

Zwei Lebensgeschichten

Autor(en): **Berthel, Toni**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **DrogenMagazin : Zeitschrift für Suchtfragen**

Band (Jahr): **22 (1996)**

Heft 6

PDF erstellt am: **06.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-801151>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrücke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Zwei Lebensgeschichten

Die einen leben das Leben gradlinig, die andern erleben ein Hin- und Hergeworfensein. Alle versuchen, mit den ihnen eigenen Möglichkeiten das Leben zu bewältigen, vielleicht mit einer Sucht. Doch hinter der Sucht steckt noch mehr. Psychische Störungen, die erst richtig zum Vorschein kommen, wenn die Sucht nicht mehr so drängend ist.

TONI BERTHEL*

Frau X.

Eine 30jährige Frau meldet sich telefonisch im ärztlichen Verschreibungsprojekt und wünscht ins Projekt aufgenommen zu werden. In der telefonischen Vorabklärung gibt sie eine 10jährige Heroinabhängigkeit, sowie mehrere ambulante und stationäre Behandlungsversuche an. Trotz Teilnahme an einem Methadonprogramm fixt sie täglich Heroin. Im telefonischen Gespräch wirkt sie verlangsamt, verladen, teilweise etwas verwirrt. Am 2. Oktober führt die spätere Bezugsperson ein ausführliches

* Leitender Arzt Psychiatrische Poliklinik Kantonsspital Winterthur und Projekt IKARUS des Sozialamtes der Stadt Winterthur.

Aufnahmegespräch. Die Klientin unterschreibt die Einwilligung, dass weitere Informationen eingeholt werden dürfen. Am 3. Oktober findet das Indikationsgespräch beim Projektarzt statt. Die Klientin erhält die Infobroschüre und unterschreibt die Einverständniserklärung zur Teilnahme am Abgabeprojekt. Gleichtags werden ein somatischer Status und Laboruntersuchung bei der Hausärztin gemacht. Nach Einsicht in die Krankengeschichte der regionalen Drogen- und Jugendberatungsstelle sowie Einholung verschiedener Berichte aus Entzugs- und Therapieeinrichtungen wird die Klientin am 4. Oktober beim Bundesamt für Gesundheit und dem Kantonsarzt angemeldet. Die erste Heroinabgabe beginnt am 6. Oktober.

Lebensgeschichte, Suchtentwicklung

Frau X. wurde als ältestes von vier Kindern eines Handwerkers und einer Hausfrau geboren. Ein jüngerer Bruder ist Toxikoman, ansonsten ist die Familienanamnese unauffällig. Über Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung ist nichts bekannt. Die Einschulung war altersentsprechend. Frau X. besuchte 6 Jahre Primar- und 3 Jahre Sekundarschule. Nach Schulende begann sie eine Postlehre, welche sie nach einem halben Jahr abbrach. Sie machte eine Anlehre als Verkäuferin. Mit 18 Jahren wurde sie schwanger und heiratete. Nach zwei Jahren wurde die Ehe geschieden, beginnender Heroinkonsum. 27jährig erhielt Frau X. eine IV-Rente.

Die ganze Kindheit über war Frau X. introvertiert hatte häufig Konzentrationschwierigkeiten. Seit Schulbeginn hatte sie Ängste und das Gefühl, andere Kinder mögen sie nicht, wollten ihr etwas Böses antun. Dadurch wurde sie häufig Aussenseiterin, ohne Freundinnen und Kolleginnen. Teilweise litt sie

unter massiven Schlafstörungen. In der Adoleszenz begann sie mit Alkoholkonsum, was eine kurzzeitige Stabilisierung erbrachte. Doch später verstärkten sich die Ängste, Angst vor Männern und Frauen, Angst man wolle sie umbringen, Angst von Menschen gehasst zu werden. Es gab Halluzinationen. Unter Kokainkonsum war sie häufig paranoid. Sie machte drei Suizidversuche, war aber die ganze Zeit nie in psychiatrischer Behandlung und wurde nie medikamentös behandelt.

