

Ressourcenarbeit mit Migranten

Ressourcen nutzbar machen – Wie lassen sich individuelle Ressourcen kultursensitiv etablieren?

IBRAHIM ÖZKAN UND JONAS REINCKENS

Schlüsselworte: Migranten, Salutogenese, Ressourcen, Kultur, Idiolektik, Akkulturation

Einleitung

Migration bedeutet eine Veränderung der Lebenssituation und kann auch eine Belastung darstellen, sodass man im schlimmsten Fall sagen könnte: Vom Traum zum Trauma (vgl. Özkan und Hüther 2012, S. 174). Es lässt sich zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Migration differenzieren (vgl. Kizilhan 2011, S. 56). Für beide Gruppen stellt dieser Prozess eine Belastung dar, allerdings gilt, dass je freiwilliger eine Migration ist, desto höher ist die subjektiv empfundene Kontrolle über den Prozess (vgl. Kizilhan 2010, S. 56). Je weniger Kontrolle man in neuen, unsicheren Situationen verspürt, desto belastender kann sie für ein Individuum sein und dementsprechend kann eine unfreiwillige Migration auch mehr Stress bedeuten (vgl. Kizilhan und Bermejo, 2009, S. 510). Anpassungsprozesse an neue Lebenswelten können als Akkulturationsstress bezeichnet werden (vgl. Demiralay und Haasen 2011, S. 64) und gelten bei Migranten¹ als spezifischer Risikofaktor, sowohl für physische, als auch für psychische Krankheiten (vgl. Özkan und Hüther 2012, S. 174). Zur Regulation des erlebten Akkulturationsstresses, wird versucht, in diese neue Lebenswelt hineinzuwachsen, welches einhergeht mit Prozessen der Veränderungen der persönlichen Prägung des eigenen Verhaltens, sowie Werten und Grundhaltungen. Dabei befindet sich das Bestreben die eigene Identität aufrecht zu erhalten in Konkurrenz mit dem Bestreben nach Anpassung und Integration. Bei einer Überforderung kann

es bis hin zu einer Destabilisierung der Persönlichkeit führen (vgl. Özkan und Belz 2013, S. 195).

Auch in Deutschland verändert sich die Zahl der Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, während in Europa über die steigende Zahl von Asylbewerbern gesprochen wird (vgl. Schouler-Ocak und Kastrup 2012, S. 242), bei denen in verschiedene Studien in 3-86% der Fälle von einer posttraumatischen Belastungsstörung als Stressfolgestörung (zusätzliche Stressbelastung für das Individuum) berichtet wird. Insgesamt kann von einer nicht ausreichenden Regelversorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte gesprochen werden. In Gebieten z. B. mit einem hohen Migrationsanteil machten lediglich 15% der medizinischen Versorgung Leistungen an Migranten aus. In 40% der Fälle gab es keine Dolmetscherleistungen (vgl. Kluge u. a. 2012, S. 58,59). Laut Lederbogen u. a. (2012, S. 498) bedingen Stigmata, die als Diskriminierung erlebt werden, soziale Exklusion, welches sich wiederum negativ auf die Salutogenese auswirkt und ein Aufsuchen des medizinischen Versorgungssystems vermindert. Nach Schouler-Ocak und Kastrup (2015) setzt eine effektivere Versorgung sowohl strukturelle als auch individuelle Veränderungen in der Versorgung voraus.

Mit Kultur kann vieles gemeint sein: Allgemein gültige Lebensumstände bestimmter Ethnien, Sprache, Literatur, Wissenschaft aber auch übliche Verhaltensweisen, Rituale, Traditionen oder Weltbilder können u. a. dem Verständnis von Kultur zugeordnet werden. Der wissenssoziologische Ansatz sieht Kultur als gemeinsames „Wissen“ eines Kollektivs an (vgl. Özkan 2011, S. 113). Die Tatsache, dass der Begriff „Kultur“ als solcher so breit gefasst werden kann, erklärt möglicherweise, woher so große Unsicherheiten gegenüber dem Fremden in manchen Gesellschaftsteilen

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die maskuline Form verwendet. Die feminine Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

rühren. Unterschiedliche Kulturen unterscheiden sich nicht auf allen diesen Ebenen. Der Prozess des Hineinwachsens in solche ist wiederum sehr individuell, weshalb auch hier gilt, dass es keine Pauschalisierungen geben kann. Die Facetten der Kulturen ermöglichen es vielmehr aus einem enormen Pool an möglichen Ressourcen zu schöpfen.

