



[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)

# Paniek, bloed en bewustzijnsverlies: een vrij lange reactie op een terloopse opmerking van Hoogduin (1996)

## De flauwgevallen Raynaud-patiënt

In Directieve Therapie 1996, nr. 2 bespreekt Hoogduin de hypnotherapeutische behandeling van een patiënt die lijdt aan de ziekte van Raynaud. Vooral wanneer de patiënt erg gespannen is worden zijn handen paarszwart. Tijdens de tweede zitting vond een incident plaats.

‘De patiënt werd door de situatie van het stilzitten bij een dokter herinnerd aan situaties van bloedafname en het krijgen van injecties en hij dreigde daarop flauw te vallen. Onmiddellijk ging hij liggen, waarna hij herstelde met als bijkomend verschijnsel dat de paarszwarte kleur van de handen geheel was verdwenen...’

(p. 151). Dit laatste was een interessante observatie. Flauwvallen bij het zien van (of denken aan) bloed gaat gepaard met een algemene vaatverwijding. De omstandigheid dat de handen tijdens het dreigende flauwvallen hun paarszwarte kleur verloren maakte aanschouwelijk dat die vreemde kleur een gevolg was van vaatvernaauwing. Hoogduin wijst hierop.

In zijn discussie van de casus stelt Hoogduin, meer in het algemeen, dat er tijdens het flauwvallen ‘een dilatatie (verwijding) optreedt van het gehele vasculaire systeem.’ Hiermee zijn wij het eens. Vervolgens schrijft hij:

‘Dit om het lichaam klaar te maken voor grote spieractiviteit om te vluchten of te vechten’

(curs. MvdH/PdJ). Er wordt hier gesuggereerd dat flauwvallen een begrijpelijke reactie is tijdens ‘emotionele stress’ (p. 153). Met deze suggestie zijn wij het hartelijk *oneens*. Nu is dat verschil in inzicht niet zo belangrijk voor de door Hoogduin beschreven casus; zijn opmerking over de relatie tussen de vecht/vlucht respons en flauwvallen werd terloops gemaakt, zelfs de grootste geleerde laat wel eens een steekje vallen en ons commentaar doet aan het belang van de casus niets af. De reden om toch, en vrij uitvoerig nog wel, in te gaan op deze passage is dat er veel patiënten zijn die *diezelfde* opvatting huldigen. Ze denken dat heftige emotionele stress, en vooral angst, ertoe kan leiden dat men flauwvalt. Dit lijkt ons een onhoudbare opvatting en we weten dat patiënten er veel hinder van ondervinden. Deze bijdrage is bedoeld om te voorkomen dat behandelaars dezelfde misvatting gaan huldigen als hun patiënten. Nadat uiteengezet is wat de precieze aard is van het misverstand en hoe de zaken naar onze mening wel in elkaar steken, worden suggesties gegeven voor de behandeling van irrealistische angst voor flauwvallen.

## Angst en bewustzijnsverlies

Tijdens heftige angst treden allerhande lichamelijke sensaties op. Die sensaties zijn onschuldige, maar paniepatiënten denken dat ze voorbodes zijn van catastrofes. Sommigen denken dat hartkloppingen een infarct aankondigen, anderen menen dat ademnood zal leiden tot verstikking en tot slot zijn er patiënten die menen dat duizeligheid kan leiden tot flauwvallen. Wanneer de sensatie wordt waargenomen en wordt geïnterpreteerd als gevaarlijk wordt men, begrijpelijkerwijs, bang. De heftigheid van de sensaties neemt toe, de angst eveneens en het spiraalvormig proces wordt klinisch manifest als een paniekaanval. De angst voor nieuwe aanvallen brengt veel patiënten ertoe allerlei situaties te vermijden. Paniekaanvallen, de angst ervoor en de vermindering die ermee verband houdt kunnen het leven flink vergallen. Een deel van de paniepatiënten veronderstelt dat men tijdens een paniekaanval flauw kan vallen. In het RIAGG Maastricht werd aan 119 paniepatiënten de open vraag gesteld waarvoor men bang was tijdens paniekaanvallen. Niet minder dan 71 van de patiënten, dat is zo'n 60% meldde bang te zijn om flauw te vallen tijdens een aanval. Hoe reëel is deze veronderstelling? Kan men flauwvallen van of tijdens heftige angst?

