. Een eerste advies is dat de specialist in dit geval uit een welles-nietesdiscussie blijft om de behandeling voort te kunnen zetten. Idealiter wordt gekozen voor behandeling van de huidafwijkingen, in combinatie met antipsychotica als amisulpride, risperidon of olanzapine (Lepping, Huber, & Freudenmann, 2015). Onderzoek naar de optimale behandelduur voor medicatie ontbreekt (Jagt et al., 2014), maar de ervaring leert dat patiënten doorgaans maandenlang behandeld moeten worden en dat de kans op terugkeer van de symptomen blijft (Kemperman & Vulink, 2017). Antipsychotica helpen goed bij meer dan de helft van de patiënten met dit soort klachten, zo suggereerde een studie met vijftig patiënten (Bhatia, Jhanjee, & Srivastava, 2013).

Een tweede belangrijk advies is om, zoals bij Rosaline, navraag te doen naar middelengebruik. Gebruik van middelen kwam in een meerlandenstudie voor bij maar liefst 30% van de 92 patiënten met een infestatiëwaan, en betrof vooral amfetaminen en cannabis (Lepping et al., 2017). Deze drugs zorgen mogelijk voor vreemde lichamelijke sensaties en een verstoorde betekenisgeving, die ten grondslag kunnen liggen aan infestatiëwaan.

In aanvulling kan ten slotte cognitieve gedragstherapie worden ingezet. Er is nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van CGT bij infestatiëwaan, maar CGT bij psychose is wel veel onderzocht. CGT is effectief bij waanklachten, maar de effectgrootte is bescheiden (Knowles, McCarthy-Jones, & Rowse, 2011; Mehl, Werner, & Lincoln, 2015; Moorhead & Turkington, 2001). CGT bij psychose kenmerkt zich door de toepassing van reguliere CGT-technieken, altijd vanuit een individuele conceptualisatie, die samen met de patiënt wordt gemaakt zodat het cognitieve model helder wordt voor de patiënt (Korrelboom & ten Broeke, 2014). Een ander kenmerk is dat niet te veel direct gericht wordt op de centrale waanopvatting, maar dat er veeleer vanuit de eigen werkelijkheidsbeleving van de patiënt wordt gekeken naar stukjes twijfel in de ‘periferie’ van de waan, dat het nut van zijn ontwikkelde gedragsstrategieën wordt onderzocht en getoetst, en dat eventueel bepaalde denkstijlen onder de loep worden genomen, zonder direct in te gaan op de waarheid of onwaarheid van de overtuigingen (van der Gaag, Staring, van den Berg, & Baas, 2013).

## CASUS 2: SANDRA

.....

Sandra is een 71-jarige vrouw uit Enschede met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis, die zich op advies van haar dermatoloog wil laten behandelen door een psycholoog. Haar voornaamste klachten – stress en somberheid – zijn volgens haar het gevolg van zilvervisjes, die haar het leven zuur maken.



Sandra slaapt minder goed, en is uren per dag bezig om haar huis, kleding en huid schoon te maken en te inspecteren. Ze zet alles op alles om de zilvervisjes te bestrijden. Hierdoor verslechtert het contact met vrienden en familie, en komt ze er niet toe om zich te verdiepen in haar geschiedenisboeken, waar ze voordien graag in las. De psycholoog die gedurende acht sessies de behandeling zal verzorgen (auteur KH) vanuit een intensief ggz-behandelteam (*assertive community treatment*) laat zich tijdens dit behandeltraject adviseren door een collega met expertise in psychosebehandeling (auteur TS). Tijdens de behandeling is er tevens regelmatig contact met de dermatoloog, die hoofdbehandelaar blijft (auteur PK) en betrokken is bij het beloop.

Sandra komt zelfstandig naar de instelling voor de eerste sessie. In de wachtkamer ontmoet KH een vriendelijke en nette dame. Ze heeft net op tijd de metro gehaald om tijdig op de afspraak te kunnen zijn, en heeft erg uitgekeken naar het gesprek. Terwijl ze haar jas uittrekt, geeft Sandra aan geschiedenis te hebben gestudeerd. Ze heeft zich de laatste jaren van haar loopbaan veel verdiept in ayurveda. Dit helpt haar nu ook in deze moeilijke tijd, vooral nu haar vrienden en kinderen zich zo weinig laten zien. Terwijl Sandra naar haar stoel loopt, vertelt ze nog meer studies en cursussen te hebben gevolgd. Onder andere heeft ze zich verdiept in het boeddhisme, heeft ze met een professor uit Amerika een complexe theoretische scriptie geschreven en is ze wetenschapsassistent geweest. KH geeft aan onder de indruk te zijn. Ze stelt voor om de intake te starten en later terug te komen op de werkervaring en scholing van Sandra.