Als glücklichste Zeit beschreibt Frau X. den Beginn der Heroinsucht mit der positiv erlebten Heroinwirkung. Zur Entwicklung des Suchtmittelkonsums: Frau X. konsumiert mit 15 Cannabis und Nikotin, mit 17 teilweise exzessive Alkohol. Nach der Scheidung lernt sie Heroin kennen und beginnt rasch mit Fixen. Gleichzeitig fängt sie mit dem Konsum von Kokain an. Ein süchtiges Verhalten mit täglich mehrmaligem Konsum ist rasch ausgebildet. Zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr macht Frau X. acht stationäre Entzüge und zwei stationäre längerdauernde Therapieprogramme. Sie wird dabei als introvertiert und zurückhaltend beschrieben, verunsichert und mit Schwierigkeiten im Kontakt mit Mitpatienten. Eine Psychose wird nicht beschrieben. Unter Haschisch hat Frau X. häufig Verfolgungsgefühle und Angst, ein Gefühl, alles komme ihr zu nahe, sie könne sich nicht zur Wehr setzen. Unter Kokain gibt es immer wiederkehrende Paranoia. Nur Heroin erlebt Frau X. als sehr positiv, stabilisierend, beruhigend. Angegebene Stimmen seien so erträglich, sie fühle sich weniger beeinflusst.

Untersuchungsbefunde bei Eintritt

In der psychiatrischen Exploration findet sich eine im Gespräch leicht ver-



langsame, verladen wirkende Frau. Sie ist immer wieder abgelenkt, kann jedoch zum Gesprächsthema zurückkommen und auf gestellte Fragen eingehen. Frau X. schaut den Untersucher immer wieder misstrauisch und ängstlich an, ist dabei unruhig, etwas gespannt. Nach längerer vorsichtiger Exploration äußert sie Ängste, gibt kommentierende Stimmen an und sagt, sie könne sich nicht konzentrieren. Weinen wechselt mit parathymem Lachen ab. Sie sei sehr empfindlich, zu wenig stark und alle Leute versuchten sie zu beeinflussen. Ihr Körper gefalle ihr nicht und sie fühle sich von allen Männern angemacht. Sie hasse Männer und die Männer hassten sie. Sie meint, entweder sei sie krank oder ihr Hirn sei krank; sie sei krank im Herzen, in der Seele. Angebotene Medikamente lehnt sie kategorisch ab. Unter Heroin gehe es ihr besser, sie höre dann keine Stimmen mehr. Das genüge ihr. Die Stimmung ist gedrückt, doch sie verneint aktuelle Suizidgedanken.

Zur gegenwärtigen Situation: Frau X. wohnt im begleiteten Wohnen. Die Tage verbringt sie vor allem in der Drogenanlaufstelle und mit Rumhängen. Freizeitgestaltung gibt es keine. Sie hat viele oberflächliche Bekanntschaften in der Drogenszene.

Verlauf

Frau X. nimmt die ganze Zeit zuverlässig und regelmässig an der Abgabe teil, sie findet sich pünktlich zu den Abgabezeiten ein. Anberaumte Gespräche mit

der Betreuerin oder dem Arzt werden nicht wahrgenommen und sie nimmt auch nicht an den Gruppensitzungen teil. Die von allen MitarbeiterInnen beobachteten psychotischen Symptome beruhigen sich zusehends. Im Kontakt ist Frau X. weniger unruhig, im Gespräch im Aufenthalts- wie im Injektionsraum geordneter und für Fragen zugänglicher. Eine Motivation für eine weitergehende neuroleptische Behandlung misslingt. Frau X. verweigert weiterhin jegliche medikamentöse Unterstützung. Am 27. November wird sie von der Polizei aufgegriffen und für 10 Tage ins Gefängnis gebracht. Sie muss eine vor Jahren ausgesprochene Strafe wegen Nichtbezahlens einer Busse verbüssen. Trotz sofortiger Intervention und Gesprächen mit zuständigen Stellen kann von dieser Haft nicht Abstand genommen werden.

Nach fünf Monaten...

