

2.

Vortrag von Frau Dr. Solmaz Golsabahi-Broclawski



„Die Probleme, die es in der Welt gibt, können nicht mit den gleichen Denkweisen gelöst werden, die sie verursacht haben“<sup>2</sup>

Das Phänomen der Migration (migratio: Wanderung) ist so alt wie die Menschheit selbst. Die Welt, in der wir leben, war schon immer eine Welt der Verschmelzung. Schon sehr früh haben die Menschen angefangen, ihr Zuhause für bessere Bedingungen und Sicherheit zu verlassen. Seit Beginn des 19. Jahrhunderts hat diese Wanderung eine neue Mobilität erfahren. Der politische, technische und vor allem mediale Umbruch hat uns Menschen einander näher gebracht und gleichzeitig vor Augen geführt, wie weit wir voneinander entfernt sind.

„Migration ist nicht nur Wechsel von einem Ort zum anderen, sondern gerade auch Wechsel zwischen Kulturen, von einer Gesellschaft zur anderen und von einem Gesundheitssystem in ein anderes.“ [6]



<sup>2</sup> . Dieses Zitat wird weltweit in vielen Ländern auf vielen Sprachen eingesetzt, über den Ursprung wird kontrovers diskutiert: vom Imam Ali bis hin zu Albert Einstein.

Neben der freiwilligen Migration im Zusammenhang mit Globalisierung, Internationalisierung und Firmenfusionen gibt es die unfreiwillige Migration, Flüchtlinge, die in den Gastländern allzu oft auf Abwehr, strukturelle Benachteiligung und Ausgrenzung treffen.

In diesem Zusammenhang wird die Notwendigkeit, die realen Machtverhältnisse bei der Betrachtung des Phänomens „Kultur“ nicht aus den Augen zu verlieren, besonders deutlich. Aurenheimer wies 2005 in seinem Werk „Interkulturelle und pädagogische Professionalität“ darauf hin, dass sich zwischen den augenscheinlich kulturell bedingten Schwierigkeiten in der Kommunikation oft die eigentlichen Probleme verbergen, die durch die unterschiedliche Machtasymmetrie entstehen.

Wie in jeder Beziehung ist auch in einem Krankenhaus das Macht-/ Ohnmachtverhältnis im Spiel. Grundsätzlich sind Ungleichgewichte im Machtverhältnis bei einem Patientengespräch im Krankenhaus gegeben - ob der Patient mit einem Studenten, einem Arzt, einer Schwester, einem Therapeuten oder dem Chefarzt spricht. Diese Machtasymmetrie verschärft sich, je fremder mir der Kulturkreis ist, in dem ich zum Patienten werde.

Kommunikation bedeutet Sprache. Aber wie verändern sich kommunikative Prozesse, wenn wir in einer Fremdsprache kommunizieren oder ein Dolmetscher als Sprachrohr versucht zu vermitteln.

*„Wie fühlt sich die Sprache an, wenn ich mit ihr umgehe, oder besser noch: Was passiert mit mir, wenn ich rede?“*

Von einer Sprache zur anderen verlagern sich die Wahrnehmungen und die Begriffe sowie auch der Ausdruck der Gefühle, denen keine Übersetzung wirklich entspricht. (im Deutschen z.B.: das Unheimliche, im Persischen: Tarouf<sup>3</sup>, u.s.w.)

Die eine Sprache ist direkter, vermeintlich offener, die andere verschlossener und verschleierter, bringt die „Sache“ auf ganz anderem Weg zum Ausdruck.

„Trotz oder Dank solcher Hindernisse kommt die jeweilige Sprache zu sich selber, ihr Inhalt verschärft, verdeutlicht sich angesichts desselben, nur anders ausgedrückten Inhalts in der anderen Sprache. Es ist wie im Wald: in der Mitte steht der schöne Biergarten, aber jeder

---

<sup>3</sup> Tarouf steht im persischen für außerordentliche Höflichkeit und zuvorkommendes Verhalten. Im Deutschen gibt es keine gleichwertige wörtliche Übersetzung. Ein Tarouf ist es, wenn man die gesamte Einrichtung der Wohnung jemandem als Geschenk anbietet, weil dieser die Einrichtung schön findet. In der Regel wäre es eine höfliche Formulierung, kann sich aber auch dahingehend ausweiten, dass tatsächlich Teile der Einrichtung verschenkt werden. Beispiel: wenn ein Perser jemanden zu sich einladen will, so sagt er sinngemäß: „bitte kommen Sie, dies ist Ihr Haus.“ (Die Formulierung „fühlen Sie sich wie zu Hause wäre zu wenig zuvorkommend)

Weg, der hinführt, zieht durch andere Waldpartien, durch andere Landschaften zum selben Wanderziel.“ [4]

### Beispiel:

Einige Sprachen (z.B. Italienisch) benutzen kein Subjekt, sondern konjugieren lediglich das Verb und weisen damit auf die handelnde Person hin. andere Sprachen wiederum benutzen das Subjekt nur im Falle einer Verneinung das Subjekt.

