

Transkulturelle Aspekte und ihre Bedeutung in der Behandlung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten

Bernhard Küchenhoff

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Summary

Transcultural perspectives and their significance in the treatment of mentally ill migrants

The term “transcultural” is to be understood as the exchange and complementary influences of people from different backgrounds and from various social and political contexts. Obviously, each person is influenced by his or her present cultural surroundings and not only the “other” – the foreigner. In that respect, cultural psychiatry and psychotherapy must be considered as the starting point.

Mentally ill migrants present us with a special diagnostic and therapeutic challenge. This begins with the need to ensure a language of communication. Building on such a basis, the specific interdisciplinary treatment must consider the whole treatment context, including the legal and social circumstances.

Key words: mentally ill migrants; transcultural psychiatry; ethnopsychotherapeutic group therapy; translation/translating; interdisciplinarity

Einleitung

Die transkulturelle Psychiatrie stellt ein weites Feld dar. Am Anfang standen in der Forschung zunächst kulturvergleichende Untersuchungen und Erhebungen. Diese erfassen und vergleichen den Einfluss der jeweiligen Kulturen auf das Vorkommen, die Häufigkeiten und Symptomausprägungen der psychischen Störungen sowie die unterschiedlichen Behandlungsformen in ihrem jeweiligen Kontext. Diese Untersuchungen sind weiter von Bedeutung, haben aber heute zahlreiche grundsätzliche Fragen und methodische Probleme aufgeworfen (vgl. auch [1]). Die Gründe für die heutigen weltweiten Migrationen sind sehr vielfältig und ganz unterschiedlich. Einen Unterschied macht dabei schon aus, ob die Migration gewünscht wurde und geplant werden konnte oder ob sie aus Not erfolgte.

Wir haben es in der Psychiatrie vor allem mit den Migrantinnen und Migranten zu tun, die unter prekären und belasteten Umständen ihr Land verlassen mussten.

Dazu gehören die Flüchtlinge, die Asylsuchenden, auch die jeweils nachfolgenden Generationen der Zugewanderten und inzwischen auch die hier alt gewordenen Migranten¹.

Korrespondenz:
Dr. Bernhard Küchenhoff
Chefarzt
Psychiatrische Universitätsklinik
Lenggstrasse 31
CH-8008 Zürich
Bernhard.Kuechenhoff[at]puk.zh.ch

Wir müssen uns als Psychiater und Psychotherapeuten bewusst bleiben, dass – auch aufgrund mangelnder Information über die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebote und -möglichkeiten – sehr viele psychisch kranke Migranten sich zuerst häufig in hausärztliche Behandlung begeben [2]. In die stationäre psychiatrische Behandlung kommen Migranten aufgrund dieses Informationsmangels und wegen Vorbehalten gegenüber der Psychiatrie häufig erst in Notfallsituationen, wegen länger andauernder prekärer Umstände oder mit chronifizierten Störungen.

Weiter muss uns immer bewusst bleiben, dass soziale und politische Belastungsfaktoren eine bedeutsame Rolle bei der Krankheitsentstehung wie auch der Symptomgestaltung spielen, wie z.B. traumatisierende Erfahrungen im Herkunftsland (Krieg, Verfolgung und Folter), während der Migration und auch im aufnehmenden Land (Diskriminierung, erschwelter Zugang zum Arbeitsmarkt und inadäquatem Wohnraum). Wir neigen mit unserem einseitigen medizinischen Blick auf die körperlichen und seelischen Störungen dazu, diese kontextuellen Faktoren, die häufig politisch begründet und Zeichen der Macht- und Ohnmachtsverhältnisse sind, zu wenig zu beachten oder gar zu übersehen.

Eine Erhebung in Deutschland fand (und entsprechende Zahlen sind für die Schweiz anzunehmen), dass eine auffallend hohe Zahl von Asylsuchenden und Flüchtlingen stationär wegen Psychosen und posttraumatischer Belastungsstörungen behandelt werden musste, was auf die hohe Vulnerabilität und psychischen Belastungen dieser Personengruppen bezogen wurde [3].

