

Alkoholkonsumstörungen: Psychotherapie in Institution und Praxis



LANDESPSYCHOTHERAPEUTENTAG 2018
PSYCHOTHERAPIE IN INSTITUTIONEN
STUTT GART, 29.JUNI 2018

Alkoholkonsumstörungen

2

- A. sind spezifische psychische Störungen, aber:
- A. treten häufig gemeinsam mit anderen psychischen Störungen auf als primäre oder sekundäre psychische Störungen
- A. treten auf in allen institutionellen Einrichtungen der sozialen und gesundheitlichen Versorgung (und allen anderen gesellschaftlichen Strukturen: Betriebe, Vereine etc.)
- A. treten auf in allen ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Praxen und Beratungseinrichtungen

Epidemiologie

Drogen- und Suchtbericht 2014

3

Substanz	Probl. Konsum	Schädlicher Konsum	Abhängiger Konsum
Alkohol	9,5 Mio.	1,61 Mio.	1,77 Mio.
Tabak	6,3 Mio. w 8,5 Mio. m	Todesfälle Alkohol & Tabak: 75.000	29% der Raucher = ca. 4,3 Mio.
Medikamente	Schmerzmittel 3,4%, Schlafmittel 0,8% Beruhigungsmittel 1,4%	1,0 Mio.	0,3 Mio.
Cannabis	2,9 Mio.		0,5% = ca. 320.000
Kokain, Amphetamine		85.000 – 90.000	120.000 Kokain 60.000 Amph.
Heroin	Substitution: 77.300	Drogentote 2013: 1002	
Glücksspiel Internet (Gaming)	1,4%		0,35% (200.000) 1,0 % (560.000)

1. Prävention

4

Generelle Prävention:

- Verhältnisindikation (Gesetzgebung, Steuern) und
- Verhaltensprävention (besonders bezogen auf Kinder und Jugendliche)

Indikative Prävention: zielgruppenspezifische Interventionen (Kinder aus problematischen Familien, Heime, problematische Quartiere) über

- Jugendämter, Erziehungsberatungsstellen, Schulen, Vereine)
- Beratung und ggf. präventive Interventionen bei Suchtberatungsstellen