Tijdens de kennismaking wordt direct duidelijk dat Sandra zich ernstig zorgen maakt over de zogeheten 'zilvervisjes' die ze in en om haar huis en lichaam beleeft. Ze vertelt veel en snel, en schakelt regelmatig over naar een nieuw voorbeeld waaruit zou moeten blijken dat zilvervisjes haar woning en spullen aantasten. Het gaat volgens Sandra om honderden beestjes, waarvan ze er gemiddeld één tot vijf per week tegenkomt. De reden dat het er niet nog meer zijn is dat ze haar huis zorgvuldig schoonmaakt en inspecteert. De zilvervisjes zitten soms in haar kleding, in het parket, het servies, de boeken, de muren en de meubels. Uit haar tas haalt Sandra al pratende een schoteltje tevoorschijn met daarop een donker vlekje: 'Kijk, dit is er een. Hij heeft zich genesteld in dit schoteltje. Rotzakjes zijn het!'

Daarnaast zit het huis ook onder een wittig soort 'plak' of schimmel (meeldauw). Naar haar zeggen komt dit van de appelboom uit de tuin. Ze komt het tegen op haar ramen, het aanrechtblad en op de spiegels. Sandra ziet een verband tussen de plak en de zilvervisjes, maar is er nog niet helemaal uit hoe dit zit. De plak en de visjes zijn er sinds een jaar. Ze zijn gekomen in een voor

- 1 Zilvervisjes zijn insecten met een lang en plat lichaam van 12 tot 30 mm lang. De kleur van het insect is glanzend grijs (zilver). Ze komen in veel huishoudens voor. Zilvervisjes bevinden zich vaak tussen muren, in parket, isolatiemateriaal, boeken en op andere beschermde plaatsen. De diertjes zijn niet schadelijk.

haar moeilijke periode vlak na het overlijden van twee goede vriendinnen. De oorzaak van de zilvervisjes is volgens Sandra helder: de buurvrouw heeft Sandra's raam naar de achtertuin in het voorjaar open laten staan. Momenteel is ze een groot deel van de dag (zes uur) bezig met schoonmaken. De GGD (plaagdierenaanpak) is langs geweest, kleding wordt in biologische zakken verpakt en vrijwel alles wordt voortdurend gecheckt. Eerder at Sandra zelfs niet thuis, uit angst dat er een zilvervisje in haar eten zou belanden. Inmiddels durft ze weer aan haar eigen keukentafel te eten.

Naast de stress ten gevolge van de zilvervisjes (die Sandra op een schaal van nul tot tien gemiddeld als acht ervaart), voelt ze zich ook alleen. Eenzaamheid lijkt een centraal thema. Ze mist het wonen in de stad, met haar vrienden, dochters en kleinkinderen om zich heen. Daarnaast mist ze de drukte van het werkende leven. Sandra ervaart het ouder worden als een last. Graag zou ze nog veel ondernemen, maar Sandra vindt dat dit niet meer kan, omdat haar tijd opgaat – en ook *moet* opgaan – aan schoonmaken. Op de vraag: 'Stel dat je dochters meer bij je betrokken zouden zijn en jij veel te doen zou hebben, zou je dan last hebben van de zilvervisjes?' antwoordt ze dat ze er dan mogelijk wat minder mee bezig zou zijn. Na een stilte benadrukt Sandra dat ze het vooral erg vindt dat de zilvervisjes aan haar spullen zitten. Een huis vol zilvervisjes die van haar spullen afblijven zou haar minder deren. Haar grootste wens is dat ze haar huis en spullen terugkrijgt, en dat de zilvervisjes voor eens en altijd wegblijven. Als de zilvervisjes er niet waren, zou Sandra terug naar Enschede verhuizen en gaan lesgeven. Wie weet zou ze weer gaan zingen, wat ze vroeger ook deed. Misschien zou ze bij een club gaan om mensen te ontmoeten, schrijven, koffie drinken in het café, vrienden en familie opzoeken, en meer boeken lezen over geschiedenis: 'Wie weet, zou ik daar af en toe les over kunnen geven of een lezing.'

