

Aspekte therapeutischer Arbeit mit Migrantinnen und Migranten auf einer gemeinpsychiatrischen Akutstation

Meine Damen und Herren, liebe
Kolleginnen und Kollegen,

der etwas weitschweifige Titel meines Vortrags will darauf vorbereiten, dass im Folgenden nicht Systematik und Konzeption zu erwarten sind, sondern ein eher deskriptiver Zugang zum Thema, motiviert durch Erfahrung und Interesse.

Natürlich benötigt auch die beschreibende Annäherung eine Gliederung der Thematik, insbesondere dann wenn Tabellen, Graphiken, Folien und auch die eigentlich unverzichtbare power-point- Präsentation fehlt. Ich gebe zu, dass ich in der eindimensionalen Vermittlung geübter bin.

Zunächst möchte ich einige Anmerkungen zum gesellschaftlichen Kontext des Themas machen, dann zu dem was psychisch kranke Menschen unterschiedlichen kulturellen Hintergrunds verbindet, was sich unterschiedlich darstellt und welche Perspektiven und Veränderungen wir im Blick haben sollten.

Im Hinblick auf den nachfolgenden Vortrag werde ich Krankheitsbilder weniger unter diagnostisch eingrenzenden Gesichtspunkten behandeln. Es versteht sich von selbst, dass die Darstellung einem begrenzten Blickwinkel entspringt und alles andere als Allgemeingültigkeit in Anspruch nimmt.

I.

Migration ist ein Prozess, der von jeher zur Menschheitsgeschichte gehört.

Migranten sind alle Personen, die ihren Wohnsitz freiwillig oder unter Zwang in ein anderes Land verlegen. Es sind Arbeitsmigranten, Aussiedler, politisch Verfolgte, Asylsuchende, Kriegsflüchtlinge, Kontingentflüchtlinge, Vertriebene, illegale Zuwanderer.

Prof. W. Machleidt schreibt in seinem Aufsatz „Das Fremde im Ich- das Ich in der Fremde“:

„Migranten sind Überschreiter von Kulturgrenzen, sie sind Wanderer zwischen ethnischen Welten. Sie wechseln von einer relativ eindeutigen Wirklichkeit ihrer Ursprungskultur unter Loslassen eingeschliffener vorhandener Verhaltens- und Erlebnismuster in eine relativ mehrdeutige Wirklichkeit mit der Notwendigkeit des Erwerbs neuer Verhaltensmuster. Diese Transitionsphase verändert die Identität der betroffenen Individuen selbst und geht einher mit einer Entwicklungsphase, die sich als dritte Individuation im Leben eines Menschen bezeichnen läßt.“

Kultur ist die Art wie die sozialen Beziehungen einer Gruppe strukturiert und geformt sind, wie diese Formen erfahren, verstanden und interpretiert werden. Eine Kultur enthält die „Landkarte der Bedeutung“ welche die Dinge für ihre Mitglieder verstehbar machen.

Dass die Entwicklung unserer Gemeinwesen multinational und multikulturell sein wird ist inzwischen längst keine Frage eines politischen Glaubensbekenntnisses mehr sondern alltägliche Realität.

Bei den ca. 15 Millionen Zuwanderern und Menschen mit Migrationshintergrund handelt es sich um eine sehr inhomogene Gruppe.

Diese Menschen kamen aus unterschiedlichen Motiven und mit unterschiedlicher psychischer Gesundheit in die Bundesrepublik Deutschland. Die Menschen aus der Türkei, die in den 60er und 70er Jahren in der ersten Generation als Arbeitsemigranten hierher kamen, später dann als nachziehende Familienangehörige, bilden die Mehrheit der Migranten. Ein zunehmend größerer Teil dieser Bevölkerungsgruppe ist in Deutschland geboren und hat auch die deutsche Staatsbürgerschaft, hat also das, was wir als Migrationshintergrund bezeichnen.

Heruntergebrochen auf die Situation der Station über die ich berichte, ist hierzu festzustellen, dass der Anteil der Migranten an der Patientenzahl in den vergangenen Jahren eigentlich immer zwischen 20 und 30 % lag. Diese Menschen litten am häufigsten unter depressiven, in zweiter Linie unter psychotischen Erkrankungen.