Im Vergleich zum Eintrittsgespräch ist Frau X. deutlich ruhiger und ausgeglichener. Sie kann den Fragen besser folgen und ist weniger abgelenkt. Stimmen und Beeinflussung werden nur noch am Rande erwähnt. Die Angst sei weniger stark als auch schon. In der Stimmung ist sie deutlich aufgehellter, lächelt manchmal scheu. Die im ersten Gespräch beobachtete Affektinkontinenz mit Weinen fehlt vollständig. Ein Vorschlag medikamentöser Unterstützung wird erneut abgelehnt. Die Stimmung ist weiterhin gedrückt. Sie verneint eine aktuelle Suizidalität.

Weitere Behandlungsplanung

Die Heroinsubstitution wird weitergeführt. In der psychosozialen Betreuung soll versucht werden das Arbeitsbündnis zu festigen. Nach Möglichkeit soll Frau X. stärker in eine stützende Therapie eingebettet und weiterhin motiviert werden für eine Neuroleptikabehandlung. Langfristiges Ziel ist die sozialpsychiatrische Rehabilitation und eine Tagesstruktur.

Zusammenfassung

Es wird ein Fall einer 30jährigen Patientin zur Darstellung gebracht, die neben einer Heroinsucht an einer paranoiden Schizophrenie leidet. Im Rahmen des Heroinverschreibungsversuches kam es zu einer Stabilisierung des seelischen und sozialen Zustandsbildes. Eine adäquate Behandlung des psychiatrischen Grundleidens war bisher nicht möglich und wird Ziel der weiteren Behandlung sein.

Herr B.

Ein 26jähriger Mann meldet sich telefonisch im ärztlichen Verschreibungsprojekt und wünscht ins Projekt aufgenommen zu werden. In der Vorabklärung gibt er eine Heroinabhängigkeit seit 9 Jahren und mindestens 10 Entzüge und ambulante und stationäre Therapien an. Im laufenden Methadonprogramm fixt er täglich Heroin und Ko-

kain. Beginn mit der ersten Heroinabgabe am 18. September.

Lebensgeschichte, Suchtentwicklung

Herr B. wurde als ältestes von drei Kindern von Gastarbeitereltern in der Schweiz geboren. Die Familienanamnese ist unauffällig. Soweit bekannt ist die frühkindliche Entwicklung unauffällig, die Einschulung und der Besuch der Primar- und Sekundarschule mit Abschluss unproblematisch. Eine begonnene Handwerkerlehre wird nach einem Jahr abgebrochen. Wegen Drogenkonsum und Verstößen gegen das BtMG wird Herr B. in ein Erziehungsheim eingewiesen. Weiterhin Drogenkonsum und in der Folge mehrere Entzugs- und Therapieversuche. Nur noch unregelmässige Arbeitstätigkeiten. Keine Ausbildung. Erst mit Schulende und Beginn der Lehre beginnt bei Herrn B. zusehends ein Scheitern in den sozialen Bezügen. Er hat keine längerdauernden Beziehungen, immer wiederkehrende Aggressionsdurchbrüche, leichte Kränkbarkeit, zerstört Fensterscheiben und bedroht MitarbeiterInnen in therapeutischen Einrichtungen.

Zur Entwicklung des Suchtmittelkonsums: Als 13jähriger erster Cannabis- und Alkoholkonsum. 17jährig schnupft er erstmals Heroin, kurze Zeit später beginnt er mit regelmässigem Fixen. Zusätzlich konsumiert Herr B. Kokain. 22jährig bis 25jährig macht Herr B. zehn Mal stationäre Entzüge und beginnt zweimal stationäre Therapien, welche er jeweils nach wenigen Monaten abbricht. Herr B. steigt in ein Methadonprogramm ein. Trotzdem fixt er immer



Heroin und Kokain. Unter Kokain tritt zeitweise Paranoia auf. Im übrigen wird Herr B. durch Heroin beruhigt.