Sandra geeft aan blij te zijn dat ze haar verhaal kan doen. Het valt haar op dat ze zich normaal gesproken veroordeeld voelt of dat ze te horen krijgt dat het niet waar is wat ze beleeft: 'Mensen om me heen willen er niets meer over horen. Ze geloven het niet en willen me niet helpen. Ik durf er bijna niet meer over te beginnen! Als mijn dochters in april vaker waren langsgeskomen om te helpen de boekenkast schoon te maken, dan was het misschien nooit zo ver gekomen.' Sandra geeft aan zich verdrietig te voelen en eenzaam te zijn. Ze vindt het heel erg dat mensen haar niet geloven.

### *Commentaar*

Al pratende wordt snel duidelijk dat vrijwel iedereen in de omgeving van Sandra haar werkelijkheid – de zilvervisjes – ontkent of tegenspreekt, wat de last en lijdensdruk bij haar lijken te vergroten. Net als bij ernstige achterdocht in het geval van een psychose lijkt een open, warme en nieuwsgierige attitude van de hulpverlener zeer gewenst.

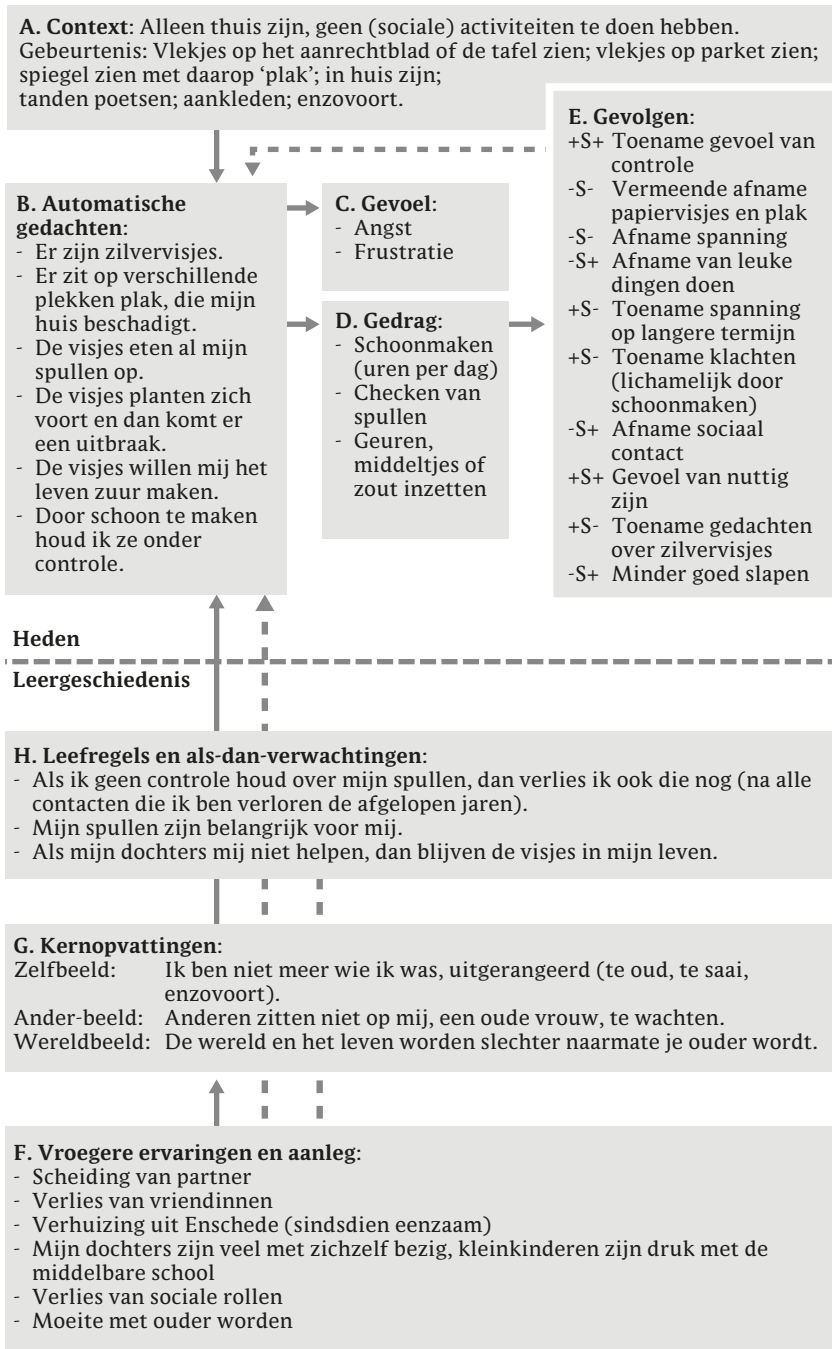
Tijdens de intake worden twee meetinstrumenten afgenomen. Op de BDI-II, een zelfinvullijst voor somberheid (Beck, Steer, & Brown, 1996), scoort Sandra 18 (milde depressieve symptomen). Op de DACOBS, een zelfinvullijst over typische denkvalkuilen die veel bij psychose voorkomen (Bastiaens et al., 2013), scoort Sandra 165 (zeer hoog in vergelijking met een normale populatie). Ze herkent bij zichzelf vooral een neiging om snel, op basis van relatief weinig informatie, conclusies te trekken, en weinig te heroverwegen op basis van nieuwe of mogelijke aanvullende informatie. Dit wordt *jumping to conclusions* genoemd (Dudley, Taylor, Wickham, & Hutton, 2015). Ook herkent ze zich in het inflexibel zijn in overtuigingen (zeer hoog), aandacht voor gevaar (hoog) en externe attributie (hoog). Ze herkent zich minder goed in sociale-cognitieproblemen (benedengemiddeld) en in subjectieve beleving van cognitieve problemen (benedengemiddeld).