Kenntnisse über diese linguistischen Feinheiten der Muttersprache sind entscheidend bei der Beurteilung über das Selbstbild des Patienten. Das kollektive Selbstbewusstsein, die Rolle meiner Person, mein Umgang mit Individuen wird stets durch das Weltbild meiner Muttersprache verbalisiert.

L. Wittgenstein schrieb eins: „ Die Grenzen meiner Welt, sind die Grenzen meiner Muttersprache“.

Dr. Solmaz Golsabahi 6

**Der amerikanische Vorgesetzte**

**und sein griechischer Mitarbeiter:**

**Amerikaner:** "Wie lange brauchst du, um diesen Bericht zu beenden?"  
(Gedanke: Ich bitte ihn, sich zu beteiligen.)

**Griecher:** "Ich weiß nicht, wie lange sollte ich brauchen?"  
(Gedanke: Sein Verhalten gibt keinen Sinn. Er ist der Chef, warum sagt er es mir nicht?)

**Amerikaner denkt bei sich:** Er lehnt es ab, die Verantwortung zu übernehmen.

**Griecher denkt bei sich:** Ich bat ihn um eine Anweisung.

Therapeuten, die Patienten aus anderen Kulturen gegenüber sitzen, dürfen also nicht vorschnell von ihnen ungewohnten „Sprachwegen“ auf die Ziele oder Erwartungen des Patienten schließen.

### Beispiel:

Ein afghanischer Patient sitzt im Ambulanzbereich, Untersuchungsraum der Klinik. Die Schwester bittet ihn sich umzuziehen und sagt: „Machen Sie den Oberkörper frei und warten Sie auf den Arzt“. Der Patient im Untersuchungsraum wirkt je länger er wartet desto ängstli-



cher, angespannter. Als der Arzt erscheint, sitzt er mit weit aufgerissenen Augen da, wickelt sich trotz Hitze in ein Leinentuch.

Die Reaktion des Patienten kann aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet und bewertet werden:

- ❖ Wir könnten annehmen, dass er wegen seiner Religion und Kultur sich nicht enthüllen will. Tatsache ist, dass wir nur die Information haben, dass er aus Afghanistan stammt. Wir wissen nicht, ob er ein muslimischer, christlicher, jüdischer, hinduistischer oder buddhistischer Afghane ist. Noch weniger wissen wir über seine Religiosität .
- ❖ Wir könnten annehmen, dass er ein Patriarch ist, und dass er nicht gewohnt ist von einer Frau Anweisungen entgegen zu nehmen.
- ❖ Wir könnten annehmen, dass er Angst vor dem medizinischen Personal, vor Menschen „in Weiß“ hat und am liebsten vom Untersuchungsraum weglaufen will.

Tatsache ist, dass eine simple, alltägliche Anweisung im Krankenhausalltag den Patienten vollkommen aus seinem Gleichgewicht gebracht hat. Denn nicht nur der empfundene „Befehlston“ in der Anweisung der Schwester war für den Patienten befremdend, sondern auch der Inhalt. Gegenüber einer Autoritätsperson, in dem Fall dem Arzt, verbietet ihm seine orientalische<sup>3</sup> Kultur (unabhängig von der zugrunde liegende Religion) respektlos „oben ohne“ den Arzt zu empfangen.

Auch zwischen Menschen des gleichen Kulturkreises bestehen Unterschiede. Diese können sowohl tiefgreifend als auch oberflächlich sein. Sie können ihren Ursprung in unterschiedlichen Bereichen des Alltags, wie etwa Gender, Religion, Bildung, Politik und Umwelt haben. Die Unterschiede sind vielfältig und umfassen alle Bereiche des Lebens.