Untersuchungsbefunde bei Eintritt

In der psychiatrischen Exploration findet sich ein freundlicher, zuvorkommender, leicht unterwürfiger Mann. Er verneint im Gespräch vorerst Probleme und will nur ins Programm aufgenommen werden. Nach Konfrontation mit andernorts beobachteten Aggressionsausbrüchen wechselt die Stimmung: Beim Nachfragen und klärendem Insistieren wird er gespannt, reklamiert lauthals und beginnt über ungerechte Behandlung zu klagen. Die anfangs freundliche Stimmung wird etwas bedrohlich und die anfängliche Idealisierung des Untersuchers wechselt in Ablehnung. Bisherige Lebensschauplätze und wichtige Bezugspersonen kann er nur plakativ mit gut oder schlecht schildern und eine differenzierte, farbige Darstellung von Situationen auf der Lebensbühne gelingt nicht. Durch vorsichtige Gesprächsfüh-

rung und empathische Grundhaltung kann er über zwei Suizidversuche, häufig wiederkehrende Suizidfantasien und Ängste Auskunft geben. Die Situation entspannt sich so wieder. Während des ganzen Gesprächs gibt es keine Hinweise auf Denk- oder Wahrnehmungsstörungen.

Herr B. verneint aktuell Suizidideen oder -Impulse, im Übrigen sind die psychischen Grundfunktionen intakt.

Zur aktuellen Situation: Herr B. wohnt im begleiteten Wohnen und wird finanziell durch das Fürsorgeamt unterstützt. Die Tagesstruktur besteht aus Hängen, Mischeln von Drogen. Freizeitgestaltung gibt es nicht. Herr B. hat einige oberflächliche Bekanntschaften in der Drogenszene.

Verlauf

Herr B. ist vorerst freundlich, zuvorkommend, euphorisch und vor allem zu MitarbeiterInnen ausgesprochen höflich. Nach drei Wochen verpasst er die Abgabzeit. Er hat einen aggressiven Ausbruch mit Beschimpfung der MitarbeiterInnen. Im darauf anberaumten Gespräch ist er vorerst klagend, weinerlich, mit Tränen in den Augen. Nach Konfrontation mit dem für uns unakzeptablen Verhalten wird Herr B. rasch gespannt, wütend und beschimpft uns erneut. In der Folge gibt es immer wiederkehrender Stimmungswechsel zwischen freundlicher, teilweise unterwürfiger Art und Wutausbrüchen nach leichten Frustrationen oder vermeintlichen Kränkungen. Nach einem erneutem Verpassen des Abgabetermins versucht er, durch Bedrohung von Mit-



arbeiterInnen, doch noch das Heroin zu erhalten. Er behündigt kurzzeitig eine aufgezogene Spritze. Nach dem klaren Hinweis auf die Konsequenzen gibt er die Spritze zurück und verlässt unter wütendsten Beschimpfungen und mit massiven Drohungen die Räumlichkeiten. In der Folge wird in einem Gespräch über diesen Vorfall als Sanktion eine mehrtägige Heroinpause erlassen. In diesem Gespräch ist Herr B. erneut unterwürfig, freundlich, zeitweise klag-sam-jammrig, weinend. Einem vereinbarten gemeinsamen Gespräch mit der auf das übelste beschimpften Mitarbeiterin geht er mehrmals aus dem Weg. Im Gespräch mit dem Projektarzt äussert er tiefste Scham- und Schuldgefühle über sein Verhalten. Dabei fällt der Wechsel zwischen einem kindlich-unreifen, anhänglichen, von Schuldgefühlen geplagten Wesen und dem sich aufplusternden, ausrufenden, bedrohlichen lauten Rüpel auf. Durch den Versuch klarer und konsequenter Behandlung und bestimmter Formulierung der im Projekt geltenden Anstandsregeln sowie dem Versuch, diese stark wechselnden Gefühlszustände zu klären, zu konfrontieren, teilweise zu deuten, entspannt sich die Situation und eine langsame, kaum merkliche Entwicklung zu akzeptablerem Verhalten beginnt.