Hierover is vrij veel bekend. Er is *een*, welomschreven, type angst waarbij flauwvallen inderdaad optreedt. Het gaat om de bloed-fobie (Page, 1994). Wanneer patiënten met een bloedfobie geconfronteerd worden met bloed, injectienaalden e.d. is er aanvankelijk een lichte hartslagstijging die al snel gevolgd wordt door een afname van de hartslagfrequentie en een forse daling van de bloeddruk. Dat proces duurt een minuut of 4 (Öst, Sterner en Lindahl, 1984) en leidt tot een verminderde doorbloeding van het brein met alle gevolgen van dien zoals ondermaatse toevoer van glucose en zuurstof en slechts beperkte afvoer van CO<sub>2</sub>. Deze toestand leidt in eerste instantie tot een licht gevoel in het hoofd en duizeligheid en kan uitmonden in bewustzijnsverlies wanneer er sprake is van een heel erg sterke bloeddrukdaling.

Die sterke 'parasymphatische' of 'vagale' activatie in combinatie met een afname van de sympathische activiteit bij het zien van bloed, want daarover gaat het hier, is niet beperkt tot bloedfobici. Ongeveer 15% van de bloeddonoren valt (bijna) flauw (Graham, 1961) en zelfs medici, die in dit opzicht toch wel iets gewend zijn, vertonen een verlaging van de hartslagfrequentie bij het zien van films over lichamelijk letsel (Carruthers & Taggart, 1973). Het flauwvallen van Hoogduin's patiënt was dus een vrij normale bloedfobische reactie. Zijn gedachte aan bloedafname leidde tot een overmatige activering van de parasymphaticus samen met een remming van de sympathicus, met onder andere als gevolg verwijding van de huidvaten en een daling van de bloeddruk. Daardoor kregen de handen van de patiënt weer een normale kleur en viel hij bijna flauw.

Maar, en dat is belangrijk, de 'blood-injury phobia' is een buitenbeentje. Bij andere angsten treedt, in fysiologisch opzicht, precies het *omgekeerde* op van het patroon dat bloedfobici te zien geven. Bij acute stress en al dan niet fobische angst voor andere zaken *stijgen* de bloeddruk en de hartslagfrequentie juist, terwijl de brandstofvoorziening van het brein geen enkel gevaar loopt. Die neemt eerder toe dan af onder dit soort omstandigheden (Dienstbier, 1989). Anders dan bij de bloedfobie is het niet de *parasymphatische* tak van het autonome zenuwstelsel die wordt geactiveerd, maar de *sympathische* tak. Het is deze sympathische activatie (of, voor de liefhebber, de dominantie van de sympathicus over de parasymphaticus) tijdens stress die te boek

werd gesteld als 'flight/fight' reactie. *Fysiologisch* is er geen reden te veronderstellen dat men tijdens een 'flight/fight' reactie flauw zal vallen. Vanuit *evolutiebiologisch* standpunt ligt het evenmin voor de hand. De functie van de fysiologische veranderingen tijdens heftige angst zijn treffend verwoord in de term 'flight/fight'. Het valt niet in te zien hoe flauwvallen tijdens angst bij zou dragen aan de overlevingskansen van onze voorouders. Sterker nog, de evolutionaire straf op flauwvallen tijdens een flight/fight scenario kon wel eens de strengst denkbare biologische sanctie zijn: flauwgevallen angsthazen vormen een makkelijke prooi en kunnen hun genen niet meer doorgeven aan de genenpool. Over extinctie gesproken!

Belangrijker wellicht is dat het ook helemaal niet spoort met *klinische observaties*. Nog nooit hebben we gehoord of gezien dat een angstpatiënt het bewustzijn verloor tijdens een exposure-oefening. Enigszins in de buurt komt misschien het letterlijk 'verlamd' raken van angst zoals dat voortkomt bij overlevenden van aanvallen door wilde dieren, bij soldaten met een 'shell-shock' en bij meer dan 50% van verkrachtingslachtoffers (Marks, 1987). Maar tijdens verstijving van schrik kan wel sprake zijn van onvermogen te bewegen, geluid te maken, pijn te voelen etc, maar het bewustzijn zelf wordt niet verloren.