### **Beispiel:**

N. Peseschkian beschreibt sehr anschaulich sein iranisches Bild von der Familie und sein Verständnis aus der Sicht eines Iraners von der Krankenrolle:

„ Die Familie, in der ich im Iran aufwuchs, umfasste nicht nur meine Eltern und Geschwister, sondern eine Vielzahl von Verwandten und weiteren Familienangehörigen,

---

<sup>3</sup> Die Definition der orientalischen Kultur verlangt in jüngster Zeit mehr als nur historisch-geographische Kenntnisse, da aktuell dieser Begriff eine zusätzliche politische Bedeutung gewonnen hat.

mit denen wir uns in einer Familie verbunden fühlten. Ein Kranker stellt sein Bett mitten ins Wohnzimmer und wünscht sich, dass seine Verwandten ihn regelmäßig besuchen. Seine Frau ruft bei Verwandten an und diese kommen in Klein- oder Großgruppe und besuchen und unterhalten den Kranken. Der Patient ist zu keinem Zeitpunkt alleine.“

Diese Unterschiede spielen eine umso größere Rolle in der Arzt-Patient-Beziehung, wenn Patienten nicht „Einheimische“ sind. Die am Dialog zwischen dem Patienten und dem Fachpersonal Beteiligten müssen den Bereich des fachlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit überschreiten. Sie müssen sich der historischen Wurzeln und ihrer aktuellen, sich rasch wandelnden, politischen und ökonomischen Dimensionen des Verständnisses von Patienten und ihrer Krankheitsbilder bewusst werden.

Die seit Wittkower (1972) definierte Bedeutung der transkulturellen Psychiatrie sollte zum Leitmotiv der Mediziner werden, wenn diese den Herausforderungen der modernen Globalisierung gerecht werden wollen.

Die damalige bis heute gültige Definition lautet: „Die transkulturelle Psychiatrie ist der Zweig der Psychiatrie, der sich mit den kulturellen Aspekten der Ätiologie, der Häufigkeit und Art geistiger Erkrankungen sowie mit der Behandlung und Nachbehandlung der Krankheiten innerhalb einer gegebenen Einheit befasst. Der Begriff „transkulturelle Psychiatrie“, der eine Erweiterung der kulturellen Psychiatrie ist, bedeutet, dass der wissenschaftliche Beobachter über den Bereich einer kulturellen Einheit hinausblickend andere Kulturbereiche einbezieht.“[8]

Kenntnisse der transkulturellen Kompetenz in der Medizin werden entscheidend für die Qualität der medizinischen Versorgung der Zukunft sein. Nicht die exotisierende Faszination in der Beobachtung von fernen Völkern sollte im Vordergrund stehen, sondern die praktische Relevanz in der täglichen Gesundheitsversorgung der Zuwanderungsgesellschaften.

Die Integration eines transkulturellen Faches in die medizinischen Curricula der Hochschulen und regelmäßige Fort- und Weiterbildungsangebote in diesem Bereich sollten keine Randerscheinung im medizinischen Alltag sein, sondern eine Selbstverständlichkeit.

Es kann und darf nicht mehr um den Nachweis universell gedachter psychiatrischer Kategorien in anderen Kulturen gehen, um den Blick von „den Zentren in die Peripherie“, sondern

um die gegenseitige Anerkennung und das Verstehen der jeweils eigenen Referenzsysteme und Bedeutungszusammenhänge. [9]

Die Frage nach der Richtigkeit der Gepflogenheiten oder gar Recht oder Unrecht der Beteiligten in diesem Kulturdreieck stellt sich nicht, denn jeder hat gemäß seiner Kultur, Subkultur und Wertsysteme gehandelt und geurteilt.

Die viel wichtigere Frage lautet, wie könnte das medizinische Personal derartigen „Kränkungen“ auf dem Boden von kulturellen Gepflogenheiten wie auch Missverständnissen anders begegnen und sie effektiver nutzen?

In der Psychiatrie ist eine differenzierte Fragestellung und Betrachtung der Migration unverzichtbar.

Dr. Solmaz Golsabahi 9

Von transkulturellen Kompetenzen in der Medizin

werden folgende Grundeigenschaften erwartet:

1. Neugier und Bereitschaft, sich auf neue Erfahrungen im transkulturellen Austausch einzulassen.
2. Reflexion der eigenen Wirklichkeitskonstruktion.
3. Kenntnis der Phänomene transkultureller Kommunikation.
4. Soziokulturelles Hintergrundwissen über den jeweiligen Kontext kommunikativer Interaktionsformen.