Nach fünf Monaten...

ist Herr B. wie im Eintrittsgespräch freundlich, zuvorkommend, beinahe etwas unterwürfig. Beim Ansprechen der verschiedenen Impulsdurchbrüche und Beschimpfungen wird er weinerlich,

äussert deutliche Scham- und Schuldgefühle über sein Verhalten, meint jedoch wiederum, es sei auch sein Temperament, man müsse das akzeptieren. Nachdem wir ihm erneut die verlangten Umgangsformen erklären, schimpft er über eine nicht anwesende Mitarbeiterin. Es gibt keine Hinweise auf psychotisches Erleben.

Weitere Behandlungsplanung

Die Heroinsubstitution wird weitergeführt. Anfallende Konflikte müssen geklärt werden. Es braucht eine klare Grenzsetzung durch das gesamte MitarbeiterInnen-Team. Durch die klare Grundhaltung des gesamten Teams, den reflektierenden Umgang mit dabei auftretenden Gegenübertragungsgefühlen und dem Versuch, in der therapeutischen Einbettung unintegrierte Persönlichkeitsanteile durch eine adäquate Technik zu bearbeiten, soll versucht werden, langfristig eine grössere Frustrationstoleranz zu erreichen und reifere Abwehrmechanismen zur seelischen Stabilisierung entwickeln zu können.

Zusammenfassung

Es wird der Fall eines 26jährigen Patienten zur Darstellung gebracht, der neben einer Heroinsucht an einer emotional instabilen Persönlichkeit leidet. Aufgrund der ausgeprägten Persönlichkeitsstörung mit immer wiederkehrenden Aggressionsdurchbrüchen, von Beschimpfungen über Idealisierungen und Entwertungen, droht immer wieder die Gefahr des Abbruchs der Behandlung. Damit auch solche Patienten erfolgreich von den Verschreibungsversuchen profitieren können, müssen MitarbeiterInnen bereit sein, langdauernde Beziehungsarbeit zu leisten. Sie müssen auftretende Entwertungen aushalten und, klar Grenzen setzend, Beschimpfungen und Kränkungen zurückweisen. In der Kombination Betreuung/Therapie mit sozialer Unterstützung können in langdauernden therapeutischen Beziehungen solche Menschen positive Entwicklungen zeigen.

Süchtige Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern

Schizophrene Menschen leiden an Störungen des Denkens und des Fühlens, fühlen sich in ihrem ganzen Menschsein zerrissen. Das subjektive Erleben der eigenen Persönlichkeit ist verändert, es zeigen sich affektiv Ambivalenz und Autismus. Solche Menschen leiden. Sie werden von Ängsten und Verzweiflung überschwemmt und ihre Fähigkeit Freude zu empfinden schwindet. Depressive Menschen sind traurig, fühlen sich minderwertig und machen sich

Schuldgefühle. Sie erleben Zustände von versiegender Lebenskraft, können sich zu nichts Neuem aufraffen, ziehen sich zurück. Sie erleben diese seelischen Tiefs häufig als körperlichen Schmerz. Zeitweise treten Suizidgedanken auf.

Die Entwicklung der Krankheit

Bei den meisten Menschen brechen diese Leidenszustände in der Adoleszenz aus. Sie können vieles, das in diesem Lebensalter wichtig ist, nicht adäquat oder nur beschränkt durchleben. So wird der Aufbau einer eigenen Identität (persönlich, beruflich, sexuell etc.) stark behindert. Die Ablösung vom Elternhaus geschieht äusserlich in der Regel durch Wegzug, innerlich jedoch ohne richtiges Durchleben von Abschiedsschmerz, Wut und Versöhnung. Der Aufbau von Beziehungen in einem neuen sozialen Umfeld ist gestört und ein System eigener Moral unabhängig von rigiden frühkindlichen Elternvorstellungen misslingt. Alle diese Prozesse gehen mit Schmerzen, Ängsten, Traurigkeit, Verwirrung etc. einher und müssen abgewehrt werden.