Die zahlenmäßig größte Gruppe waren die türkischstämmigen Patienten, gefolgt von Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus Polen, der ehemaligen Sowjetunion, aus Sri Lanka und aus afrikanischen Ländern.

Davon ein nicht geringer Teil von Abschiebung bedrohter Asylsuchender.

Die Anzahl und die Situation insbesondere dieser Patienten ist stark abhängig von der politischen Aktualität. Während in den vergangenen Jahren eine relativ große Zahl von Abschiebung bedrohter Patienten zu

verzeichnen war, hat sich hier in den beiden letzten Jahren eine deutliche Entspannung ergeben, zum einen sicherlich durch die Bleiberechtsregelungen zum anderen aber auch durch die Arbeit der Härtefall- oder Ausländerrechtlichen Beratungskommission in unserem Sektor, dem Kreis Unna, die seit drei Jahren für ein menschlicheres Procedere und für das Ausschöpfen sog. Ermessensspielräume sorgt. Spektakuläre, durch besondere Inhumanität gekennzeichnete Abschiebungen auch psychisch kranker Menschen und ihrer Familien sind deutlich seltener geworden.

Auch die Pilotstudie „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz kommt zu dem Ergebnis, dass unter allen Patienten mit Migrationshintergrund Asylsuchende, Flüchtlinge und Asylberechtigte überproportional vertreten waren, was für die hohe Vulnerabilität und Belastung dieser Personengruppe spricht.

In der gleichen Studie wird bundesweit festgestellt, dass psychische Störungen und deren Behandlung bei Menschen mit eigenem oder familiärem Migrationshintergrund bislang nur unzureichend erforscht sind.

Auch die durchaus als repräsentativ anzusehende Studie der Bundesdirektorenkonferenz kommt zu einer Zahl von 18,4 % Migrantanteil in der Allgemeinpsychiatrie, wobei mehr als ein Drittel dieser Patienten eine Diagnose aus der Hauptdiagnosegruppe der schizophrenen und wahnhaften Störungen hatte. In der Untersuchung wird eine Korrelation zwischen dem Vorhandensein von Sprachproblemen und der Qualität der dokumentierten Psychopathologie beschrieben. Bei Migranten mit Sprachproblemen wurden signifikant häufiger psychotische Symptome

diagnostiziert, seltener depressive Symptome.

In der Selbstbeurteilung der befragten Klinikmitarbeiter wurden Probleme mit dem Krankheitsverständnis häufiger als beeinträchtigend für das diagnostische und therapeutische Handeln angesehen als sprachliche Probleme.

Wichtigste Voraussetzung für die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund ist demnach interkulturelle Kompetenz, mit der wir uns im Folgenden noch näher beschäftigen wollen und zu deren Erwerb und Vertiefung nicht zuletzt die heutige Veranstaltung einen Beitrag leisten will.

II.

Der zweite Gliederungspunkt ist kurz aber wichtig:

Es gibt grundsätzlich sehr viel mehr Verbindendes als Trennendes zwischen Menschen unterschiedlicher kultureller Herkunft, auch und vielleicht sogar gerade zwischen Menschen die sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befinden.

Unsere Erfahrungen auf der offenen allgemeinpsychiatrischen Akutstation in dieser Frage sind überwiegend positiv.

Der multikulturelle Mikrokosmos funktioniert im Rahmen der stationären Behandlung. Fremdenfeindliche Einstellungen und Äußerungen sind äußerst selten und werden auch von therapeutischer Seite sehr kritisch kommentiert, bzw. nicht toleriert. Ressentiments der Migranten gegenüber den deutschen Mitpatienten oder Teammitgliedern kommen ebenfalls sehr selten vor.

Das gemeinsame Leiden scheint das im Alltagsleben oft Trennende in den Hintergrund zu rücken.

Der Umgang miteinander ist nicht nur überwiegend von Toleranz geprägt sondern häufig auch durch Empathie.

Der Psychoanalytiker Arno Grün schreibt in seinem Buch "Der Fremde in uns": "Empathie ist eine grundsätzliche Fähigkeit aller Lebewesen. Sie ist die Schranke zur Unmenschlichkeit und der Kern unseres Menschseins also auch Kern dessen was unser Eigenes ist."

III.