Was heisst «transkulturell»?

Die Annahme, dass eine kulturelle Einheit bestehe, die dann vielleicht noch mit den Landesgrenzen oder einer Nation gleichgesetzt wird, ist in der heutigen, zunehmend globalisierten Welt mit vielfältigen und unterschiedlich begründeten Migrationen kein angemessener Ausgangspunkt mehr. Wir müssen uns also darüber verständigen, was wir mit «transkulturell» meinen, da sich ein unterschiedlicher Gebrauch dieses Wortes findet. Eine Quelle für die Mehrdeutigkeiten liegt wohl in den unterschiedlichen Bedeutungen des lateinischen «trans». Zum einen kann «trans» heissen: darüber hinaus, jenseits (wie z.B. in dem Ausdruck transzendent). Transkulturell mit dieser Bedeutung von «trans» soll dann verweisen auf etwas, das über die einzelne

¹ Selbstverständlich gilt, dass bei der Verwendung nur einer Geschlechtsform immer beide Geschlechter gemeint sind.

Kultur hinausgeht, was allen Menschen universell in gleicher Weise zukommt, also im Sinne von anthropologischen Konstanten. Zum anderen kann «trans» aber auch heissen: «über, hinüber». In diesem Sinne bedeutet «trans» dann eine Verbindung zwischen ..., einen Austausch zwischen ... Wir verstehen transkulturell in dieser letzteren Bedeutung als einen dynamischen Austausch- und wechselseitigen Beeinflussungsprozess.

Im Sinne dieses Austausches ist es mir auch wichtig, die Bezeichnung «transkulturell» von den Bezeichnungen «interkulturell» und «multikulturell» abzugrenzen; Bezeichnungen, die eher ein Nebeneinander von Kulturen beinhalten, mit der Gefahr, Kulturen als abgeschlossene, distinkte Grössen zu behandeln.

Es geht um einen Austausch von und zwischen Menschen verschiedener Sprachen, unterschiedlicher Herkunft, unterschiedlicher Sozialisationen und Ausbildungen, mit unterschiedlichen Normen und Wertvorstellungen, divergierenden religiösen Überzeugungen, Unterschieden hinsichtlich des ökonomischen Status und der politischen Teilhabe. Diese Aufzählung liesse sich fortsetzen und ergänzen, wobei alle erwähnten Gesichtspunkte zu dem weiten inhaltlichen Spektrum dessen gehören, was wir als Kultur bezeichnen. Durch die weltweiten Migrationen wandeln sich auch die jeweiligen Kulturen, und wir dürfen die Kulturen nicht mehr als fixe, unwandelbare Grössen auffassen. Denn sonst würden wir den immer wieder zu beobachtenden Fehler der Essentialisierung der Kultur begehen, d.h. der festlegenden Zuschreibung wesentlicher und unveränderlicher Eigenschaften an bestimmte Kulturen. Die sogenannte «Übersozialisierungsthese» bringt diese Vorstellung gut auf den Punkt. Nach dieser wird vom angenommenen Wesen einer Kultur auf die Persönlichkeit seiner Mitglieder geschlossen, so als ob der Einzelne nur passiver Vertreter einer bestimmten Kultur sei und sich nicht zu diesen Vorstellungen in ein Verhältnis setzen könnte [4]. Diese aktive Leistung der einzelnen Personen zeigt sich dabei eher im persönlichen Umgang, als dass sie statistischen Erhebungen und Übersichtsarbeiten entnommen werden könnte.

