



„Kultursensible Psychotherapie –

Hilfen für Kinder/Jugendliche mit Migrationshintergrund,
deren Eltern psychisch erkrankt sind“



Ahmet Kimil

Dipl.-Psychologe, Psych.-Psychotherapeut (VT)

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

Kindertagung „Kleine Held(inn)en in Not“ –
26. Juni 2015 – Hannover Stephanstift



1. Standortbestimmung

Ausgangslage, Demographie

2. Migration und Seelische Gesundheit

Kinder, Eltern und Familien in der Migration

3. Migration und Akkulturation

Dynamiken, Konflikte, Folgen

4. Interkulturelle Öffnung / Best practise Modelle

Therapie und Beratung, Versorgungssystem,
Ethnische Community, Gesamtgesellschaft

1. Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V.

- **Was ist das EMZ?**

- Gemeinnütziger Verein, 1989 gegründet, Sitz in Hannover
- Organisiert bundesweit und international Projekte zur Gesundheit und sozialen Integration von Migranten

- **Was will das EMZ?**

- Organisationen und Fachkräfte für den Umgang mit Menschen unterschiedlicher Herkunftskulturen sensibilisieren
- Migranten informieren, aufklären und empoweren
- Service, Bildung und Integration fördern

1. Bevölkerung nach Migrationsstatus

Deutschland: 2012 Bevölkerung insgesamt 81,9 Mio. Menschen (100 %)		
	Personen mit Migrationshintergrund	Personen ohne Migrationshintergrund
Gesamtzahl	16,3 Mio. (20,0 %)	65,6 Mio. (80,0%)
Männer	8,2 Mio. (50,3%)	32,0 Mio. (48,6%)
Frauen	8,1 Mio. (49,7%)	33,6 Mio. (51,4%)
Deutsche Staatsangehörige	9,0 Mio. (11,0%)	65,6 Mio. (80,0%)
Ausländische Staatsangehörige	7,3 Mio. (9,0%)	-
Mit eigener Migrationserfahrung	10,9 Mio. (13,3%)	-
Ohne eigener Migrationserfahrung	5,4 Mio. (6,4%)	-
Durchschnittsalter	35,3 Jahre (16,3 Mio.)	46,2 Jahre (65,6 Mio.)
Anteil der 0 bis 18-jährigen	28,2 % (4,6 Mio.)	19,2 % (12,6 Mio.)
Anteil der über 65-jährigen	9,4 % (1,5 Mio.)	23,7 % (15,6 Mio.)

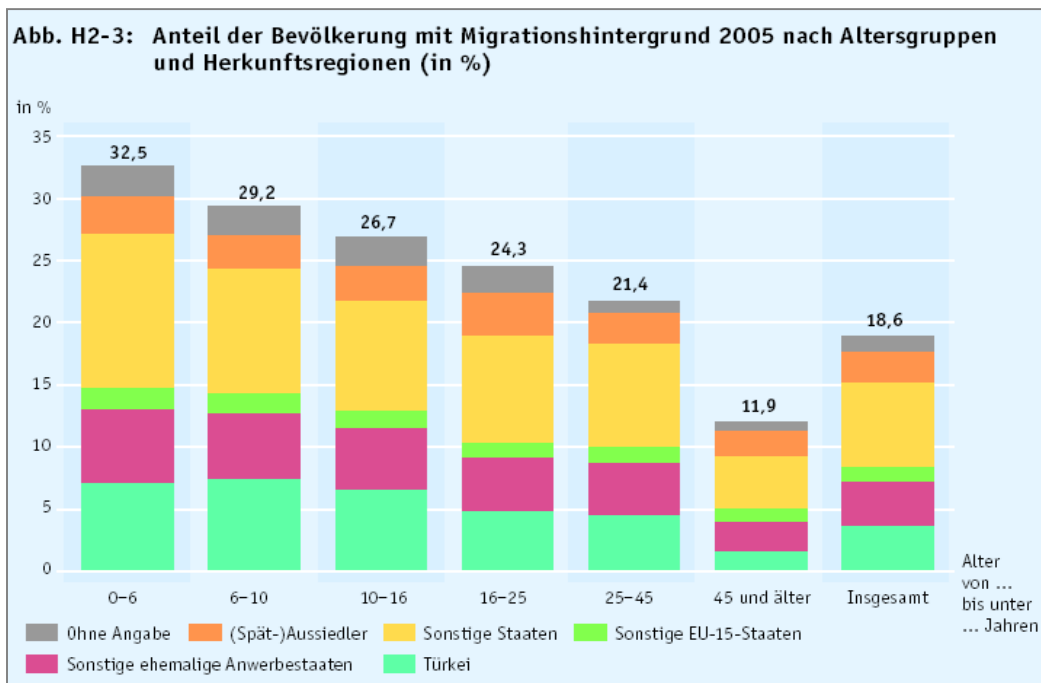
1. Demografie Kinder und Jugendliche

In Niedersachsen **7,9 Mio.** Einwohner

- **1,3 Mio.** haben einen Migrationshintergrund (16 %)

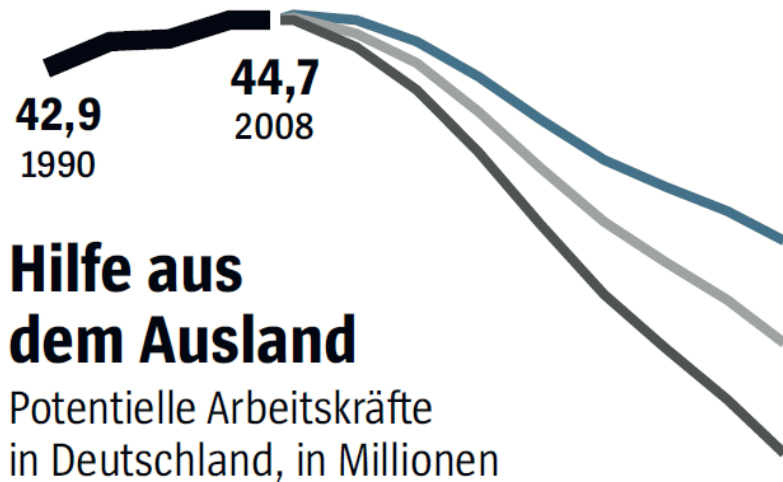
- **0,43 Mio.** Kinder/ Jugendliche mit Migrationshintergrund (30 %)

Zahl der Kinder und Jugendlichen wird in den nächsten Jahren noch weiter zunehmen.



- 4,6 Mil. Kinder mit Migrationshintergrund unter 18 Jahren in Deutschland (33%)
- 1,166 Mio. Kinder mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe unter fünf Jahren (36%)
- Beispiel Frankfurt am Main beträgt der Anteil von Migrantenkinder unter 6 Jahren ca. 67,5%

1. Neue Zuwanderergruppen & Demographie



* bei steigender Erwerbsquote
Quellen: IAB Kurzbericht 16/2011,
Statistisches Bundesamt

Szenarien* für 2050:

Die Zahl der potentiellen Arbeitskräfte sinkt auf...

36,5 Mio. bei einem Wanderungssaldo von **+200 000** pro Jahr

32,7 Mio. bei einem Wanderungssaldo von **+100 000** pro Jahr

28,6 Mio. bei nicht berücksichtigter Wanderungsbewegung

zum Vergleich:
Wanderungssaldo 2011

+279 000

Wir benötigen migrantenspezifische Angebote in der Beratung und Therapie und im Versorgungssystem, weil ...