Der dritte Gliederungspunkt beschreibt Unterschiede im Krankheitsverständnis und in der Ausprägung der Symptomatik.

Wahrscheinlich wird Ihnen vieles bekannt vorkommen, bzw. sie werden die beschriebenen Beobachtungen und Beurteilungen aus Ihrer beruflichen Praxis kennen.

Ein wesentlicher, aber nicht der wesentliche Ansatz ist die Sprache, wobei Sprache in dem genannten Kontext als Element des Verstehens begriffen wird; Verstehen aber mehr beinhaltet als gemeinsames Sprachverständnis.

In der Psychiatrie geht es darum, den Menschen in seiner gesamten Geschichte zu verstehen, um ihm angemessen helfen zu können. Dabei hat die Sprache eine zentrale Bedeutung für Diagnose und Therapie. Bei den Migranten die wir behandeln, die zum größten Teil zweisprachig sind, ist in der Behandlung der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Muttersprache eher gefühlsmäßig besetzt ist und die Zweitsprache, also deutsch, gefühlsmäßig eher unbelastet ist.

Darüberhinaus ist festzuhalten, dass Kenntnisse in erworbenen Zweitsprachen in Situationen hoher psychischer Belastung versagen.

Sowohl bei Migranten mit psychotischen als auch mit depressiven Erkrankungen sehen wir bei der Aufnahme und in den ersten Behandlungstagen in der Regel Menschen, die sich nur sehr unzulänglich in der deutschen Sprache mitteilen können auch wenn sie bereits Jahrzehnte hier leben.

Mit zunehmender Besserung der psychischen Befindlichkeit ist in den meisten Fällen auch ein deutlicher Anstieg der sprachlichen Kompetenz verbunden.

Dies gilt im übrigen auch für muslimische Frauen deren begleitende Ehemänner, Brüder und Väter bei der Aufnahme für die Patientinnen sprechen möchten und dabei angeben, dass die Betroffenen gar kein deutsch sprechen.

Ich habe nur sehr selten erlebt, dass diese Frauen gar kein deutsch sprechen. Mit dem Abklingen der Symptomatik und zunehmendem Vertrauen zum therapeutischen Team steigen fast immer auch die Chancen einer sprachlichen Verständigung.

Teammitglieder die die Muttersprache der Patienten beherrschen sind hier natürlich von unschätzbarem Wert. Der Einsatz von Dolmetschern sollte m.E. großzügig erfolgen. Zum einen aus Gründen der Diagnostik, um eine detaillierte Anamnese erheben zu können, zum anderen aber auch aus therapeutischen Gründen weil der Einsatz eines Dolmetschers als ein Zeichen für Wertschätzung empfunden wird und die Möglichkeit die eigene Geschichte und das eigene Leid in der Muttersprache zum Ausdruck bringen zu können für sich genommen bereits einen therapeutischen Effekt hat.

Unserer Erfahrung nach kann der Einsatz von Dolmetschern bei traumatisierten Flüchtlingen problematisch sein aufgrund ihrer

individuellen Verfolgungs- und Misshandlungsgeschichte.

Auf die besondere Situation dieses Klientels möchte ich aufgrund der zeitlichen und thematischen Begrenztheit nicht im Detail eingehen.

Zum Thema Dolmetscher sei noch zu erwähnen, dass wir nicht zuletzt durch Dolmetscher vieles über den kulturellen und gesellschaftlichen Hintergrund unserer Patienten erfahren haben.

Wie gesagt, Verstehen ist mehr als Sprachverständnis.

Unser eher westlich rational geprägtes Krankheitsverständnis, basierend auf der Zweiteilung von Körper und Seele und der Neigung die pathogenen Konflikte in der Person des Patienten zu lokalisieren, steht in deutlichem Kontrast zum eher ganzheitlichen, teils auch von magischen Vorstellungen geprägten Krankheitsverständnis östlicher Mentalität.