## Behandeling

Wanneer de paniekpatiënten bang worden dat ze elk moment kunnen flauwvallen dan heeft die angst een directe aanleiding en een cognitieve achtergrond. Die directe aanleiding is vrij eenvoudig te achterhalen door de patiënt te vragen waarom hij dacht flauw te vallen: 'U dacht toen en toen dat U zou flauwvallen. Kennelijk had U daarvoor aanwijzingen. Welke aanwijzingen waren dat?' Patiënten zullen vervolgens melden dat ze lichamelijke gevoelens hadden als duizeligheid, licht in het hoofd, draaierigheid enzovoorts. 'Dus, als ik het goed begrijp dacht U: die duizeligheid (draaierigheid e.d.) betekent dat ik flauwval'. De patiënt is niet flauwgevallen maar doorgaans vindt men het niet moeilijk de vreeswekkende verwachtingen te verzoenen met deze tegenstrijdige observatie. Vaak heeft men iets gedaan om het onheil te bezweren. Men is gaan liggen, gaan zitten, hield vast aan de leuning, kneep de vuisten samen enzovoorts. 'Dus U denkt: als ik *niet* was gaan zitten (liggen e.d.), dan zou ik *wel* zijn flauwgevallen'. En soms hebben patiënten niets gedaan en denken ze gewoon dat ze geluk hebben gehad. Ze zijn 'bijna, maar nog net niet' flauwgevallen.

De overtuiging dat duizeligheid en dergelijke voorbodes zijn van flauwvallen, en dat flauwvallen uitbleef omdat men ging zitten, komt ergens vandaan. Het kan zeer instructief zijn hier te informeren naar gelegenheden waarbij de patiënt daadwerkelijk het bewustzijn verloor. Treffend is het hoe vaak (excuus, we hebben geen cijfers) Limburgse patiënten melden dat ze ooit bij het zien van bloed, in het ziekenhuis, bij het Groene kruis of iets dergelijks erg duizelig werden en vervolgens flauwvielen. Duizeligheid leidde toen tot flauwvallen. En als je thuis of elders duizelig wordt dan zit het er dik in dat je ook flauwvalt, is de gedachtengang.

Er ontstaat zo royale ruimte voor cognitieve interventies. Voor een verbatim-verslag van een relevant therapie-gesprek, zie Clark (1989). Afhankelijk van de stijl van de therapeut en het karakter van de patiënt kan de interventie psycho-educatief of socratisch zijn. Een meer educatieve benadering is dat de therapeut helder uiteenzet

wat er gebeurt tijdens het zien van bloed: hartslagfrequentie en bloeddruk naar beneden, weinig zuurstof in bloed, duizeligheid en flauwvallen. Nagegaan kan worden of dat aansluit bij patiënt's herinneringen. Die gang van zaken kan vervolgens gecontrasteerd worden met de fysiologie van 'gewone angst' die 'precies het omgekeerde' is: stijging van hartslagfrequentie en bloeddruk en meer dan voldoende zuurstof in het brein. In een meer socratisch gesprek kan de patiënt ertoe gebracht worden de beschreven verbanden zelf te leggen. 'Wat denkt U dat er gebeurt met hartslagfrequentie en bloeddruk bij het zien van bloed, zoals 6 jaar geleden in het ziekenhuis?' 'En hoe zou het komen dat je flauwvalt als het hart even minder snel pompt?' 'Maar nu, als U thuis bang bent. Wat gebeurt er met hartslagfrequentie en bloeddruk als U bang bent?' 'Mmmmm. Eigenlijk een vreemde combinatie. In het ziekenhuis hartslag *daling* en flauwvallen en thuis hartslag *stijging* en de angst om flauw te vallen'. Een scherp inzicht in de implausibiliteit van 'flauwvallen tijdens een flight/fight response' kan patiënten geruststellen. Vooral als patiënten menen dat flauwvallen in het verleden uitbleef omdat ze nog net op tijd gingen zitten of iets dergelijks, verdient het aanbeveling gedragsexperimenten uit te voeren: de volgende keer dat men duizelig is, kan het gaan zitten worden uitgesteld of kan men gewoon blijven staan. Sommige patiënten zijn erin geïnteresseerd waar die duizeligheid tijdens niet-bloedfobische angst vandaan komt. Wij weten dat niet precies, wij sloegen de literatuur er op na en houden er rekening mee dat niemand het precies begrijpt, we hebben wel enkele ideeën, maar bespreking daarvan valt buiten dit bestek.