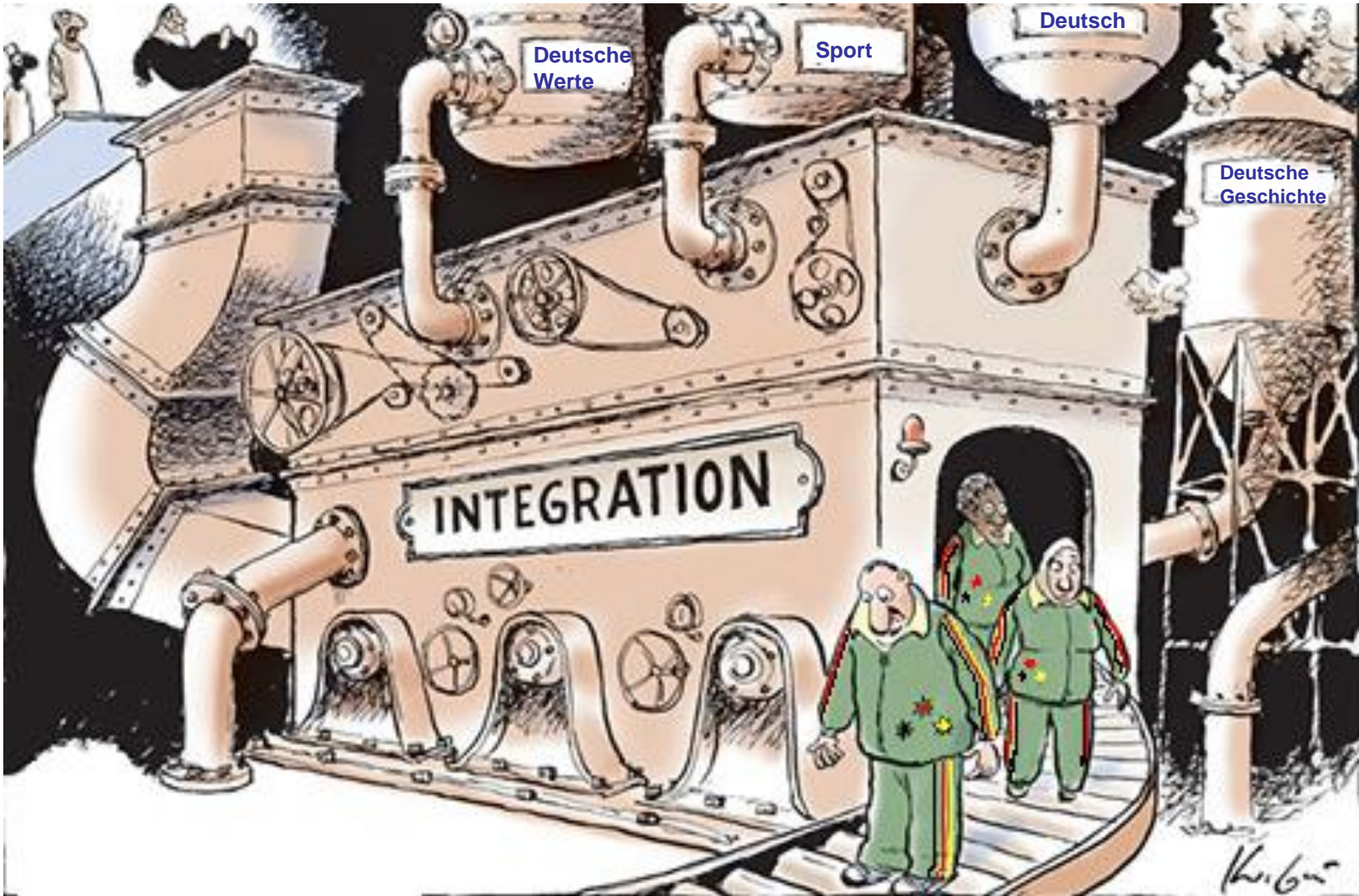
- die Migration nach Deutschland weiter zunimmt,
- die kulturelle Vielfalt im Land weiter zunimmt,
- die Migranten (Eltern und Kinder) von psychischen und sozialen Problemen und Störungen mindestens genauso häufig betroffen sind, wie die Mehrheitsbevölkerung,
- Psychosoziale Einrichtungen der Kinder und Jugendhilfe sowie ihre Mitarbeiter/-innen immer mehr Klienten/-innen, Patienten/-innen und Kunden arbeiten müssen, die andere kulturelle Hintergründe mitbringen, als sie selber.



2. Migration und Akkulturation

Individuen und Familien in der Migration

2. Was ist Integration?



2. Stationäre Psychiatrische Versorgung (Erwachsene)

Repräsentative Umfrage der Arbeitsgruppe Psychiatrie & Migration der **Bundesdirektorenkonferenz**
Befragt wurden in den Jahren 2003 und 2006 insgesamt **350 Psychiatrische Kliniken** in Deutschland

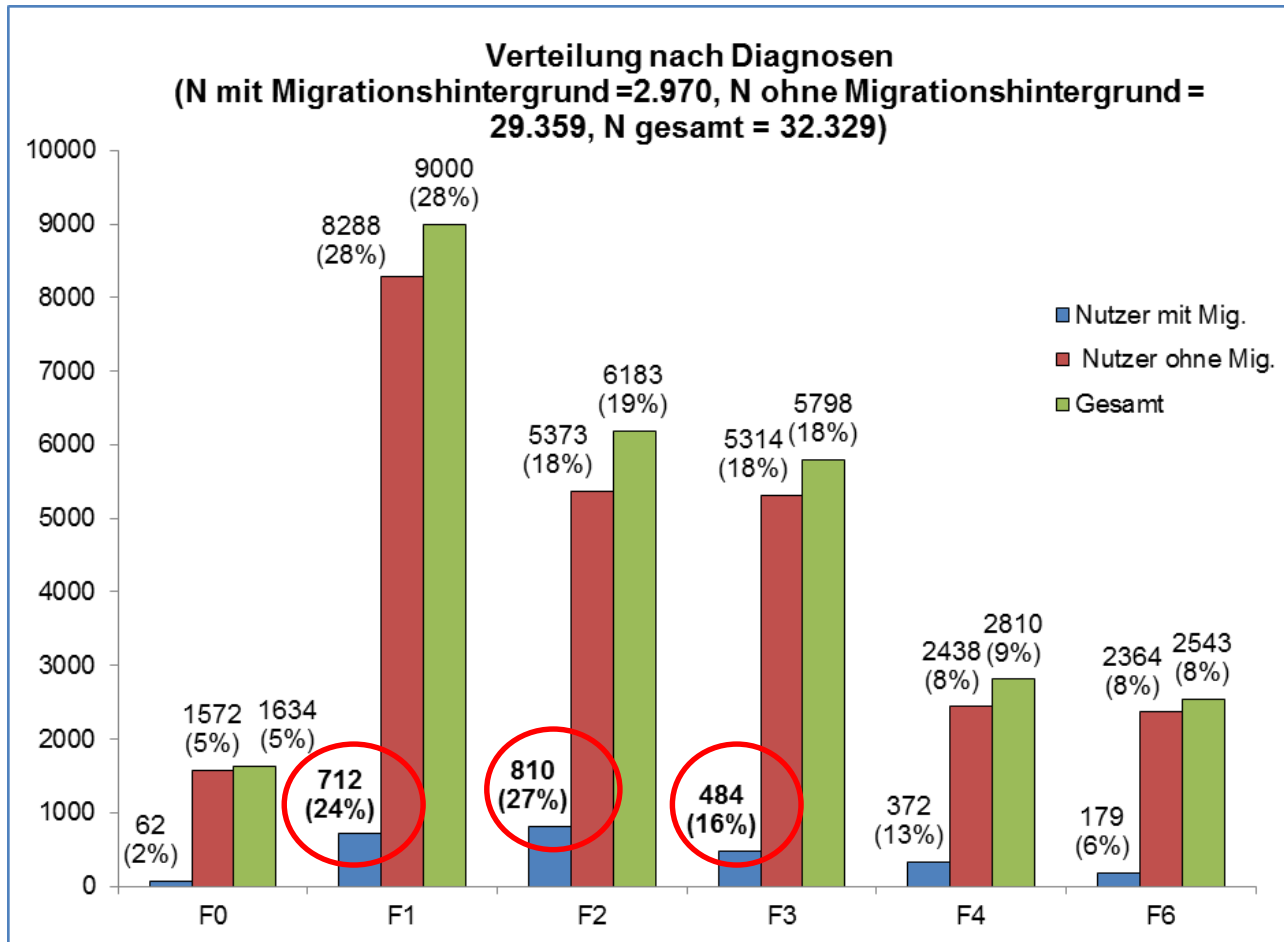
Patienten mit Migrationshintergrund...