Befremdung? – Weg von der wertenden Haltung hin zur Wertschätzung

Sowohl im Alltag, als auch in spezifischen Situationen wie z. B. der therapeutischen Versorgung kann eine Konfrontation mit dem Fremden naturgemäß Unsicherheit und ein Gefühl der Befremdung bewirken. Bekannterweise führt Unsicherheit bzw. Stress zur Suche nach fokussierter Sicherheit mit einer Einschränkung der Wahrnehmung, sodass sich in der Begegnung soziale Interaktionen reduziert wahrnehmen lassen (vgl. Linehan 1993, S. 39). Wenn sich zwei Menschen im therapeutischen Kontext begegnen, die unterschiedlicher Herkunft sind, kann die „Kultur“ des jeweils anderen zunächst fremd erscheinen und beidseitig Unsicherheit erzeugen. Dennoch ist eine Wechselwirkung zwischen Patient und Therapeut ebenso relevant, wie in einer kulturell als homogenen zu bezeichnenden Patient-Therapeut-Konstellation. Befremdung entsteht nicht durch die Veränderung des Therapie-settings, welches für den Therapeuten nach wie vor unverändert ist. Der Fokus auf die Fremdheit des Patienten und seine Verunsicherung in einem neuen Setting lässt Befremdung im Raum entstehen. Die Attribution des Therapeuten dieser verunsichernden Situation auf den kulturellen Hintergrund des Patienten kann mindestens zu Missverständnissen führen, welche erhebliche Auswirkungen auf die therapeutische Arbeit haben können. Die kulturellen Unterschiede sind aber nicht das Problem der Therapie, sondern die Tatsache, dass sie als Problem wahrgenommen werden, anstatt sie nutzbar zu machen. Es gilt sich die Befremdung beider bewusst zu machen, um diese gemeinsam zu überbrücken bzw. einen gemeinsamen Begegnungsraum zu schaffen (vgl. Nadig 2010). Letztendlich sollte es darum gehen, individuelle Ziele und Veränderungen zu bearbeiten, anstatt ausschließlich kulturelle Adaptionen zu forcieren. So kann die (eigene) kulturelle Biografie dabei helfen, einen Zugang zu diesen Bedürfnissen zu finden und möglicherweise eine weitere wichtige Ressource für Veränderungen im Aspekt der Salutogenese darstellen.

Der idiolektische Ansatz

Es ist unmöglich, Kenntnis über alle Kulturen zu haben (vgl. Özkan 2011, S. 113), das kann vom Therapeuten nicht erwartet werden. Stattdessen kann es hilfreich sein, sich als Therapeut seiner eigenen Unwissenheit klar zu sein, diese professionell wahrzunehmen und dem Patienten transparent zu machen. Dieser Gedanke findet sich z. B. im Ansatz der idiolektischen Gesprächsführung wieder, die von Adolphe David Jonas in den 1960er und 1970er

Jahren begründet wurde (vgl. Bindernagel und Winkler 2013, S. 142). Er orientiert sich dabei an der Idiolektik, also der Eigensprache eines jeden Menschen (vgl. Jonas und Winkler 2013, S. 18). Danach bietet die verwendete Sprache eines Individuums einen Zugang zu seinen Gefühlen und Emotionen, was dem Individuum nicht stets bewusst ist – für die Therapie jedoch nutzbar sein kann (vgl. Jonas und Winkler 2013, S. 19). Auch wenn Jonas nicht explizit den Ausdruck Ressourcen verwendet, wird sein Ansatz damit in Verbindung gebracht (vgl. Poimann 2013, S. 131). Es wird die „ich-syntone“ Haltung aufgegriffen (Jonas 1984, zit. n. Poimann 2013, S. 130), die darin besteht, „Schlüsselworte“ (Jonas und Daniels 1987, zit. n. Rentel 2013, S. 53), die der Patient in seiner eigenen Sprache geäußert hat, aufzugreifen und mit den eigens von ihm formulierten Worten zu stärken und zu würdigen (vgl. Poimann 2013, S. 130). Eine solche Haltung aktiviert ich-stärkende neuronale Muster, was wiederum emotionale, kognitive, physiologische, hormonelle und biochemische Vorgänge bahnt und damit effektiver speichert (vgl. Grawe 2004, S. 432f.). „Dort, wo sichtbar häufig an den nonverbalen Signalen vermittelt durch das autonome Nervensystem Signale der Bewältigung von Belastungen (Resilienz) bzw. von körperlichem Wohlbefinden (Ressourcen) auftauchen, werden diese vom Therapeuten fokussiert, um dem Gesprächspartner die Wahl zu lassen, ob er noch bei der Würdigung der problematischen Bereiche verweilen, oder vielleicht schon kleine Schritte entwickeln möchte, um Unterschiede in Richtung mehr Sicherheit, mehr Lebendigkeit im Gespräch zu suchen.“ (Rentel 2012, S. 44).

