

Aus dem
Charité Centrum für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Campus Benjamin Franklin
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Prof. h.c. Dipl.-Psych. Isabella Heuser

Habilitationsschrift

Kultur- und migrationsbezogene Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Menschen mit vietnamesischem Migrationshintergrund

zur Erlangung der Lehrbefähigung
für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie

vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Dr. med. Thi Minh Tam Ta

Eingereicht: September 2019
Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Axel R. Pries
1. Gutachter/in: Frau Prof. Dr. med. Christine Rummel - Kluge
2. Gutachter/in: Herr Prof. Dr. med. Thomas Becker

Inhaltverzeichnis

1.	Einleitung	5
1.1.	Psychische Gesundheit von Migrant*innen in Deutschland	5
1.1.1.	Einflussfaktoren auf psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund	5
1.1.2.	Risiken für psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland	8
1.2.	Kulturspezifische und migrationsbezogene Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme der psychiatrisch- psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund	9
1.3.	Psychiatrische Gesundheit und psychiatrisch-psychosoziale Versorgung von vietnamesischen Migrant*innen in Deutschland	12
1.3.1.	Vietnamesische Migrant*innen in Deutschland	12
1.3.2.	Psychische Gesundheit und Inanspruchnahmeverhalten von Menschen mit vietnamesischem Migrationshintergrund	13
1.3.3.	Aufbau einer Spezialambulanz für vietnamesische Migrant*innen und eines Netzwerks „Seelische Gesundheit für vietnamesische Migrant*innen“	14
1.4.	Zielsetzung der Habiliationsarbeit	16
2.	Eigene Arbeiten	17
2.1.	Treatment recommendation differences for schizophrenia and major depression: a population-based study in a Vietnamese cohort	17
2.2.	Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland	30
2.3.	Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients.	39
2.4.	Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany	48
2.5.	Migration-related Stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany	59

3.	Diskussion	70
3.1.	Das Inanspruchnahmeverhalten und deren Einflussfaktoren bei Menschen mit vietnamesischem Hintergrund.	70
3.2.	Kulturspezifische und migrationsbezogene Einflussfaktoren auf die klinische Symptomrepräsentation von Patient*innen mit einem vietnamesischen Migrationshintergrund.	74
3.3.	Migrationsbezogene Belastung von Patient*innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund	77
4.	Zusammenfassung und Ausblick	79
5.	Literatur	81
	Danksagung	95
	Eidesstattliche Erklärung	98

Abkürzungen

BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BDI-II	Beck's Depression Inventar, 2. Version
BRD	Bundesrepublik Deutschland
CBF	Campus Benjamin Franklin
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DSI	Dominant Society Immersion
EKT	Elektrokrampftherapie
ESI	Ethnic Society Immersion
HAMD	Hamilton rating scale for depression
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
KEH	Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
PHQ	Gesundheitsfragebogen für Patient*innen
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PIRA	Psychiatrie-Information-Religion-Austausch
SFB	Sonderforschungsbereich
SMAS	Stephenson Multigroup Acculturation Scale
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
VIA	Verband für Interkulturelle Arbeit, Regionalverband Berlin/Brandenburg e.V.

1. Einleitung:

1.1. Psychische Gesundheit von Migrant*innen in Deutschland

Deutschland ist das Land mit der zweithöchsten Aufnahme von internationalen Migrant*innen in Europa [1]. 2018 wiesen 25,5% der Einwohner*innen in Deutschland einen Migrationshintergrund vor, wobei der Anteil in den letzten Jahren nochmals deutlich gestiegen ist [2]. In Anlehnung an das Statistische Bundesamt gelten hierbei Personen als Menschen mit Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht als deutsche Staatsangehörige geboren worden sind. Davon sind über 10 Millionen Menschen Ausländer*innen. Von diesen bilden Menschen aus asiatischen Ländern die zweitgrößte Gruppe mit einem Anteil von 35%, oder 3,6 Millionen aller in Deutschland lebenden Ausländer*innen [3].

1.1.1. Einflussfaktoren auf psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund

Allgemein werden Menschen mit Migrationshintergrund mit unterschiedlichen Belastungen und Anstrengungen konfrontiert, welche sich auch zwischen Migrant*innen der ersten Generation und der zweiten Generation unterscheiden [4]. Insgesamt spielen für die psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund eine Vielzahl von Faktoren eine Rolle: Zum einen sind dies die soziodemographischen und psychologischen Variablen wie Geschlecht, Alter, Herkunftsland, Familienstand, Bildungsniveau, sozioökonomischer Status sowie psychologische Charakteristika, zum anderen migrationsbezogene Faktoren wie traumatische Erfahrungen vor und während der Migration, Freiwilligkeit und Wahlmöglichkeiten, Gründe für die Migration, erreichbarer Aufenthaltsstatus, Familienzusammenhalt, Akkulturation und Sprachfähigkeiten, sowie die Dauer des Aufenthalts in den Ankunftsändern [5]. Bei den Migrant*innen der ersten Generation stellt ein sozioökonomischer Statusverlust nach der Migration einen möglichen Risikofaktor für psychische Erkrankungen wie Depression oder Suchterkrankungen dar [6,7].

Darüber hinaus stellen prä-migrationsbezogene Erfahrungen wie die Ursachen der Migration, die Migrationswege selbst, sowie post-migrationsbezogene Erfahrungen wie der Aufenthaltsstatus, Möglichkeiten zum Spracherwerb und die Komplexität der Akkulturation weitere Belastungen für Migrant*innen der ersten Generation dar. Dagegen ist die zweite Generation oft von identitätsbezogenen Stressoren sowie Erfahrungen der Konfrontation mit

Vorurteilen und wahrgenommener Diskriminierung betroffen [4]. Weitere wichtige Einflussfaktoren hängen mit dem sozialen und beruflichen Umfeld im Ankunftsland zusammen, wie die soziale Unterstützung vor Ort, wahrgenommene soziale Diskriminierung, Erfahrungen mit Fremdenfeindlichkeit, die berufliche Situation und der Arbeitsstatus im Ankunftsland. Die Migrationen sind jedoch nicht nur mit Stress, Belastungen und Anstrengungen verbunden. Bestimmte Aspekte im Migrationsprozess können sich ebenso positiv auf die psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund, wie zum Beispiel Entwicklung eines Zugehörigkeitsgefühls in der Ankunfts-gesellschaft, auswirken [5,8]. Außerdem zeigte eine landesweite Untersuchung in Kanada einen Zusammenhang zwischen einem jüngeren Alter bei der Ankunft und einer guten psychischen Gesundheit. Dabei stand jedoch eine lange Aufenthaltsdauer in einer inversen Relation mit einer guten psychischen Gesundheit [8].

*Einfluss von Kultur und Sozialisation auf die psychische Gesundheit von Migrant*innen*

Nach einer Definition von Pfeiffer [9] umfasst Kultur (1) sichtbare Elemente, zum Beispiel Essen, Kleidungen, Werkzeuge, Architektur und Landschaft; (2) sichtbares Verhalten, basierend auf Regeln und Code-Systemen, zum Beispiel die gesprochene Sprache, soziale Rollen und Rituale; und (3) überlieferte Erfahrungen, geteiltes Wissen, Vorstellungen und Werte, die die gemeinschaftliche und gesellschaftliche Ordnung bestimmen. Kulturen bieten daher ein Orientierungssystem, das innerhalb der Gemeinschaft eine reibungsreduzierende und effektive Interaktion, Kooperation und Kommunikation ermöglicht, die Verhaltensmuster aller Gruppenmitglieder prägen [10]. Menschen aus unterschiedlichen Kulturen bringen im Zuge der Migration nicht nur ihre Sprache, sondern auch ihre Erfahrungen, Einstellungen, Werte, Erwartungen und Verhaltensrepertoires mit [11,12]. Diese breite Diversität von enkulturiertem Wissen und Praktiken hat nachvollziehbar eine Auswirkung auf die Bewertung und das Wahrnehmen von Symptomen einer Erkrankung [13–17]. Kulturell geprägt sind dabei nicht nur unterschiedliche Vorannahmen zu Krankheitsursachen, Gesundheitsverhalten, sondern auch sozial akzeptierte Behandlungsmöglichkeiten [17–19]. In diesem Kontext stellen erwartete Diskriminierungen, Vorurteile, Stigmatisierung sowie mangelndes Wissen in Bezug auf medizinische Behandlungsoptionen, insbesondere bei psychischen Störungen, eine wesentliche Barriere einer frühzeitigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund dar.

*Einfluss von Akkulturation auf die psychische Gesundheit von Migrant*innen*

Das Konzept der Akkulturation umfasst jene Phänomene, die zu beobachten sind, wenn Personen mit verschiedenen Sozialisationsbedingungen in Kontakt miteinander stehen [20,21]. Aus diesem Kontakt von Werthaltungen und Verhaltensregeln können Veränderungen der enkulturierten Regeln einer oder beider Gruppen resultieren. Dabei lassen sich drei

grundlegende Merkmale für die Entwicklung von Akkulturationsprozessen ableiten: 1. anhaltender Kontakt, 2. reziproker Einfluss der Gruppen aufeinander sowie 3. sukzessive Veränderungen von Verhaltensregeln [22]. Berry, Phinney, Sam und Vedder [23] nutzten einen bi-dimensionalen und bidirektionalen Ansatz um Akkulturationsprozesse in vier prototypische Akkulturationsstile zu differenzieren. Dabei wurde die Orientierung zur Mehrheitsgesellschaft als Dominant Society Immersion (DSI) und zur Herkunftsgesellschaft als Ethnic Society Immersion (ESI) beschrieben. Der Akkulturationsstil der Integration beschreibt demnach eine flexible Teilhabe in beiden Gesellschaften, die Assimilation dagegen die primäre und oft ausschließliche Partizipation an der Mehrheitsgesellschaft. Der Akkulturationsstil der Segregation nimmt dagegen ein Verhalten mit Beibehaltung der Praxen der Herkunftsgesellschaft, jedoch keine Teilhabe an den Praxen der Mehrheitsgesellschaft an. Schlussendlich beschreibt Marginalisierung keine Teilhabe an bzw. den Rückzug von beiden Gesellschaften [23].

