

Die psychische Störung wurde in der medizinischen und psychologischen Literatur bis vor wenigen Jahren kaum beachtet. Sie führt zu erheblichen psychischen Belastungen bei Betroffenen und ihren Familien.

Von Dipl. Psych. Cornelia Mertens, Dipl. Psych. Arne Mangelsen und Dr. med. Bert Kellermann

Kaufsucht, eine Verhaltenssucht



Die Kaufsucht (Oniomanie, engl. shopping addiction, pathological shopping oder shopaholism) – neben der Glücksspielsucht und der Bulimie eine der häufigsten Formen der Verhaltenssucht – wurde bereits vor etwa 100 Jahren in den psychiatrischen Lehrbüchern der Begründer der modernen Psychiatrie, Kraepelin und Bleuler, erwähnt (Kraepelin: „...die krankhafte Kaufsucht, die den Kranken veranlasst, sobald sich dazu Gelegenheit bietet, ohne jedes wirkliche Bedürfnis in großen Mengen einzukaufen ...“ Bleuler: „...Das Besondere ist das Triebhafte, das Nicht-anders-können, das sich manchmal schon darin ausdrückt, dass die Kranken oft trotz guter Schulintelligenz vollständig unfähig sind, anderes zu denken, sich die unsinnigen Folgen ihres Handelns und die Möglichkeiten, es nicht zu tun, vorzustellen. ...“). Es war damals schon bekannt, dass es den Betroffenen kaum um den Besitz oder den Konsum der gekauften Waren geht, sondern um das positive Gefühl beim Einkaufen.

Prävalenz der Störung hat zugenommen

Die Prävalenz dieser psychischen Störung hat seither erheblich zugenommen, wie angesichts der derzeitigen Wirtschaftspolitik („unsere Konsumwelt“, „Marktwirtschaft“, „Wirtschaftswachstum hat Vorrang“) nicht anders zu erwarten ist. Die umfangreichste Kaufsuchtstudie, die von Scherhorn und Mitarbeitern, ergab bei der Befragung 1991, dass in den alten Bundesländern bei den Erwachsenen 5% und in den neuen Bundesländern 1%

stark kaufsuchtgefährdet sind. 2001 erfolgte eine Wiederholungsstudie, die ergab, dass sich in den neuen Bundesländern die Anzahl der stark Kaufsuchtgefährdeten in zehn Jahren auf 6,5% versechsfacht hat, in den alten Bundesländern ist der Anteil auf 8% angestiegen.

Kaufen kann Gefühle wie durch Drogenkonsum erzeugen, Kaufen kann somit ein Suchtmittel („Droge“) sein. Wie jede Suchtform ist die Kaufsucht gekennzeichnet durch das kaum unterdrückbare Verlangen nach Konsum des individuellen Suchtmittels, wegen der dadurch bei sich erzeugten positiven Gefühle („Kick“, Euphorie, Stimulation) oder Verdrängen negativer Gefühle (Schwinden von Dysphorie, quasi antidepressive Selbstbehandlung, Entspannung). Die zentrale Verarbeitungsinstanz für Gefühle im Gehirn ist das limbische System. Suchtypisch ist ebenfalls: Insbesondere in der ersten Zeit entwickelt sich eine „Dosissteigerung“; zunehmend kommt es zum weitgehenden Verlust der Verhaltenskontrolle („Kontrollverlustphänomen“); im Spätstadium ist das Kaufen wichtiger als alles andere, es wird – trotz drohender oder bereits erlittener negativer Konsequenzen wie psychischer und psychosozialer Belastung, finanziellem Ruin und/oder sogar Beschaffungsdelinquenz – fortgesetzt.

Betroffen sind insbesondere jüngere Frauen. Sie kaufen hauptsächlich Kleidung, Schuhe, Schmuck, Bücher, Musik-CDs und Kosmetika. Es sind aber auch Männer betroffen, sie kaufen eher Prestigeobjekte, technische oder Luxus-Waren.