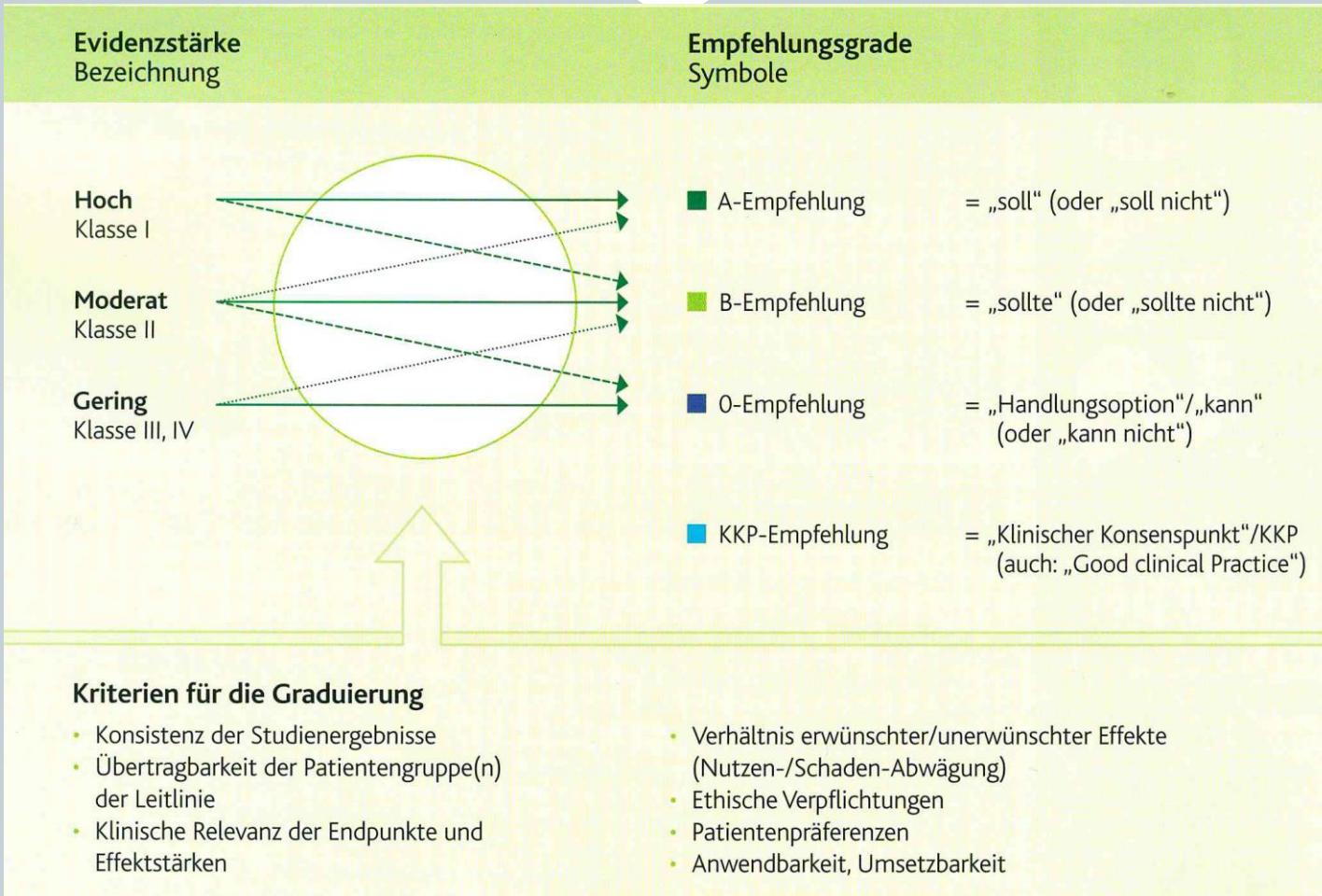
Suchthilfe

5

- <10% Inanspruchnahme suchtspezifischer Behandlungen
- ca. 35.000 suchtspezifische Rehabilitationsbehandlungen
- ca. 200.000 Fälle in psychiatrischen Suchtabteilungen
- ca. 345.000 Fälle mit Alkoholproblematik in Allgemeinkrankenhäusern
- 70% - 80% Inanspruchnahme des Hausarztes
- Kaum Behandlungen mit F10-Diagnosen im Rahmen der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie (< 5%)
- Ca. 100.000 Menschen mit Suchtproblemen in Selbsthilfegruppen

S3 – Behandlungsleitlinien: Evidenz und Empfehlung

6



Was hilft?

7

- Psychotherapie ist die bei Alkoholkonsumstörungen wirksamste Behandlungsform.
- Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist durch viele RCTs und Meta-Analysen empirisch gut belegt
- Psychotherapie soll daher gemäß der aktuellen S3-Behandlungsleitlinien allen Patienten mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden
- Psychotherapie kann ambulant, teilstationär oder stationär in unterschiedlichen Settings und unterschiedlicher Intensität erfolgen

2. Screening und Diagnose

8

- Zum Screening sollen Fragebogenverfahren eingesetzt werden (LoE 1a, A)
- Zum Screening soll der AUDIT eingesetzt werden (LoE 1a, A)
- Zum Screening soll die Kurzform AUDIT-C eingesetzt werden, wenn AUDIT zu aufwendig ist (KKP)

3. Kurzinterventionen

9

Kurzinterventionen sind

- therapeutische Interventionen
- bis max. 60 min bei max. 5 Sitzungen
- mit dem Ziel der Reduktion des Alkoholkonsums oder der Abstinenz
- durch personalisiertes Feedback, Motivationale Interventionen, individuelle Zielfindung, konkrete Ratschläge