Samengevat. Sommige (paniek)patiënten geloven dat ze zullen flauwvallen tijdens heftige angst. Ze ontkennen die overtuiging niet zelden aan eigen of andermans ervaring bij het zien van bloed. Patiënten kunnen zeer gerustgesteld worden met het inzicht dat de bloedfobische reactie geheel anders is dan een 'gewone' angstreactie en dat bij uitstek tijdens 'gewone' angst, flauwvallen niet valt te verwachten. Flauwvallen kan ook plaatsvinden zonder dat men met bloed geconfronteerd wordt, bijvoorbeeld bij lang staan in de warmte. En ook een dergelijke ervaring kan aanleiding zijn tot angst voor herhaling en tot vermijding van de omstandigheden waaronder men eerder flauwviel. Ook hierbij geldt dat angst wapent tegen flauwvallen. Preciezer gezegd, de kans dat men zal flauwvallen *tijdens* angst is, overige omstandigheden gelijk houdend, kleiner dan tijdens een niet angstige periode. Tot slot nog een opmerking over de bloedfobie. Veel van dergelijke patiënten kunnen plezierig oud worden. Soms echter wenst men behandeling, bijvoorbeeld omdat men wel erg vaak van het stokje gaat, omdat men opgenomen moet worden in het ziekenhuis, aldaar een bedlegerige dierbare wil bezoeken of iets dergelijks. Gelukkig is de bloedfobie, net als andere fobieën, goed te behandelen. Niet met *ontspanningsoefeningen*, maar met *inspanningsoefeningen*. Dat helpt nog beter dan exposure. En het kost u hooguit een paar uur. Echt waar (Öst, Fellenius & Sterner, 1991).

---

### Summary

*In Directieve Therapie nr. 2 (1996) a case was discussed of a man who almost fainted while thinking about blood and injections. It was suggested that the sight and thought of blood may elicit a parasympathetic activation and that the latter may produce fainting. In passing, it was also suggested that this parasympathetic activation is a common concomitant of the 'flight/fight response'. The present authors disagree with the latter proposition. More specifically, it is argued in this paper that, when it comes to parasympathetic activation and fear related fainting, fears and phobia's can be divided in two categories. Category 1 contains*

*blood-injury phobia. Blood phobics react to blood with parasympathetic overactivity that, if sufficiently strong, can indeed result in fainting. Category 2 contains all other phobic fears. Their presence goes hand in hand not with parasympathetic, but with sympathetic activation. In such cases fear related fainting is not likely to occur: someone with e.g., a dog phobia is less likely to faint in the presence of a dog than in its absence. The distinction between the two types of fear is clinically/therapeutically relevant. Some anxious patients whose fear is not triggered by blood/injury are afraid of fainting during and because of anxiety. This irrational fear of fainting is typically seen in panic disorder patients. After discussing the physiology of fear related fainting the authors provide some therapeutical guidelines for the management of panic patients with an irrational fear of fainting.*

## Referenties

- Carruthers, M., & Taggart, P. (1973). Vagotonicity of violence: biochemical and cardiac responses to violent films and television programs. *British Medical Journal*, 3, 384–389.
- Clark, D.M. (1989). Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A practical Guide. In: K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk and D.M. Clark (Eds.). Oxford University Press.
- Dienstbier, R.A. (1989). Arousal and physiological toughness: Implications for mental and physical health. *Psychological Review*, 96, 84–100.
- Graham, D.T. (1961). Prediction of fainting in blood donors. *Circulation*, 23, 901–906.
- Hoogduin, K. (1996). Hypnose bij een man met paarszwart gekleurde handen. *Directieve Therapie*, 16, 148–154.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals. Panic, Anxiety and their Disorders*. Oxford University Press, New York.
- Öst, L.G., Fellenius, J., & Sterner, U. (1991). Applied tension, exposure in vivo and tension only in the treatment of blood phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 561–574.
- Öst, L.G., Sterner, K., & Lindahl, I.L. (1984). Physiological responses in blood phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 109–117.
- Page, A.C. (1994). Blood-injury phobia. *Clinical Psychology Review*, 14, 443–461.