Ich beziehe mich dabei im Folgenden überwiegend auf die größte Patientengruppe, die türkischstämmigen Patienten. Psychische Störungen werden häufig als etwas außerhalb des Menschen Existierendes begriffen, das von außen in sie eindringt, ein Krankheitsverständnis, mit dem sich die westliche Medizin schwer tut. Mit ihm findet in der Regel auch die Delegation der Verantwortung für die Genesung an den Behandelnden statt. Der Arzt oder Therapeut soll quasi detektivisch die Krankheit des Patienten erkennen und heilen. Fast alle türkischen Patienten präsentieren ihre Beschwerden ganzheitlich und körperorientiert. Deutsche Ärzte dagegen erwarten von ihren Patienten eine exakte, differenzierte Beschwerdenbeschreibung. Das führt unter anderem zu Aussagen wie:

" Türkische Ärzte sagen mir meine Krankheit; deutsche Ärzte wollen sie von mir wissen."

Viele Migranten haben große Mühe, im übrigen nicht nur Migranten, die psychosomatischen Zusammenhänge ihrer Beschwerden zu verstehen. Von Introspektionsfähigkeit, der Fähigkeit innere Konflikte wahrzunehmen und einer daraus folgenden Haltung, selbst zur Veränderung beizutragen, kann zu Beginn der stationären Behandlung überwiegend nicht ausgegangen werden. Daraus ergibt sich, dass zu Behandlungsbeginn realistische Ziele formuliert werden müssen, um gegenseitige Enttäuschungen zu vermeiden. Zu berücksichtigen ist dabei, dass sich zum einen die türkische Gesellschaft in einer Übergangsphase zu einer modernen Industriegesellschaft befindet in der nebeneinander verschiedene kulturelle Normen und Wertsysteme existieren, zum anderen aber auch ein großer Teil unserer Migrationspatienten zwar schon lange in Deutschland lebt, aber noch geprägt ist von der Armut und Bildungsferne aber auch der Geborgenheit der vorindustriellen, ländlichen Strukturen.

Hier stoßen wir auf einen der prinzipiellen Gegensätze zwischen unserer Kultur, die als zentralen Wert das Recht auf Selbstverwirklichung des Einzelnen verkündet und einer Kultur in der das Individuum in erster Linie als Teil der Gemeinschaft zählt. Trotzdem sind diese Menschen nicht Angehörige einer fremden Kultur; sie leben vielleicht schon ihr halbes Leben oder länger in Deutschland. Ihr Verhältnis zur Herkunftskultur ist gebrochen, angereichert durch Dazugelerntes, Angenommenes mit entwerteten oder idealisierten Teilen beider Kulturen.

Alle Migranten sind in der Migration und unter dem Assimilationsdruck der Aufnahmegesellschaft in gravierendem Ausmass Stressoren

ausgesetzt, die das Auftreten von Krankheiten begünstigen oder provozieren. Jeder Migrant leidet in irgend einer Form an Heimweh, spürt die Sehnsucht nach der ursprünglichen Umgebung und ihren Bezugspersonen.

Viele dieser Patienten haben hier jahrzehntelang schwer körperlich gearbeitet, wurden organisch zunehmend kränker, erlitten Arbeitsunfälle, die in vielen Fällen traumatisch verarbeitet wurden.

Der Verlust der Fähigkeit, die Familie ausreichend zu ernähren, bei zu geringer Rente oder bei längerer Krankheit führt häufig zu Autoritätsverlust und schmerzhaft erlebtem Mangel an Respekt und begünstigt neben zahlreichen anderen Faktoren die Entwicklung psychischer Erkrankungen.

Meiner Ansicht nach steht hinter diesen dauerhaften Versagenszuständen häufig ein Scheitern des ursprünglichen Lebensentwurfs.

Hierzu möchte ich ein etwas detaillierteres Beispiel aus der Praxis anführen.

Wir begegnen auf unserer Station häufig türkischstämmigen Migrantinnen um die 50 Jahre, die das Bild einer rezidivierenden, ausgesprochen hartnäckigen, stark somatisierten, nicht ganz korrekt aber bildhaft als Jammerdepression beschriebenen Erkrankung zeigen. Bei diesen Patientinnen ergibt die Erhebung der biografischen Anamnese fast immer ein Leben, dass durch Arbeit für andere geprägt wurde. Schon als Kinder mußten diese Frauen, insbesondere wenn sie die ältesten Töchter waren sehr hart arbeiten, ihre jüngeren Geschwister versorgen, einen großen Teil der Hausarbeit übernehmen, oft auch noch in der Landwirtschaft oder als sehr junge Mädchen in einer Fabrik arbeiten. Diese Frauen haben nur wenig Zeit gehabt für