Kurzinterventionen

10

- Kurzinterventionen stellen eine wichtige Ergänzung der bestehenden Suchthilfen in der Versorgung dar
- für Personen mit gesundheitlich riskantem und/oder schädlichem Konsum, die bisher noch unzureichend von suchtspezifischen Hilfen erreicht wurden
 - und sind bisher am besten untersucht in der primären ärztlichen Versorgung (Hausarztpraxen), aber auch in Allgemeinkrankenhäusern, Betrieben und anderen Einrichtungen mit hoher Kontaktdichte zu Personen riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum
 - Sollte auch in der Psychotherapeutischen Praxis im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie (!) eingesetzt werden

Kurzinterventionen: Empfehlungen

11

- bei riskantem Konsum: A – Empfehlung (soll angeboten werden) (deutliche Wirksamkeit, LoE 1a)
- bei Rauschtrinken: B – Empfehlung (kann zur Reduktion führen und sollte angeboten werden) (LoE 1a)
- bei abhängigem Konsum: o – Empfehlung (kann angeboten werden, Ergebnisse widersprüchlich, Wirksamkeit nicht ausreichend sicher belegt, LoE 1a)
- sollen proaktiv im Rahmen von Frühintervention als erster Schritt in der Versorgung erfolgen und
- flächendeckend in der primärmedizinischen Versorgung umgesetzt werden (LoE 1a, A)

Kurzinterventionen

Transfer in das Versorgungssystem

12

- Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei alkoholbezogenen Problemen wurde in umfangreichen internationalen und deutschen Studien belegt,
- Das Behandlungsangebot von Kurzinterventionen gelangte aber in Deutschland bisher nicht über die Projekte hinaus in die allgemeine Regelversorgung
- Es sollte auf regionaler wie auf gesamtstaatlicher Ebene überlegt werden, wie auf der Grundlage der neuen Leitlinien Kurzinterventionen für Menschen mit problematischem Alkoholkonsum in der Regelversorgung angeboten werden können

Motivational Interviewing

William R. Miller (Univ. of New Mexico)

Stephen Rollnick (Univ. of Wales)

Motivational Interviewing

First Edition 1991 (dt. 1999)

Second Edition 2002 (dt. 2004)

Motivational Interviewing

ist

- **eine klientenzentrierte** (client centered) **Methode:**
Sichtweise und Erleben des Patienten sind entscheidend
- **und direktive** (directive) **Methode:**
zielgerichtetes Vorgehen zur Erkundung der positiven und negativen Seiten des Verhaltens
- **zum Aufbau intrinsischer Veränderungsmotivation** (for enhancing intrinsic motivation to change):
Ansprechen und Aktivieren der im Klienten schlummernden Veränderungsimpulse
- **durch Erkundung und Auflösung von Ambivalenz** (by exploring and resolving ambivalence)
Erkundung der Vorteile und Nachteile von Veränderung und Beibehaltung

Das Konzept des „self – controlled drinking“

- Entwickelt von Sobell & Sobell (70er Jahre), nach Deutschland: Körkel 1999
- Zielgruppen: 1. Frühintervention (Alkoholkonsumenten mit riskantem oder schädlichem Konsum), 2. Harm Reduction (wenn Abstinenz als Ziel noch nicht akzeptiert wird oder nicht mehr erreicht werden kann)
- Hauptkomponenten: Verbesserung der Selbstkontrolle (Trinktagebuch), Information, freie Zielwahl, verbessertes Erkennen von Risikosituationen, Verbesserung der Kompetenz im Umgang mit Alkohol, Abstinenzoption
- Fachlich in der Frühintervention am wenigsten umstritten, nachhaltige Erfolge in der Trinkmengenreduzierung nachweisbar
- In Deutschland Ausbildung und Angebote über J Körkel (www.kontrolliertes-trinken.de) und GK quest

4. Qualifizierte Entzugsbehandlung

16

Suchtpsychiatrische bzw. suchtmmedizinische Akutbehandlung, die über die körperliche Entgiftung hinausgeht. Es erfolgt grundsätzlich

- eine Behandlung der Intoxikations- und Entzugssymptome
- eine Diagnostik und Behandlung der psychischen und somatischen Begleit- und Folgeerkrankungen
- psychotherapeutische, soziotherapeutische sowie psychosoziale Interventionen zur Förderung der Änderungsbereitschaft, der Änderungskompetenz und der Stabilisierung der Abstinenz
- Steigerung der Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen und Bahnung entsprechender Kontakte in das regionale Hilfesystem
- Die QE beinhaltet multidisziplinär zu erbringende Behandlungsleistungen und dauert länger als eine körperliche Entgiftung
- Es gibt zur Wirksamkeit keine internationale Literatur, da das Angebot nur in Deutschland zur Verfügung steht (kein LoE).