- **Forensische Abteilungen:** 27,2%
- **Abteilungen für Suchterkrankungen:** 21,8%
- **Allgemeinpsychiatrie:** 18,4 %
- **Suchtrehabilitationseinrichtungen:** 11,4 %
- **Gerontopsychiatrie:** 9,2%
- **Psychosomatik/Psychotherapie:** 4,5%

Quelle: Koch E, Hartkamp N, Siefen RG & Schouler-Ocak M (2008) Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen – Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz, Nervenarzt 2008, 79: 328-339

2. Ergebnisse Studie: Diagnosen Patienten („Eltern“)

Verteilung der ICD-10 Diagnosen auf die Patienten im Sozialpsychiatrischen Verbund 2012
- ICD-10 Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen



ICD-10 Diagnosen

F0 Organische, einschließlich Symptome Psychischer Störungen

F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

F3 Affektive Störungen

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen



Im Jahr 2012 lag Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund bei **14,0%**

- Es existieren bisher im deutschsprachigen Raum kaum wissenschaftliche Studien und Fachpublikationen zu diesem Thema
- Prävalenz psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit MH scheint höher als bei Gleichaltrigen ohne MH Migrationshintergrund zu sein.
- In der KiGGS-Studie wurde diese mit 21,9% beziffert.

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, Teil 1

Beispiel Analyse der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Bremen

Im Rahmen eines Kooperationsprojektes zwischen dem Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation (ZKPR) an der Universität Bremen, dem Gesundheitsamt Bremen und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Bremen-Ost wurden kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsdaten aus Bremen und Bremerhaven analysiert.

Fokus der Analysen war die **Identifizierung störungsspezifischer Risikofaktoren von Kindern und Jugendlichen, unter besonderer Berücksichtigung des Migrationshintergrundes.**

Analysezeitraum: 2005 bis 2012 und **Grundgesamtheit:** N = 7190 Fälle

- **Kinder und Jugendliche zunehmend jünger** z.B. suchen beispielsweise Grundschüler (aber auch Gymnasiasten) vermehrt die psychiatrische Behandlung auf.
- Anteil von Kindern & Jugendlichen mit MH und mit einem **allein erziehenden Elternteil** nimmt signifikant zu.
- bedeutsame Zunahme von **sozialen Belastungen wie schulische Probleme** (z. B. mit Mitschülern und Lehrern),
- **unangemessener Erziehungsstil der Eltern,**
- **schwieriges Lebensmilieu,**
- **belastende Gesellschaftsfaktoren** wie z. B. Diskriminierung oder psychische Erkrankung der Eltern
- Besonders häufig wurden Anpassungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, hyperkinetische oder emotionale Störungen diagnostiziert.
- Die internalisierenden Störungen (Ängste und Depressionen) haben signifikant seit 2011 in der kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahme Population zugenommen.

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, Teil 2

Die weiteren Studien untersuchten, ob ein Migrationshintergrund oder eine Ethnie psychische Störungen bei Kindern oder Jugendlichen bedeutsam beeinflussen.

- **Risikofaktoren Störungen des Sozialverhaltens bei Jugendlichen:** **niedriger Bildungsstatus der Eltern, unangemessener elterlicher Erziehungsstil** oder **schulischer Stress** signifikanter Einfluss auf die Störung, aber nicht Migrationshintergrund.
- **Risikofaktoren affektive Störungen:** erhöhte Prävalenz für Kinder mit asiatischem Hintergrund, weibliches Geschlecht, allein erziehender Elternteil oder psychische Störung eines Familienmitgliedes
- **Psychische Störungen verursacht durch psychotrope Substanzen:** Russische und polnische Jugendliche wiesen eine erhöhte Prävalenz auf
- **Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen:** erhöhte Prävalenz bei türkischen und arabischen Jugendlichen
- **Bei Kindern mit Angststörungen:** konnte nur das weibliche Geschlecht als Risikofaktor identifiziert werden; allerdings suchten bei Kindern mit Angststörungen und mit Migrationshintergrund vermehrt Jungen die psychiatrische Behandlung auf.

Literatur

Belhadj Kouider, E., Dupont, M., Lorenz, A. L. & Petermann, F. (in Druck). Verteilungen psychischer Störungen und psychosozialer Belastungen bei Kindern und Jugendlichen einer psychiatrischen Inanspruchnahme Population. Psychiatrische Praxis.

2. Entwicklungspotenziale Kinder mit MH

Bei Kindern mit Migrationshintergrund treten überproportional häufig drei Risikofaktoren gleichzeitig auf, die ihr Entwicklungspotenzial einschränken **können**:

- Ihre Familie ist von Armut bedroht,
- die Eltern sind nur in geringem Maße oder gar nicht erwerbstätig
- und sie haben nur niedrige Bildungsabschlüsse erreicht.

Quelle: Kinder- und Jugendbericht, Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. BT-Drs. 17/12200, Berlin 2013, S. 40.

Vgl. auch: BMFSFJ (Hrsg.): Familien mit Migrationshintergrund. Lebenssituation, Erwerbsbeteiligung und Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Berlin 2011.

Familien mit minderjährigen Kindern



Jahr	Insgesamt in 1.000	Davon in %		
		Ehepaare	Lebensgemein- schaften	Allein erziehende
2005	8.901	74,8	7,7	17,6
2006	8.761	73,9	7,6	18,5
2007	8.572	73,8	7,9	18,3
2008	8.410	72,9	8,2	18,8
2009	8.225	72,5	8,5	19,0
2010	8.123	72,0	8,6	19,4
2011	8.080	71,2	9,2	19,7
2012	8.061	70,7	9,4	19,9
darunter mit Migrationshintergrund				
2005	2.385	83,0	4,8	12,2
2006	2.337	83,0	4,4	12,7
2007	2.333	82,4	4,7	12,9
2008	2.350	81,3	5,1	13,6
2009	2.396	80,8	5,4	13,9
2010	2.337	80,4	5,3	14,2
2011	2.362	79,9	5,5	14,6
2012	2.408	79,1	6,1	14,8

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus

2. Migration und Bildung: Verteilung Schularten

Vergleich von Schulabschlüssen der 15 bis unter 20-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund im Zeitraum 2005 bis 2012 in Prozent

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ohne Abschluss	+MH	-	-	-	18,7	17,2	16,6	14,7	14,9
	-MH	-	-	-	10,8	10,4	10,5	8,7	8,2
Hauptschule	+MH	46,4	47,4	46,6	39,7	38,2	36,6	36,9	32,4
	-MH	33,0	32,5	32,4	29,1	27,8	26,8	27,0	24,8
Mittlere Abschlüsse	+MH	34,0	34,1	35,1	33,0	35,6	37,3	35,7	39,7
	-MH	50,9	50,7	49,5	47,8	48,8	49,1	49,1	48,9
FH Reife, Abitur	+MH	8,1	7,8	7,8	8,5	9,0	9,5	12,8	12,5
	-MH	10,2	10,7	12,3	12,3	13,0	13,6	15,2	18,0