Das suchttherapeutische Beratungs- und Hilfsangebot ist auch für Kaufsüchtige geeignet. Bezeichnenderweise

haben sich an manchen Orten Selbsthilfegruppen nach dem Vorbild der Anonymen Alkoholiker gebildet: Shopaholics Anonymous bzw. AK/Anonyme Kaufsüchtige. Allerdings ist das Prinzip der absoluten Suchtmittelfreiheit („Abstinenz“) als einfachster und sicherster Weg zur Überwindung der Sucht, der sich bei Abhängigkeit bspw. von Alkohol, Nikotin oder Glücksspielen sehr bewährt hat, bei einer Verhaltenssucht wie der Kaufsucht nur bedingt bzw. nur für eine bestimmte Zeitspanne zu realisieren. Als Hintergrundproblematik bestehen häufig Selbstwertzweifel und Depressivität, sodass nach der suchttherapeutischen Stabilisierung eine kognitive Verhaltenstherapie sinnvoll sein kann.

Verhaltenssucht

Der Terminus „Verhaltenssucht“ (behavioural addiction) ersetzt zunehmend die weniger geeigneten Begriffe „nicht substanzgebundene“ bzw. „nicht stoffgebundene Suchtform“ bzw. „Impulskontrollstörung“. Als bisher einzige Verhaltenssucht ist die Glücksspielsucht (syn. Pathologisches Glücksspielen) sowohl in den psychiatrischen Klassifikationen (ICD, DSM) als auch von den gesetzlichen Krankenkassen etc. anerkannt. Aber auch andere Formen der Verhaltenssucht sind seit Langem bekannt.

In der Monografie „Verhaltenssucht“ von Grüsser und Thalemann (2006) werden außer der Glücksspielsucht und der Kaufsucht noch folgende Suchtformen genannt: Sportsucht, Arbeitssucht, Computersucht und Sexsucht. Gabriel und Kratzmann verwendeten 1936 in ihrer Suchtmonografie den Terminus „Tätigkeitssucht“ und zählten dazu u. a. Spielsucht, Sammelsucht, Kleptomanie, Sexsucht. Bevor die Glücksspielsucht sich durch das außerordentlich große Angebot an Glücksspielen mit nicht geringem Suchtpotenzial (Expansion der Casino- und Spielhallen-Glücksspiele) seit etwa 30 Jahren auszubreiten begann, stand durch die Untersuchungen der Ependorfer Psychiater Giese und Schorsch (u. a. 1973) die sexuelle Süchtigkeit im Mittelpunkt des Interesses. Dabei wurden zentrale Symptome definiert, die sinngemäß auch bei den anderen Formen der Verhaltenssucht (auch der Substanzabhängigkeit) bestehen, bspw. „zunehmende Frequenz, abnehmende Satisfaktion“.

Bereits vor mehr als 20 Jahren war deutlich, dass bei den verschiedenen Suchtformen ausgeprägte Verhaltens-Parallelen bestehen, wie sich durch einen Katalog der Parallelen im süchtigen Verhalten und in den süchtigen Einstellungen (Kellermann 1987) ergibt. Patienten, die in der gemeinsamen Therapiegruppe von Alkoholabhängigen, Medikamentenabhängigen, Bulimiepatientinnen und Glücksspielsüchtigen die Verhaltens- und Einstellungsparallelen bei den verschiedenen Suchtformen erlebten, prägten den Spruch: „Sucht ist Sucht“. Denn es geht einem süchtig gewordenen Menschen eigentlich nicht um den Konsum eines Suchtmittels, sondern um die dadurch bei sich erzeugte psychische Wirkung; bspw. geht es dem Alkoholiker eigentlich nicht um den Alkohol, sondern um dessen psychopharmakologische Wirkung; der Alkohol ist nur Mittel zum Zweck. Es ist seit Langem bekannt, dass auch bestimmte Tätigkeiten bzw. Verhaltensweisen wie Glücksspielen oder Einkaufen stark psychotrop wirken können.

Seit dem klassischen Tierversuch von Olds und Milner (1954) wurde in Laufe der Jahre zunehmend die zentrale Bedeutung des cerebralen Belohnungssystems (reward