Es geht also darum, durch Offenheit den Prozessen des Patienten zu vertrauen und ihn dabei zu begleiten, seine eigenen Ressourcen zu identifizieren. Dazu sollte sich ein Therapeut ein Stück weit von seinem eigenen Handlungsdrang lösen (vgl. Rentel 2012, S. 44) und sich in die Rolle eines naiven Zuhörers begeben. In dieser Rolle kann der Zuhörer sensibler die affektive Färbung und Stimmung des Gesagten wahrnehmen und kann gezielt Schlüsselworte, die der Patient nennt, auf, die eine mögliche Ressource darstellen können, bleibt mit den eigenen Nachfragen aber stets in der Rolle des Unwissenden und macht den Patienten so zum Lehrer. Es werden keinerlei Interpretationen verbalisiert, was wiederum die Aussagen des Patienten würdigt. Gleichzeitig verliert das Gespräch an Komplexität, denn abstrakte kognitive Konzepte sind weniger relevant (vgl. Rentel 2012, S. 43) und damit komplett unabhängig von Bildung, Eloquenz, Alter oder logischem Wissen (vgl. Jonas und Winkler 2013, S. 21). Das Gespräch wird lebendig und die Sicherheit des Patienten steigt zunehmend (vgl. Rentel 2012, S. 43). Diese Offenheit bewirkt eine Haltung, in der man die Unwissenheit über die Wirklichkeit des Patienten akzeptiert und lediglich durch sprachlich einfache Interventionen in Form von kurzen offenen Fragen, den „Prozess im Patienten möglichst wenig zu stören.“ (Rentel 2012, S. 43). Die Überlegungen in der idiolektischen Therapie verdeutlichen die Wichtigkeit des Sich-sicher-Fühlens in der Therapie sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten. Analog ließe sich diese Haltung über die Spra-

che hinausgehend hinsichtlich der „Kultur“ erweitern. Der Fokus auf Schlüsselworte kann dabei umso relevanter werden – gerade in der Psychotherapie mit Dolmetschern. Schlüsselworte in der idiolektischen Gesprächsführung zeichnen sich nicht durch ihren semantischen Inhalt aus – sondern durch die psychophysischen Prozesse, die sie hervorrufen, wenn man sie ausschmückt. In welcher Sprache dies geschieht, ist dabei unerheblich. Einige Ausdrücke lassen sich ohnehin nicht direkt übersetzen. Indem man sich aber solche Begriffe erklären lässt, vermittelt man auf eine simple Weise Wertschätzung für den Patienten (z. B. Aussprache des Namens der Patienten in der eigenen Sprache und gemeinsames Üben des Aussprechens). Es kann also schon genügen, aus wenigen Worten (Sprache) zu schöpfen, die der Patient mitbringt; somit geht es nicht primär um das, was man sagt, sondern um das, was in der Situation (aber auch prospektiv) ausgelöst wird.