Für ein umfassendes Verständnis einer angepassten psychiatrisch-psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund sollten daher die Auswirkungen von Akkulturationsprozessen, die im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit von Migrant*innen stehen, stärker einbezogen werden [24,25]. Dieser Zusammenhang zwischen Akkulturationsstilen und der psychischen Gesundheit zeigte sich insgesamt uneinheitlich, besonders bei Menschen mit asiatischen Migrationshintergründen [26]. Während einige Studien den Zusammenhang zwischen Übernahme der Werte der Mehrheitsgesellschaft und einer reduzierten Psychopathologie bei vietnamesisch-amerikanischen Student*innen zeigten [26], berichtete eine Metaanalyse von einer Assoziation zwischen einer Zunahme der Orientierung zur Mehrheitsgesellschaft und depressiven Symptomen bei asiatischen US-Amerikaner*innen [24]. Hinsichtlich der Akkulturationsstrategien ist Integration oft mit einem reduzierten Risiko für Depression assoziiert [27], wohingegen die Marginalisierung mit einer schwereren depressiven Symptomatik im Zusammenhang steht [28]. Allerdings fokussierten sich die meisten Studien bei Menschen mit asiatischem Migrationshintergrund auf Migrant*innen der zweiten Generation oder auf sich in der Adoleszenz befindenden Personen in angelsächsischen Ländern [29–31]. In Deutschland gibt es aktuell noch keine andere Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Akkulturation und Depression bei vietnamesischen Migrant*innen, und insbesondere solchen der ersten Generation.

1.1.2. Risiken für psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Bisherige epidemiologische Untersuchungen im deutschsprachigen Raum zeigten eine mindestens gleich hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund verglichen mit der deutschen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund [32–35]. Allerdings variiert diese stark, wenn die Heterogenität der Gruppen mit einbezogen wird [36]. Zum Beispiel betrug die Prävalenz je nach Untersuchungsmethoden und/oder Untersuchungspopulationen zwischen 3% und 83% bei depressiven Störungen, zwischen 6% und 90% bei Angststörungen und zwischen 4% und 86% bei Posttraumatischen Belastungsstörungen [36]. Eine repräsentative Untersuchung im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) ergab eine höhere Prävalenz für depressive Symptome bei Menschen mit Migrationshintergrund, wobei ein Unterschied zwischen Frauen und Männern bestand. In der Gruppe der Männer betrug die Prävalenz für depressive Symptome 5% bei Menschen ohne Migrationshintergrund und 10,6% bei Menschen mit Migrationshintergrund der ersten Generation sowie 10,3% der zweiten Generation, bei Frauen sind die Prävalenzen jeweils 9,1%, 15,1% und 14,1 % [37]. In einer aktuellen Untersuchung im Rahmen der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten in Deutschland wiesen die neugekommenen Geflüchteten bezüglich der physischen Gesundheit keine höhere Risikowerte auf als der Bevölkerungsdurchschnitt. Über ein Drittel zeigte jedoch ein erhöhtes Risiko für eine posttraumatische Belastungsstörung [38]. Allerdings unterscheidet sich auch hier je nach Herkunftsland der psychische und körperliche Gesundheitszustand der Geflüchteten [38]. Geflüchtete aus Afghanistan, Syrien und dem Irak zeigen die größten Risiken für posttraumatische Belastungsstörungen und depressive Symptome. Dagegen waren Geflüchtete aus Eritrea und Somalia diesbezüglich unterdurchschnittlich betroffen [38]. Die heterogenen Ergebnisse verweisen einmal mehr auf die Notwendigkeit bei der Untersuchung der psychischen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund die jeweiligen Herkunfts-, Migrations-, und Ankunftsbedingungen in Betracht zu ziehen und sprach- und kulturell adaptierte psychometrische Diagnostikinstrumente zu etablieren. Es ist unbestritten dass die Symptompräsentation und –Wahrnehmung variiert und durch die Kultur und Migrationsbedingungen beeinflusst wird, welche die Variabilität der Prävalenzraten für psychiatrische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund verursachen kann [39,40]. Deshalb sollten die mittels nicht kontextspezifisch entwickelten Untersuchungsmethoden erhobenen Daten einer kritischen Überprüfung unterzogen werden.

1.2. Kulturspezifische und migrationsbezogene Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme der psychiatrisch- psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Eine adäquate psychiatrische und psychosoziale Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund stellt eine Herausforderung für das psychische Gesundheitsversorgungssystem in vielen Aufnahmeländern dar [41]. Der Zugang in das psychiatrische und psychosoziale Versorgungssystem kann zum Beispiel durch strukturelle Barrieren wie mangelnde Diversitätsorientierung im System, Gesundheitsversorgungsbeschränkungen, insbesondere bei Geflüchteten und irregulären Migrant*innen, sowie mangelnde Verfügbarkeit einer kultursensiblen adäquaten Versorgungsstruktur für Menschen mit Migrationshintergrund eingeschränkt sein [42]. Neben den strukturellen Barrieren wird bei Menschen mit Migrationshintergrund das gesundheitsbezogene Inanspruchnahmeverhalten durch sozioökonomische Faktoren, sprachliche, kulturelle und migrationsbezogene Faktoren, Kenntnisse über die Versorgungsstruktur und Versorgungsmöglichkeiten sowie das kulturelle Krankheitsverständnis bezüglich der Psychiatrie, insbesondere durch die Einstellungen zu psychischen Erkrankungen und psychiatrischer Behandlung beeinflusst [41–43]. Die strukturellen und individuellen Barrieren und eine mangelnde interkulturelle Öffnung können zur Nicht-Inanspruchnahme oder verspäteter Inanspruchnahme und/oder inadäquater Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund führen [42]. Allerdings ist ein Migrationshintergrund per se kein alleiniger Prädiktor für eine mangelnde Inanspruchnahme von psychiatrischen Behandlungen [44]. Eine nationale finnische Registerstudie zeigte sogar eine niedrigere Prävalenz für psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund. Ein Hintergrund könnte die Erhebung lediglich in einer nationalen psychiatrischen Inanspruchnahme-Population sein, was ebenso auf mangelnde Inanspruchnahme von psychiatrischen Behandlungsangeboten von Menschen mit Migrationshintergrund zurückzuführen wäre [45]. Allerdings zeigte sich hier erneut eine große Variation bezüglich der Inanspruchnahme-Prävalenz zwischen Menschen mit unterschiedlicher Herkunft [45].

*Stigma und Gesundheitsverhalten als Wechselspiel zwischen einzelnen Akteur*innen und sozialen Prozessen*

Ein dynamisches Modell der Gesundheitsfürsorge wurde mit dem Network Episode-Modell entwickelt, welches nahelegt, dass das Gesundheitsverhalten durch ein Wechselspiel zwischen den einzelnen Akteur*innen und gesellschaftlichen Prozesse geformt wird [46]. In diesem Modell werden die informellen und/oder formellen Gesundheitsnetzwerke als Reaktion

auf die gesundheitliche Gefahr integriert, insbesondere, wenn diese Symptome subjektiv nicht mehr kontrollierbar sind. Der Krankheits- und Behandlungsverlauf einzelner Personen wird vor allem durch eine Netzwerkstruktur und Netzwerkfunktionen wie Informationen, Empfehlungen, materielle und emotionale Unterstützung sowie dem Netzwerkinhalt wie Überzeugungen, Einstellungen zu Erkrankungen und Behandlungsoptionen beeinflusst. Die jeweiligen sozialen Netzwerke können den Behandlungszugang für die einzelnen Mitglieder des Netzwerks erleichtern oder erschweren. So zirkulieren beispielsweise auch negative Einstellungen und Überzeugungen bezüglich Krankheiten, insbesondere bezüglich psychischer Störungen und ihren Behandlungserfolgchancen. Dies kann insbesondere in vietnamesischen Communities zur verspäteten Inanspruchnahme der formellen Gesundheitsfürsorge-Institutionen einzelner Mitglieder der Netzwerke führen. Oft erfolgt eine Inanspruchnahme erst dann, wenn die Symptome innerhalb der Familie oder des Netzwerkes nicht mehr beherrschbar sind [46]. Daher ist es notwendig die öffentliche Einstellung und Stigmatisierung gegenüber Psychiatrie in vietnamesischen Communities zu untersuchen, um das Gesundheitsverhalten des Individuums zu verstehen und entsprechende psychosoziale Maßnahmen zu initiieren. Öffentliche Stigmatisierung und Diskriminierung gegenüber Menschen mit psychiatrischen Störungen, ihren Angehörigen und Behandler*innen/Betreuer*innen können auch die Inanspruchnahme der medizinischen und psychosozialen Versorgung verhindern oder die Behandlungadhärenz verschlechtern [47–50]. Diskriminierung beeinträchtigt nicht nur Menschen mit psychischen Störungen und deren Angehörige, sondern kann sich auch auf psychiatrische Kliniken, Psychopharmakologie, Psychiater*innen und oder das Personal in der Psychiatrie beziehen [51,52].

In Vietnam sind psychiatrische Patient*innen, Psychiater*innen und psychiatrisches Personal nicht selten Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt. Psychiatrische Störungen (Rối loạn tâm thần) werden in Vietnam im Allgemeinverständnis oft als „verrückt sein“ oder „schizophren“ verstanden. Die Patient*innen müssen ihre Erkrankungen häufig verheimlichen und lehnen aus sozialen Gründen eine psychiatrische Behandlung ab [53,54]. Allerdings sind die Einstellungen zur Psychiatrie von verschiedenen Faktoren wie zum Beispiel Geschlecht, Alter, Bildung, Urbanität und Familienstatus sowie Religion abhängig [55–58]. Insbesondere spielt die Einstellung zu Psychiater*innen eine wichtige Rolle für die Inanspruchnahme und die Wahrnehmung von psychiatrischen und psychosozialen Therapieangeboten [49,51]. In diesem Zusammenhang kann eine Identifizierung von soziokulturellen Einflussfaktoren auf die Einstellung zu Psychiater*innen zum Abbau von Barrieren bezüglich der psychiatrischen Behandlung und Antistigma-Arbeit beitragen. In unserer erstmaligen Untersuchung einer vietnamesischen Kohorte zeigten männliche Teilnehmer eine signifikant negativere Einstellung zu Psychiater*innen im Vergleich zu

weiblichen Teilnehmerinnen. Außerdem zeigten Teilnehmer*innen, die eine Zugehörigkeit zu einer Religion - unabhängig ob Buddhismus oder Christentum - angaben, eine negativere Einstellung zu Psychiater*innen im Vergleich zu denjenigen ohne eine explizite religiöse Zugehörigkeit [59].