Fall 1: Wiederholt in Haft

Der 35jährige Herr H. (Fernmeldehandwerker, Arbeitsstelle wegen Gehaltspfändung verloren) befand sich bei der Schuldfähigkeitsbegutachtung in Untersuchungshaft. Wiederholt war er bereits zu Gefängnisstrafen wegen „Betruags“ verurteilt worden, weil er – trotz hochgradiger Verschuldung – hochwertige Waren (bspw. 77 Flaschen teuren Wein und zahlreiche Luxus-Uhren) gekauft hatte, ohne sie bezahlen zu können und ohne eine Verwendung für die Menge zu haben. Insgesamt habe er bereits einen Schaden von 200.000 Euro angerichtet. Nur wenige Stunden nach erneuter gerichtlicher Verurteilung zu einer Haftstrafe hatte er schon wieder (zum siebten Mal) ein Luxus-Auto gekauft, obwohl er es nie würde bezahlen können. Er habe dies trotz der gerade erlebten harten negativen Konsequenzen für ihn wie Freiheitsentzug getan, wie er sagte: „Um mich kurzzeitig besser zu fühlen“. „Ich habe mich mit einem neuen Kauf betäubt.“ Bei einem Kauf und direkt danach habe er ein „Hochgefühl“ gehabt. Erst dann sei bei ihm die Angst vor den Konsequenzen hochgekommen, auch Schuldgefühle. Er habe sich selbst gefragt, warum er immer wieder Sachen kaufe, die er eigentlich gar nicht brauche. Vor seiner Freundin habe er die „gekauften“ Sachen versteckt. Bis zu seiner erneuten Verhaftung kaufte er weitere Luxus-Autos etc., bspw. bei einem Juwelier fünf Luxus-Uhren auf einmal. Er wurde erneut zu einer Haftstrafe verurteilt, trotz erwiesener Sinnlosigkeit dieser Sanktionen: der wiederholte Freiheitsentzug hatte bei ihm eher eine Verschlimmerung der psychischen Störung bewirkt. Durch seine psychische Störung und die wiederholten negativen Reaktionen der Gesellschaft darauf wurde die Biografie von Herrn H. massiv und dauerhaft beschädigt.

system) insbesondere für die Suchtentwicklung erkannt: Olds und Milner implantierten Laborratten Elektroden in das Hirn, sodass diese sich durch Hebelndruck selbst elektrisch stimulieren konnten; die Tiere stimulierten sich bis zur Erschöpfung, die Selbststimulation war ihnen wichtiger als Futter oder Sex. Was bis dahin relativ wenig bedacht wurde: wie alle psychischen Vorgänge hat die Sucht auch körperliche (neurobiologische) Korrelat-Vorgänge. Wie am UKE (Reuter, Büchel et al. 2005) im Zusammenhang mit funktioneller Magnetresonanztomographie betriebenen Forschungen an Glücksspielsüchtigen herausgefunden wurde, ist der Nucleus accumbens bei diesen verändert.

Schlüsselrolle des Suchtgedächtnisses

Böning (1994, 1999) weist auf die Schlüsselrolle des Suchtgedächtnisses (addiction memory) hin. Er spricht von „neurobiologisch verankerten Fesseln süchtiger Verhaltensmuster“ und betont die zentrale Bedeutung des Belohnungssystems und von Lernvorgängen. Inzwischen sind durch die Erkenntnisse der Lernpsychologie und der Neurobiologie über die Sucht die psychoanalytischen Vorstellungen obsolet geworden. Süchtiges Verhalten ist ein krankes Verhalten. Sucht ist eine psychische Störung wie Schizophrenie oder Manie. Sie ist keine schwer zu beeinflussende Persönlichkeitsstörung, wie zunehmend angenommen wird. In suchtpreventiver und –therapeutischer Hinsicht ist die Frühintervention am wichtigsten, weil dann ein Betroffener seine Sucht am sichersten über-

Fall 2: Kauf von 30 Handys

Der 31jährige Herr E., Fotograf, kam im Untersuchungsgefängnis zur professionell-therapeutisch geleiteten Gruppe für „legale“ Suchtformen, weil sein Verteidiger ihm gesagt habe, er sei sowohl glücksspiel- als auch kaufsüchtig. Herr E. glaubte dies allerdings nicht. Jedoch konnte die Diagnose des Verteidigers psychiatrischerseits bestätigt werden. Bspw. hatte Herr E. 30 Handys auf einmal gekauft, ohne sie bezahlen zu können und ohne sie zu benötigen, vor allem: obwohl er wegen ähnlicher Verhaltensweisen bereits im Gefängnis gewesen war. Vorgeworfen wurde ihm jetzt Kreditkarten-Missbrauch in 180 Fällen, obwohl er durch die bereits erlittenen negativen Erfahrungen eigentlich „wusste“, dass er dafür früher oder später wieder mit Haft bestraft werden würde.