In klischeehaften, kulturalisierenden Etikettierungen zeigen sich häufig diverse Abwehrreflexe gegenüber Menschen aus fremden kulturellen Kontexten. Eine Ablehnung des fremden Anderen kann sich so hinter dem (über-)betonten Hinweis auf die fremde Kultur des Gegenübers verstecken, also dass der Andere aufgrund seiner Kultur nicht verstanden werden könne, und manche Therapeuten verweisen mit dieser Begründung darauf, dass für die Behandlung nach jemand anderem gesucht werden müsse, der die «Kultur» kenne. In solchen Reaktionen können sich zusätzlich auch Ohnmachtsgefühle der Therapeuten äussern. Aber es kann auch in den Abwehrreaktionen der Ärger zum Ausdruck kommen, dass der routinierte, zeitlich glatte Behandlungsablauf aufgehalten und «gestört» wird (es ist z.B. mühsam, einen Übersetzer zu organisieren usw.). Diese Reaktionen stehen dabei auch im Zusammenhang mit den ökonomischen Bedingungen und Zwängen, denen wir in der alltäglichen medizinischen und klinischen Praxis zunehmend unterworfen sind. Merkwürdig und auffallend bleibt dabei, dass Kultur den Migranten zugeschrieben wird und dabei die eigene kulturelle Verflochtenheit ausgeblendet wird [5].

Zu bedenken und zu berücksichtigen bleibt, dass wir in unserer Diagnostik und in unseren Diagnoseschlüsseln (ICD-10, demnächst ICD-11; DSM-V) eine euro-amerikanische Sicht bevorzugen und dass es deshalb zurecht Überlegungen gibt, dass bei allen Störungen der jeweilige soziokulturelle Kontext beachtet werden muss. Transkulturelle Psychiatrie ist nicht eine Psychiatrie für Minderheiten oder für Migranten aus fernen Ländern, denn eine solche Auffassung würde den Einfluss kultureller Faktoren bei uns allen verleugnen.

So könnte eigentlich pointiert gesagt werden: Psychiatrie ist kulturelle Psychiatrie oder sie ist keine Psychiatrie.²

Behandlungsangebote

Migration ist immer eine grosse Herausforderung, bedeutet den Verlust von vertrauter Umgebung, Sprache, gewohnten Sinneseindrücken und kann mit Schutzlosigkeit und Ausgeliefertsein verbunden sein. Trotzdem werden diese Anforderungen nicht selten auch in beeindruckender und kreativer Weise und ohne Erkrankung überstanden. Hier geht es aber um diejenigen Migranten, die aufgrund verschiedener Umstände psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe benötigen.

Inzwischen finden sich zwar einzelne ambulante und stationäre transkulturell orientierte Behandlungsangebote für psychisch kranke Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Bei einer eigenen Umfrage innerhalb der Schweiz [7] zeigte sich aber, dass die wenigen Angebote weder quantitativ noch qualitativ für die Bedürfnisse in der Grundversorgung ausreichen.

Um einen Schritt u.a. in der Vernetzung und Initiierung neuer Versorgungsmodelle voranzukommen, wurde 2007 der «Dachverband Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum» gegründet.³

An der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich haben wir zusammen mit der Ethnologin Frau H. Schär Sall seit 2006 auf einer Aufnahmestation den Schwerpunkt für die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung von psychisch kranken Migrantinnen und Migranten aufgebaut [8]. Notwendige Voraussetzung für eine entsprechende Behandlung war und ist die Möglichkeit, qualifizierte Übersetzer jederzeit einsetzen zu können. Deshalb wurde auch von unserer Klinik ein Vertrag mit einem Übersetzerbüro geschlossen, das über ein sehr umfangreiches Sprachangebot verfügt. Ein Manko stellt nach wie vor dar, dass oft die Regelung der ambulanten Nachbehandlung schwierig bis unmöglich ist, weil die Übersetzungskosten in der freien Praxis immer noch nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Neben der reinen Übersetzung ist es wichtig – und bedarf der Übung –, auf die jeweiligen umgangssprachlichen Schilderungen der Beschwerden und Leiden der Patienten zu achten und sich davor in acht zu nehmen, diese

2 Dies ist die Abwandlung eines Zitats von Klaus Dörner [6], das lautet: «Psychiatrie ist soziale Psychiatrie oder sie ist keine Psychiatrie.»