Neben der Einstellung zur Psychiatrie und Psychiater*innen werden die Inanspruchnahme, das Hilfesuchverhalten sowie die Auswahl der Therapieoptionen von der öffentlichen Einstellung, den zirkulierenden Erklärungsmodellen für psychische Gesundheit und psychiatrische Störungen, der Verfügbarkeit der Angebote und insbesondere von den verfügbaren Informationen zur psychischen Gesundheit beeinflusst [60–63]. Vietnamesische Patient*innen mit der Diagnose einer Schizophrenie erleben häufig Diskriminierung [54] vergleichbar mit anderen asiatischen Kohorten und westlichen Ländern [64,65], welche das Inanspruchnahmeverhalten der psychiatrischen Behandlung und die Compliance für die Behandlung von Patient*innen beeinträchtigt. Eine Studie in Vietnam zeigte, dass Vietnames*innen bei psychischen Störungen die gemeindebasierten Angebote und Familienunterstützung gegenüber medizinisch psychiatrischen Einrichtungen bevorzugen [66], was auf die mangelnde Kenntnis von psychiatrischen Versorgungsangeboten in der Population zurückgeführt wurde. Darüber hinaus können negative öffentliche Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen die Therapieempfehlungen beeinflussen [67–69]. Im vietnamesischen Kontext wird das Stigma gegenüber psychiatrischen Störungen von multiplen Faktoren wie Geschlecht [59], Religiosität [59] oder Urbanität [59,70] beeinflusst [53,71]. Allerdings fehlen bisher Untersuchungen zur öffentlichen Empfehlung der Behandlungsoptionen zu zwei der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen, nämlich Schizophrenie und Depression, in einer vietnamesischen Kohorte. Im Rahmen meiner Habilitationsarbeit untersuchte ich erstmalig diesen Aspekt mit dem Ziel der Identifizierung der möglichen Barrieren, aber auch bevorzugten Therapieoptionen bei Menschen mit vietnamesischem ethnischen Hintergrund in Bezug auf Depression und Schizophrenie. Unter anderem können die Ergebnisse der Untersuchung die patientenzentrierte Anpassung von Behandlungsangeboten für Patient*innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund in Deutschland und die Öffentlichkeitsarbeit in den vietnamesischen Communities unterstützen.

1.3 Psychiatrische Gesundheit und psychiatrisch-psychosoziale Versorgung von vietnamesischen Migrant*innen in Deutschland

1.3.1. Vietnamesische Migrant*innen in Deutschland

Die vietnamesischen Migrationen nach Deutschland sind historisch mit den politischen Teilungen und Wiedervereinigungen beider Länder verwoben und ergaben (auch nach dem Fall der Mauer) speziell in Berlin weltweit einzigartige strukturelle Neuverortungen. Nach der vietnamesischen Wiedervereinigung im Jahr 1975 kamen etwa 40.000 ehemalige Südvietnames*innen als Kontingentflüchtlinge in die Bundesrepublik Deutschland (BRD). Sie erhielten eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung in der BRD und konnten ihre Angehörige nach Deutschland nachholen. Bereits bei der Ankunft in Deutschland erhielten sie spezifische Angebote zur schnellen sprachlichen, kulturellen und beruflichen Integration [72–74].

Analog zu diesem Zeitraum in der BRD immigrierten über 80.000 vietnamesische Staatsangehörigen in den Jahren 1979 bis 1989 zumeist als so genannte „Vertragsarbeiter“ in die damalige Deutsche Demokratische Republik (DDR), die nach einem Arbeitsaufenthalt von fünf Jahren nach Vietnam zurückkehren sollten. Während in der BRD auf eine langfristige Integration mit Hilfe der erwähnten vielfältigen Angebote abgezielt wurde, war eine solche Integration der Vertragsarbeiter*innen in die damalige ostdeutsche Mehrheitsgesellschaft nicht vorgesehen. Kontakte zu Bürger*innen der DDR waren eingeschränkt und Vertragsarbeiter*innen wurden vor allem in den späten 80er Jahren ohne weitere Deutschkurse oder Integrationsmaßnahmen direkt im staatlich regulierten Arbeitsmarkt eingesetzt. Die größte Anwerbungsphase erfolgte in den Jahren 1987 bis 1989, sodass bei der politischen Wende 1989/1990 ca. 58.000 Vertragsarbeiter*innen in der DDR lebten. Nach der Wende wurden eine Vielzahl der Arbeitsverträge der ehemaligen Vertragsarbeiter*innen aufgrund der Schließung der Vertragsfabriken ungültig und über 50% von ihnen reisten in ihr Herkunftsland Vietnam zurück. Eine dritte vietnamesische Migrationsströmung besteht seit 1990 bis in die heutige Zeit fort. Diese Strömung setzt sich aus Vertragsarbeiter*innen aus anderen ehemaligen sozialistischen Ostblockländern und seit ca. 15 Jahren verstärkt Personen aus ärmeren Regionen insbesondere Mittelvietnams, zumeist aus ökonomischen Beweggründen, zusammen. Einem Teil gelang es, nach einer langen Aufenthaltsphase in Deutschland unter schwierigen sozialen und ökonomischen Bedingungen einen sicheren Aufenthaltsstatus oder die deutsche Staatsbürgerschaft zu erlangen [74].

Aktuell leben nahezu 90.000 vietnamesische Staatsangehörige mit einem relativ ausgeglichenen Geschlechterverhältnis (54,2% weiblich, 45,8% männlich) und 168.000 Menschen mit einem vietnamesischen Migrationshintergrund in Deutschland [3]. 47% der Menschen mit einem vietnamesischen Migrationshintergrund in Deutschland sind im Alter zwischen 25 und 55 Jahren. Die aktuelle Wanderungsstatistik zwischen Deutschland und Vietnam wies bereits im Jahr 2013 einen positiven Saldo von 1591 Personen auf, wobei dieser Trend in ähnlicher Größenordnung bis heute anhaltend ist [3]. Mehrheitlich immigrieren nach den offiziellen Daten aktuell Personen im Rahmen der Familienzusammenführung und zum Zweck einer Ausbildung nach Deutschland [74].

1.3.2. Psychische Gesundheit und Inanspruchnahmeverhalten von Menschen mit vietnamesischem Migrationshintergrund

International publizierte Untersuchungen bei Menschen mit unterschiedlichen zumeist ostasiatischen Migrationshintergründen in Amerika und Kanada konnten acht Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit und das psychiatrische Inanspruchnahmeverhalten identifizieren: (1) das Alter: Je geringer das Alter bei der Migration, desto höher das Risiko für psychiatrische Störungen [75], erhöhte psychiatrische Probleme wurden bei älteren Asiaten in Kanada beobachtet [76]; (2) das Geschlecht, welches mit unterschiedlichen psychiatrischen Störungen assoziiert ist: Frauen zeigen ein höheres Risiko für affektive und angstassoziierte Störungen [77], während Männer ein höheres Risiko für Abhängigkeitserkrankungen zeigen [78]; (3) mangelnde Sprachkenntnisse [79] gelten als ein Risikofaktor für psychische Störungen; (4) Erwerbstätigkeit: Arbeitslosigkeit ist ein Risikofaktor für psychiatrische Störungen [80]; (5) Religiosität: Es gibt Evidenzen für positive Effekte von Religiosität und religiöse Gemeinschaft auf psychiatrische Gesundheit [81], jedoch zeigte unsere Studie in Vietnam negative Effekte von Religiosität auf die Einstellung zur Inanspruchnahme einer psychosozialen Versorgung [59]; (6) traditionelle Einstellungen zu psychischer Gesundheit und Akkulturationsstil [82]: das psychiatrische Inanspruchnahmeverhalten ist vom Grad der Akkulturation und dem Akkulturationsstil abhängig; (8) mit Familie und Intergenerationalität assoziierte Faktoren [83]: eine traditionelle Einstellung zur Psychiatrie und Stigma gegenüber psychiatrischer Versorgung können die Inanspruchnahme von psychiatrischer Versorgung bei Menschen mit einem asiatischen Migrationshintergrund verändern [83].

Eine erstmalige Untersuchung einer Stichprobe von vietnamesischen Staatsangehörig*innen zeigte höhere Werte für Depression und Ängste und eine wesentlich reduzierte Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen im Vergleich zu deutschen Staatsangehörigen*innen aus

derselben Region [84]. Bis zum Beginn unserer klinischen Versorgungsforschung in Berlin waren keine Untersuchungen oder Daten zur Inanspruchnahme medizinischer und psychiatrischer Versorgung von Menschen mit vietnamesischem Migrationshintergrund publiziert. Eine retrospektive Untersuchung unserer Arbeitsgruppe zu Zahlen aus der Notaufnahme des Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) zeigte erstmalig eine absolut und relativ klar verringerte Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung bei Menschen mit vietnamesischem Migrationshintergrund. Das KEH versorgt den Bezirk Berlin-Lichtenberg, in dem die beiden zahlenmäßig größten Migrant*innengruppen entweder einen ehemals sowjetischen (35,1 %) oder vietnamesischen Migrationshintergrund (16,2 %) zum Zeitpunkt der Datenerhebung hatten. In einer Nachuntersuchung dieser Daten aus der interdisziplinären Patient*innenaufnahme des KEH im Jahr 2012 hatten 16,7% aller psychiatrisch versorgten Patient*innen einen Migrationshintergrund, was dem allgemeinen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in diesem Bezirk entsprach. Der psychiatrische Versorgungsanteil bei Patient*innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund betrug lediglich 3,2% und war demnach im Vergleich zu ihrem Bevölkerungsanteil unter Migrant*innen in Lichtenberg um das Fünffache verringert. Im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) war die Inanspruchnahme sogar in der Relation 10-fach vermindert und betrug unter 0,3% aller Patienten der PIA [85]. Diese verminderte Inanspruchnahme für die vietnamesischen Migrant*innen auch im Vergleich zu anderen Migrantengruppen, die teilweise in den PIAs überrepräsentiert waren, ist bedeutsam [85,86] und zeigte die Notwendigkeit von niedrighschwelligem und passgenauen psychiatrisch-psychosozialen Versorgungsangeboten für die Gruppe.