Zusätzlich erlebt das Individuum mit seinem Geworfensein ins Nichts, mit der Geburt sich entwickelnd zum Tode hin eine existenzielle Herausforderung und muss damit zurande kommen. Gleichzeitig soll es seine eigene Individualität aufbauen und sich in eine rasch sich wandelnde Sozietät hineinentwickeln und bei deren weiterer Entwicklung Verantwortung übernehmen.

Medikamente und Drogen helfen, aber...

Die moderne Psychiatrie bietet Medikamente an, die Prozesse bei schizophrenen wie depressiven Menschen beeinflussen. Alle diese Medikamente

zeigen jedoch unangenehme Nebenwirkungen. Die Gefühle des Andersseins gehen auch mit diesen Medikamenten nicht weg, ja werden häufig erst recht schmerzhaft erlebt und der Wunsch nach Sinnggebung, Beziehungen und erfüllter Lebensgestaltung ist mit unseren Medikamenten nicht erfüllbar.

Drogen helfen häufig unerträgliche Zustände erträglicher zu erleben. Heroin hilft dem schizophrenen Menschen schmerzhaft erlebte Zustände zu lindern, Unruhe zu besänftigen, bedrohlich erlebte Stimmen zu dämpfen. Kokain hebt den Depressiven aus seinem Tief, Hashisch kann entspannen.

Vielschichtige Behandlungsansätze

Im Spannungsfeld grenzenloser Individualität, einengender Normativität, rasch wechselnder und entwerteter Identifikationsmöglichkeiten, Wechsel zwischen gesuchter Beständigkeit und angstvoll erlebter Veränderung, der Erfahrung eigener Endlichkeit und dem Wunsch nach unendlicher Verschmelzung und Grösse, um nur einige wenige Pole menschlicher Seins- und Entwicklungsweisen zu nennen, können die oben erwähnten PatientInnen mit Dualdiagnosen, aber auch die HelferInnen verzweifeln. Um diesen Zuständen nicht ohnmächtig ausgesetzt zu sein, und als Therapeut in der erlebten schmerzhaften Begrenztheit eigener Fähigkeit nicht auf einfach plakative Lösungsversuche zurückzugreifen, müssen spezielle und spezifische Behandlungsansätze entwickelt werden. Soll diese unsere Arbeit erfolgreich sein, müssen verschiedene involvierte Berufsgruppen interdisziplinär und intersystemisch zusammenarbeiten. Verschiedene Ansätze soziotherapeutischer, sozialmedizinischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Schulen müssen konkurrenzlos und ohne den Dünkel alleiniger Wahr-

heitsfindung zusammenfinden. Ein Abschied von präsentiersymptomverhafter Arbeit mit Süchtigen ist eine weitere Voraussetzung um komplexe und komplizierte Störungsbilder erfolgreich angehen zu können und trotz allem vorhandene Ressourcen zu nutzen und durch langjährige Sucht verschüttetes, adolescentäres Potential zu wecken. Eine erfolgreiche Arbeit mit diesen Menschen kann nur durch einen offenen, transparenten und vorurteilsfreien Einsatz bekannter und teilweise noch zu entwickelnder Interventionsinstrumente sinnvoll sein. Zusätzlich verlangt diese Arbeit einen reflektierenden Umgang mit eigenen Gefühlen und eine Zusammenarbeit von allen involvierten HelferInnen in gegenseitigem Respekt und mit der Bereitschaft, vom jeweils anderen zu lernen. Wird eine solche Zusammenarbeit möglich, ist auch bei diesen schwersten Leidenszuständen Hoffnung für positive und dauernde Veränderung möglich. Veränderungen brauchen jedoch Zeit und Geduld und sind erst in einer vertrauensvoll gewachsenen, stabilen Beziehung möglich. ■

Inserat



TOASTER
Monatszeitung für Politik
Sound, Film & Underground

Jetzt abonnieren!
Wer den TOASTER jetzt abonniert,
bekommt gratis zusätzlich zum Jahres-Ab
die CD des Monats: Für nur 30.-.

Vorname/Name

Adresse

PLZ/Ort

Jahrgang

TOASTER, Geldgier, Postfach 2050, 8035 Zürich