Kindheit, für Bildung, wenig Raum für Wünsche und Bedürfnisse. Sie haben in der Regel früh geheiratet, häufiger entsprechend den Wünschen ihrer Eltern als ihren eigenen, im Haushalt der Schwiegereltern ein dienstbotenähnliches Dasein geführt, mehrere Kinder geboren und großgezogen und oft viele Jahre durch Fabrikarbeit in Deutschland das Familieneinkommen erhöht. Viele dieser Mütter haben auch ihre Kinder jahrelang bei den Großeltern oder anderen Verwandten zurücklassen müssen, um in Deutschland zu arbeiten. Eine biografische Besonderheit, die sowohl bei den Müttern als auch bei den zurückgelassenen Kindern tiefe Spuren hinterlassen hat. In dem Alter in dem sich diese Frauen jetzt befinden, könnten sie nach dem traditionellen Lebensentwurf die Früchte ihrer Arbeit ernten als von Söhnen und Ehemännern geehrte und respektierte Mütter, die von ihren Töchtern und Schwiegertöchtern versorgt werden. Aber auch an ihren Familien sind die gesellschaftlichen Veränderungen nicht spurlos vorübergegangen. Die Töchter und Schwiegertöchter sind häufig berufstätig oder setzen die Prioritäten bei ihrer eigenen Familie, die Kinder leben häufig nicht in der Nähe ihrer Eltern, die Patientinnen fühlen sich um ihr Lebensziel betrogen.

Häufig entwickeln sich auch Schuldgefühle nach dem Tod von Eltern in der Türkei weil von Deutschland aus die traditionell geforderte Pflege und Fürsorge nicht geleistet werden konnte.

Migrantinnen aus der Türkei, vor allem wenn sie aus ländlichen Gegenden stammen sind in besonderer Weise dem Zusammentreffen der Kulturen ausgeliefert. Nicht lösbar erscheinende eheliche, familiäre oder andere Formen von Abhängigkeitskonflikten fördern depressive Entwicklungen bis hin zur Suicidalität. Letzteres betrifft aber auch junge Frauen, die hier geboren und aufgewachsen sind, oft eine gute

Schulbildung haben, die sich den Lebensbedingungen deutscher Mädchen angenähert haben und nun entsprechend bestimmter religiös geprägter Traditionen verheiratet, versteckt oder in die Türkei geschickt werden sollen.

Ein großer Teil der jungen Patientinnen schildern Spannungen im Elternhaus. Ab der Pubertät erleben sie sich von den Eltern aber auch von männlichen Geschwistern vermehrt kontrolliert hinsichtlich ihres Bewegungs- und Entscheidungsspielraums bei Freundschaften, Freizeitgestaltung und Berufswahl.

In den letzten Jahren finden sich aber auch vermehrt Beispiele dafür, dass die jungen Frauen sich zunehmend nicht mehr willen- und tatenlos den Anpassungsforderungen ihrer Familien aussetzen.

Interessant finde ich im Zusammenhang mit familiären Anforderungen und Erwartungen auch die Bedeutung der Vornamen in der türkischen Kultur. Eine Erkenntnis übrigens, die wir nicht aus Büchern sondern von unseren Patienten gelernt haben.

Die Namensgebung der Kinder, insbesondere der Jungen ist stark von den Aufträgen und Identifikationen der Familie geprägt. Oft ist den Vornamen auch bereits die Weltanschauung der Familie zu entnehmen. Das nur am Rande, obwohl individuelle Belastungen auch hierin einen Teil ihrer Erklärung finden können.

An dieser Stelle möchte ich noch einige Anmerkungen zum Thema Somatisierung machen.

Die Somatisierung ist weltweit die am meisten vorkommende Ausdrucksform seelischer Belastung.

Dennoch erstaunt es uns immer wieder, in wie hohem Maß viele Migranten bei psychischen Konflikten und Störungen im Rahmen einer

depressiven Entwicklung auf ihren Körper fixiert sind. Wir sehen Patienten die ihre Symptomatik sehr leibnah und schmerzbetont mit diffusen körperlichen Beschwerden die über das Maß der erhobenen Organbefunde erheblich hinausgehen, zum Ausdruck bringen.