1.3.3. Aufbau einer Spezialambulanz für vietnamesische Migrant*innen und eines Netzwerks „Seelische Gesundheit für vietnamesische Migrant*innen“

In Berlin stellen Migrant*innen aus Vietnam die neuntgrößte Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund und die zweitgrößte asiatische Migrant*innengruppe dar [87]. Dennoch waren sie im Vergleich zu anderen Migrant*innengruppen in den ambulanten Einrichtungen der psychischen Gesundheitsversorgung Berlins deutlich unterrepräsentiert. Diese „Unsichtbarkeit“ im ambulanten Bereich steht im Gegensatz zu einzelnen schweren und häufig chronifizierten Krankheitsverläufen, die in stationären psychiatrischen Settings zu beobachten sind. Unterschiedliche Herkunfts-, Migrations-, und Postmigrationsbedingungen können das Inanspruchnahmeverhalten von psychiatrisch-psychosozialen Versorgungsangeboten beeinflussen, wobei sich der Kenntnisstand über das Gesundheitsversorgungssystem, Erfahrungen mit einem niedrighschwelligem Zugang und das Niveau der Sprachkenntnisse als

wichtige Faktoren unterscheiden. Kulturell geprägte Verhaltensregeln wie z.B. ein öffentliches „Gesicht wahren“, Schamerleben, die Tendenz psychische Erkrankungen als Zeichen persönlicher Schwäche zu verheimlichen auch aufgrund einer erwarteten Diskriminierung, zeigen in unterschiedlichen Migrationsgruppen abhängig vom Grad der Sozialisation und Akkulturation unterschiedliche Ausprägungen [72,85,88].

Um die nachgewiesene Versorgungslücke durch ein vietnamesisches sprach- und kultursensibles Angebot zu schließen, eröffnete nach zweijähriger Planungsphase im Jahr 2010 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin (CBF) die deutschlandweit erste muttersprachliche psychiatrische Spezialambulanz für vietnamesische Migrant*innen. Insbesondere profitieren von diesem Angebot Menschen mit noch nicht ausreichenden deutschen Sprachkenntnissen und Berührungängsten mit dem deutschen psychiatrischen Versorgungssystem. Ein multiprofessionelles und kultursensibilisiertes Team von Mitarbeiter*innen deutscher und vietnamesischer Staatsbürgerschaft bietet seitdem eine ambulante und stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung an.

Nach einer weiteren Planungsphase und in Kooperation mit der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) wurde im Jahr 2012 eine weitere gemeindenahere psychiatrische Spezialambulanz für vietnamesische Migrant*innen als Teil der psychiatrischen Regelversorgung und als Beitrag zur interkulturellen Öffnung für die Bezirke Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf eröffnet. Ein kultur- und sprachsensibles Team bestehend unter anderem aus vietnamesischen Sozialarbeiter*innen, die auch als Sprach- und Kulturmittler*innen tätig sind, und vietnamesischen Pflegekräften wurde aufgebaut. Zudem wurde seit 2016 ein tagesklinisches Programm mit einem Fokus auf Schmerz und Depression für vietnamesische Migrant*innen im KEH angeboten. Aufbauend auf einer ambulanten, tagesklinischen und stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsstruktur wurde in einem weiteren Schritt und in Zusammenarbeit mit dem Verein für interkulturelle Arbeit (VIA e.V., Frau Nozomi Spennemann) seit Mitte 2013 die Etablierung eines Netzwerk zur seelischen Gesundheit von vietnamesischen Migrant*innen mit niederschweligen Zugangsstrukturen in psychosozialen Komplementäreinrichtungen vorangetrieben. Im Rahmen der regelmäßigen Netzwerkarbeit kann ein kontinuierlicher bilingualer Austausch stattfinden, wobei mittlerweile über 20 Netztreffen mit einer hohen Beteiligung von migrantischen Akteuren stattgefunden hat [72,73,89]. Seit 2018 wurde zudem eine bilinguale Internetpräsenz dieses Netzwerkes aufgebaut.

<http://www.netzwerk-vietpsygesundheit.de>

1.4. Zielsetzung der Habilitationsarbeit:

Das Ziel meines Habilitationsprojekts ist zum einen die Untersuchung von öffentlichen Einstellungen zu psychiatrischen Erkrankungen und deren Therapieoptionen in einer großen stratifizierten vietnamesischen Kohorte aus Hanoi. Eine Analyse von öffentlichen Einstellungen kann helfen das Inanspruchnahmeverhalten einer psychiatrischen und psychosozialen Behandlung zu verstehen.

Weiterhin verfolgen die in dieser Habilitationsschrift dargestellten Studien erstmalig das Ziel kulturspezifische und migrationsbezogene Einflüsse auf die psychische Gesundheit und Belastungen bei psychiatrischen Patient*innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund darzustellen. Außerdem untersuchen die dieser Habilitationsschrift zugrundeliegenden Originalarbeiten, inwiefern die kultur- und sprachensible psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung über die von mir geleitete Ambulanz für vietnamesische Migrant*innen das Inanspruchnahmeverhalten und die Akzeptanz der psychiatrischen Versorgung bei dieser Zielgruppe in Berlin beeinflusst.

2. Eigene Arbeiten:

2.1. Treatment recommendation differences for schizophrenia and major depression: a population-based study in a Vietnamese cohort

Kerem Böge, Eric Hahn, Tien Duc Cao, Lukas Marian Fuchs, Lara Kim Martensen, Georg Schomerus, Michael Dettling, Matthias Angermeyer, Van Tuan Nguyen and Thi Minh Tam Ta (2018). *International Journal of Mental Health Systems*.
doi: 10.1186/s13033-018-0247-6.

Der nachfolgende Text entspricht dem Abstrakt der Publikation „Treatment recommendation differences for schizophrenia and major depression: a population – based study in a Vietnamese cohort“, doi: 10.1186/s13033-018-0247-6. Die Übersetzung erfolgte durch die Autorin Dr.med. T.M.T. Ta.

„Hintergrund: In Vietnam steht die psychosoziale Versorgungsinfrastruktur mit einem Anstieg der Patientenzahl vor einem Wandel. Dies geht einher mit zunehmenden Forderungen nach angemessenen und wirksamen psychosozialen Angeboten. Die öffentlichen Einstellungen zu psychischen Erkrankungen und zu adäquaten Behandlungsmöglichkeiten beeinflussen das Hilfesuchverhalten von Patient*innen und ihren Angehörigen, Betreuer*innen und den Verlauf einer Behandlung. Diese Studie untersucht die Einstellungen zu Behandlungsmöglichkeiten bei Depression und Schizophrenie als die zwei häufigsten behandelten psychiatrischen Störungen in Vietnam, die mindestens 75% aller stationären psychiatrischen Patienten ausmachen.

Methoden: Zwischen April und August 2013 wurde eine populationsbasierte Untersuchung in Hanoi, Vietnam durchgeführt. Die Teilnehmer erhielten als eine Vignette eine Beschreibung einer Person mit Symptomen einer Depression (n = 326) oder einer Schizophrenie (n = 403) und wurden gebeten, Empfehlungen für die nach ihrer Einschätzung angemessenen Optionen zur Unterstützung und Behandlung der psychischen Gesundheit abzugeben. Mehrere Analysen auf einer Einzel-Item-Ebene verglichen die Empfehlungshäufigkeiten zwischen den Bedingungen Schizophrenie und Depression.

Ergebnisse: Insgesamt empfahlen die Teilnehmer*innen häufig psychosoziale Angebote, vor allem das Aufsuchen von Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen für beide Störungen. Psychotherapie war die häufigste empfohlene Behandlungsmethode, während weitere Behandlungsmöglichkeiten, wie Konzentration - und Entspannungsübungen, Meditation oder Yoga und Behandlung Psychopharmaka auch als hilfreich befürwortet wurden.

Für die Schizophrenievignette zeigte sich bezüglich der Inanspruchnahme einer Psychotherapie, der Besuch einer Psychiater*in oder einer Psychotherapeut*in im Vergleich zur Depressionsvignette eine höhere Befürwortungsquote. Darüber hinaus wurden EKT, Praktiken basierend auf Feng-Shui, Beten und das Aufsuchen von Naturheiler*innen eher weniger von Teilnehmer*innen für die Depressionsvignette im Vergleich zur Schizophrenievignette empfohlen.

Schlussfolgerungen: Die vietnamesischen Einwohner*innen befürworteten evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen aus einer Vielzahl von Behandlungsoptionen. Unterschiede in den Behandlungsempfehlungen zwischen Depression und Schizophrenie spiegelten den wahrgenommenen Schweregrad der jeweiligen Störungen wider. Weiterentwicklungen des vietnamesischen psychosozialen Gesundheitssystems, im Hinblick auf die psychiatrischen Leistungserbringer sowie der gesetzlichen Regelung von Psychotherapie sind notwendig.“

Kerem Böge, Eric Hahn, Tien Duc Cao, Lukas Marian Fuchs, Lara Kim Martensen, Georg Schomerus, Michael Dettling, Matthias Angermeyer, Van Tuan Nguyen and Thi Minh Tam Ta. Treatment recommendation differences for schizophrenia and major depression: a population-based study in a Vietnamese cohort, *International Journal of Mental Health Systems*, 2018.

<https://doi.org/10.1186/s13033-018-0247-6>.

Kerem Böge, Eric Hahn, Tien Duc Cao, Lukas Marian Fuchs, Lara Kim Martensen, Georg Schomerus, Michael Dettling, Matthias Angermeyer, Van Tuan Nguyen and Thi Minh Tam Ta. Treatment recommendation differences for schizophrenia and major depression: a population-based study in a Vietnamese cohort, *International Journal of Mental Health Systems*, 2018.

<https://doi.org/10.1186/s13033-018-0247-6>.

Kerem Böge, Eric Hahn, Tien Duc Cao, Lukas Marian Fuchs, Lara Kim Martensen, Georg Schomerus, Michael Dettling, Matthias Angermeyer, Van Tuan Nguyen and Thi Minh Tam Ta. Treatment recommendation differences for schizophrenia and major depression: a population-based study in a Vietnamese cohort, *International Journal of Mental Health Systems*, 2018.

<https://doi.org/10.1186/s13033-018-0247-6>.