+ MH = mit Migrationshintergrund; - MH = ohne Migrationshintergrund

Ab 2008 veränderte Datenerfassung: Einschließlich Personen mit Abschluss nach höchstens sieben Jahren Schulbesuch.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Sonderauswertung des Mikrozensus

2. Zwischenfazit: Psychosoziale Aspekte

- Migration **macht nicht zwangsläufig krank** und aber die Verarbeitung der Migration ist ein langwieriger Prozess und kostet viel Energie
- **Soziale Ungleichheit** hat Einfluss auf Gesundheitsrisiken
- Migranten sind stärker von Unfällen, HIV/AIDS, Adipositas, Psychischen Störungen, Diabetes und anderen **Krankheiten**
- Migranten und ihre Angehörigen sind **schlechter informiert** über das Gesundheitssystem, Soziales, Bildung, Pädagogik, Prävention und Therapien
- **Sprache und kulturelle Faktoren** sind Barrieren in die öffentliche und private Versorgungsangebote
- **Zugangsbarrieren** haben Einfluss auf familiäre Probleme sowie die Arbeitsbeziehung in Beratung, Therapie und Begegnung
- Hier sind praxisnahe und nachhaltige **interkulturelle Lösungen** gefragt



3. Migration und Seelische Gesundheit

Dynamiken, Konflikte, Folgen

3. Psychologische Verarbeitung der Migration



Stadien und Belastungen des Migrationsprozesses (Sluzki, 2001)

Kurve der
funktionellen
Anpassung

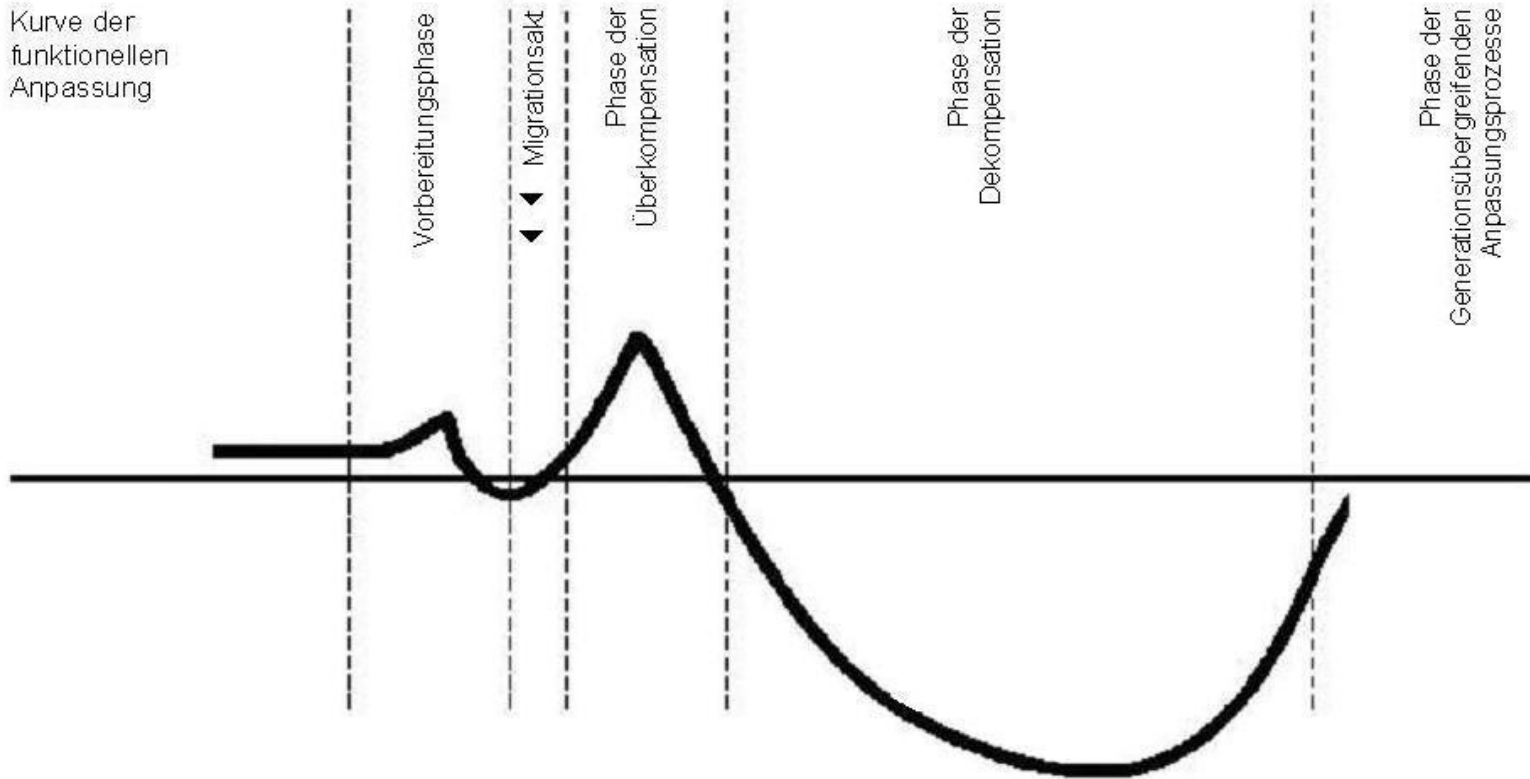
Vorbereitungsphase

Migrationssakt

Phase der
Überkompensation

Phase der
Dekompensation

Phase der
Generationsübergreifenden
Anpassungsprozesse



Interventionspunkte
(Erfordern unterschiedliche Strategien)

3. Wir und Ich Balancen und Disbalancen

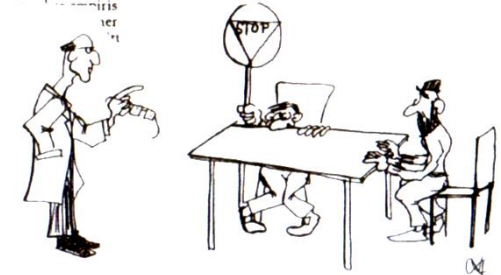


Familie, Geschlechterrollen, Erziehung, Autoritätsbeziehungen

Kommunikation

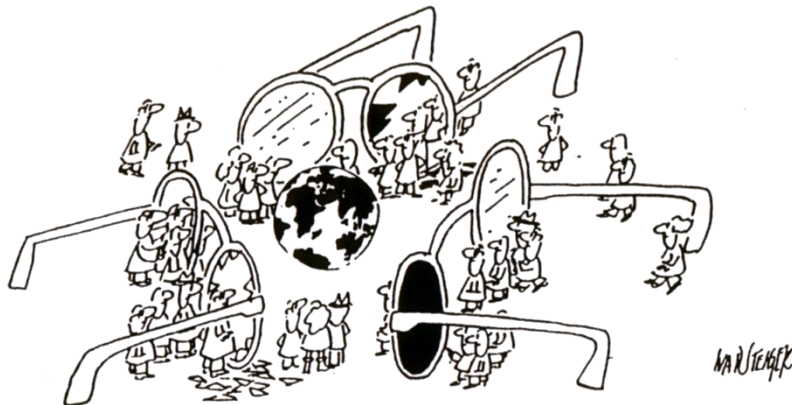


...aticum), sondern der ...
... Auswahl vieler Möglichkeiten im Hinbri...
... all Trotz der Hoffnungen, die man auf die Ein...
... entzündungshemmenden Nebennierenrindenhormone s...
... aben die alten Mittel (Salizylsäure, Aspirin, Pyram...
... don) ihre Bedeutung behalten. In letzter Zeit traten das Buta...
... zolidin und das Resoridin, über das noch nicht ausreichend...
... Erfahrungen vorliegen, hinzu. Hormone der Nebennier...
... rinde oder das die Nebennierenrindensekretion fördernde Ho...
... mon des Hypophysenvorderlappens (ACTH = adrenocortic...
... tropes Hormon) zeichnen sich durch schnelle und zuverläss...
... Wirkung aus. Durch chemische Umwandlungen sind die n...
... lichen Nebennierenrindenhormone in ihrer Wirkung wes...
... bessert worden, vor allem sucht man das Auftreten...
... einungen zu verhindern. Eine pharm...