Die drei Fragen, welchen sich ein Psychiater, Psychotherapeut in seiner Arbeit mit Patienten mit einem Migrationshintergrund stellt, sind:

- „Ist eine Migration gesundheits- oder krankheitsfördernd?“
- „Ist jedes Symptom eines Menschen, der immigriert ist, ein Hinweis auf eine Migration?“
- „Ist die Migration eine Noxe (ein Erreger) im Sinne einer medizinischen Terminologie?“

Beispiel:

Ein 25jähriger Mann, gebürtig aus Riad, Saudi-Arabien, wird in einer psychiatrischen Klinik vorstellig. Klinisch imponieren akustische sowie optische Halluzinationen mit religiösem Inhalt.<sup>4</sup>

Analyse des Beispiels mit Schwerpunkt auf Migrationshintergrund:

- ❖ Ist der junge Mann erkrankt, weil er nach Deutschland immigriert ist oder wäre er ebenso erkrankt in Saudi-Arabien? Zur Klärung dieser Frage ist wie bei jedem Patienten eine ausführliche Familienanamnese sowie Anamnese der Auffälligkeiten in der Kindheit und Jugend erforderlich.
- ❖ Sind die Symptome Ausdruck einer „pathologischen Migration“? Sind die Symptome aufgetreten, weil er nicht „optimal“ integriert ist?

Einerseits müsste die Annahme, dass sich seine Migration krankheitsverstärkend oder gar -fördernd ausgewirkt haben könnte, sorgfältig geprüft werden, andererseits sind in die Überlegungen mit einzubeziehen, dass Häufigkeit und Verteilung der paranoiden Psychose im Sinne von ICD F.20.0 weltweit gut untersucht sind und dieselbe Häufigkeit in Saudi-Arabien wie in Mitteleuropa aufweisen.

Selbstverständlich ist die Frage nach „Live-events“ wie bei jedem Patienten unabhängig von der Herkunft unerlässlich.

Der Verlauf der Erkrankung und die Heilungschancen sind u.a. von der Inanspruchnahme der psychiatrischen Angebote, ihrer Qualität wie auch der Einstellung der Umwelt abhängig.

- ❖ Gesetzt den Fall, der junge Mann, gebürtig aus Riad, ist sprachlich in Deutschland nicht integriert, wird er mit erheblichen Schwierigkeiten in der Klinik konfrontiert sein, und vieles wird sowohl seitens des Personals wie auch des Patienten missdeutet bzw. aus der Perspektive des „Beurteilenden“ interpretiert werden.
- ❖ Gesetzt den Fall, der junge Mann stammt aus einer Familie mit Angst vor Psychiatrie, vor Stigmatisierung und zusätzlich mangelnden Deutschkenntnissen, wird sich in der Angehörigen-Arbeit womöglich vieles schwierig gestalten und insbesondere von beiden Seiten missdeutet werden.

---

<sup>4</sup> Bewusst werden weitere anamnestische Daten weggelassen, um den Leser auf seine Denkmuster aufmerksam zu machen.



Die Abwehrhaltung bzw. vermeintliche Abwehrhaltung könnte seitens des medizinischen Personals kulturalisiert werden und damit eine echte Chance eines Beziehungsaufbaus genommen werden.

Eine Kulturalisierung ist eingetreten, wenn das Verhalten des Patienten stets mit seiner Herkunft in Beziehung gebracht wird und jegliche andere Option außer Acht gelassen wird.

- ❖ Aber auch wenn der junge Mann gut Deutsch spricht und in Deutschland gut integriert ist, wäre die Annahme, dass sich keine kulturellen Schwierigkeiten ergeben dürfen, da die sprachliche Barriere aufgehoben sei, nur bedingt richtig.

Wir wissen inzwischen aus der neuropsychologischen Sprachforschung, dass unterschiedliche Gehirnareale aktiviert werden, wenn wir unsere Gefühle in unterschiedlichen Sprachen formulieren. Jeder, der eine Fremdsprache neben der Muttersprache sehr gut spricht, wird dies bestätigen - ob ich auf Deutsch, Englisch, Französisch, Arabisch, Chinesisch etc. meine Kopfschmerzen erkläre, fühlt sich in jeder Sprache anders an.

Um diesem Phänomen Rechnung zu tragen, sind nicht nur Sensibilität für Sprache und neuropsychologische Kenntnisse erforderlich, sondern auch Kenntnisse der Religion und kulturellen Gepflogenheiten.