Aus dem Gutachten: „(...) Sein delinquentes Verhalten war massiv selbstschädigend, es war extrem „kurzsichtig“ und augenblicksverhaftet. Offensichtlich waren die Fähigkeiten von Herrn E. zur Selbstkritik und zum vorausschauenden Denken im Tatzeitraum weitgehend blockiert. (...) Durch seinen extrem oft wiederholten Kreditkartenmissbrauch verschaffte er sich unter dem Druck seiner Sucht unerlaubt Kredite, obwohl er eigentlich wissen musste, dass nur er als Täter in Frage kommt, wenn es unausweichlich irgendwann zur Überprüfung kommt. Er konnte in suchtypischer Weise jedoch nur an den Moment denken, nicht an die mit Sicherheit eintretenden negativen Konsequenzen seines Verhaltens für seine Zukunft.“

winden kann und irreversible Folgeschäden zu vermeiden sind. Frühe Hilfe bei der Überwindung der Sucht ist auch für Ärzte und Psychologen eine wichtige Aufgabe. Erst 1968 wurde die häufigste schwere Suchtform, die Alkoholabhängigkeit, als Krankheit i. S. sozialer Gesetzgebung höchstrichterlich anerkannt, wodurch die Krankenkassen leistungspflichtig wurden (und eigentlich noch sind). Die Krankenkassen jedoch vertreten die (irrig) Auffassung, sie seien nur für den körperlichen Entzug zuständig, nachdem sie mit den Rentenversicherungen die Sucht-Empfehlungsvereinbarung abgeschlossen haben; dadurch wird die Sucht-Frühintervention verhindert. Da der Staat durch die Steuern für die drei legalen Drogen Alkohol, Nikotin und Glücksspielen außerordentlich hohe Einnahmen (2006 insgesamt 22,935 Mrd. Euro) hat, wird seit Langem – auch von ärztlicher Seite – gefordert, dass wenigstens ein Teil dieser Steuern für die staatliche bzw. freigemeinnützige Suchthilfe zur Verfügung gestellt wird.

Wandel des Suchtbegriffs

Ende des 19. Jahrhunderts waren die häufigsten Suchtformen die Alkoholabhängigkeit („Trunksucht“), die Opioidabhängigkeit („Morphinismus“) und die Glücksspielsucht („Spielsucht“), neu war damals die Kokainabhängigkeit. Damals stand noch das süchtige Verhalten („Laster“) im Blickpunkt. Zunehmend wurde der Akzent auf die als Suchtmittel verwendeten Substanzen gelegt, in den psychiatrischen Lehrbüchern wurde zunehmend fast ausschließlich der Intoxikationsaspekt beachtet, die

Sucht als psychische Störung kaum mehr beachtet. Die vorherrschende Meinung, dass ausschließlich Substanzen süchtig machen könnten und dass die körperliche Abhängigkeit das zentrale Problem sei, wurde durch die WHO-Einteilung 1967 und in der folgenden Zeit zunehmend verfestigt; die ICD-8 war in dieser Hinsicht noch „moderner“ als die ICD-10, in der sich das Abhängigkeitssyndrom ausschließlich im Abschnitt „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ findet. Insofern werden mit dem Terminus „Verhaltenssucht“ Erfahrungen des 19. Jahrhunderts wieder aufgenommen.

Psychische Abhängigkeit

Die Unterschiede der Suchtformen werden traditionell betont, jedoch sind die Gemeinsamkeiten aus therapeutischer und präventiver Sicht wesentlich wichtiger. Bei allen Suchtformen besteht die Symptomatik der Psychischen Abhängigkeit; Sucht ist psychische Abhängigkeit. Ausgeprägte körperliche Abhängigkeit besteht lediglich bei der Alkoholabhängigkeit und der Opioidabhängigkeit. Die Symptomatik der Psychischen Abhängigkeit hingegen ist bei allen Suchtformen identisch, bei unterschiedlicher zusätzlicher spezifischer Symptomatik.