Kulturelle Sichtweisen

Gesundheitliche Sichtweisen



3. Veränderungen in Migrantenfamilien

- Dramatische Veränderungen in der Migration



- **Verschiebung der Machtverhältnisse** der Geschlechter zugunsten von Frauen, Jugendlichen und Kindern
- und eine **Verschiebung zwischen den Schichten** zugunsten Höhergebildeter und Höherqualifizierter.



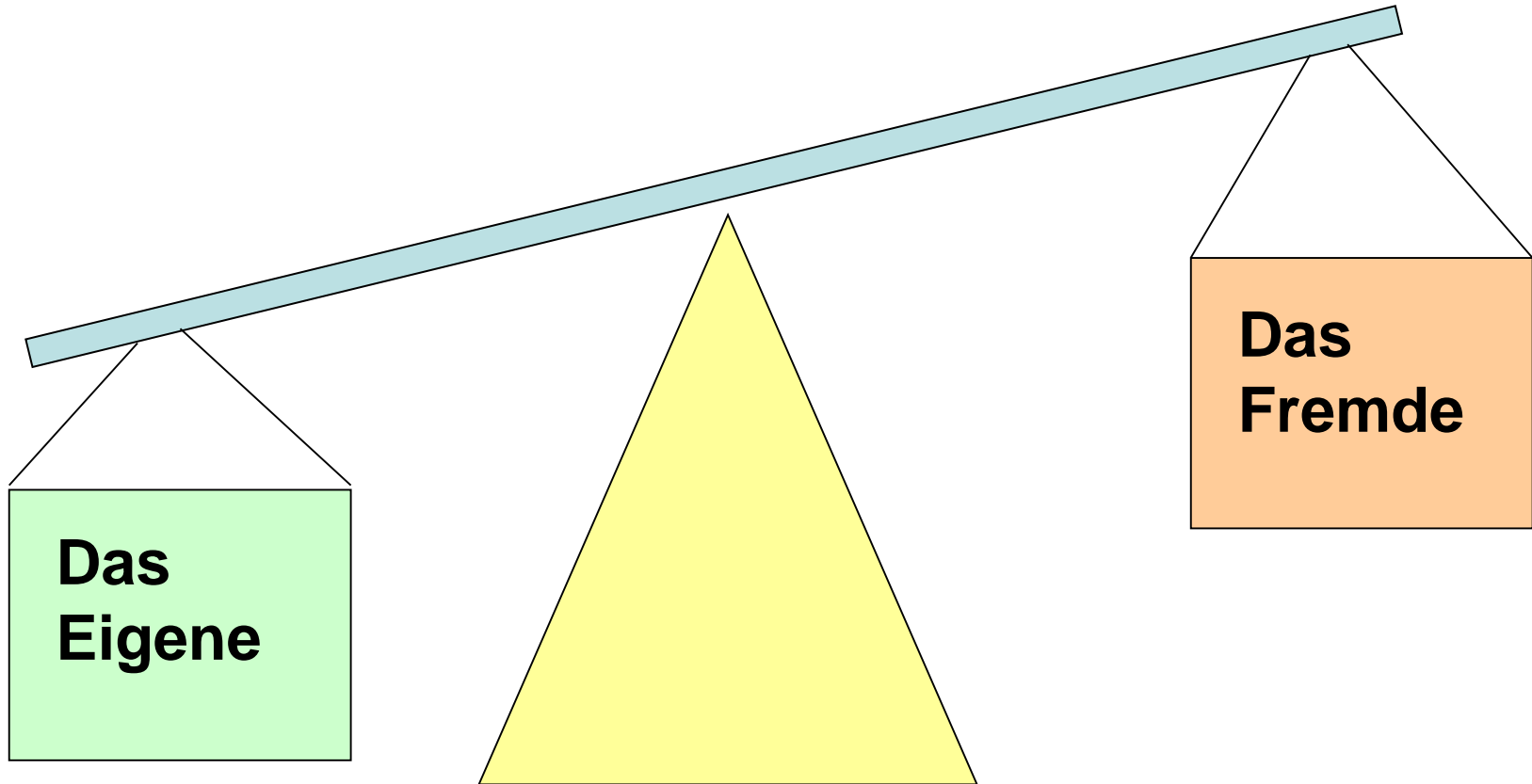
- Beide Entwicklungen zusammen: **Dequalifizierung** und **Depotenzierung** von Männern der Unterschicht **kulturelle Abwertung** körperlich ausgelebter Männlichkeit.
- **Kränkungspotenzial** und **Konfliktpotenzial** in dieser Schicht; **Anfälligkeit für Gewalt**, Drogen, Sucht und psychische Probleme (Exklusion)

Quellen:

- Uslucan, H.-H. (2008) Man muss zur Gewalt greifen, weil man nur so beachtet wird. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik, H. 1, S. 74-99.
- Böhnisch, L. (2003) Männlichkeit in sozialpädagogischer Perspektive. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik, 2, 173-194.