Im gesamten mittleren Osten, im griechischen und türkischen Kulturkreis, werden z.B. mit dem Herzen assoziierte Symptome nicht nur als ein Zeichen von Krankheit sondern auch als Ausdruck für ein hohes Ausmass an Emotionalität angesehen. Ein ausgeprägtes Engegefühl im Brustkorb beschreibt sowohl seelische Belastung als auch Trauer.

Trotz dieser körperzentrierten Symptomatik sollten wir von kulturellen Stereotypen absehen. Auch in unserer Gesellschaft ist die Trennung von körperlichem und seelischem Erleben und Erleiden eine verhältnismäßig späte Erwerbung unserer bürgerlichen Kultur, die auch durchaus kritisch gesehen werden kann.

Biografische Daten und Persönlichkeitsfaktoren können die Somatisierungen eines Patienten oft besser erklären als die ethnische Zugehörigkeit.

Kulturelle Sensibilität bedeutet nicht Fixierung auf die Kultur und damit komme ich zum letzten Punkt, den Entwicklungen und Perspektiven:

Wieland Machleidt schreibt in dem eingangs zitierten Aufsatz:

„Der Trennungsschmerz ist ein Primärgefühl wie auch die beiden anderen Grundgefühle Neugier und Angst, der tief empfunden wird von allen Menschen, die fortgehen und Kulturgrenzen unwiderruflich überschreiten. Man kann diesen ganz ursprünglichen Schmerz einen Schmerz nennen der Wachstum ermöglicht, also einen Wachstumsschmerz nennen. Dieser Schmerz ist Schmerz als

psychische Qualität und weder Angst noch Trauer. Aber er kann mit beiden assoziiert sein. Der Schmerz tritt immer dann unvermeidbar und notwendig auf, wenn Handlungsschwellen überschritten werden und eine Trennung von alten Bindungen vollzogen und neue Bindungen und Verbindlichkeiten eingegangen werden sollen."

In der Psychiatrie sehen wir vor allem die negativen Auswirkungen dieser gesellschaftlichen Entwicklung.

Diese Sichtweise ist einseitig, beinhaltet Migration doch auch die Chance, sich aus überlebten Hierarchien und Verhaltensmustern zu lösen.

Unter den Bedingungen der Migration entstehen neue Realitätsbezüge, Veränderungen in den traditionellen Familiengefügen, neue Aufgabenteilungen.

Diese Entwicklungen sind zu berücksichtigen wenn wir auch für die Psychiatrie mehr Interkulturelle Kompetenz einfordern.

Interkulturelle Kompetenz wird oft auch als Schlüsselqualifikation des 21. Jahrhunderts bezeichnet.

Interkulturell kompetent ist eine Person, die bei der Zusammenarbeit mit Menschen aus ihr fremden Kulturen deren spezifische Konzepte der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens und Handelns erfasst und begreift, Erfahrungen vorurteilsfrei miteinbezieht und erweitert und eine ausgeprägte Bereitschaft zum Dazulernen zeigt.

Kulturinkompetenz hat möglicherweise in der Psychiatrie eine ähnlich destruktive Wirkung wie der Mangel an Empathie.

Für die Psychiatrie bedeutet das m. E. das Einfordern eines kultursensiblen Umgangs, auf der cognitiven Seite Kenntnisse über andere Kulturen, auf der affektiven Seite ein wohlwollendes Entgegenkommen gegenüber Menschen anderer Herkunft und fachlich

mehr Informationen über den Einfluss kultureller Faktoren auf das Krankheitsgeschehen.

Das waren einige Aspekte therapeutischer Arbeit mit Migrantinnen und Migranten auf einer allgemeinpsychiatrischen Akutstation und einige Gedanken darumherum.

Danke fürs Zuhören.

Literatur:

- Haasen, Christian et al.: Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg 2000
- Koch, Eckhardt et al. : Psychologie und Pathologie der Migration. Freiburg 1995
- Gruen, Arno : Der Fremde in uns. Stuttgart 2000
- Machleidt, Wieland : Das Fremde im Ich - Das Ich in der Fremde. Hannover 2004
- Koch, E. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. In: Der Nervenarzt. Bd.79, H.3/08

Regina Müller- Hinz

28.05.2008