3 Siehe auch unter www.dtppp.com. Der Autor ist Gründungs- und Vorstandsmitglied der Gesellschaft, die jedes Jahr einen Kongress veranstaltet, zuletzt in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Baselland in Liestal, im Oktober diesen Jahres in Berlin.

vorschnell nach unserem Befund- und Symptomverständnis aufzufassen.

Da hier nicht der Platz ist, um unser Vorgehen insgesamt zu schildern,⁴ sei zumindest auf einen Schwerpunkt unserer Behandlung hingewiesen: die regelmässigen ethnopsychiatrischen Gruppentherapien. Ausgehend vom ethnopsychiatrischen Ansatz, wie er in Paris von Marie Rose Moro entwickelt wurde (vgl. [9]), behandeln wir den einzelnen Patienten in einer Gruppe von Therapeutinnen, Therapeuten und geschultem Personal (gegebenenfalls zusätzlich noch Angehörigen dieses Patienten und Übersetzer); es handelt sich also nicht um eine Gruppe von mehreren Patienten (als ein Beispiel für eine solche Behandlung siehe [10]).

Interdisziplinarität in der Behandlung

Es wird gerade auch im Bereich der transkulturellen Psychiatrie wiederholt auf die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit (Komplementarität im Sinne von G. Devereux) hingewiesen. Aber in der Praxis zeigt sich, dass es immer wieder Schwierigkeiten und Probleme in dieser Zusammenarbeit und Verständigung gibt. Statt also einem Wunschenken verhaftet zu bleiben, erfordert die Zusammenarbeit neben dem wechselseitigen Interesse klärende Auseinandersetzungen. Das gilt schon für die übliche gemeinsame Behandlung und Zusammenarbeit mit Psychologen, Arbeits-, Ergo- und Bewegungstherapeuten. Spezifischer und noch ungewohnter betrifft das die für notwendig erachtete Zusammenarbeit mit Ethnologinnen und Ethnologen. Unterschiedliche wissenschaftliche Sozialisationen und Begrifflichkeiten treffen aufeinander, wobei diese unterschiedlichen Auffassungen nicht etwa Nebensächlichkeiten betreffen, sondern grundlegende Fragen, wie z.B. die diagnostische Einschätzung oder wie eine angemessene Behandlung aussehen sollte. Erleichtert wird diese notwendige interdisziplinäre Kooperation durch die beruflichen Ausbildungsgänge der Psychiater nicht. Denn im Vordergrund stehen in diesen Weiterbildungen zunehmend die naturwissenschaftlichen und neurobiologischen Ansätze, dagegen wird kaum auf die wachsenden Herausforderungen der angemessenen Behandlung von psychisch kranken Migrantinnen und Migranten eingegangen. Kommen auf diese Weise psychosoziale Gesichtspunkte immer mehr zu kurz, so erstaunt es nicht, dass das ethnologische Wissen immer noch einen verschwindenden Einfluss hat. Gerade die Ethnologen weisen uns darauf hin, dass der einzelne Patient der jeweils beste Experte ist, um über die für ihn und sein Umfeld geltenden Normen, Anschauungen usw. Auskunft zu geben, und dass nicht ein vermeintliches Wissen über die Kultur weiterhilft.

Der Behandlungskontext

Wir müssen den Raum und den Rahmen im Auge behalten, in dem die Behandlungen stattfinden. D.h., es ist unsere Aufgabe, das gesellschaftliche und sozialpolitische Umfeld sowie die jeweiligen juristischen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Die Ausländerpolitik, die Regelung der

Aufenthaltsbestimmungen, die gesetzlichen Grundlagen des Asyl- und Ausländerrechts spielen im Einzelfall der Behandlung eine grosse Rolle. Ein Beispiel dafür ist, wenn die Ausweisung/Ausschaffung eines Patienten nach der Entlassung aus der stationären Behandlung droht: Wie soll unter diesen Verhältnissen eine Besserung des psychischen Befindens, der psychischen Störung erreicht werden?