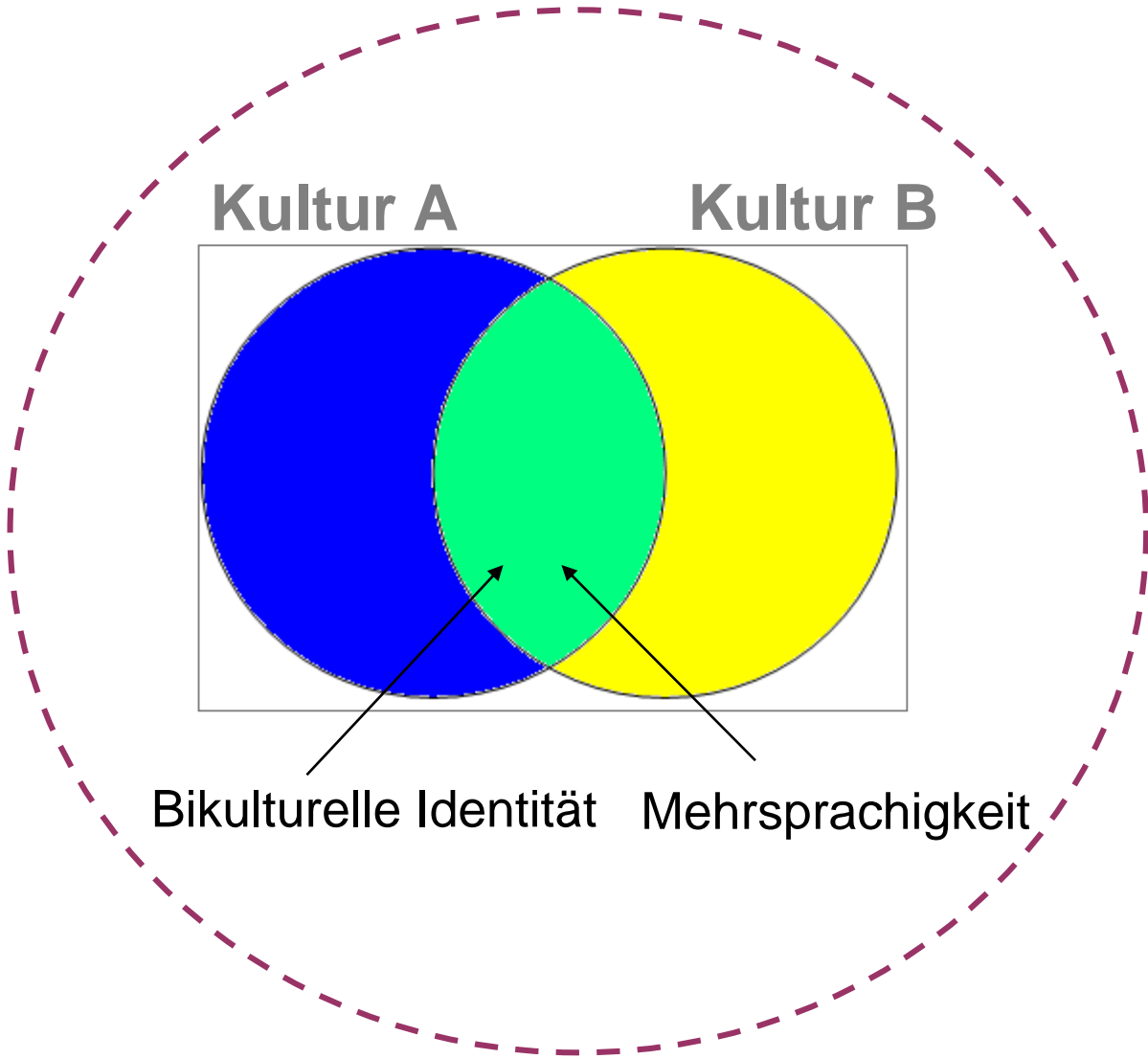
3. Identität ein Balanceakt

**Grundanforderung an jeden Migranten:
Wie finde ich eine Balance zwischen dem Eigenem und dem Fremden ?**



Zuviel Wandel und Aufgeben des Eigenen führt zu Chaos, zu wenig Wandel zu Rigidität!

3. Mehrkulturelle Selbstentwicklung



Monokulturell sozialisierte Migranteneltern und Mitglieder der Mehrheitsgesellschaft kennen diese Erfahrung selber nicht.

Häufig fehlt Eltern und Fachkräften die Antwort darauf wie man Bikulturillität optimal fördern oder umgehen kann.

Wir benötigen hierfür mehr Bewusstsein und Praxiskonzepte, die Kindern, Eltern und Fachkräften helfen damit besser umzugehen.



*„Strenge Dich an,
erreiche alles was hier zu
erreichen ist, aber
verändere Dich nicht.“*

Es entsteht für die Eltern durch die Migration eine beständige Konfrontation mit dem Wertesystem der Aufnahmegesellschaft, die vielfach zu verstärkten Bemühungen um den Erhalt eigener kultureller Werte führt (um eigene kulturelle Identität zu wahren), der jedoch in bestimmten Konstellationen zu (vermehrten) Generationenkonflikten innerhalb der eigenen Familie hervorrufen kann, weil Kinder und Jugendliche aufgrund ihrer Sozialisation in Deutschland sich deutlicher mit der Kultur der Aufnahmegesellschaft verbunden fühlen als ihre Eltern (Merkens 1997).

in den 1950er bis 1970er
Jahren

- Gehorsam
- Ehrlichkeit
- Ordnung
- Hilfsbereitschaft
- Reinlichkeit
- Verträglichkeit
- gute Manieren
- Fehlen von Opposition

in den 1990er Jahren und
danach

- Selbständigkeit
- Selbstbewusstsein
- Selbstverantwortlichkeit
- Kritikfähigkeit
- Zuverlässigkeit
- Hilfsbereitschaft

3. Kultur, Familie und Erziehung

- Das primäre Ziel der westlichen Erziehung (individualistische Kulturen) ist demnach die individuelle Entwicklung des Kindes. Dieses soll stark und unabhängig von der Familie werden.
- Das primäre Erziehungsziel in kollektivistischen Kulturen ist hingegen eine lebenslange Bindung an die Familie. Hierdurch werden andere Erziehungsstile und Bindungsverhaltensmuster bedingt, die mit psychotherapeutischen Zielsetzungen (z. B. Autonomieentwicklung) kollidieren können.

3. Zwischenfazit: Arbeit mit Familien und Kindern/Jugendlichen aus anderen Kulturen

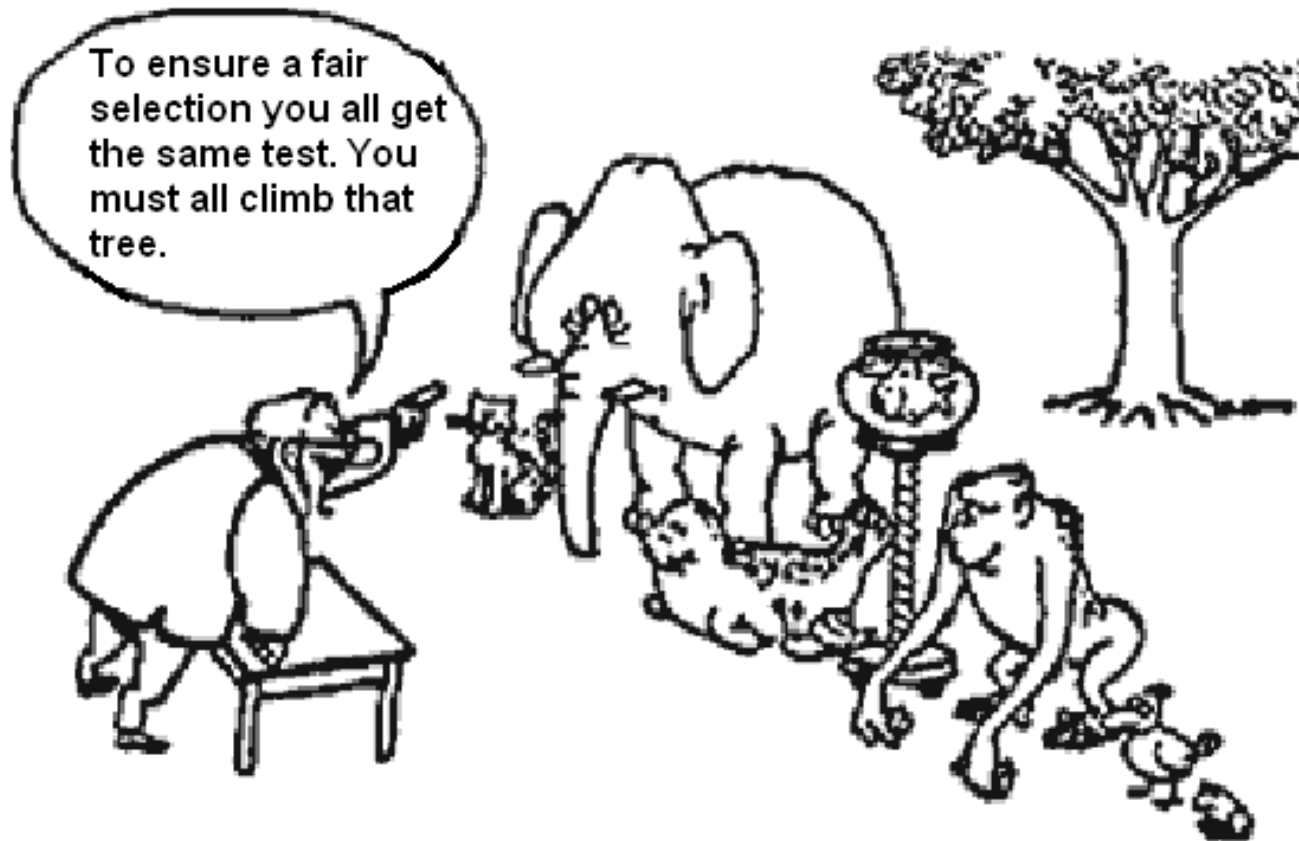


- Familien und ihre Mitglieder **tun aus Ihrer Sicht ihr Bestes!**
- Familien **haben Bewältigungsmöglichkeiten** für die Anforderungen des Lebens!
- **Familien, in der Migration**, können ihre bewährten Bewältigungsmöglichkeiten für neue Anforderungen oft nicht mehr nutzen!
- **Familien lernen von anderen Familien besser als von Profis**, die in anderen sozialen Kontexten leben!
- **Allparteilichkeit und Neutralität** zu Personen, Haltungen und Veränderungsnotwendigkeiten erleichtert die Kooperation mit Familien!