Anhand dieses Beispiels sollte deutlich werden, dass für jeden von uns die Gefahr besteht, seine Erfahrungen und Kenntnisse für allgemein gültig zu erklären und vorschnell zu urteilen und zu entscheiden.

**Diversity** als Ressource anzunehmen, zu akzeptieren und kennen zu lernen, ist der erste wichtige Schritt, transkulturell im psychiatrischen wie psychotherapeutischen Alltag kompetent und angemessen mit den Patienten, die einen Migrationshintergrund haben, zu arbeiten.

Diese kulturelle wie auch sprachliche Herausforderung im psychiatrisch/ psychotherapeutischen Alltag bekommt eine ganz andere Stellung und Bedeutung, wenn Patienten mit Migrationshintergrund eine Traumatisierung im Sinne der ICD 10. erfahren haben.

### **Beispiel:**

In der iranischen Kultur gehört es sich nicht, „unverblümt“ über Sex zu sprechen.



- ❖ Ein Arzt will wissen, ob sein persischer Patient in letzter Zeit sexuell aktiv sei. Ein anwesender Dolmetscher wird versuchen, diese für den Arzt und seine Anamnese wichtige Frage zu vermitteln:
- ❖ Er wird die Frage nicht direkt formulieren, sondern entsprechend der persischen Kultur und daraus resultierenden Gebote/Verbote in der persischen Sprache eine Frage formulieren, die ins Deutsche übersetzt in etwa so viel bedeutet wie: „Hatten Sie in letzter Zeit eine Beziehung?“
- ❖ Auf den ersten Blick sind die Antwort und die Atmosphäre zufriedenstellend für den Dolmetscher und den Patienten.
- ❖ Die weitere Nachbesprechung zwischen dem Dolmetscher und dem Arzt ist von besonderer Wichtigkeit, damit der Arzt die Gelegenheit bekommt, die Feinheiten der persischen Sprache und der Übersetzung kennen zu lernen und gegebenenfalls den Dolmetscher auf die Wichtigkeit des Inhalts seiner Frage, z.B. Erektionsstörungen, aufmerksam zu machen. Solange der Dolmetscher nicht nachvollziehen kann, worauf der Arzt hinaus will, wird er sich auf die kulturellen Feinheiten der persischen Sprache konzentrieren und die Informationsgewinnung des Arztes in dem Fall außer Acht lassen.

Laut Salman lässt sich der Einsatz des Dolmetschers im Gesundheitswesen in fünf Phasen unterteilen:

1. die Planung des Dolmetschereinsatzes
2. das Vorgespräch mit dem Dolmetscher
3. das Übersetzungsgespräch
4. das Nachgespräch
5. die Auswertung des Dolmetschereinsatzes.

Vor allem das Vorgespräch kann sich als besonders hilfreich erweisen, denn so kann der Mediziner feststellen ob zwischen Dolmetscher und dem Patienten Bekanntschaften bzw. Feindschaften bestehen, und er kann sich auch gleichzeitig über die Kultur und Feinheiten der jeweiligen Nation informieren.

Nachteilig sind Sitzordnungen bzw. Stehpositionen in Form eines gleichschenkligen Dreiecks. Am besten geeignet ist die Positionierung des Dolmetsches direkt neben dem Betroffenen, sodass beide Blickkontakt zu den Professionellen haben. [6]

## **Migration - eine Identitätsfalle?**

Die Erkenntnis, dass wir alle viele verschiedene Identitäten haben können und tatsächlich haben, die an verschiedene Gruppen geknüpft sind, denen wir zugehören, scheint auf den ersten Blick verständlich und wichtig für die Persönlichkeitsbildung.

Diese wichtige und elementare Erkenntnis bekommt eine ganz besondere Bedeutung im Rahmen der Migration bzw. sobald der Mensch versucht, sich einem anderen Menschen zu erklären oder gar sich vorzustellen.

Dass eine Person eine Frau ist, steht nicht in Widerspruch dazu, dass sie Vegetarierin ist, was wiederum nicht dagegen spricht, dass sie eine Ärztin ist, welche leidenschaftlich gerne joggt, heterosexuell ist und eine Verfechterin der Rechte der Schwulen und Lesben.

Was wird aus dieser Frau, wenn wir erfahren, dass sie eine Atheistin aus Afghanistan stammend ist? Sie ist vor 10 Jahren nach Deutschland immigriert und entwickelt zunehmend eine depressive Störung und sucht deshalb einen Psychiater auf.