Nadat er psycho-educatie en uitleg over de rationale van CGT (Gedachten Uitpluizen) gegeven zijn, krijgt Sandra een registratieopdracht mee om haar overtuigingen, gedrag en gevoelens in kaart te brengen. Daarnaast mag ze alles op internet opzoeken wat er beschreven staat over zilvervisjes.

#### *Eerste sessies en casusconceptualisatie*

---

In de twee daaropvolgende sessies wordt gewerkt aan de therapeutische relatie. KH vraagt Sandra op een socratische manier ‘honderduit’ over de zilvervisjes. Het gezamenlijk opstellen van de casusconceptualisatie (zie figuur 1), en van de functie- en betekenisanalyses, lijkt de band tussen therapeut en patiënte te versterken, en al iets van twijfel te brengen over de noodzaak van het urenlange schoonmaken in huis. Er lijkt bijvoorbeeld tussen het eerste en het tweede gesprek een kleine verschuiving te ontstaan, van: ‘Het is extreem vervelend en ze moeten bestreden worden’ naar: ‘Het is extreem vervelend, maar ik wil me niet laten kisten en wel mijn andere levensdoelen behalen.’ Doelen worden onder andere: (1) weer dingen gaan ondernemen (zoals elke dag lezen in een boek over geschiedenis, een oud-leerling contacteren voor koffie); (2) haar kleren weer kunnen dragen; en (3) maximaal twee uur per dag schoonmaken. Sandra voert de registratieopdrachten zeer zorgvuldig uit. De formulieren waarop ze de registraties heeft uitgewerkt zijn van kant tot kant beschreven. Over de zilvervisjes heeft Sandra redelijk wat informatie kunnen vinden, bijvoorbeeld dat ze meestal in boeken en parket zitten, en hoe ze eruitzien. Ook ontdekt ze dat ze niet gevaarlijk zijn. Ze is er nog niet achter of er meerdere mensen op dezelfde manier last van hebben als zij.



FIGUUR 1 Casusconceptualisatie Sandra

*Interventiefase*

218

In de daaropvolgende gesprekken wordt gekozen voor cognitieve interventies gericht op de perifere overtuigingen. Met perifere overtuigingen wordt in de CGT voor wanen bedoeld dat niet het centrale waanidee wordt onderzocht ('De zilvervisjes zijn er echt!'), maar de conditionele ideeën daaraan. Bij Sandra betreft dit het idee dat haar spullen erg belangrijk zijn, het idee dat haar methoden om haar spullen te beschermen effectief zijn en haar idee dat het de intentie of beweegreden van de insecten is om haar het leven zuur te maken. Dit wordt gedaan middels cognitieve uitdaagtechnieken, exposure, responspreventie en gedragsexperimenten. Sandra wordt ook gevraagd de zilvervisjes te blijven tellen en ze het liefst in een potje te bewaren. Na een duidelijke opleving vanaf de eerste paar sessies ('Zowaar voel ik me beter en zijn er minder zilvervisjes dan begin deze maand'), breekt Sandra haar enkel en moet ze met krukken lopen. Ze kan moeilijk met de tram naar de stad komen voor de sessies. Sandra zegt dat de beestjes weer volledig terug zijn. Ze voelt zich moedeloos worden. Na een gesprek bij de dermatoloog krijgt ze in de week die volgt haloperidol 1 mg voorgeschreven.