Seit Längerem wird zunehmend deutlich, dass der Suchtbegriff neu definiert werden muss. Der Akzent muss von der verschiedenartigen Symptomatik der körperlichen Abhängigkeit wieder auf die der psychischen Abhängigkeit, d. h. auf das süchtige Verhalten und dessen Hintergründe wie neurobiologische Aspekte gelegt werden. Bei allen Suchtformen bestehen die zwei Hauptmerkmale der Sucht: das Kontrollverlustphänomen und die beherrschende psychische Bindung an das jeweilige Suchtmittel. Wenn im ICD-Abhängigkeitssyndrom die beiden Merkmale körperlicher Abhängigkeit gestrichen und diese als eigenständige Störung erfasst werden würde, ergäbe sich eine Sucht-Definition, die sowohl substanzgebundene als auch verhaltensgebundene Suchtformen umfasst. Die oft kritisierte Einordnung des pathologischen Glücksspiels als Impulskontrollstörung würde sich dadurch erübrigen.

Ein Suchtmittel (Droge) kann eine bestimmte psychotrope Substanz als auch eine bestimmte psychotrope Tätigkeit (Verhalten) sein, wie bspw. die Parallelen von Kokainabhängigkeit und Glücksspielsucht zeigen. Menschen, bei denen sich eine Psychische Abhängigkeit entwickelt hat, berichten häufig, dass sie sich beim Konsum ihres (stofflichen oder nicht-stofflichen) Suchtmittels wie fremdgesteuert fühlen würden, „eigentlich“ würden sie das gar nicht wollen. Während der Suchtmittelwirkung würden sie sich kurzzeitig besser fühlen, danach jedoch schlechter als zuvor, sodass sie erneut zu ihrem Suchtmittel greifen würden, wenn möglich (dies ist einer der Eigendynamik-Faktoren der Suchtentwicklung).

Wesentliche Merkmale der Sucht

Die wesentlichen Merkmale einer Sucht („Suchtkrankheit“) lassen sich an einer verhaltensgebundenen Suchtform wie der Kaufsucht oder der Glücksspielsucht klarer erkennen:

- Ein süchtig gewordener Mensch wird beherrscht von einem heftigen, rational nicht begründbaren Verlangen nach dem Konsum seines Suchtmittels und von

der tief verwurzelten irrationalen Überzeugung, ohne Konsum seines Suchtmittels nicht existieren zu können. Der Konsum seines Suchtmittels ist für ihn zentraler Lebensinhalt geworden.

- Sucht basiert nicht auf „Willensschwäche“, sondern u. a. auf Funktionen des limbischen Systems und ist bewusst kaum steuerbar (möglich ist jedoch radikaler Verzicht auf sein Suchtmittel). Auch einem primär willensstarken und psychosozial stabilen Süchtigen gelingt es meist nicht, sein Suchtmittel dauerhaft wieder maßvoll zu konsumieren, wie bspw. die Nikotinabhängigkeit zeigt („Kontrollverlust-Phänomen“).
- Ein süchtig gewordener Mensch versucht, sein Suchtproblem vor sich und anderen zu bagatellisieren oder zu verleugnen („Selbstbetrug“).
- Im Spätstadium konsumiert ein süchtig gewordener Mensch sein Suchtmittel trotz schwerer Folgeschäden weiter.
- Die Suchtentwicklung erfolgt in typischer Weise über ein positives Initialstadium, das in ein Gewohnheitsstadium einmündet; das eigentliche Suchtstadium ist erst nach Monaten oder Jahren erreicht. Die Eigendynamik-Faktoren („circulus vitiosus“, „Sucht-Spirale“ u. a.) einer Suchtentwicklung sind von großer Bedeutung.
- Es ist das kennzeichnende Merkmal eines Suchtmittels, dass es seinen Konsumenten von sich abhängig machen kann (Psychofalle, Sog der Eigendynamik). Auch bestimmte Tätigkeiten/Verhaltensweisen können psychotrop wirken und suchtbildend sein.
- Die zentrale Ursache einer Suchtentwicklung ist der Suchtmittelkonsum. Jeder Mensch, der ein Suchtmittel konsumiert, kann süchtig werden, auch ein primär psychisch und sozial gesunder Mensch. Psychisch und/oder sozial labilisierte und vulnerable Menschen und genetisch belastete sind erhöht suchtgefährdet.