Zu berücksichtigen sind ferner die erschwerten Zugänge zur (schulischen) Ausbildung und zum Arbeitsmarkt, die Schwierigkeiten bei der Wohnungssuche usw., alles Faktoren, die die Umstände der Migranten allgemein erschweren und einer ausreichenden, z.B. rehabilitativen Weiterbehandlung im Wege stehen. Diese Einflussgrössen sind von der jeweiligen Herkunft des Migranten, seiner angenommenen Kultur, unabhängig, sagen allenfalls etwas über die sozial-politischen Verhältnisse des aufnehmenden Landes aus.

Oft wird auch übersehen, dass, bedingt durch die Migration, vor allem bei Asylsuchenden, es zu einem Verlust der ursprünglichen beruflichen und sozialen Stellung kommen kann, z.B. durch untersagte Arbeitstätigkeiten und fehlende Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen. Als weitere Folge kann dadurch die Stellung des Familienoberhauptes und die Rollenverteilung innerhalb der Familie gestört werden und zu belastenden Konflikten führen. Gewisse Familienkonstellationen stellen auch eine Herausforderung für uns dar, nämlich dass wir sie berücksichtigen müssen und nicht entwerten dürfen, auch wenn sie mit unseren Emanzipationsvorstellungen kollidieren können.

Es wäre eine Illusion zu meinen, dass die Therapien einfach in einem geschützten Raum stattfinden könnten. Nicht selten müssen wir zunächst und als Behandlungsvoraussetzung – z.B. für eine angemessene Traumabehandlung – eine sichere und tragfähige Ausgangsbasis (z.B. einen gesicherten Aufenthaltsstatus) schaffen, um Retraumatisierungen zu vermeiden. Diese Arbeit an und für eine tragfähige, vertrauensvolle Ausgangsbasis erfordert häufig viel Geduld und Zeit, die, zumindest im stationären Setting, immer weniger zur Verfügung gestellt wird.

Zum Behandlungskontext gehören auch unsere berufliche Sozialisation und unsere praktischen und theoretischen Vorannahmen. Aufgabe ist und bleibt dabei, dass jede in die Behandlung involvierte Fachperson ihre theoretischen Hintergrundannahmen reflektieren muss. So spielt es z.B. eine Rolle, ob man davon ausgeht, dass verschiedene Krankheitsbilder universell in vergleichbarer Symptompräsentation vorkommen, oder ob man regionale, kulturelle Einflüsse sieht und wie diese Einflüsse bewertet werden, ob sie bedeutungsvoll für die Ätiologie und Pathogenese oder lediglich für die pathoplastische Ausformung angesehen werden.⁵

Dass es sich bei den Störungen um Konventionen handelt, die von soziokulturellen Faktoren und der Wissenschaftsentwicklung beeinflusst sind, zeigen schon der Vergleich der verschiedenen Ausgaben der genannten diagnos-

4 Ausführliche Darstellung in dem zuvor genannten Artikel [8].

5 Wenn im DSM-IV im Anhang *culture-bound syndroms* aufgeführt werden, so kann dies in einer ersten Reaktion als Anerkennung der kulturellen Einflüsse angesehen werden, bei weiterer Überlegung muss aber kritisch gefragt werden, ob alle anderen psychischen Störungen, die im DSM oder im ICD-10 genannt werden, als kulturunabhängig anzusehen sind.

tischen Manuale und auch die lebhaften Diskussionen um die neuen Versionen des DSM-V und des ICD-11. Es können und müssen von uns allen die jeweiligen Einflussfaktoren auf die Formulierung, Wahrnehmung und Beschreibung jeder einzelnen Störung bedacht und reflektiert werden.