Er wordt door de psycholoog gekozen voor huisbezoeken, vanwege de verminderde mobiliteit van Sandra. Zulke bezoeken bieden bovendien de mogelijkheid om gedragsexperimenten te doen in de context waarin het probleem zich voordoet. Sandra lijkt blij verrast wanneer KH voor het eerst bij haar huis arriveert. Toevallig ziet de psycholoog vlak na binnenkomst in de garage bij Sandra een klein insect op de grond. Sandra grijpt in: het beestje wordt met een van haar loopkrukken gevangen en op een geeltje gedemonstreerd. 'Zie je wel! Dit zijn ze, dit bedoel ik nou!'

De situatie met het insect wordt direct socratisch uitgeplozen. Wat betekent een insect in je garage? Wie hebben er nog meer insecten in hun garage? Hoe gaan zij ermee om? KH herhaalt de rationale van de behandeling. Vervolgens geeft Sandra een rondleiding door het huis met toelichting waar de beestjes en de plak vooral zitten. Na de thee wordt de agenda besproken en worden interventies voor de sessie gezamenlijk gekozen. KH legt uit hoe gedragsexperimenten werken en waarom deze interventies passend zijn. Als huiswerk voor de komende week zal Sandra een make-upspiegeltje in de badkamer achterlaten om te kijken of haar voorspelling – dat ook hier plak opkomt – uitkomt. Verder zal ze een wollen trui dragen waarvan ze verwacht dat deze vol zilvervisjes zit. De sessie daarna geeft Sandra aan dat ze de trui wel heeft aangehad, maar dat er geen visjes in zaten. Ook geeft ze aan dat er geen plak op het spiegeltje zit, hoewel het een week lang heeft gelegen op een plek waar volgens Sandra normaal gesproken veel plak verschijnt. Sandra is er ten volste van overtuigd dat er momenteel veel minder zilvervisjes en plak zijn omdat het buiten kouder is geworden, en dat dit de verklaring is.

In de volgende sessie komt ter sprake dat Sandra ruzie heeft gehad met haar oudste dochter. Conflicten en onuitgesproken zaken in de familiesfeer

zorgen voor veel stress bij Sandra, mogelijk houden ze zelfs (indirect) verband met haar klachten (zie figuur 1). Ze benoemt opnieuw dat het haar erg zwaar valt om het gevoel te hebben mensen om zich heen kwijt te raken. Ze zou lang niet zoveel last hebben van de beestjes als haar dochters haar zouden helpen en er wat meer voor haar zouden zijn. Dan komt ook het overlijden van haar vriendinnen ter sprake, vlak voor de klachten ontstonden: 'Ik houd graag controle over dingen. Nu ik mensen verloren heb, staan mijn spullen voor wie ik ben.' Na dit gesprek worden nieuwe betekenisanalyses gemaakt met de verkregen informatie. Sandra geeft aan nauwelijks gehuild te hebben over het verlies. Als opdracht gaat Sandra de komende week fotoboeken bekijken, en stilstaan bij herinneringen aan haar overleden vrienden en andere gebeurtenissen uit het verleden, om ruimte te geven aan het verdriet. Daarnaast blijft het afbouwen van het schoonmaakgedrag, registratie, en de inzet van gedragsexperimenten de focus in de behandeling. Zo wordt onderzocht of de zilvervisjes zich ook in een boek van KH zullen nestelen wanneer KH dit boek een week achterlaat in het huis. Verder wordt gekeken of de plak ook op de badkamerspiegel komt wanneer Sandra er een week lang niet aankomt. Uit de registratieopdrachten komt naar voren dat als Sandra meer sociale contacten heeft gehad die week, bijvoorbeeld met haar kleinkinderen, zij minder last heeft van de zilvervisjes en de plak. Sandra ziet niet direct een logisch verband tussen deze zaken. Zij geeft ook aan het fijn te vinden als er iemand langskomt en haar aanhoort. Wanneer de laatste drie sessies naderen, wordt er door haar benadrukt dat acht sessies wel erg weinig zijn voor de situatie waarin ze zich bevindt. Dit wordt beaamd door KH.