5. Postakutbehandlung: Was gibt es?

17

- Ambulante, ganztägig ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung (med. Rehabilitation)
- Adaptionsbehandlung
- Medikamentöse Rückfallprophylaxe
- Ambulante Psychotherapie
- Ambulante vertragsärztliche Versorgung
- Ambulante oder stationäre psychiatrische Behandlung
- Angebote der Eingliederungshilfe, soziotherapeutische Angebote, niedrigschwellige Hilfen
- Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation
- Selbsthilfegruppen (AA, Freundeskreise, Kreuzbundgruppen u.a.)

Entwöhnungsbehandlung

18

- Postakute Interventionsformen sollen Patienten im Anschluss an die Entzugsphase als nahtlos weiterführende Behandlung angeboten werden (KKP)
- Abstinenz stellt bei abhängigem Konsum die übergeordnete Zielsetzung dar (KKP)
- Ist die Erreichung von Abstinenz nicht möglich oder liegt schädlicher oder riskanter Alkoholkonsum vor, soll eine Reduktion des Konsums im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden (LoE 1a, A)
- (Psychische) Komorbidität soll in der Postakutbehandlung berücksichtigt und mitbehandelt werden (KKP).
- Motivationale Interventionsformen sollen im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden (LoE 1a, A)

Psychotherapie in der Entwöhnungsbehandlung

19

- Kognitive Verhaltenstherapie (LoE 1a, A), Verhaltenstherapie (LoE 1b, A), Kontingenzmanagement (LoE 2b, B), Angehörigenarbeit (LoE 1b, A) und Paartherapie (LoE 1b, A) sollen im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden
- Psychodynamische Kurztherapie (LoE 1b, B) und angeleitete Patientengruppen (LoE 2b, B) sollten im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden
- Neurokognitives Training (NKT) kann im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden (KKP)
- Bei Alkoholabhängigkeit soll eine Entwöhnung als Komplexbehandlung angeboten werden, die eine Kombination von verschiedenen Interventionen umfasst und durch ein multiprofessionelles Team durchgeführt wird (KKP)

Psychologische Rückfallprävention

Psychologisch-psychotherapeutische Techniken mit dem Ziel der **Rückfallvermeidung und –bewältigung** durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren:

1. Vermittlung von **Relapse-Prevention-Strategien** durch Erlernen von:
 - Identifikation suchtspezifischer Cues und Risikosituationen und Antizipation oder Vermeiden
 - Erlernen alternativer Coping – Strategien
 - Umgang mit erhöhtem Craving
 - Desensibilisierungs- und Relaxationstechniken
 - Selbstbelohnungs-Techniken
 - Soziales Kompetenztraining
2. **Vermittlung von Rückfall-Management-Techniken**
3. **Verstärkung abstinenter Verhaltens durch Gratifikationen** (z.B. im Rahmen von Community Reinforcement Strategien)

CBT - Rückfallprävention

Inhalte des Strukturierten Trainingsprogramms STAR (KÖRKEL & SCHINDLER, 2003):

1. Grundinformationen über Rückfälligkeit
2. Abstinenz: Pro und Kontra
3. Hochrisikosituationen
4. Soziale Situationen I: Ablehnen von Trinkaufforderungen
5. Soziale Situationen II: Anerkennung und Kritik
6. Unangenehme Gefühle I: Sensibilisierung
7. Unangenehme Gefühle II: Bewältigung
8. Alkoholverlangen (Craving)
9. Kontrolliertes Trinken
10. Ausgewogener Lebensstil
11. Ausrutscher und Rückfall
12. Umgang mit Ausrutscher und Rückfall
13. Gespräche mit Angehörigen und Freunden I: Gesprächsführung
14. Gespräche mit Angehörigen und Freunden II: Inhalte
15. Planung der Nachsorge