Zusammenfassend sieht dieser Ansatz eine wirksame Gesprächsführung also darin, als Therapeut eine ressourcenorientierte Haltung zu wahren, die Eigensprache des Patienten wertschätzend zu fokussieren und diese durch das geringste Maß an interventionellem Nachfragen würdigend zu nutzen. Dadurch öffnet man einen weiten und sich sicher anfühlenden Raum (vgl. Rentel 2012, S. 44), der auch für die Kultur des Gegenübers offen ist. Anstatt u. a. Probleme und Krankheiten eines Individuums zu fokussieren, sollte man den Blick offen für Potentiale und Ressourcen innerhalb dieser Probleme halten (vgl. Poimann 2013, S. 132). Vielen Migranten wird durch eine Haltung vermittelt, ihre Kultur sei das Problem, dabei lässt sich der Faktor Kultur als durchaus förderlich für die notwendige innere Haltung des Therapeuten betrachten. Das Setting des naiven Zuhörers unterstützt unweigerlich die transkulturelle Begegnung, da der Experte seiner individuellen „Kultur“ direkt vor einem sitzt und das Wissen über seine Kultur miteinbringen kann. Jeder Mensch ist mit seiner kulturellen (Migrations-) Biografie einzigartig und genauso sollte man jedem einzelnen auch begegnen.

Eine kultursensitive Psychotherapie

Aus dem bisher Geschilderten resultiert eine Forderung nach kultursensitiver Psychotherapie, in welcher individuell kulturspezifische Inhalte und Konzepte des Klienten aufgegriffen und die Therapie integriert werden. Durch eine „ich-syntone“ (Jonas 1984, zit. n. Poimann 2013, S. 130) und offene Haltung kann man den nötigen Raum dafür schaffen und moduliert auf diese Weise gleichzeitig den Akkulturationsstress der Betroffenen. Anstelle vieler möglicherweise überfordernder Neuheitserfahrungen erlebt der Mensch vertraute Erfahrungen, gewinnt dadurch an Sicherheit und findet zu eigenen vorhandenen Ressourcen, die biographisch verankert sein können. Der Therapeut nutzt die Aktivierung dieser Ressourcen als Brücke für Vertrauen durch Anpassung des Settings. Die Basis dieser Brücke ist gegenseitige Wertschätzung, weil eine wertende Haltung hierdurch abgelegt wird. Bereits durch eine ehrliche Nachfrage („Wie machen Sie das...“,

„Was bedeutet dieses Wort in Ihrer Sprache?“), zeigt man dem Gegenüber in seiner kulturellen Biografie Wertschätzung, Interesse und reduziert beidseitige Angst vor dem Fremden. In diesem Setting werden Selbstwirksamkeit und Selbstwert des Patienten erhöht, da er sich in der Rolle des Lehrenden befindet (vgl. Rentel 2012, S. 36). Allein diese Erfahrung kann sich für Patienten, die mit ihrer Kulturbiografie oftmals auf Ablehnung gestoßen sein könnten, stärkend wirken, denn auf diese Weise entwickeln sie Resilienzfördernde Strategien, Visionen, Ziele oder aber Motive (vgl. Rentel 2012, S. 35). Ressourcenaktivierung sei die entscheidende Wirkkomponente von Psychotherapie, befriedige wichtige Grundbedürfnisse, reduziere Inkonsistenz und fördere gleichzeitig das Wohlbefinden (vgl. Grawe 2004, S. 399, 409). Allerdings müsse Ressourcenaktivierung stets durch den Therapeuten bewirkt werden, da es sich einerseits um eine bedürfnisbefriedigende Erfahrung handele und andererseits die Belastung durch die Behandlung ausgleiche (vgl. Grawe 2004, S. 384).

Durch vom Therapeuten (zunächst modellhaft) vermittelt, geförderte und integrierte gegenseitige Offenheit, Wertschätzung und Interesse in die Therapie kann die Patient- Therapeut – Beziehung und die Resilienz des Patienten verbessert werden. Gleichzeitig reduzieren sich Akkulturationsstress und Befremdung (Abb. 1).