#### *Afsluiting CGT*

De laatste sessie geeft Sandra aan dat ze het fijn vond om stil te staan bij het verdriet en de herinneringen uit haar leven. Er wordt behalve de naming (BDI: minimale depressieve symptomen; DACOBS: van zeer hoog naar hoog; met een kleine afname op alle drie de schalen van de cognitieve biases) geëvalueerd, en er wordt op basis van de evaluatie besloten Sandra te verwijzen voor systeemtherapie (vanwege de conflicten met haar dochters) en vervolgbehandeling CGT bij het AMC. De mate waarin zij last heeft van haar klachten wisselt nog sterk, maar het aantal uren dat zij spendeert aan schoonmaken is veranderd. Dit gebeurt nu nog drie uur per dag, waar het voorheen zes uur was. Sandra heeft oude contacten aangehaald. In tegenstelling tot eerder ervaart ze hoop op beterschap.

#### *Nabespreking en slotconclusies*

**CGT bij wanen** – De laatst besproken behandeling verheldert het belang van niet in discussie gaan, om zo een goede therapeutische relatie te kunnen bouwen. De motivatie voor de vaak spannende en confronterende gedrags-

experimenten en cognitieve interventies werd hierdoor versterkt. Het was volgens Sandra zelf ook belangrijk om vertrouwen te ervaren en haar verhaal kwijt te kunnen, voordat zij zich bereid voelde om naar haar gedrag te kijken en er veranderingen in aan te brengen. Het samen schetsen van de casusconceptualisatie was een goede eerste stap. Deze is uitgevoerd zoals beschreven staat in het handboek *Gedachten uitpluizen* en in *Psychose* (van der Gaag et al., 2013; van der Gaag, Staring, & Valmaggia, 2012). Daarnaast werd duidelijk dat de therapeut altijd goed met de patiënt moet kijken naar de doelen van de therapie. Deze moeten haalbaar zijn en concreet geformuleerd worden. Een huis dat vrij is van beestjes en insecten is vaak de wens van de patiënt, maar een lastig te bereiken doel. Wel kan er, zoals in de beschreven behandeling, overeenstemming komen over bijvoorbeeld het terugbrengen van het schoonmaakgedrag of het uitbreiden van sociale contacten.

Wat betreft de interventies is het gewenst om de focus te verleggen van de centrale overtuiging ('Er zijn beestjes') naar de perifere overtuigingen ('Insecten hebben het op me gemunt', 'Insecten kunnen een aanrechtblad opeten', of 'Spullen staan voor wie ik ben'). Wanneer de overtuiging namelijk *direct* wordt 'aangevallen' (zoals patiënten dit vaak beleven), kan dit afbreuk doen aan de therapeutische relatie, en kan de overtuiging zelfs sterker worden of ingekapseld raken. Zo kwam Sandra na het eerste experiment met de trui al snel met alternatieve verklaringen waarom er juist nu geen zilvervisjes inzaten ('Vanwege de kou'). Haar eerste reactie op het gedragsexperiment houdt de centrale waan in stand (*bias against disconfirmatory evidence*; Ward & Garety, 2017). Het is in het geval van hardnekkige wanen gewenst om dergelijke experimenten vaak te herhalen, om patiënten zo veel mogelijk expliciet te laten leren en om eventueel de centrale waan te laten bestaan. Hier is in de bovenstaande behandeling ook voor gekozen. In dit geval werd vooral het ongewenste gedrag aangepakt. Ook kan het helpen om de 'gezonde kant' te versterken en aangename activiteiten uit te breiden. Dit kan samenvallen met responspreventie van ongewenst gedrag (koffie drinken met de buurvrouw in plaats van schoonmaken).

**Bredere focus** – De beschrijving van deze korte CGT-behandeling laat zien dat er bij mensen met dit soort klachten mogelijk ook op een ander niveau in stand houdende factoren zijn, die maken dat iemand gefocust raakt of blijft op het bestrijden van beestjes. Opvallend is bijvoorbeeld het ontkennende antwoord van Sandra op de vraag of ze net zoveel met de beestjes bezig zou zijn als haar dochters er meer voor haar zouden zijn. Voor Sandra waren het gevoel van verlies van haar rol en identiteit in de samenleving, het ouder worden, en haar dochters die steeds drukker worden met hun eigen leven, samen met het overlijden van vriendinnen, belangrijke factoren die maakten dat zij zoveel tijd bleef besteden aan het schoonmaken. Het zou kunnen dat de afname van sociaal contact en de onzekerheid hierover tot gevolg hadden dat Sandra als coping haar focus legde op compulsief schoonmaken.