MARCEL VAN DEN HOUT en PETER DE JONG, Vakgroep Differentiële en Experimentele Psychologie Universiteit Maastricht

## Bijlage 1

**Bijlagen bij Behandelingsprotocol voor de exposure bij koude rna. nervosa.**

### **Bijlage 1**

#### **INTENTARISATIE EETBUITEN**

**Ingrediënten van de eetbuit**

**altijd hetzelfde/steeds  
volgende**

**Tijdsduur**

**Omstandigheden**

**(plaats/temperatuur/ventilatie/het aantal  
mensen/gordijn/licht)**

**Activiteiten voor de eetbuit**

**Activiteiten na de eetbuit**

**Andere bijzonderheden (dinning)**

## Bijlage 2

### Bijlage 2

Registratie- voorwaarden	duur:	tijdstip:
Ingrediënten: (in volgorde)	omstandigheden:	activiteiten ervoor:
		activiteiten erna:
		bijzonderheden, bijv. stemming:



Paniek, bloed en bewustzijnsverlies: een vrij lange reactie op een terloopse opmerking van Hoogduin (1996)

## **Bijlage 3**

## Bijlage 4 Behandeling met cue exposure

Het hebben van eetbuien (sommige noemen het ook wel vreetbuien), de sterke behoefte bij tijden veel te veel te eten, kan beschouwd worden als een verslaving. Zoals andere mensen verslaafd kunnen zijn aan alcohol, drugs of sigaretten, kan je ook verslaafd zijn aan eetbuien. Je hebt het gevoel niet zonder te kunnen. De behoefte, het verlangen is soms zo sterk, dat het, hoe hard je het ook probeert, niet lukt nee te zeggen tegen deze drang. Hoe je je ook verzet, de drang is sterker, net als bij andere soorten verslaving.

Heel lang dacht men dat die drang om te eten een psychische kwestie was. Mensen die eetbuien hebben, hebben al dat eten natuurlijk niet echt nodig, ze eten niet omdat ze zo'n honger hebben en dus zijn er psychische redenen, dacht men. Men dacht aan ongelukkigheid, depressiviteit, verveling of gebrek aan beheersing.

Nu kunnen deze factoren natuurlijk nog steeds een rol spelen, maar sinds enige tijd is er ook een andere theorie. Deze theorie is gebaseerd op onderzoek dat is gedaan bij mensen die alcohol gebruiken.

Van mensen die veel alcohol gebruiken is het bekend dat het lichaam zich instelt op die alcohol. Het vreemde is dat dat lichaam dat niet op ieder uur van de dag doet, maar alleen op die momenten en in die situaties, waarin ook meestal alcohol wordt genuttigd.

Een voorbeeld: Een man is gewend na zijn werk, zo tussen 5 en 6 uur een paar borreltjes te drinken in zijn stamcafé. Van alcoholgebruik is het bekend dat het de interne lichaamstemperatuur doet dalen. Wat blijkt nu? Vanaf het moment dat deze meneer zijn bureau afsluit, het kantoor uitloopt en de portier gedag zegt, stijgt zijn interne lichaamstemperatuur. Het lichaam 'weet' dat er binnenkort alcohol ingenomen gaat worden en 'weet' dat de lichaamstemperatuur zal gaan dalen. Het stelt zich hier op in door alvast wat warmer te worden. De meneer voelt niets van dat warmer worden. Wat hij echter wel voelt is steeds meer zin in zijn drankje. Men veronderstelt nu dat dat stijgen van de lichaamstemperatuur beleefd wordt als zin in alcohol of drang om het te drinken.