Kerem Böge, Eric Hahn, Tien Duc Cao, Lukas Marian Fuchs, Lara Kim Martensen, Georg Schomerus, Michael Dettling, Matthias Angermeyer, Van Tuan Nguyen and Thi Minh Tam Ta. Treatment recommendation differences for schizophrenia and major depression: a population-based study in a Vietnamese cohort, *International Journal of Mental Health Systems*, 2018.

<https://doi.org/10.1186/s13033-018-0247-6>.

Kerem Böge, Eric Hahn, Tien Duc Cao, Lukas Marian Fuchs, Lara Kim Martensen, Georg Schomerus, Michael Dettling, Matthias Angermeyer, Van Tuan Nguyen and Thi Minh Tam Ta. Treatment recommendation differences for schizophrenia and major depression: a population-based study in a Vietnamese cohort, *International Journal of Mental Health Systems*, 2018.

<https://doi.org/10.1186/s13033-018-0247-6>.

Kerem Böge, Eric Hahn, Tien Duc Cao, Lukas Marian Fuchs, Lara Kim Martensen, Georg Schomerus, Michael Dettling, Matthias Angermeyer, Van Tuan Nguyen and Thi Minh Tam Ta. Treatment recommendation differences for schizophrenia and major depression: a population-based study in a Vietnamese cohort, *International Journal of Mental Health Systems*, 2018.

<https://doi.org/10.1186/s13033-018-0247-6>.

Kerem Böge, Eric Hahn, Tien Duc Cao, Lukas Marian Fuchs, Lara Kim Martensen, Georg Schomerus, Michael Dettling, Matthias Angermeyer, Van Tuan Nguyen and Thi Minh Tam Ta. Treatment recommendation differences for schizophrenia and major depression: a population-based study in a Vietnamese cohort, *International Journal of Mental Health Systems*, 2018.

<https://doi.org/10.1186/s13033-018-0247-6>.

Kerem Böge, Eric Hahn, Tien Duc Cao, Lukas Marian Fuchs, Lara Kim Martensen, Georg Schomerus, Michael Dettling, Matthias Angermeyer, Van Tuan Nguyen and Thi Minh Tam Ta. Treatment recommendation differences for schizophrenia and major depression: a population-based study in a Vietnamese cohort, *International Journal of Mental Health Systems*, 2018.

<https://doi.org/10.1186/s13033-018-0247-6>.

Kerem Böge, Eric Hahn, Tien Duc Cao, Lukas Marian Fuchs, Lara Kim Martensen, Georg Schomerus, Michael Dettling, Matthias Angermeyer, Van Tuan Nguyen and Thi Minh Tam Ta. Treatment recommendation differences for schizophrenia and major depression: a population-based study in a Vietnamese cohort, *International Journal of Mental Health Systems*, 2018.

<https://doi.org/10.1186/s13033-018-0247-6>.

Kerem Böge, Eric Hahn, Tien Duc Cao, Lukas Marian Fuchs, Lara Kim Martensen, Georg Schomerus, Michael Dettling, Matthias Angermeyer, Van Tuan Nguyen and Thi Minh Tam Ta. Treatment recommendation differences for schizophrenia and major depression: a population-based study in a Vietnamese cohort, *International Journal of Mental Health Systems*, 2018.

<https://doi.org/10.1186/s13033-018-0247-6>.

Kerem Böge, Eric Hahn, Tien Duc Cao, Lukas Marian Fuchs, Lara Kim Martensen, Georg Schomerus, Michael Dettling, Matthias Angermeyer, Van Tuan Nguyen and Thi Minh Tam Ta. Treatment recommendation differences for schizophrenia and major depression: a population-based study in a Vietnamese cohort, *International Journal of Mental Health Systems*, 2018.

<https://doi.org/10.1186/s13033-018-0247-6>.

2.2. Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland

Thi Minh Tam Ta, Andres H. Neuhaus, Ronald Burian, Georg Schomerus, Anita von Poser, Albert Diefenbacher, Birgitt Röttger-Rössler, Michael Dettling, Eric Hahn (2014). *Psychiatrische Praxis*.

doi: 10.1055/s-0034-1370008.

In unserer erstmals für den deutschsprachigen Kontext durchgeführten Studie untersuchten wir, ob eine kultur- und sprachensible psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung über unsere Spezialambulanz das Inanspruchnahmeverhalten und die Akzeptanz der psychiatrischen Versorgung bei vietnamesischen Migrant*innen in Berlin beeinflusst. Dieser Zusammenhang wurde anhand der Veränderung der relativen Diagnosehäufigkeit bei Erstvorstellung und einer hypothetisch angenommenen Zunahme des Anteils von Patient*innen ohne psychiatrischen Vorkontakt mit psychiatrischer Behandlung untersucht. Die Daten basieren auf einer muttersprachlich systematisch erhobenen Basisdokumentation von Patient*innen, die sich im Zeitraum von 01.04.2010 (Eröffnung) bis zum 30.09.2012 erstmalig in der Spezialambulanz für vietnamesische Migrant*innen an der Charité, CBF vorstellten. Die Basisdokumentation war sprachlich adaptiert und inhaltlich aufbauend auf dem „Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus“ [90]. Die bei Erstvorstellung systematisch erhobenen soziodemografischen Daten umfassten: Alter, Geschlecht, Familienstatus, Familienstand, Erwerbsstatus, Versicherungsstatus, Schulabschluss und in Deutschland anerkannter Bildungsstand. Bezüglich der migrationsbezogenen Daten wurden die Angaben zum Geburtsort, das Einreisejahr, Muttersprache, Migrationsgründe, Deutschkenntnisse und der Aufenthaltsstatus erhoben. Die psychiatrischen Hauptdiagnosen wurden nach den Kriterien des ICD-10 im Rahmen der psychiatrischen Diagnostik bestimmt. Zur Untersuchung der zeitlichen Entwicklung wurden zwei Analysezeiträume von jeweils 15 Monaten gebildet (Split-half-Analyse). Unterschiede zwischen den Zeiträumen bezüglich erstmalig die Behandlung aufsuchenden Patient*innen, dem Alter und klinischer Schweregradskalen wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben untersucht. Unterschiede hinsichtlich der Verteilung von Hauptdiagnosen, psychiatrischen Vorkontakten und Vermittlungswegen wurden mit Chi-Quadrat-Tests geprüft. In einer Post-hoc-Analyse erfolgte eine weitere Aufteilung des Untersuchungszeitraums in fünf Abschnitte von jeweils sechs Monaten und Post-hoc-Berechnungen mit Chi-Quadrat-Tests, insbesondere im Vergleich für das erste und fünfte Erhebungshalbjahr.

Insgesamt stellten sich 102 Patienten mit vietnamesischem Migrationshintergrund in diesem Erhebungszeitraum erstmalig vor. 86% aller Patientinnen waren weiblichen Geschlechts. Obwohl die Aufenthaltsdauer in Deutschland meist mehr als 10 Jahren betrug, gaben über 75% aller Patient*innen ihre deutschen Sprachkenntnisse als gering oder sehr gering an. Nahezu 70% aller Patient*innen migrierten vor dem 30. Lebensjahr nach Deutschland. Allerdings waren weniger als 20% zum Zeitpunkt der Erstvorstellung sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Die Patient*innen mit einer depressiven Episode zeigten durchschnittlich einen mittelgradigen depressiven Schweregrad anhand des HAMD-17 Score erhoben in vietnamesischer Sprache. Bei zwei Dritteln aller Patient*innen war die Erstbehandlung in der Spezialambulanz zudem der erstmalige Kontakt mit einem psychiatrischen Hilfeangebot. Vietnamesische Patient*innen mit schizophrenen Störungen hatten über beide Erhebungszeiträume signifikant häufiger psychiatrische Vorkontakte (70,6%) als depressive Patient*innen (29,6%) ($p=0,009$). Während im ersten Halbjahr noch ein Drittel aller Patient*innen mit der Hauptdiagnose einer Erkrankung aus dem Spektrum der Schizophrenien (F2x) diagnostiziert worden waren, waren es im fünften Halbjahr lediglich mehr 7,7% ($p=0,044$) aller Patient*innen. Hingegen erfüllten im ersten Halbjahr 25% aller Patient*innen beim Erstkontakt die ICD-10 Kriterien für eine Hauptdiagnose Depression, im fünften Halbjahr war der Anteil auf 69,2% gestiegen ($p=0,011$). Darüber hinaus zeigte sich eine Zunahme der Vermittlung durch mündliche "Peer-to-Peer" Empfehlung von 8,3% im ersten Halbjahr auf 53,8% im fünften Halbjahr ($p=0,008$).

Ta TMT, Neuhaus AH, Burian R, Schomerus G, von Poser A, Diefenbacher A, Röttger-Rössler B, Dettling M, Hahn E. Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*. 2015 Jul;42(5):267-73.

<http://doi.org/10.1055/s-0034-1370008>

Ta TMT, Neuhaus AH, Burian R, Schomerus G, von Poser A, Diefenbacher A, Röttger-Rössler B, Dettling M, Hahn E. Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*. 2015 Jul;42(5):267-73.

<http://doi.org/10.1055/s-0034-1370008>

Ta TMT, Neuhaus AH, Burian R, Schomerus G, von Poser A, Diefenbacher A, Röttger-Rössler B, Dettling M, Hahn E. Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*. 2015 Jul;42(5):267-73.

<http://doi.org/10.1055/s-0034-1370008>

Ta TMT, Neuhaus AH, Burian R, Schomerus G, von Poser A, Diefenbacher A, Röttger-Rössler B, Dettling M, Hahn E. Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*. 2015 Jul;42(5):267-73.

<http://doi.org/10.1055/s-0034-1370008>

Ta TMT, Neuhaus AH, Burian R, Schomerus G, von Poser A, Diefenbacher A, Röttger-Rössler B, Dettling M, Hahn E. Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*. 2015 Jul;42(5):267-73.

<http://doi.org/10.1055/s-0034-1370008>

Ta TMT, Neuhaus AH, Burian R, Schomerus G, von Poser A, Diefenbacher A, Röttger-Rössler B, Dettling M, Hahn E. Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*. 2015 Jul;42(5):267-73.

<http://doi.org/10.1055/s-0034-1370008>

Ta TMT, Neuhaus AH, Burian R, Schomerus G, von Poser A, Diefenbacher A, Röttger-Rössler B, Dettling M, Hahn E. Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*. 2015 Jul;42(5):267-73.