4. Interkulturelle Öffnung der Psychosozialen Versorgung

Best practise, Hilfesystem, Community,
Gesamtgesellschaft





Fachtagung / 08.11. – 10.11.2002

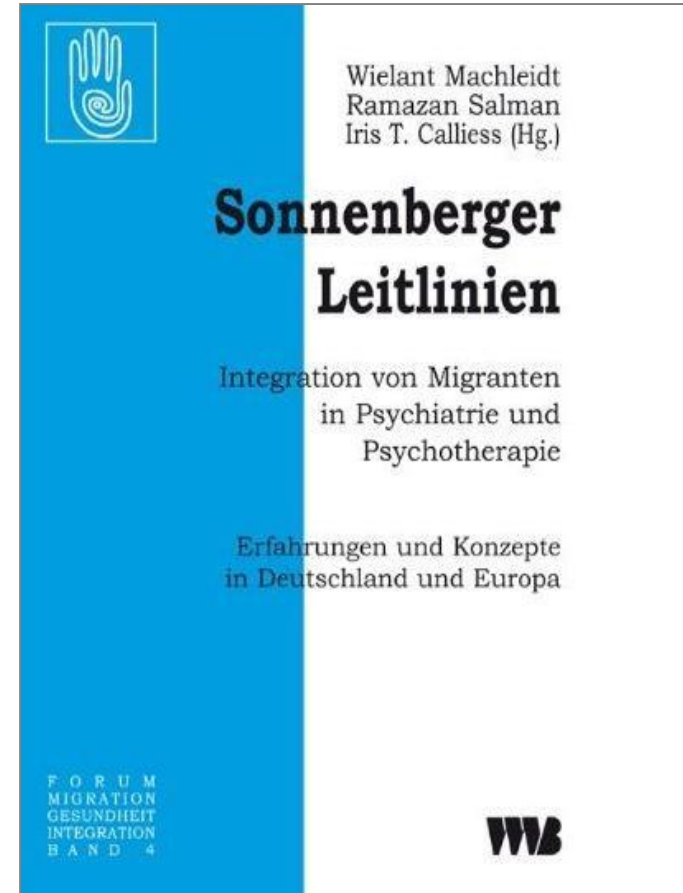
Wie können Migranten in therapeutische Prozesse und psychiatrische Versorgungssysteme integriert werden?

**Internationales Haus Sonnenberg
St. Andreasberg / Oberharz**

4. Sonnenberger Leitlinien



1. Zugang zur Regelversorgung
2. Bildung multikultureller Behandlungsteams
3. Fachdolmetscherinnen
4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung
5. **Beteiligung der Betroffenen & der Angehörigen**
6. **Verbesserung der Informationen**
7. **Aus-, Fort- und Weiterbildung**
8. **Familienbasierte Prävention, Beratung und Therapie**
9. **Selbsthilfe- und Angehörigengruppen**
10. **Sicherung der Qualitätsstandards für Begutachtung**
11. **Aufnahme transkultureller Themen in Curricula**
12. **Initiierung von Forschungsprojekten**



4. Anamnese & Diagnostik bei Migranten

- In der **Anamnese und Diagnostik** migrationsspezifische Aspekte und Vulnerabilitäten explizit herausarbeiten und Pflegeplan daran orientieren
- Biografien auf **Traumata und Brüche** in den Sozialen Netzwerken explorieren.
- **soziale Kontexte berücksichtigen**, Stigmatisierung abbauen, Platz für die Patientenperspektive in der Fürsorge einräumen
- **Gewinn und Verlust durch die Migration** herausarbeiten, Lebensbedingungen und Arbeitskarrieren durchleuchten.
- **Konzepte von Psyche, Störungen, Pflege und Therapie** explorieren
 - Seele und Körper werden nicht getrennt aufgefasst (**„ganzheitliches Erleben“**)
 - Viele haben hohe Erwartungshaltungen an die Behandler (**„Waschmaschinenprinzip“**)
 - Sozial- und psychotherapeutische Ansätze sind nicht bekannt und werden eher abgelehnt (**„Herumlabern“**)
 - Viele Patienten sind es nicht gewohnt, in der Gruppe vor anderen, aber auch im Einzelsetting über eigene Gefühle oder Probleme zu sprechen (**„die verstehen meine Kultur nicht“**)



4. Beratung & Therapie I

- **Neugier und authentisches Interesse** für Lebenswege und Lebensleitungen
- **Familien und Beziehungsmodelle** explorieren, verstehen und damit arbeiten.
- **Familienmitglieder** in die Beratung und Therapie mit einbeziehen, wenn Patienten dies wünschen oder wenn es beraterisch und therapeutisch Sinn macht (aber auch dann zunächst Einverständnis des Patienten hierfür einholen).
- **Zusammenhänge** zwischen Biographien, kulturell geprägten Verhaltensweisen, Symptomen und Erwartungen **herstellen**;
- Hypothesen über deren **Funktionalität** entwickeln und in der Therapie testen (wenn nicht wirksam, diese verwerfen)

4. Pflege & Therapie II

- **Patienten** über Beratung, Therapie, Techniken, Medikamente etc. **aufklären**
- Dabei **mit dem Material arbeiten, was die Patienten anbieten**, nicht eigen kulturell geprägte Ideen, Vorannahmen, Erwartungen und Modelle dem Patienten überstülpen
- Für Symptome und Störungen **Modelle und Metaphern gemeinsam mit dem Patienten entwickeln**; erst wenn Patienten sich und ihre Störungen in diesen wiederfinden, damit arbeiten
- Zusammenarbeit mit **muttersprachlichen Beratern/ Therapeuten** suchen
- Bei Unsicherheiten aufseiten der Therapeuten, aber auch bei Erfolgen in der Therapie, unbedingt **interkulturelle Supervision** einholen.

4. Professionelle Dolmetscher einsetzen!

Gemeindedolmetscherservice des EMZ

Sprache ist der Schlüssel zur
Verständigung und damit die Grundlage für jede Art von Beratung,
Therapie und Vorsorge

Schweden:

„Recht auf
Verstanden werden“

Professionalität



Niederlande:

„Tolkencentralen“

Schweigepflicht

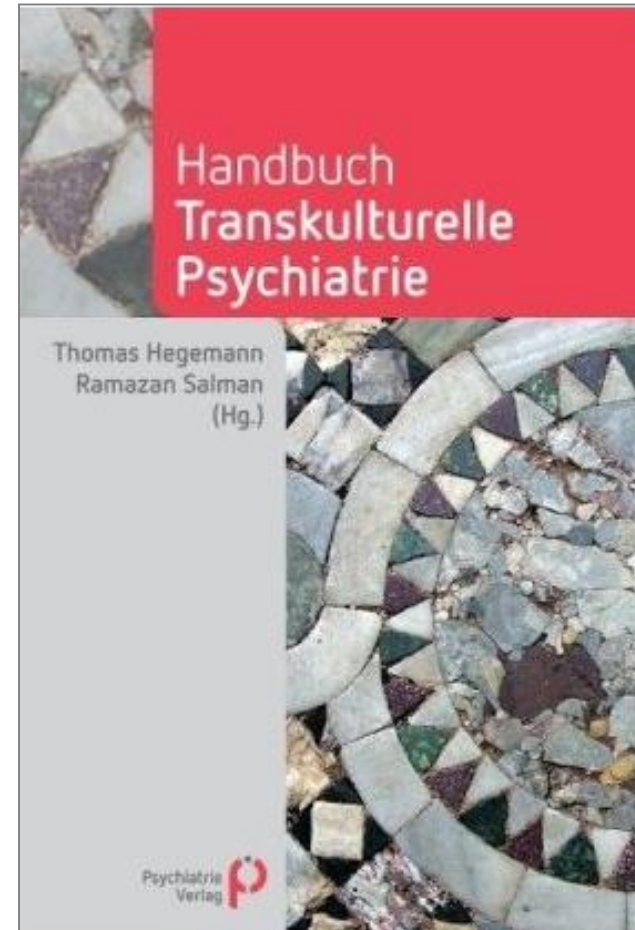
Kanada, Australien, Neuseeland: „Interpreterservices“