Neurokognitives Alkohol-Vermeidungs-Training

R. Wiers, M. Rinck, J. Lindenmeyer

22

- Hintergrund: Modell des „implicit learning“, Dual Process Model
- Suchtrelevante Stimuli lösen bei Suchtkranken Automatische Aufmerksamkeitsprozesse, automatische Alkoholassoziationen und automatische Annäherungstendenzen aus („impulsives System“ = automatische Prozesse)
- Joystick-Training zum Vermeiden („Wegschieben“)
suchtrelevanter Stimuli führte in ersten Untersuchungen zu einer signifikanten Senkung der Rückfallrate gegenüber einer TAU - Kontrollgruppe

Expositionsbehandlung (Lindenmeyer, Hautzinger)

- Wiederholte Exposition des Klienten gegenüber seinem üblichen Standardgetränk
- Trinkvermeidung
- Umgang mit Craving → Abnahme von Craving
- Wirkmechanismus unklar: Habituation? Kognitive Prozesse? Verbesserte Selbstwirksamkeitserwartung?
- Als alleinige Therapiemethode nicht erfolgreich, ggf. eingebettet in komplexeren therapeutischen Ansatz

Aktuelle Entwicklungen

24

Zunehmend häufiger Einsatz von neueren verhaltenstherapeutischen Methoden (3. Welle) wie

- Achtsamkeitsbasierte Methoden
- Emotionsregulation
- Schematherapie

Einbeziehung des sozialen Umfelds

- Familientherapeutische Ansätze
- Community Reinforcement Strategien

Behandlungsverfahren mit nachgewiesener Evidenz (Ia) in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit

(aus: Loeber S und Mann K. Entwicklung einer evidenzbasierten Psychotherapie bei Alkoholismus. Nervenarzt 5. 2006. 559-566)

Therapieverfahren	Evidenznachweis	Evidenzbasierung
Motivationale Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Miller et al. (2003) • Chambless und Ollendick (2001) • Berglund et al. (2003) • Slattery et al. (2003) 	<p>Ia</p> <p>Ia</p> <p>Ia</p> <p>Ia</p>
Bewältigungstraining (kognitiv – verhaltenstherapeutisch)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Berglund et al. (2003) • Slattery et al. (2003) 	<p>Ia</p> <p>Ia</p>
Soziales Kompetenztraining	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Miller et al. (2003) • Chambless u. Ollendick (2001) • Slattery et al. (2003) 	<p>Ia</p> <p>Ia</p> <p>Ia</p>
Paar- und Familientherapie (überw. verhaltenstherapeutisch)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Miller et al. (2003) • Chambless u. Ollendick (2001) • Berglund et al. (2003) • Slattery et al. (2003) 	<p>Ia</p> <p>Ia</p> <p>Ia</p> <p>Ia</p>
Reizexposition	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Chambless und Ollendick (2001) • Conklin u. Tiffany (2002) 	<p>Ia</p> <p>Ia</p>
Gemeindenahe Verstärkermodelle (CRA)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Miller et al. (2003) • Chambless und Ollendick (2001) 	<p>Ia</p> <p>Ia</p>
Rückfallpräventive Medikation: Acamprosat	<ul style="list-style-type: none"> ◆ u.a. Mann et al. (2004) 	<p>Ia</p>

Ia = Metaanalyse randomisierter Studien

Komorbide psychische Störungen

26

Screening:

- AUDIT soll eingesetzt werden zum Screening alkoholbezogener Störungen bei psychischen Störungen (LoE 1b, A)

Schizophrenie:

- leitliniengerechte psychotherapeutisch-psychosoziale Behandlung soll für beide Störungen integriert angeboten werden (LoE 1a, A)
- Motivationale Interventionen sollen angeboten werden allein oder in Verbindung mit KVT (LoE 1a, A)
- Psychotherapie bzw. psychosoziale Behandlung sollen mit einer leitliniengerechten Pharmakotherapie kombiniert werden (KKP)
- sie sollen leitliniengerecht medikamentös antipsychotisch behandelt werden (LoE 1a, A), ggf. in Kombination mit Rückfallprophylaktika als add-on – Medikation

Was hilft: bei komorbider Depression

27

- Komorbide Patienten mit Alkoholabhängigkeit und Depressionen weisen größere Beeinträchtigungen und eine geringere Therapie-Response auf. Komorbide Depressionen sollten erst 3-4 Wochen nach einer Entzugstherapie diagnostisch eingeordnet werden (B).
- Bei Patienten mit Alkoholkonsumstörungen und Depressionen sollte eine gleichzeitige integrierte Behandlung angeboten werden (KKP),
- sollte Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zur Besserung des Trinkverhaltens und der depressiven Symptomatik angeboten werden (B)
- sollte bei mittelschweren bis schweren riskantem, schädlichem, und abhängigem Alkoholkonsum Depressionen eine Kombination aus KVT und einem Antidepressivum angeboten werden (B)

Was hilft: bei komorbider Angststörung

28

- Punktprävalenz von 33% - 42% von Angststörungen bei alkoholabhängigen Patienten in Behandlung.
- Komorbidität verbunden mit schlechterem Ansprechen auf therapeutische Angebote und höhere Rückfallraten
- Beide Störungen sollten vorzugsweise integriert behandelt werden (KKP)
- Zur Reduktion der Angstsymptomatik sollen Pat. mit störungsspezifischen KVT – Ansätzen behandelt werden (A)

Was hilft: bei komorbider PTBS

29

- Punktprävalenz der PTBS bei Alkoholpatienten in Behandlung 15% - 25%. Die Behandlung einer PTBS bessert die Prognose der Alkoholabhängigkeit
- Pat. mit alkoholbezogenen Störungen und komorbider PTBS sollte eine integrierte psychotherapeutische Behandlung angeboten werden (KKP),
- Zur Reduktion von PTBS – Symptomen sollen Pat. mit alkoholbezogenen Störungen mit PTBS-spezifischen KVT-Ansätzen behandelt werden (A),
- Stabilisierende integrative KVT-Programme sollen angeboten werden (A)
- Expositionsbasierte PTBS-Interventionen sollen angeboten werden, wenn sich der Alkoholkonsum auf niedrigem Niveau stabilisiert hat oder Abstinenz erreicht wurde (KKP)

Was hilft: bei komorbider ADHS

30

- ADHS ist verbunden mit einer erhöhten Lebenszeitprävalenz von 58% bzgl. substanzbezogener Störungen
- ADHS – Diagnostik sollte nach Beendigung der (medik.) Entzugsbehandlung durchgeführt werden (B)
- Bei diagnostizierter Komorbidität soll neben der Behandlung der alkoholbezogenen Störung eine Behandlung des ADHS angeboten werden (A),
- sollen patientenzentriert psychosoziale, verhaltenstherapeutische, psychoedukative und familientherapeutische Maßnahmen angeboten werden (A),
- kann im Rahmen des Gesamtkonzepts ein pharmakologischer Therapieversuch mit Atomoxetin angeboten werden (bei fehlender Wirksamkeit ggf. Bupropion (off label)) (o)

Was hilft: bei komorbider Tabakabhängigkeit

31

- Prävalenz einer Tabakabhängigkeit bei alkoholabhängigen Patienten liegt bei ca. 80%, Komorbidität multipliziert gesundheitliche Risiken
- Pat. mit alkoholbezogenen Störungen und gleichzeitig bestehendem Tabakkonsum soll eine Beratung und Unterstützung zum Rauchstopp angeboten werden (KKP),
- sollen die gleichen therapeutischen Interventionen angeboten werden wie Rauchern ohne alkoholbezogene Störungen (A)