<http://doi.org/10.1055/s-0034-1370008>

2.3. Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients.

Annegret Dreher, Eric Hahn, Albert Diefenbacher, Main Huong Nguyen, Kerem Böge, Hannah Burian, Michael Dettling, Ronald Burian, Thi Minh Tam Ta (2017). *Journal of Psychosomatic Research*. 102: 71-77. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.09.010.

Der nachfolgende Text entspricht dem Abstrakt der Publikation „Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients“, doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.09.010. Die Übersetzung erfolgte durch die Autorin Dr. med. T.M.T. Ta.

„Ziel: Trotz zahlreicher Untersuchungen zur somatischen Symptompräsentation bei Menschen mit einer Herkunft aus Süd- und Ostasien oder Südostasien sind die Ergebnisse weiterhin uneinheitlich. Untersuchungen und ein Vergleich der Symptompräsentation in klinisch und ethnisch gut charakterisierten Populationen können jedoch einen Schritt zum besseren Verständnis der Symptompräsentation zwischen Patient*innen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen darstellen. Diese Studie verglich vietnamesische Patient*innen mit deutschen Patient*innen bezüglich des kulturellen Einflusses auf die Symptompräsentation bei erstmaliger Inanspruchnahme einer psychiatrischen Behandlung.

Methoden: 110 vietnamesische und 109 deutsche Patient*innen, die sich in einer psychiatrischen Behandlung in zwei Ambulanzen befanden, füllten den Patientengesundheitsfragebogen (PHQ) aus. Die somatische Symptomsubskala (PHQ-15), die Symptomsubskala für Depression (PHQ-9) sowie die Unterskalen für Angstsymptome und psychosozialen Stress wurden für beide Gruppen unter Verwendung einer multivariaten Analyse der Kovarianz analysiert. Eine Regressionsanalyse diente der Untersuchung des Einflusses soziodemographischer und migrationspezifischer Faktoren. Ergebnisse: Vietnamesische und deutsche Patient*innen zeigten für alle Subskalen ein vergleichbares Cronbach-Alpha. Vietnamesische Patient*innen berichteten insgesamt und für einzelne Items (zum Beispiel: schmerzbedingte Items, Schwindel und Ohnmachtsanfälle) ein signifikant höheres Maß an somatischen Symptomen im Vergleich zu deutschen Patient*innen bei einem vergleichbarem Schweregrad der depressiven Symptomatik. Vietnamesische Patient*innen mit Angabe von geringen Deutschkenntnissen berichteten eine signifikant stärkere Wahrnehmung von somatischen Symptomen.

Schlussfolgerung: Eine Sensibilisierung für die kulturelle Dynamik der Symptompräsentation bei Patienten mit Depression ist unverzichtbar. Eine kulturübergreifende Symptomerfassung mittels des PHQ zeigte sich praktikabel und erweitert unser Verständnis von depressiven und psychosomatischen Symptomen.“

Dreher A, Hahn E, Diefenbacher A, Nguyen MH, Böge K, Burian H, Dettling M, Burian R, Ta TMT. (2017). Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017 Nov; 102:71-77.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.010>

Dreher A, Hahn E, Diefenbacher A, Nguyen MH, Böge K, Burian H, Dettling M, Burian R, Ta TMT. (2017). Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017 Nov; 102:71-77.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.010>

Dreher A, Hahn E, Diefenbacher A, Nguyen MH, Böge K, Burian H, Dettling M, Burian R, Ta TMT. (2017). Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017 Nov; 102:71-77.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.010>

Dreher A, Hahn E, Diefenbacher A, Nguyen MH, Böge K, Burian H, Dettling M, Burian R, Ta TMT. (2017). Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017 Nov; 102:71-77.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.010>

Dreher A, Hahn E, Diefenbacher A, Nguyen MH, Böge K, Burian H, Dettling M, Burian R, Ta TMT. (2017). Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017 Nov; 102:71-77.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.010>

Dreher A, Hahn E, Diefenbacher A, Nguyen MH, Böge K, Burian H, Dettling M, Burian R, Ta TMT. (2017). Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017 Nov; 102:71-77.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.010>

Dreher A, Hahn E, Diefenbacher A, Nguyen MH, Böge K, Burian H, Dettling M, Burian R, Ta TMT. (2017). Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017 Nov; 102:71-77.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.010>

2.4. Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany

Main Huong Nguyen, Eric Hahn, Katja Wingenfeld, Iris T Graef-Calliess, Anita von Poser, Malte Stopsack, Hannah Burian, Annegret Dreher, Simon Wolf, Michael Dettling, Ronald Burian, Albert Diefenbacher und Thi Minh Tam Ta (2017). *International Journal of Social Psychiatry*. 63(8): 708-716. doi: 10.1177/0020764017735140.

Der nachfolgende Text entspricht dem Abstrakt der Publikation „Acculturation and severity of depression among first - generation Vietnamese outpatients in Germany“, doi: 10.1177/0020764017735140. Die Übersetzung erfolgte durch die Autorin Dr. med. T.M.T. Ta.

„Hintergrund: Migrationsherausforderungen, insbesondere im Hinblick auf den Akkulturationsprozess, sind verbunden mit einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen. Vietnamesische Migrant*innen stellen zahlenmäßig die größte südostasiatische Migrant*innengruppe in Deutschland dar. Es gibt jedoch keine Daten zum Zusammenhang zwischen dem psychischen Gesundheitszustand und den Akkulturationsstilen in dieser Bevölkerungsgruppe.

Ziel: Die vorliegende Studie untersucht eine Beziehung zwischen zwei etablierten Dimensionen von Akkulturation, die Orientierung in die Aufnahmegesellschaft (DSI) und die Orientierung zur ethnischen Herkunftsgesellschaft (ESI) und die vier daraus resultierenden Akkulturationsstrategien (Integration, Assimilation, Trennung und Marginalisierung) im Zusammenhang mit dem Schweregrad von Depression.

Methoden: Eine Stichprobe von N = 113 vietnamesischen ambulanten Patient*innen der ersten Generation aus einer psychiatrischen Ambulanz für vietnamesische Migrant*innen in Deutschland wurden hinsichtlich ihrer berichteten depressiven Symptome untersucht mittels des (Beck Depression Inventory-II (BDI-II)) und einer Akkulturationsskala (Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS)).

Ergebnisse: In Übereinstimmung mit den vorbekannten Hypothesen berichteten Patient*innen mit einer Orientierung sowohl zur deutschen als auch zur vietnamesischen Gesellschaft über weniger stark ausgeprägte depressive Symptome. Die Ergebnisse zeigten, dass integrierte Patient*innen über einen geringeren depressiven Schweregrad im Vergleich zu marginalisierenden Patient*innen, mit dem stärksten Schweregrad von Depression berichteten. Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse zeigen, dass anhand einer Stichprobe von vietnamesischen Patient*innen der ersten Generation mit einer Depression eine Orientierung

sowohl zur Mehrheitsgesellschaft als auch zur Herkunftsgesellschaft als eine potenzielle Ressource gesehen werden kann. Eine fehlende Orientierung zu beiden Gesellschaften ist dagegen mit einem erhöhten Risiko für Depression verbunden.“

Nguyen MH, Hahn E, Wingenfeld K, Graef-Calliess IT, von Poser A, Stopsack M, Burian H, Dreher A, Wolf S, Dettling M, Burian R, Diefenbacher A, Ta TMT. Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017 Dec;63(8):708-716.

<https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Nguyen MH, Hahn E, Wingenfeld K, Graef-Calliess IT, von Poser A, Stopsack M, Burian H, Dreher A, Wolf S, Dettling M, Burian R, Diefenbacher A, Ta TMT. Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017 Dec;63(8):708-716.

<https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Nguyen MH, Hahn E, Wingenfeld K, Graef-Calliess IT, von Poser A, Stopsack M, Burian H, Dreher A, Wolf S, Dettling M, Burian R, Diefenbacher A, Ta TMT. Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017 Dec;63(8):708-716.

<https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Nguyen MH, Hahn E, Wingenfeld K, Graef-Calliess IT, von Poser A, Stopsack M, Burian H, Dreher A, Wolf S, Dettling M, Burian R, Diefenbacher A, Ta TMT. Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017 Dec;63(8):708-716.

<https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Nguyen MH, Hahn E, Wingenfeld K, Graef-Calliess IT, von Poser A, Stopsack M, Burian H, Dreher A, Wolf S, Dettling M, Burian R, Diefenbacher A, Ta TMT. Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017 Dec;63(8):708-716.

<https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Nguyen MH, Hahn E, Wingenfeld K, Graef-Calliess IT, von Poser A, Stopsack M, Burian H, Dreher A, Wolf S, Dettling M, Burian R, Diefenbacher A, Ta TMT. Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017 Dec;63(8):708-716.

<https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Nguyen MH, Hahn E, Wingenfeld K, Graef-Calliess IT, von Poser A, Stopsack M, Burian H, Dreher A, Wolf S, Dettling M, Burian R, Diefenbacher A, Ta TMT. Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017 Dec;63(8):708-716.

<https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Nguyen MH, Hahn E, Wingenfeld K, Graef-Calliess IT, von Poser A, Stopsack M, Burian H, Dreher A, Wolf S, Dettling M, Burian R, Diefenbacher A, Ta TMT. Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017 Dec;63(8):708-716.

<https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Nguyen MH, Hahn E, Wingenfeld K, Graef-Calliess IT, von Poser A, Stopsack M, Burian H, Dreher A, Wolf S, Dettling M, Burian R, Diefenbacher A, Ta TMT. Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017 Dec;63(8):708-716.