Im tradierten Suchtbegriff wirken unterschwellig noch überkommene Vorurteile („Lastermodell“) nach. Sucht als psychische Krankheit aufzufassen („Krankheitsmodell“) hat ermöglicht, dass therapeutische Hilfen wesentlich früher angenommen werden, kann jedoch den therapeutischen Appell an die Eigenverantwortlichkeit des Betroffenen schwächen. In dem ätiopathogenetischen Bedingungsgefüge „Person–Suchtmittel–soziales Umfeld“ wird derzeit der Komplex „Suchtmittel“ nicht genügend betont (es mag banal klingen: gäbe es keine Suchtmittel, würde niemand süchtig; bspw. gab es bis vor 500 Jahren in Europa noch kein Nikotin und somit auch noch keine Nikotinsucht, heute ist sie die häufigste Suchtform).

Notwendige Reform des Suchtbegriffs

Zu hoffen ist, dass nach der notwendigen Reform des Suchtbegriffs klarer als derzeit die Sucht, d. h. die Psychische Abhängigkeit eines betroffenen Menschen das direkte Ziel der Therapie ist und die therapeutische Bearbeitung der (hypothetischen, je nach Psychotherapieschule unterschiedlichen) „Ursachen“ einer Suchtentwicklung – falls erforderlich – erst nach somatopsychosozialer Stabilisierung (dies bedeutet bei den meisten Suchtformen: nach stabiler Suchtmittelfreiheit = „Abstinenz“) und damit verbundener Verbesserung der Lebensqualität erfolgt, zur Rückfall-Prophylaxe. Die Annahme, ausschließlich primär psychisch gestörte Menschen könnten süchtig werden bzw. Sucht sei lediglich das Symptom ei-

Fall 3: „Lange geschämt“

Frau X, 50 J., Kinderkrankenschwester. Es habe ihr immer schon Freude bereitet, Sachen wie Kleidung, teure Schuhe, Bücher, Musik zu kaufen, eher als Geschenke für andere, aber auch für sich. Sie habe das getan, um sich gut zu fühlen. Die Kleidung habe sie häufig gar nicht benötigt und nur in den Schrank gehängt. Sie habe auch per Internet „günstig“ eingekauft. Zunehmend sei sie in die Verschuldung geraten. Da sie sich geschämt habe, konnte sie mit niemanden darüber sprechen; auch habe sie die zunehmende Folgeproblematik vor sich selbst bagatellisiert. Abends habe sie sich mit Hilfe einer Flasche Wein entspannt. „Ich habe mich lange geschämt.“

ner schweren psychischen Störung, wirkt sich antitherapeutisch und antipräventiv aus. Erforderlich ist zunächst eine biopsychosoziale Stabilisierung und damit verbunden eine Verbesserung der Lebensqualität zur Rückfall-Prophylaxe.

Das Ziel ist Schadensreduktion

In der suchtherapeutischen Praxis ist die – möglichst frühe, niedrigschwellige und notfalls auch offensive – therapeutische Intervention von großer Bedeutung, um Folgeschäden und zunehmende Fixierung möglichst zu vermeiden. Hierzu ist es notwendig, dass der Suchtbegriff weit gefasst wird und nicht diskriminierend ist, damit ein suchtkrank gewordener Mensch seine Krankheit vor sich selbst akzeptieren kann und möglichst früh eine Verhaltensänderung erfolgt, bevor irreversible Suchtfolgeschäden eingetreten sind. Rückfälle sind ein typisches Sucht-Symptom. Sie müssen möglichst früh therapeutisch aufgefangen werden, bspw. durch eine suchtherapeutische Langzeitbegleitung.

Das zentrale und auch realisierbare Ziel der Suchtarbeit ist die Schadensreduktion (harm reduction). Professionell-therapeutisch begleitete Gruppen für Suchtkranke, aus denen sich im Laufe der Zeit Selbsthilfe-Gruppen wie Satelliten entwickeln, und niedrigschwellige, niedrigfrequente professionelle Langzeitbegleitung sind ein effizientes und kostengünstiges Instrument zur Sucht-Früherkennung. Die immense Suchtproblematik unserer Zeit ist minimierbar; dafür müssen die durch Konsum der drei legalen Drogen eingesammelten Steuereinnahmen (23 Mrd. € jährlich) wenigstens zum Teil gezielt eingesetzt werden.

Literatur per E-Mail von Dr. Bert Kellermann:
bertkellermann@gmx.de

Kontakt:

Brücke e.V., Suchtberatungsstelle
Neue Große Bergstraße 20,
22767 Hamburg
Telefon: 0 40 / 6 68 36 36