Postakute Behandlung

32

- Postakute Interventionen sollen Patienten nahtlos im Anschluss an die Entzugsphase angeboten werden (KKP)
- Bei Alkoholabhängigkeit ist die Abstinenz primäres Therapieziel. Ist die Erreichung der Abstinenz zur Zeit nicht möglich oder liegt riskanter oder schädlicher Konsum vor, soll eine Reduktion des Konsums angestrebt werden. (LoE 1a, Empfehlung: A)

Postakutbehandlung

33

- Komorbidität soll berücksichtigt und mitbehandelt werden (KKP)
- Es soll eine differentielle Indikationsstellung für die Postakutbehandlung in den unterschiedlichen Settings erfolgen (KKP)
- Motivationale Interventionsformen sollen angeboten werden (A)
- Kognitive Verhaltenstherapie soll angeboten werden (A)
- Angehörigenarbeit soll angeboten werden (A)
- Paartherapie soll angeboten werden (A)
- Kontingenzmanagement sollte angeboten werden (B)
- Psychodynamische Kurzzeittherapie sollte angeboten werden (B)
- Neurokognitives Training kann angeboten werden (KKP)

Behandlungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche

34

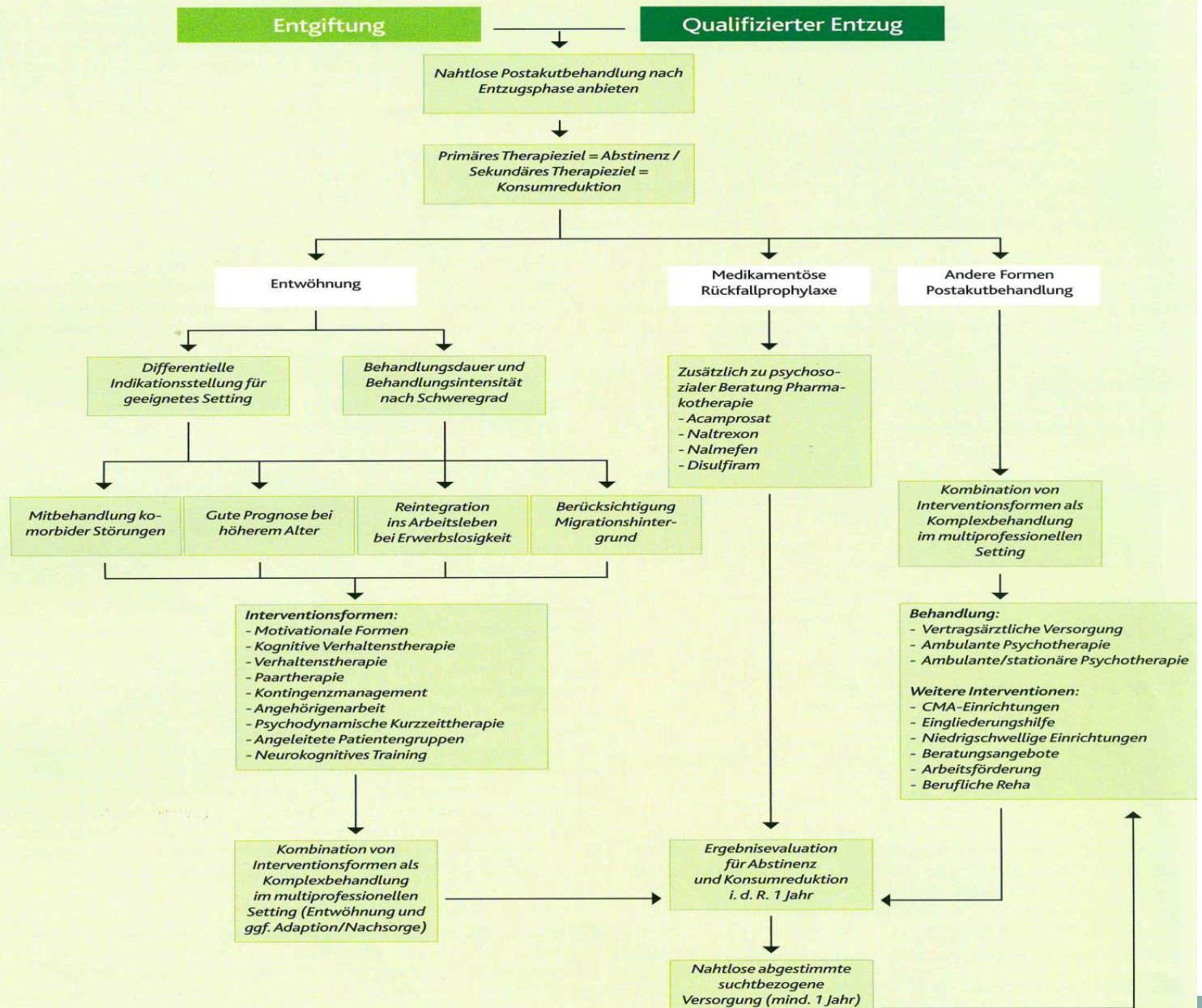
- **Kinder und Jugendliche:** Motivational Interviewing zur kurzfristigen Reduktion der Trinkmenge und des riskanten Verhaltens nach Alkoholintoxikation (LoE 1a, A),
- KVT bei Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen (LoE 1a, A)
- zusätzlich Einbeziehung von Familienangehörigen in die Behandlung (LoE 1a, A), multidimensionale oder integrative Familientherapie (LoE 1a, B)
- Erziehungshilfe kann als Bestandteil des Behandlungsplans angeboten werden (KKP)
- Psychosoziale Maßnahmen (KKP), bei stationärer Behandlung ggf. Klinikschule sollte angeboten werden (KKP)
- Keine Behandlungsempfehlung für medikamentöse Rückfallprophylaxe (KKP)
- bei komorbider ADHS: zurückhaltende Planung und kritische Überwachung mit ggf. Indikation für Methylphenidat