<https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

2.5. Migration-related Stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany

Simon Wolf, Eric Hahn, Michael Dettling, Main Huong Nguyen, Katja Wingenfeld, Markus Stingl, Bernd Hanewald, und Thi Minh Tam Ta (2017). *Depression Research and Treatment*. doi: 10.1155/2017/8930432

In dieser Studie wurden 137 Patient*innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund mit einer im Rahmen unserer Spezialambulanz für vietnamesische Migrant*innen diagnostizierten depressiven Episode im Zeitraum von März 2012 bis Februar 2016 eingeschlossen. Nach der psychiatrischen klinischen Diagnosestellung durch die Autorin T.M.T. Ta und Abgabe der schriftlichen Einverständniserklärung füllten die Patient*innen das Becks Depression Inventar, 2. Version (BDI-II) [91] zur Erfassung der depressiven Symptomatik aus, welches zuvor in die vietnamesische Sprache mittels Rückübersetzungstechnik [92] übertragen wurde. Mittels des für die Analysen verwendeten empirisch validierten BDI-II Symptom-Strukturmodells nach Buckley, Parker und Heggie [93] konnte anhand der 21-Items des BDI-II drei äquivalente Subgruppen entsprechend einer kognitiven, affektiven und somatischen Domäne einer Depression abgeleitet werden. Darüber hinaus erhielten die Patient*innen Fragebögen zur Erhebung der soziodemographischen Daten und der selbst wahrgenommenen migrationsbezogenen Belastungen, die mittels einer Liste von 25 Fragen erhoben wurden [94]. Nach jedem Item wurde gefragt, ob die Belastung im Lauf des Migrationsprozesses vorhanden („ja“=1) oder nicht vorhanden („nein“=0) war. Der kumulative Summenscore der Einzelitems der 25-Item-Liste bildete den kalkulierten Stressor-Quantität Index (SQ). Ein höherer Index impliziert dabei eine höhere Anzahl von wahrgenommenen migrationsbezogenen Stressoren. Eine hierarchische Regressionsanalyse wurde zur Untersuchung des Einflusses von den migrationsbezogenen Stressoren auf selbst berichtete depressive Symptome mittels des BDI-II durchgeführt. Durchschnittlich betrug der Gesamtscore des BDI-II 29,96 Punkte (SD= 13,58), was auf im Mittel auf eine mittel- bis schwergradige depressive Symptomatik hinweist. Die depressive Symptomatik bestand zum Zeitpunkt der Erstvorstellung im Mittel bereits seit 23,2 Monaten (SD= 25,6). Über 60% aller Patient*innen gaben kaum vorhandene oder fehlende Deutschkenntnisse an. Insgesamt identifizierten wir als die fünf häufigsten migrationsbezogenen Stressoren in unserer Studie: (1) Schwierigkeiten mit der Kommunikation in Deutschland (n= 85), (2) Sehnsucht nach der Familie in Vietnam (n= 71), (3) Schwierigkeiten bei der Anpassung an die deutsche Gesellschaft (n=63), (4) Ambivalenz, wie man sich in bestimmten Situationen verhalten sollte (n= 54), sowie (5) Einsamkeit oder das Gefühl von sozialer Isolation (n =51).

Anhang der Regressionsanalyse fanden wir einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einer höheren Anzahl der berichteten migrationsbezogenen Belastungen und der Ausprägung der depressiven Symptomatik anhand des BDI-II, insbesondere hinsichtlich einer der kognitiven Domäne zuzuordnenden Depressionssubskala. Die einzelnen Symptome wie Pessimismus, wahrgenommene Fehler in der Vergangenheit, Schuldgefühle, Bestrafungsgedanken und insbesondere Suizidgedanken waren mit stärkeren wahrgenommenen migrationsbezogenen Belastungen assoziiert.

Wolf, S, Hahn E, Dettling M, Nguyen MH, Wingenfeld K, Stingl M, Hanewald B, Ta TMT. Migration-Related Stressors and Their Effect on the Severity Level and Symptom Pattern of Depression among Vietnamese in Germany. *Depression Research and Treatment*. 2017 Aug;(1):1-9.

<https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Wolf, S, Hahn E, Dettling M, Nguyen MH, Wingenfeld K, Stingl M, Hanewald B, Ta TMT. Migration-Related Stressors and Their Effect on the Severity Level and Symptom Pattern of Depression among Vietnamese in Germany. *Depression Research and Treatment*. 2017 Aug;(1):1-9.

<https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Wolf, S, Hahn E, Dettling M, Nguyen MH, Wingenfeld K, Stingl M, Hanewald B, Ta TMT. Migration-Related Stressors and Their Effect on the Severity Level and Symptom Pattern of Depression among Vietnamese in Germany. *Depression Research and Treatment*. 2017 Aug;(1):1-9.

<https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Wolf, S, Hahn E, Dettling M, Nguyen MH, Wingenfeld K, Stingl M, Hanewald B, Ta TMT. Migration-Related Stressors and Their Effect on the Severity Level and Symptom Pattern of Depression among Vietnamese in Germany. *Depression Research and Treatment*. 2017 Aug;(1):1-9.

<https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Wolf, S, Hahn E, Dettling M, Nguyen MH, Wingenfeld K, Stingl M, Hanewald B, Ta TMT. Migration-Related Stressors and Their Effect on the Severity Level and Symptom Pattern of Depression among Vietnamese in Germany. *Depression Research and Treatment*. 2017 Aug;(1):1-9.

<https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Wolf, S, Hahn E, Dettling M, Nguyen MH, Wingenfeld K, Stingl M, Hanewald B, Ta TMT. Migration-Related Stressors and Their Effect on the Severity Level and Symptom Pattern of Depression among Vietnamese in Germany. *Depression Research and Treatment*. 2017 Aug;(1):1-9.

<https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Wolf, S, Hahn E, Dettling M, Nguyen MH, Wingenfeld K, Stingl M, Hanewald B, Ta TMT. Migration-Related Stressors and Their Effect on the Severity Level and Symptom Pattern of Depression among Vietnamese in Germany. *Depression Research and Treatment*. 2017 Aug;(1):1-9.

<https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Wolf, S, Hahn E, Dettling M, Nguyen MH, Wingenfeld K, Stingl M, Hanewald B, Ta TMT. Migration-Related Stressors and Their Effect on the Severity Level and Symptom Pattern of Depression among Vietnamese in Germany. *Depression Research and Treatment*. 2017 Aug;(1):1-9.

<https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Wolf, S, Hahn E, Dettling M, Nguyen MH, Wingenfeld K, Stingl M, Hanewald B, Ta TMT. Migration-Related Stressors and Their Effect on the Severity Level and Symptom Pattern of Depression among Vietnamese in Germany. *Depression Research and Treatment*. 2017 Aug;(1):1-9.

<https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

3. Diskussion:

3.1. Das Inanspruchnahmeverhalten und deren Einflussfaktoren bei Menschen mit vietnamesischem Hintergrund

In dem Sample der vietnamesischen Allgemeinbevölkerung in Großraum Hanoi waren sowohl bezüglich der Vignetten für Depression als auch für Schizophrenie die fünf häufigsten unterstützten Empfehlungen für Gesundheitsdienstleitungen: 1. das Aufsuchen von Psychiater*innen, 2. Psychotherapeut*innen, 3. Allgemeinärzt*innen, 4. Vertrauenspersonen und 5. Rehabilitationseinrichtungen. Andere mögliche Antwortoptionen wie Internetangebote, Naturheiler, geistlicher Beistand, Feng-Shui-Meister oder Kontaktaufnahme mit den Ahnen über ein Medium wurden eher nicht empfohlen. Die vietnamesischen Teilnehmer*innen in unserer Kohorte empfahlen demnach eher evidenzbasierte Interventionen einer psychiatrischen Gesundheitsversorgung für beide Vignettenbedingungen, wobei diese Ergebnisse auch in Untersuchungen in Ländern des globalen Nordens gefunden wurden [95–98]. Diese Ergebnisse weisen zudem auf eine gute psychische Gesundheitskompetenz und ein allgemeines Vertrauen in medizinische Ansätze und psychiatrische Therapieoptionen, trotz der vorhandenen psychiatrischen Behandlungslücke, hin. Interessanterweise wurden der Besuch von Psychotherapeut*innen und einer Psychotherapie im Allgemeinen entsprechend dem globalen Trend [52] sowohl bei Schizophrenie (81,8% und 92%) als auch bei Depression (beide 79,4%) am häufigsten empfohlen, obwohl in Vietnam bis dato sowohl die Psychotherapie als Behandlungsangebot als auch die Psychotherapieausbildung noch nicht gesetzlich geregelt wurden. Diese Ergebnisse können auf die positive allgemeine Einstellung zur Psychotherapie („trị liệu tâm lý“) und Psychotherapeut*innen („nhà trị liệu tâm lý“) und die Erwartung an eine professionelle Vertrauensperson mit der wahrgenommenen Befähigung zu empathischer Zuwendung und der Fähigkeit zum Zuhören hinweisen [52]. Daher empfiehlt sich die Integration von psychotherapeutischen und gesprächsbasierten Angeboten in die psychiatrische und psychosoziale Versorgung für Patient*innen mit vietnamesischer Herkunft nicht nur in Vietnam, sondern auch in Deutschland.

Diesbezüglich ist sind die aktuellen Entwicklungsansätze einer sprach- und kultursensitiven Psychotherapie für diese Patient*innengruppe von Bedeutung. Im Rahmen unserer Spezialambulanz für vietnamesische Migrant*innen erforschen wir, basierend auf unseren klinischen Erfahrungen, systematischer psychiatrisch-anthropologischer Forschung und qualitativen Interviews, im Rahmen Teilprojekts 2 des SFB 1171 „Affective Societies“ und aufbauend auf Theorien zu einer sozial-relationalen Affektivität die Wirksamkeit von Therapiemodulen. Aufbauend auf diesen Ansätzen und mixed-method Daten entwickeln wir eine erstmalige sprach- und kultursensibel adaptierte emotions- und affekt fokussierte

manualisierte Gruppenpsychotherapie für Menschen mit vietnamesischem Migrationshintergrund. Im Vordergrund stehen dabei das Erkennen, der Umgang und die Artikulation von Emotionen und Affekten in Wechselwirkungen zwischen menschlichen und nicht-menschlichen Akteur*innen und ihren Umwelten, unter Berücksichtigung eines grundlegenden relationalen Affektverständnisses. Adaptierte Methoden aus der kognitiven Verhaltenstherapie, der achtsamkeitsbasierten Psychotherapie und der emotionsfokussierten Therapie werden auf dieses relationale Affektverstehen angewandt, sodass Patient*innen lernen, Affizierungsprozesse, Dynamiken affektiver Arrangements und sich verändernde und aufeinandertreffende Emotionsrepertoires wahrzunehmen und flexibler in neue kontextadaptierte Repertoires zu transformieren [72]. Mit dem Fokus auf die soziokulturellen Dimensionen von Emotionen, Affekten und Relationalität zeigt sich das Therapieprogramm in seiner Wirkung vielversprechend, zeigt eine niedrige Drop-Out Rate und wird zentral in die Therapie für Patient*innen mit vietnamesischem Hintergrund an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin Berlin, CBF implementiert.