Het lichaam stelt zich in op stoffen die het verwacht met een compensatiereactie: het wordt alvast wat warmer om de temperatuursdaling die gaat komen op te vangen. Deze 'vooraf-compensatie-reactie' wordt gevoeld als een heftige drang om datgene waarop het lichaam zich instelt ook echt te nemen.

Men veronderstelt dat het bij eetbuien hetzelfde werkt. Mensen hebben vaak vaste tijden of vaste plaatsen voor hun eetbuiten. Het lichaam weet steeds beter wanneer er een eetbui aankomt en stelt zich hier vast op in. Waarschijnlijk stelt het lichaam zich in door de bloedsuikerspiegel te laten dalen om de komende stijging van de bloedsuikerspiegel op te kunnen vangen (wanneer je eet gaat de bloedsuikerspiegel immers omhoog). Zo'n verlaagde bloedsuikerspiegel veroorzaakt de heftige drang om te eten. Wanneer je dus meestal 's avonds laat een eetbui hebt, alleen in je kamer met de tv aan, heeft je lichaam rond die tijd in die situatie zo'n 'vooraf-compensatiereactie' en voel je die bekende drang om te gaan eten, terwijl je als je die avond ergens anders bent overal vanaf kan blijven.

*Wat gebeurt er nu in de behandeling?*

Wanneer je je lichaam zou kunnen afleren met zo'n vooraf reactie te reageren, zou je ook niet meer zo'n intense behoefte voelen om te eten. De vraag is natuurlijk hoe dat moet. De methode is simpel en voor de hand liggend, maar helaas lang niet altijd eenvoudig om uit te voeren.

Je lichaam zal moeten gaan ervaren, dat ook al bevindt het zich in een situatie waarin het gewoonlijk een heleboel eten krijgt, dit niet altijd daadwerkelijk gebeurt. Je moet als het ware je lichaam voor de gek gaan houden door allereerst alles te doen wat je normaal doet voor een eetbui. Zo precies mogelijk. Het is dezelfde tijd, je bent op dezelfde plaats en je ziet en ruikt het eten. Je lichaam reageert met de vooraf-compensatie-reactie, maar terwijl je anders echt zou gaan eten, doe je dat nu niet. Je lichaam ervaart dat het niet te eten krijgt ook al is de hele situatie precies gelijkend op die waarin je anders wel een eetbui krijgt. Zo leert het lichaam de vooraf-compensatie-reactie af en de sterke drang om te gaan eten vermindert en verdwijnt tenslotte.

Deze procedure wordt cue-exposure genoemd. In de praktijk gaat het als volgt: Je koopt het eten wat je normaal gesproken bij een eetbui eet. Op het tijdstip dat je meestal een eetbui hebt, maak je alles klaar zoals je dat gewend bent, op dezelfde manier, in dezelfde ruimte enz. Dan ga je aan het eten ruiken, snuffelen, even likken, maar je eet het niet. Deze oefening doe je een aantal keren gedurende een bepaalde periode.

Om het niet te moeilijk te maken, doen we de hele procedure in kleine stapjes. Eerst wordt de oefening samen met de therapeut gedaan, daarna thuis met iemand die je helpt en daarna pas alleen.

Een voorwaarde voor het slagen van de behandeling met cue-exposure is geregeld en normaal eten. Ontbijt, lunch en avondeten mogen niet worden overgeslagen. Het lichaam kan nooit normaal reageren als het voortdurend te kort heeft.

De behandeling duurt 8 weken en is intensief. Je komt twee keer per week naar de polikliniek en moet thuis veel oefenen. Voor en na de behandeling worden vragenlijsten ingevuld.

Veel succes met de behandeling.

## Bijlage 5

### Bijlage 5

#### REBOOTHATIERFORMULIER

#### Datum

Waarde van de hunkering of het verlangen naar 'water' tijdens de oefening

na 5 minuten

0 \_\_\_\_\_ 10

na 15 minuten

0 \_\_\_\_\_ 10

na 30 minuten

0 \_\_\_\_\_ 10

na 45 minuten

0 \_\_\_\_\_ 10

na 60 minuten

0 \_\_\_\_\_ 10

Bijzonderheden