Ook vertelde ze met tranen in haar ogen dat haar kleinzoon zich opeens ‘te oud’ vond om nog elke week op dinsdag bij oma te komen logeren, als zijn ouders werkten. Sandra’s verklaring waarom ze nu zo veel minder contact had was dikwijls: ‘Omdat ik bezig moet zijn met de zilversjes.’ Mogelijk was daarnaast het wegvallen van sociaal contact een faciliterende factor, omdat wanneer mensen alleen zijn, hun opvattingen minder gecorrigeerd en gecheckt worden door de sociale omgeving. In het geval van Sandra is vervolgbehandeling middels CGT geïndiceerd, omdat ondanks het effect van deze acht sessies de lijdensdruk nog aanwezig is en er mogelijk meer doelen kunnen worden gehaald. Daarnaast heeft Sandra duidelijk behoefte aan het verbeteren van haar relatie met haar dochters. Mogelijk (zie de casusconceptualisatie in figuur 1) komt er een verandering in de focus op de zilversjes wanneer deze relatie verbetert. En wat zou er gebeuren wanneer Sandra weer meer zelfvertrouwen en gevoel van identiteit ervaart omdat ze af en toe gastles geeft? Of wanneer ze nieuwe mensen zou ontmoeten? Beide patiënten hadden bepaalde sociale verlieservaringen in de voorgeschiedenis. Sociaal isolement kan wellicht zowel een medeoorzaak, een in stand houdende factor, als een gevolg zijn bij dit syndroom. Bij psychose in het algemeen is sociale activiteit een klinisch relevante voorspeller voor beter herstel (Bjornestad et al., 2017).

#### TOT BESLUIT

.....

Samenvattend kunnen we stellen dat de hierboven beschreven symptomen weinig ter sprake komen in de gesprekskamer van de psycholoog. Het is belangrijk om expliciet te informeren naar deze klachten wanneer er een vermoeden heerst van infestatiewaan. Die komt met name voor bij iets oudere vrouwen (Freudenmann et al., 2012). Daarnaast is goede diagnostiek gewenst voor het differentiëren tussen OCS en infestatiewaan. Betrek waar mogelijk collega’s en werk multidisciplinair, om ook somatische en verslavingsoorzaken te kunnen uitsluiten of te behandelen. Verder is het interessant om CGT te overwegen, waarbij de protocollen van Gedachten Uitpluizen ([www.gedachtenuitpluizen.nl](http://www.gedachtenuitpluizen.nl)) goed aansluiten, omdat ze handvatten bieden voor omgang met een vastzittende waan. Infestatiewaan is een relatief onbekend syndroom, waarvan zowel de psychologische als de neurobiologische aspecten nader onderzoek verdienen.

**Kim Helmus** is gz-psycholoog bij het Amsterdam UMC, afdeling Vroege Psychose, en bij de afdeling VIP Arkin Amsterdam.

**Patrick Kemperman** is dermatoloog bij het Amsterdam UMC, afdeling Dermatologie, subunit Psychodermatologie, en bij het Waterlandziekenhuis Purmerend, afdeling Dermatologie.



**Aart de Leeuw** is psychiater bij het Altrecht Academisch Angstcentrum, Altrecht GGZ Utrecht.

**Marcel van den Hout** is hoogleraar klinische psychologie en experimentele psychopathologie, Universiteit Utrecht, en klinisch psycholoog bij het Academisch Angstcentrum Altrecht, Altrecht GGZ Utrecht.

**Tonnie Staring** is klinisch psycholoog bij de afdeling ABC Vroege Psychose, Altrecht GGZ Utrecht.

*Correspondentieadres:* Kim Helmus, Amsterdam UMC, Meibergdreef 5, 1105 AZ Amsterdam. E-mail: klhasmus@amc.uva.nl

**Summary** *Delusional parasitosis: what does it look like and what to do?*

Delusional parasitosis – also known as ‘Ekbom’s syndrome’ – is the belief and experience of bugs or parasites living on or in the skin, and sometimes in the environment of the patient as well. The patient feels and sees them, but others do not. Often, the skin is scratched and damaged because of itches and attempts to remove the bugs from one’s body. Much time is spent on cleaning and protecting the body and materials throughout the house. Patients can also occupy themselves with convincing others, and they may present ‘proof’: skin flakes, small insects, hairs, et cetera. In this paper we present two case descriptions, with the aim to familiarize the reader with its clinical presentation, which may be similar to obsessive compulsive disorder. Antipsychotics are advised, as well as being attentive towards potential substance abuse, which can be a causal factor. Also, cognitive behavioral therapy for delusions can be helpful. This cognitive behavioral therapy model includes: not arguing about the delusion or beliefs of the patient; negotiating meaningful goals in a collaborative manner; a tailored approach based on a personalized conceptualisation; and a focus on peripheral beliefs, and on challenging the usefulness of dysfunctional behavioural strategies.