In jeder Begegnung mit einem Anderen, also nicht etwa nur eingegrenzt auf den Menschen mit einer anderen Herkunft und aus einem anderen kulturellen Kontext, treten wir einem Fremden gegenüber und sind involviert in die Dialektik des Eigenen und Fremden. Denn was als fremd und was als eigen gilt, legt keine objektive Instanz fest, sondern diese Differenzen konstruieren wir selbst (s.a. [11]). «Indem die transkulturelle Psychiatrie neue Antworten auf diese Fragen finden muss, bereichert sie die Allgemeinpsychiatrie, statt nur von ihr zu profitieren. Die Begegnung mit kulturell Fremden zwingt dazu, sich über den Umgang mit Fremden und Fremden überhaupt Gedanken zu machen. Insofern hält die transkulturelle Arbeit der Psychiatrie überhaupt den Spiegel vor und erlaubt zu sehen, worum es auch in der klinischen Arbeit geht.» [11]

Abschliessende und zusammenfassende Anmerkungen

Wegen des Mangels an Informationen bei den Migranten über unser Gesundheitswesen und dadurch bedingte Zugangsschwierigkeiten ist es notwendig, auf das Leiden und die psychischen Erkrankungen der Migrantinnen und Migranten dort aufmerksam zu sein, wo sie zunächst Hilfe suchen, häufig bei Hausärzten, Gynäkologen und Kinderärzten. Durch eine verbesserte Kooperation der medizinischen Fachgebiete ist bei gegebener Indikation eine frühzeitige Zuweisung zum Psychiater und Psychotherapeuten anzustreben. Denn bisher kommen die Migranten in die psychiatrische Praxis oder die psychiatrische Klinik noch sehr spät, vor allem in einer prekären Notlage.

Basis jeder diagnostischen Einschätzung und Behandlung ist die sprachliche Verständigung. Wenn sie nicht gegeben ist, müssen Dolmetscher beigezogen werden können. Für diese Voraussetzung zu sorgen, bleibt immer noch eine drängend zu lösende Aufgabe, vor allem in den Privatpraxen. Angehörige für die Übersetzung in therapeutischen Gesprächen beizuziehen ist gerade auch in der Psychiatrie/Psychotherapie aus vielen Gründen abzulehnen. Denn z.B. heikle traumatische Erfahrungen kommen dann nicht zur Sprache, entweder, weil sie auch schon bisher in der Familie nicht angesprochen werden konnten (zu nennen sind hier insbesondere Vergewaltigungen) oder weil sie für die anderen Familienmitglieder als zu belastend angesehen werden (z.B. wenn Jugendliche die Schilderung von Folterungen übersetzen müssten).

Keine Kollegin, kein Kollege kann und muss verschiedenste «Kulturen» kennen. Diese Erwartung ist eine unbegründete Annahme, die eher aus der Abwehr gegenüber den als fremd erscheinenden Patienten herrührt. Entscheidend ist es, den einzelnen Patienten zu Wort kommen zu lassen, von ihm selbst sein Referenzsystem zu erfragen. Von Vorteil kann es aber sein, wenn man sich über die politischen Machtverhältnisse in dem Herkunftsland informiert. Denn so kann z.B. die Situation von Flüchtlingen aus Eritrea besser eingeschätzt werden.

Wie wir psychische Erkrankungen sehen, klassifizieren und behandeln, ist keine feste, gegebene Tatsache, denn die Störungen sind keine vorfindlichen Entitäten, die wir nur zu entdecken hätten, sondern unsere wichtigsten psychiatrischen Krankheitsbilder sind Vereinbarungen, wie sich das an der andauernden Debatte über die Krankheitsgruppe der Schizophrenien gut ablesen lässt. Deshalb ist eine kritische Selbstreflexion unserer theoretischen Annahmen und unseres Handelns notwendig. Es ist auch erforderlich, unser therapeutisches Vorgehen und unsere Empfehlungen verständlich zu machen; denn unsere wiederholte Erfahrung ist, dass viele Migranten nicht wissen und verstehen, was z.B. eine Psychotherapie ist und beinhaltet.