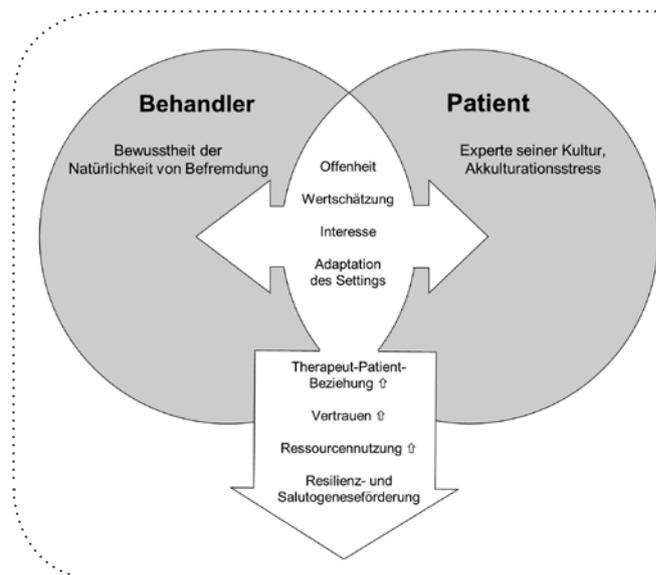


Abb.1 Verbesserung der Therapeut-Patient-Beziehung durch gegenseitige Wertschätzung.

Das Nutzen von Ressourcen

Mit Hilfe von Imaginationsübungen wie beispielsweise der „Zitronenimagination“, die unmittelbare körperliche Reaktionen hervorrufen (vgl. Diegelmann 2011, S. 137), lässt sich ein Gespür dafür entwickeln, wie Vorstellung und körperliches Empfinden zusammenhängen. In einem psychotherapeutischen Setting mit Dolmetschern ist die Nutzung klassisch-vorgegebener Imaginationen allerdings schwer umsetzbar, denn sie führt potentiell zu

Befremdung und würde damit der erwünschten Wirkung möglicherweise entgegenwirken. Deshalb empfiehlt sich alternativ eine kulturunabhängige Imagination, wobei Patienten ihre Imaginationen selbst einbringen können. Der Therapeut sollte in den Berichten des Patienten mögliche Ressourcen ausmachen, die dieser dann selbstständig anreichern kann, wobei es besonders effektiv sein kann, eine Ressource aus einer eigentlich negativen Aussage zu extrahieren, denn oft sind sich Ressource und die belastende Symptomatik sehr nahe (vgl. Rentel 2012, S. 39).

Wie kann man Befremdung nehmen und einen Zugang zum Menschen finden, ohne ihn zu überfordern? Ein Beispiel dafür könnte wie folgt aussehen: Eine Frau mittleren Alters, schwer traumatisiert, depressiv, mit wenig Deutschkenntnissen äußert während eines psychotherapeutischen Gesprächs:

Patientin: *„Mir geht es so schlecht, ich kann gar nichts mehr machen!“*

Therapeut: *„Woran erinnern Sie sich, was sie zuletzt gemacht haben, bevor Sie in die Sitzung gekommen sind?“*

Patientin: *„Ich habe mit Müh und Not Mittagessen gekocht.“*

Therapeut: *„Was haben Sie gekocht?/ Wie und warum haben Sie gekocht?/ Hat es anderen geschmeckt?/ Beschreiben Sie mir, wie Sie ihr Essen abgeschmeckt haben, wie Sie es zubereitet haben./ Wie hat es sich angefühlt, wenn Sie Gewürze gehackt haben, wie haben diese geschmeckt?/ Wie sah das Essen vorher und nachher aus und wie hat es gerochen, wenn es fertig war?“*

Die Patientin denkt darüber nach, bearbeitet für sich in der sprachlichen Umwandlung ihre letzte Aktivität als imaginatives Erlebnis, wird durch die positive Wertschätzung der Aktivität und die intrapsychische Aktivierung der angenehmen multisensorischen Netzwerke durch den Therapeuten unterstützt.

Therapeut: *„In schwierigen Situationen versuchen Sie daran zu denken, wie Sie in der Lage sind, Ihr selbstgekochtes Essen zu schmecken, riechen, fühlen, hören, sehen...“*

Mit einem solchen Vorgehen für einen Imaginationsprozess ließe sich spontan das affektive Empfinden und das gleichzeitige Schaffen eines vertrauten Raumes, indem sich die Patientin wohl fühlt, ermöglichen. Ein gutes Sprachverständnis ist keine notwendige Voraussetzung, weil gerade mit den wenigen Worten und den vielen Gesten, die hierbei entstehen, Therapeut und Patientin sich einander offen und unbefangener begegnen können. Eine sprachlich übersetzte Abstraktion von Imaginationsübungen entfällt, da sie auf persönliche Erfahrungen zurückgreifen kann und

individuelle Ressourcen aktiviert. Diese Ressourcen tauchen bei diesem Ansatz oft überraschend aus „den Tiefen der Erfahrung und Vorstellungen“ auf und diese Weise werden sie eher als eigene Fähigkeit zur Resilienzstärkung wahrgenommen (Rentel 2012, S. 39).