Neutralität

4. Wissen durch Lesen aneignen

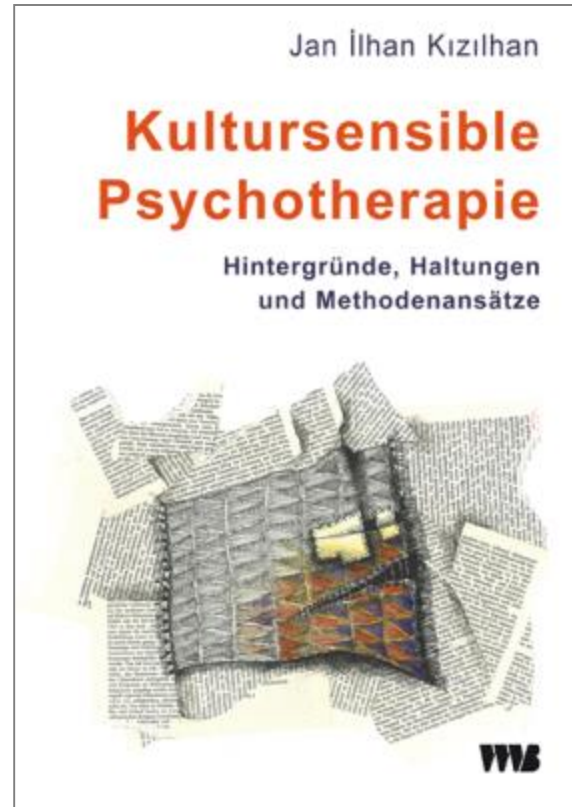


- Transkulturelle Handlungsfelder in der Psychiatrie
- internationales Autorenteam
- Praxisorientiert
- Modelle guter Praxis
- Herausgeber:
 - Thomas Hegemann
 - Ramazan Salman
 - 2. neu überarbeitete Auflage





Handbuch für Fachkräfte
-Thema ethnische Gruppen
- Zweisprachig



Handbuch für Fachkräfte
-Thema Psychotehrapie



Handbuch für Fachkräfte
-Thema Gesundheit, Erziehung,
Pädagogik und Beratung

4. Regionalanalyse, Monitoring, Angebotsplanung



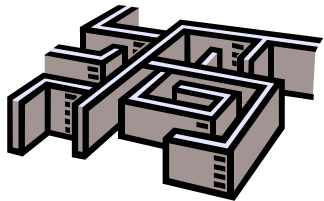
Erste Studie aus dem Jahr 2009

Zweite Studie aus dem Jahr 2014





Warum wurde das MiMi Projekt entwickelt?

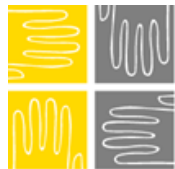


- um Migranten durch Partizipation zu empowern



- um sie mit Hilfe von transkulturellen Mediatoren und mehrsprachigen Kampagnen aufzuklären

- um Migranten nicht nur als Opfer, sondern als Experten für ihre eigene Gesundheit und ihre Community zu stärken



MiMi

- um Migranten bei der Entwicklung positiver Copingstrategien und Ressourcen zu unterstützen.

4. MiMi findet große Verbreitung in Europa und hat große Erfolge!

MiMi wurde an 60 Standorten verankert



MiMi hat große Erfolge

- Transfer in 7 europäische Länder!
- An 61 Standorten in Deutschland realisiert
- An 2 Standorten in Österreich realisiert
- Über 1.700 MediatorInnen aus 136 Ländern ausgebildet
- Über 5.000 (evaluierte) Informationsveranstaltungen durchgeführt
- Über 70.000 MigrantInnen wurden bisher direkt und über 50.000 indirekt (Familienmitglieder etc.) erreicht
- Ca. 75% Frauenanteil in allen Modulen
- Über 20 Themen im Portfolio; das meist vermittelte Thema war Ernährung und Bewegung, Kinder-gesundheit, seelische Gesundheit und Zahngesundheit
- MiMi case study und best practice der WHO

4. MiMi-Projekt an 13 Standorten in Niedersachsen

Projektförderer:



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

Unterstützt von:



Schirmherrschaft:

- Cornelia Rundt, Sozialministerin Land Niedersachsen

Projekträger:

- Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

13 Projektstandorte in Niedersachsen:

- 1.Landkreis Emsland
- 2.Landkreis Leer
- 3.Landkreis Gifhorn
- 4.Landkreis Hildesheim
- 5.Hansestadt Lüneburg
- 6.Landkreis Cuxhaven
- 7.Landkreis Stade
8. Landkreis Nienburg
9. Stadt und Region Hannover
10. Stadt Braunschweig
- 11. Stadt Salzgitter**
12. Stadt und Landkreis Göttingen
13. Landkreis Celle





- In den ersten beiden Lebensjahren etablierte sichere Mutter-Kind Bindung eine bedeutsame Entwicklungsressource.
- Dieser Befund sollte in Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Jugendämtern etc., insbesondere gegenüber Migrantenfamilien und -müttern stärker kommuniziert werden.
- Kaum Wissen um Entwicklungsgesetzmäßigkeiten, Entwicklungstempo und sensible Phasen in der Entwicklung des Kindes.
- Auswirkungen unsicherer Bindung bleiben nicht auf die Kindheit begrenzt, sondern sind auch in der Jugendphase wirksam.
- Unsicher gebundene Jugendliche zeigen weniger Ich-Flexibilität, negatives Selbstkonzept, stärkere Hilflosigkeit und Feindseligkeit (Seiffge-Krenke & Becker-Stoll, 2004).

4. Migration ist eine Chance für Alle!

Transkulturelle Öffnung ist eine Chance für Therapie, Beratung und psychosoziale Versorgung, weil...

- **Neue Zielgruppen** („Kunden, Klienten, Patienten“) erschlossen werden,
- die **Integration** von Migranten in Deutschland gefördert wird,
- dadurch **Arbeitsplätze** in der psychosozialen Versorgung gesichert werden und wirtschaftliche Prosperität unterstützt wird,
- die Arbeit interessanter wird, weil **Vielfalt** entsteht, dies hilft Burnout vorzubeugen (Vielfalt statt Monotonie),
- damit übernimmt die Psychosoziale Versorgung in den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie, Jugendarbeit und Beratung **Verantwortung** für aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen und Herausforderungen
- und sichert **Teilhabe und Chancengleichheit** im Gesundheits- und Sozialwesen.



Please
approach me
to talk more!



**Vielen
Dank!**

Thanks!
Teşekkürler!
Merci!
Mille Grazie!
Obrigado!

Ahmet Kimil,

Dipl.-Psychologe & Psych. Psychotherapeut (VT)

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

Königstr. 6

30175 Hannover / Deutschland

Tel.: +49 (0)511 16841019

Fax: +49 (0)511 457215

ahmet.kimil@gmail.com

www.ethno-medizinisches-zentrum.de