Auch Selbstverständlichkeiten wie die ärztliche Schweigepflicht müssen wiederholt betont werden, da viele Patienten aufgrund ihrer Vorerfahrungen mit anderen Machtverhältnissen kein Vertrauen haben.

Wie bereits ausgeführt, bewegen wir uns in unserer therapeutischen Praxis in einem ganz konkreten sozialpolitischen und ausländerrechtlichen Umfeld, das in vielen Fällen erheblichen Einfluss auf unser Tun hat. Immer wieder gelangen wir deshalb mit unserem therapeutischen Rüstzeug an Grenzen, fühlen uns manchmal ohnmächtig. Notwendig und hilfreich können dann Kontakte zu den verschiedenen sozialen Institutionen, NGOs, juristischen Beratungsstellen u.a. sein.

Es darf uns Psychiatern und Psychotherapeuten bewusst sein, dass wir mit jeder Behandlung eines einzelnen Patienten positiven Einfluss nehmen auch auf (s)eine grössere Gemeinschaft/Familie und insofern hilfreich sein können für die Startbedingungen der nachwachsenden Generation.

Das Feld der transkulturellen Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie ist zwar ein weites, aber auch ein dankbares Arbeitsgebiet.

Literatur

- 1 Stompe T. Überlegungen zur Problematik kulturvergleichender psychopathologischer Untersuchungen am Beispiel der Schizophrenie. In: Golsabahi S, Heise T (Hrsg.). Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung; 2008. p. 131–43.
- 2 Haasen C, Boyali A, Yagdiran O, Krausz M. Prävalenz psychischer Störungen bei Migranten in einer Allgemeinarztpraxis. Z Allg. Med. 2000;61:472–80.
- 3 Koch E, Hartkamp N, Siefen R, Schouler-Okak M. Patienten mit Migrationshintergrund in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Nervenarzt. 2008;79:328–39.
- 4 Ehret R. Die Kulturfalle. Plädoyer für einen sorgsam Umgang mit Kultur. In: Golsabahi S, Stompe T, Heise T (Hrsg.). Jeder ist weltweit ein Fremder. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung; 2009. p. 47–55.
- 5 Ehret R. Die Kulturfalle. In: Golsabahi S, Stompe T, Heise T (Hrsg.). Jeder ist weltweit ein Fremder. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung; 2009. p. 47–55.
- 6 Dörner K, Plog U. Irren ist menschlich. Köln: Psychiatrie Verlag; 1984. p. 18.
- 7 Koch E, Küchenhoff B, Schouler-Okak M. Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen von psychisch kranken Migranten in Deutschland und der Schweiz. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg.). Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier; 2011. p. 493.
- 8 Schär Sall H, Schick M, Küchenhoff B. Theorie und Praxis der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. In: Golsabahi S, Küchenhoff B, Heise T (Hrsg.). Migration und kulturelle Verflechtung. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung; 2010. p. 167–79.
- 9 Sturm G. Aktuelle Entwicklungen in der ethnopsychanalytisch orientierten Psychotherapie in Frankreich: Der ethnopsychiatrische Ansatz von Marie Rose Moro. In: Sippel J, Apsel R (Hrsg.). Ethnopsychanalyse Band 6. Forschen, Erzählen und Reflektieren. Frankfurt/Main: Brades & Apsel; 2001. p. 218–38.
- 10 Küchenhoff B, Schär Sall H. Flucht, Trauma- und Trauerarbeit – Therapie einer schwer traumatisierten Frau aus Ostafrika im ethnopsychiatrischen Behandlungssetting. In: Feldmann R, Seidler G (Hrsg.). Traum(a) Migration. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2013. p. 181–91.
- 11 Küchenhoff J. Die Phänomenologie des Fremden als Grundlage psychiatrisch-psychotherapeutischen Handelns. (Im Druck.)