Unterstützt werden oben genannte Ansätze ebenfalls durch die TRUST-Methode, die auf die neurobiologischen Aspekte der Ressourcenaktivierung eingeht (vgl. Diegelmann 2011, S. 134). Im Kern versucht die TRUST-Methode mittels expliziter Ressourcenorientierung eine auf das Individuum angepasste Therapie zu gewährleisten und diese aus dem Blickwinkel der Resilienzforschung effektiver zu gestalten. Die TRUST-Intervention vermittelt dem Patienten neurobiologische Prozesse, die für ein tieferes Verständnis der Wirksamkeit von Ressourcenaktivierung sorgen, so zum Beispiel das Prinzip der Neuroplastizität (vgl. Diegelmann 2011, S. 134). Darüber hinaus geht es darum, ein Gefühl von Verbundenheit und gleichzeitiger Unabhängigkeit anzuregen, Rituale und Ressourcenquellen zu kultivieren, verschiedene Interventionen flexibel einsetzen zu können, sowie diese Bandbreite an Möglichkeiten gleichzeitig zu würdigen, aber auch reflektieren zu können (vgl. Diegelmann 2013, S. 134f.). Kurz gesagt umfasst diese Intervention eine Mischung aus Psychoedukation, Ressourcenaktivierung, Achtsamkeit und der Fähigkeit diese bewusst miteinander in Beziehung setzen zu können. Von unmittelbar stressregulierenden Techniken, ressourcenfördernden Interventionen, über Krisenbearbeitung und Traumakonfrontation bis hin zu abschließender Resilienzstärkung bietet dieser Ansatz ein breites Spektrum an Interventionsmöglichkeiten, die sich patientenspezifisch kombinieren lassen. Die angestrebte Resilienzstärkung kann wiederum förderlich auf die Salutogenese wirken und ist dabei durchaus geeignet, auch kulturbioграфische Ressourcen mit einzubeziehen. Um die neurobiologische Wirkung der Ressourcenaktivierung mit einzubeziehen, ließe sich das oben genannte Beispiel auch um eine bilaterale Stimulation im Sinne einer EMDR-Ressourcenaktivierung (vgl. Böhm 2016, S. 9) erweitern, welche ebenfalls im Rahmen der TRUST-Intervention vorgesehen ist.

Fazit

Jede Begegnung in der Therapie mit einem Menschen ist eine kulturelle Begegnung – ganz gleich ob mit oder ohne Zuwanderungsgeschichte. Ein Fokus auf Kultur kann eine Verunsicherung im therapeutischen Prozess bedingen, welche es durch selbstreflektierende Bewusstmachung der eigenen Befremdung zu regulieren gilt. Der Einbezug der vom Therapeuten unbekanntem kulturellen Ressourcen des Patienten kann dabei helfen, einerseits Sicherheit in die Begegnung und gleichzeitig kultursensitive Intervention zu gestalten. Es gibt bereits verschiedene Ansätze, die durch Erweiterung um die kulturellen Komponente der Salutogenese in diesem Kontext förderlich sein können. ▣