**Keywords** *delusional parasitosis, delusional infestation, Ekbom, delusion, delusion disorder, cognitive behavioural therapy, CBT, Gedachten Uitpluizen*

**Literatuur**

- Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., de Wachter, D., van der Gaag, M., & de Hert, M. (2013). The Cognitive Biases Questionnaire for Psychosis (CBQ-P) and the Davos Assessment Of Cognitive Biases (DACOBS): Validation in a Flemish sample of psychotic patients and healthy controls. *Schizophrenia Research, 147*, 310-314.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Bhatia, M. S., Jhanjee, A., & Srivastava, S. (2013). Delusional infestation: A clinical profile. *Asian Journal of Psychiatry, 6*, 124-127.
- Bjornestad, J., Hegelstad, W., Joa, I., Davidson, L., Larsen, T. K., Melle, I., ... Bronnick, K. (2017). ‘With a little help from my friends’: Social predictors of clinical recovery in first-episode psychosis. *Psychiatry Research, 225*, 209-214.
- Dudley, R., Taylor, P., Wickham, S., & Hutton, P. (2015). Psychosis, delusions and the ‘jumping to conclusions’ reasoning bias: A systematic review

- and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42, 652-656.
- Ekbom, K.-A. (1938). Der prasenile Dermatosenwahn. *Acta Psychiatry Neurology*, 13, 227-259.
- Freudenmann, R. W., Lepping, P., Huber, M., Dieckmann, S., Bauer-Dubau, K., Ignatius, R., ... Bewley, A. P. (2012). Delusional infestation and the specimen sign: A European multicentre study in 148 consecutive cases. *British Journal of Dermatology*, 167, 247-251.
- Hinkel, N. C. (2010). Ekbom syndrome: The challenge of 'invisible bug' infestation. *Annual Review of Entomology*, 55, 77-94.
- Jagt, Y. Q., Sutherland, A. L., Meijer, J. H., Oudijn, M. S., Kemperman, P. M., Vulink, N. C. C., & de Haan, L. (2014). Parasieten- of infestatiewaan: Een therapeutische uitdaging. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158, A7548.
- Kemperman, P. M. J. H., & Vulink, N. C. C. (2017). Het beestje bij zijn naam noemen? Aanpak en behandeling van infestatiewaan. *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie*, 27, 55-56.
- Knowles, R., McCarthy-Jones, S., & Rowse, G. (2011). Grandiose delusions: A review and theoretical integration of cognitive and affective perspectives. *Clinical Psychology Review*, 31, 684-696.
- Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Lepping, P., Baker, C., & Freudenmann, R. W. (2010). Delusional infestation in dermatology in the UK: Prevalence, treatment strategies, and feasibility of a randomized controlled trial. *Clinical and Experimental Dermatology*, 35, 841-844.
- Lepping, P., Huber, M., & Freudenmann, R. W. (2015). How to approach delusional infestation. *British Medical Journal*, 350, h1328.
- Lepping, P., Noorthoorn, E. O., Kemperman, P. M. J. H., Harth, W., Reichenberg, J. S., Squire, S. B., ... Bewley, A. (2017). An international study of the prevalence of substance use in patients with delusional infestation. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 77, 778-779.
- Mehl, S., Werner, D., & Lincoln, T. M. (2015). Does cognitive behavior therapy for psychosis (CBTP) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6, 1450.
- Moorhead, S., & Turkington, D. (2001). The CBT of delusional disorder: The relationship between schema vulnerability and psychotic content. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 419-430.
- van der Gaag, M., Staring, T., & Valmaggia, L. (2012). *Handboek psychose*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- van der Gaag, M., Staring, T., van den Berg, D., & Baas, J. (2013). *Gedachten uitpluizen: Cognitief gedragstherapeutische protocollen bij psychotische klachten* (Derde druk). Oegstgeest: Stichting Cognitie en Psychose.
- Ward, T., & Garety, P. A. (2017). Fast and slow thinking in distressing delusions: A review of the literature and implications for targeted therapy. *Schizophrenia Research*. Epub ahead of print. doi: 10.1016/j.schres.2017.08.045