Andere Formen der Postakutbehandlung

35

- Vertragsärztliche Behandlung
- Ambulante Psychotherapie
- Ambulante/stationäre Psychotherapie bei komorbiden psychischen Störungen
- Betreutes Wohnen, Eingliederungsmaßnahmen, niederschwellige Einrichtungen, Beratungsangebote, Berufliche Förderungsmaßnahmen/berufliche Rehabilitation
- Selbsthilfegruppen

Behandlungsalgorithmus



Psychotherapie bei Alkoholkonsumstörungen

37

Ambulant

- Präventiv bes. in der Beratung und Behandlung im Ki-Ju-Bereich
- Kurzinterventionen und Kurztherapie in der Praxis
- Im Rahmen der ambulanten Richtlinienpsychotherapie
- Psychotherapeutische Weiterbehandlung nach erfolgter suchtspezifischer Behandlung

Stationär/institutionell

- In der qualifizierten Entzugsbehandlung
- In der ambulanten/teilstationären oder stationären suchtpsychiatrischen Behandlung
- In der ambulanten/teilstationären oder stationären medizinischen Rehabilitation (Entwöhnung)

Ausblick

38

- Zur Verbesserung der Reichweite und Qualität der Versorgung
- bedarf es einer besseren, nahtlosen und abgestimmten Vernetzung zwischen
- Einrichtungen der Suchthilfe (Beratungsstellen, Fachkliniken) und
- der allgemeinmedizinischen und ambulant-psychotherapeutischen Versorgung

Zur Erinnerung: Was hilft?

39

- Psychotherapie ist die bei Alkoholkonsumstörungen wirksamste Behandlungsform.
- Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist durch viele RCTs und Meta-Analysen empirisch gut belegt
- Psychotherapie soll daher gemäß der aktuellen S3-Behandlungsleitlinien allen Patienten mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden
- Psychotherapie kann ambulant, teilstationär oder stationär in unterschiedlichen Settings und unterschiedlicher Intensität erfolgen

Herzlichen Dank



MICHAEL MÜLLER-MOHNSEN
PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT
88212 RAVENSBURG
PRAXIS@MUEMO.COM