Literatur

- Bindernagel D, Winkler P (2013). Idiolektische Psychotherapie – ressourcenorientiertes Kurzpsychotherapieverfahren mit neurowissenschaftlichen und evolutionären Grundlagen. In: Bindernagel D, Krüger E, Rentel T & Winkler P (Hrsg.) Schlüsselworte. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, 2013: 142-162.
- Böhm K (2016). EMDR in der Psychotherapie der PTBS. Heidelberg: Springer Verlag.
- Demiralay C, Hassen C (2011). Psychologie der Migration. In: Machleidt W & Heinz A (Hrsg.), Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier, 2011: 63-66.
- Diegelmann C (2011). TRUST-Interventionen zur Ressourcenförderung und Resilienzstärkung in der Psychoonkologie. In: Diegelmann C, Isermann M (Hrsg.) Ressourcenorientierte Psychoonkologie – Psyche und Körper ermutigen. Stuttgart: Kohlhammer, 2011: 134-154.
- Grawe K (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Jonas A D, Daniels A (1987). Was Alltagsgespräche verraten – Verstehen Sie Limbisch? Würzburg: Huttenschner Verlag.
- Jonas D F, Fester R, Jonas A D (1984). Kinder der Höhle: Die steinzeitliche Prägung des Menschen. München: Kösel.
- Jonas D, Winkler P (2013). Die Eigensprache. In: Bindernagel D, Krüger E, Rentel T & Winkler P (Hrsg.) Schlüsselworte. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, 2013: 18-26.
- Kizilhan J, Bermejo I (2009). Migration, Kultur, Gesundheit. In: Bengel J & Jerusalem M (Hrsg.) Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe, 2009: 509-518.
- Kizilhan J (2011). Psychologie der Migration. In: Machleidt W & Heinz A (Hrsg.), Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier, 2011: 55-62.
- Kluge U, Bogic M, Devillé W, Greacen T et al. (2012). Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. *Eur Psychiatry* 2012; 27 (Suppl 2): 56-62.
- Lederbogen F, Kirsch P, Haddad L, Streit F et al. (2012). City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature* 2011; 474: 498-501.
- Linehan M M (1993). *Cognitive Behavioural Treatment for Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Publications.
- Nadig M (2010). Zur Psychodynamik transkultureller Begegnungen. In: Golsabahi S, Küchenhoff B, Heise T (Hrsg.) Migration und kulturelle Verflechtungen, 3. Kongress des Dachverbandes der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V., (DTPPP). Berlin: VWB, 2010: 59-68.
- Özkan I (2011). Krebs und Migration: Interkulturelle Sensibilisierung für die psychoonkologische Arbeit. In: Diegelmann C & Isermann M (Hrsg.) Ressourcenorientierte Psychoonkologie – Psyche und Körper ermutigen. Stuttgart: Kohlhammer, 2011: 113-118
- Özkan I & Hüther G (2012). Migration: Traum oder Trauma?. In: Özkan I, Sachsse U & Streeck-Fischer A (Hrsg.) Zeit heilt nicht alle Wunden: Kompendium zur Psycho-traumatologie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2012: 172-186.
- Özkan I & Belz M (2013). Ressourcenorientierte traumazentrierte Behandlung von Migranten. In: Feldmann R & Seidler G (Hrsg.) Traum(a) Migration. Gießen: Psychosozial Verlag, 2013: 193-220.
- Poimann H (2013). Ressourcenorientierung in der Idiolektik. In: Bindernagel D, Krüger E, Rentel T & Winkler P (Hrsg.) Schlüsselworte. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, 2013: 129-141.
- Rentel T (2012). Hilfreiches liegt auf dem Weg – Ressourcen und Resilienz in der Eigensprache. *Psychologische Medizin* 2012; 4: 34-45.
- Rentel T (2013). Resonanz und Schlüsselworte. In: Bindernagel D, Krüger E, Rentel T & Winkler P (Hrsg.) Schlüsselworte. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, 2013: 47-55.
- Schouler-Ocak M, Kastrup M C (2015). Refugees and asylum seekers in Europe. *Die Psychiatrie – Grundlagen und Perspektiven* 2015; 4: 241-246.

Dr. disc. pol. Ibrahim Özkan

ist Diplom-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut in der Institutsambulanz des Asklepios Fachklinikums Göttingen, Leitender Psychologe des Schwerpunktes Kulturen, Migration und psychische Krankheit und Leitender Psychologischer Psychotherapeut der Institutsambulanz. Promotion an der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Göttingen. Zert. spez. Psychotherapie (DeGPT), zert. EMDR- Therapeut (EMDRIA), TRUST- Trainer, zert. Psychoonkologie.

Gastdozent an versch. Ausbildungsinstituten für Psychologische Psychotherapie, Supervisor, Selbsterfahrungsleiter. Mitbegründer und 3. Vorstandsmitglied des Dachverbandes Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum (DTPPP), Beirat des NTFN (Netzwerk traumatisierter Flüchtlinge in Nds.).

Jonas Reinckens

stud. Psych. Georg-Elias-Müller-Institut
Georg-August-Universität Göttingen