Wie werden die Psychiater und Psychotherapeuten aus Deutschland sie einstufen? In welche Schublade wird sie gesteckt? In welchem Kulturfall wird das Therapeutenteam im Falle einer sprachlichen und kulturellen Barriere geraten?

- ❖ Gesetzt den Fall, sie spricht perfekt Deutsch und kann sich in deutscher Sprache ausdrücken, ist anzunehmen, dass die Verständigung problemlos auf der sprachlichen Ebene laufen wird.

Wichtig ist, dass die Therapeuten eine ausführliche Anamnese erheben und hierbei ihre Arbeitshypothesen nicht lediglich aus der Tatsache der Migration ableiten.

Die Gründe für eine depressive Störung sind nicht nur in der Migration zu finden. Diese vegetarische, atheistische Ärztin, welche gerne joggt und aus Afghanistan stammt, ist auch eine geschiedene, allein erziehende Mutter.

- ❖ Die Gefahr einer Fehleinschätzung wird sich erhöhen, wenn die Frau wenig Deutsch spricht, und die Anamneseerhebung so durch die im Vordergrund stehende sprachliche Barriere erschwert wird.

In diesem Fall könnten sich anhand von viel zu wenig Informationen Arbeitshypothesen im Kopf des Therapeuten bilden: Eine Frau, Afghanin, ohne Religionsbekenntnis, seit 10 Jahren in Deutschland, Ärztin, depressiv.

Die Migration ist so alt wie die Menschheit selbst und ist per se weder gesundheitsschädigend noch krankheitsfördernd. Sie ist ein Garant für Fortschritt und Vernetzung innerhalb der Länder und damit der Menschen, eine Bereicherung für die kulturelle Entwicklung unserer aller Geschichte, und gleichzeitig ein Stressfaktor, welcher enorme Sensibilität und Feingefühl im Umgang erfordert.

Nicht jedes Symptom eines Patienten ist ein Hinweis auf die stattgefundene Migration.

Im Umgang mit der Frage der Kultur und ihren Einfluss auf das Krankheitsbild, auf die therapeutische Intervention und ihren Erfolg ist es unerlässlich, dass der Arzt und Therapeut sich der Vielschichtigkeit des Begriffes Kultur (bezogen auf Geschlecht, Alter, Ausbildung, Religionszugehörigkeit versus Religionsverständnis, sprachliche Zugehörigkeit etc) genauso bewusst ist, wie der Richtlinien der Diagnosestellung und der Indikationen sowie des Verlaufs der Therapie.

#### Literatur:

1. Aurenheimer G. (Hg) 2002: Interkulturelle und pädagogische Professionalität. Opladen: Leske und Budrich
2. Gingrich A. 1999: Erkrankungen: Themen der ethnologischen Forschung. Wien: Böhlau.
3. -----1999, Wiener Vorlesungen: Einführung in die Sozial- und Kulturanthropologie, Veröffentlichung online unter [http://www.pensis.net/documente/11mitschriften\\_Ethno/V=-Sozial.Kulturanthropop\\_WS2001-Gesamt-V260202pdf](http://www.pensis.net/documente/11mitschriften_Ethno/V=-Sozial.Kulturanthropop_WS2001-Gesamt-V260202pdf)
4. Goldschmidt G.A. 1999: Als Freud das Meer sah. Frankfurt am Main: Fischer
5. Golsabahi S. Friedrich Max H. 2003: Spital-Ort der Begegnung: Arzt-[fremder]Patient Beziehung, dem Mutter Kind Pass gleichwertig. Universität Wien
6. Salman R. 1998. Interkulturelle Suchthilfe: Prävention und Behandlung für Migranten in Hannover. In Czycholl D. (Hg). Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und – gefährdeter Migranten. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung 19-30
7. Troll Christian W. 2003: Muslime fragen, Christen antworten, Verlagsgemeinschaft
8. Wittkower E.D. 1972. Probleme, Aufgaben und Ergebnisse der transkulturellen Psychiatrie. In Ehrhardt H.E. (Hg). Perspektiven der heutigen Psychiatrie. Frankfurt/Main: 305-312
9. Wohlfahrt E & Zaumseil M. (Hg). 2006. Transkulturelle Psychiatrie- interkulturelle Psychotherapie. Heidelberg: Springer