Signifikante Unterschiede bezüglich der Therapieempfehlungen zwischen Depression und Schizophrenie geben jedoch auch Hinweise auf differente Erklärungsmodelle der vietnamesischen Allgemeinbevölkerung bei beiden psychischen Störungen. Schizophrenie wird dabei im vietnamesischen Kontext als eine der schwersten psychiatrischen Störung und als medizinische und biologisch deutlicher determinierte Krankheit wahrgenommen [66,99–101]. Dementsprechend wurde das Aufsuchen von Psychiater*innen bei der Vignettenbedingung mit nicht gelabelten Symptomen einer Schizophrenie signifikant häufiger empfohlen. Demgegenüber werden als Ursachen für depressive Störungen häufiger interpersonelle Stressoren wie eine romantische Liebe oder Partnerschaftskonflikte angegeben [14,17,102]. Bei depressiven Störungen wurden in diesem Zusammenhang auch häufiger Selbstmanagement- und Selbsthilfe-Strategien, gegenüber medizinischen und psychopharmakologischen Interventionen, empfohlen [17].

Im Rahmen unserer Untersuchung zur Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migrant*innen der ersten Generation in Deutschland fanden wir einen Geschlechtsunterschied, wobei männliche Patienten in der Inanspruchnahmepopulation deutlich unterrepräsentiert sind (14% vs. 86%) [85]. Eine mögliche Erklärung für den geringeren Anteil an männlichen Patienten in unserer Inanspruchnahmepopulation könnte eine genderabhängige Einstellung zur Psychiater*innen und psychiatrischer Behandlung bei Männern mit vietnamesischem Hintergrund darstellen. Eine Untersuchung im Rahmen unserer Arbeitsgemeinschaft zur kulturellen Einstellungsforschung zeigte einen Einfluss des Gender auf die öffentlichen Einstellungen zu Psychiater*innen in der vietnamesischen Kohorte in Hanoi [59]. Männliche Teilnehmer zeigten

hier signifikant negativere Einstellung zu Psychiater*innen im Vergleich zu weiblichen Teilnehmerinnen. Dieses Ergebnis kann historisch auf die in Vietnam weitverbreitete konventionelle Männerrolle und die erwartete Maskulinität zurückgeführt werden, die als männliches Rollenverhalten vorgibt, dominant und kompetitiv zu sein, sowie „alles im Griff“ zu haben [103–105]. Ein solches traditionelles vietnamesisches Männlichkeitsideal kann die Symptomrepräsentation und damit das Gesundheitsverhalten von Männern, die an einer Depression oder einer anderen psychischen Störung leiden, beeinflussen. Dies könnte die relativ verminderte Inanspruchnahme einer psychiatrischen Behandlung bei Männern erklären, welche vermeintlich ein Zeichen persönlicher Schwäche darstellen könnte. Eine Selbstzuschreibung einer psychischen Störung könnte zudem ihr erwartetes Rollenideal als die „tragende Säule“ („trụ cột“) der Familie in Frage stellen kann. Eine negativere Einstellung gegenüber Psychiater*innen könnte zudem bei Männern mit vietnamesischem Migrationshintergrund eine frühzeitige oder präventive Inanspruchnahme von psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangeboten verhindern. Diese Überlegungen und Befunde bieten einen möglichen Erklärungsansatz für eine Unterrepräsentation von männlichen Patienten (25% aller Patient*innen) in unserer Spezialambulanz für vietnamesische Migrant*innen, wobei das Geschlechtsverhältnis der Bevölkerung mit vietnamesischen Migrationshintergrund in Berlin nahezu ausgeglichen ist [72]. Die beobachtbare Genderdifferenz in unserer psychiatrischen Inanspruchnahmepopulation zeigt einmal mehr den Bedarf von spezifischen Psychoedukationsprogrammen und zielgruppenorientierten Therapieangeboten auch für vietnamesische Männer auf. Ein Weg dahin kann sein, das persönliche Bewusstsein für psychische Gesundheit, psychiatrische Störungen und die psychiatrischen und psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten, zu erweitern.

Neben dem Einfluss des Gender wurde eine Korrelation zwischen Religiosität und einer negativeren Einstellung zu Psychiater*innen in der vietnamesischen Kohorte identifiziert, welche konsistent zu Untersuchungen in anderen asiatischen Ländern, aber auch aus den USA, ist [58,106–109]. Die besondere Rolle von religiös eingebetteten Angeboten als Unterstützung im Umgang mit Krankheitsphasen bei psychiatrischen Störungen ist für viele Patient*innen, insbesondere an Orten, an denen auch ein Mangel an professionellen psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsoptionen herrscht, unstrittig [110]. Allerdings sollte ein Zusammenhang zwischen Religiosität und einem verminderten oder verzögerten Inanspruchnahmeverhalten evidenzbasierter professioneller Therapieangebote bei psychiatrischen Störungen [58,106–109] entgegengewirkt werden. Das vom Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit initiierte Programm Psychiatrie-Information-Religion-Austausch (PIRA) stellte beispielhaft eine Innovation zum Aufbau einer Brücke zwischen Religion und Psychiatrie in Berlin, u.a. zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von

Menschen mit Migrationshintergrund, durch den Aufbau einer am individuellen Bedarf psychiatrischer Patient*innen ausgerichteten Versorgung, dar [111].

Die Ergebnisse unserer Untersuchungen zur öffentlichen Einstellung gegenüber Psychiater*innen und psychiatrischen Störungen weisen auf mögliche Hindernisse und modulierbare Einflussfaktoren für das Inanspruchnahmeverhalten von Menschen mit vietnamesischem Hintergrund hin, die erste Schritte zum Abbau von Barrieren in der psychiatrisch-psychosozialen Versorgung ermöglichten. Allerdings müssen die Ergebnisse im Licht der Limitationen unserer Studien zu öffentlichen Einstellungen in Vietnam betrachtet werden. Zunächst einmal kann kein kausaler Zusammenhang aufgrund des Querschnittsstudiendesigns aufgezeigt werden. Darüber hinaus wurde die Untersuchung bei einer repräsentativen Kohorte in Hanoi in Vietnam durchgeführt, daher wurden Migrationsfaktoren nicht berücksichtigt und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist demnach eingeschränkt. Dennoch stellen diese Studien erstmalige Untersuchungen zu diesen Fragenstellungen in einer vietnamesischen Kohorte dar, die Hinweise auf soziokulturell bedingte Einflüsse auf die Inanspruchnahme von psychiatrischen Therapieangeboten gaben. Hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit wäre anzumerken, dass 95% unserer Patient*innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund sich als die erste Generation ausweisen und ein ähnliches Bildungsniveau im Vergleich zu der untersuchten vietnamesischen Kohorte (78,4 % haben einen Sekundärschulabschluss) [85] haben. Derzeit sind zudem Untersuchungen zur Einstellung gegenüber Psychiatrie und psychiatrischen Störungen bei Menschen mit vietnamesischen und anderen Migrationshintergründen in Deutschland in Vorbereitung.

Mittels der systematischen Langzeitbeobachtungsstudie zum Inanspruchnahmeverhalten im Rahmen der Spezialambulanz für vietnamesische Migrant*innen zeigte sich im Zeitverlauf eine signifikante Steigerung der Erstkontakte von Patient*innen mit sogenannten häufigen psychischen Störungen wie einer Depression bei gleichzeitig relativer Abnahme der Erstvorstellungen aufgrund einer psychotischen Störung (ICD-10 F2.x) [85]. Darüber hinaus konnten wir über einen Zeitraum von 30 Monaten eine Zunahme der Erstvorstellungen nach mündlicher Empfehlung in und durch die vietnamesischen Communities beobachten. Wir interpretieren die Ergebnisse so, dass eine persönliche Empfehlung untereinander (Peer-to-Peer), wahrscheinlich durch in den Communities aktiv vernetzte Patient*innen bzw. deren Angehörige die Inanspruchnahme bei einer schwer erreichbaren Migrantengruppe, insbesondere für die zahlenmäßig häufigeren affektiven Störungen, entscheidend verbessern konnte. Gleichzeitig könnte auf diesem Weg eine Reduktion der Stigmatisierung einer psychiatrischen Behandlung bei vietnamesischen Migrant*innen in Deutschland stattgefunden haben, worauf darüber hinaus eine stetig steigende Nachfrage hinweist [85]. Die vorliegende Längsschnittuntersuchung gibt wichtige

Hinweise darauf, dass sprach- und kultursensitive Angebote einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von schwer erreichbaren und unterversorgten Migrationsgruppen leisten können, insbesondere wenn diese durch Mitglieder und Mitarbeiter*innen mit ähnlichen Migrationsbezügen getragen werden. Durch Empfehlungen innerhalb der Communities werden Patient*innen, insbesondere mit häufigen psychiatrischen Störungen, die zuvor aus Sorge vor öffentlicher Diskriminierung und Selbststigma eine psychiatrische Behandlung vermieden haben, dieser Zugang erleichtert [85].

3.2. Kulturspezifische und migrationsbezogene Einflussfaktoren auf die klinische Symptomrepräsentation von Patient*innen mit einem vietnamesischen Migrationshintergrund.

Die Analyse der soziobiographischen Daten unserer Studien zeigte, dass über 50% der Patient*innen trotz langjährigen Aufenthalts in Deutschland nur geringe deutsche Sprachkenntnisse angeben [112]. Je mehr migrationsbezogene Belastungen in unserer Untersuchung angegeben wurden, desto stärker war der Schweregrad wahrgenommener depressiver Symptome. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass es einen Zusammenhang zwischen einer höheren Anzahl von wahrgenommenen migrationsbezogenen Belastungen und Suizidalität gab [112]. Dabei weisen unsere klinischen Erfahrungen darauf hin, dass vietnamesische Patient*innen selten von sich aus über Suizidgedanken berichten. Wir empfehlen daher eine eingehende Exploration von Suizidalität bei depressiven Patient*innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund, insbesondere bei kognitiven Denkverzerrungen hinsichtlich der eigenen Person, der Vergangenheit und der Zukunft und einer hohen Anzahl an berichteten psychosozialen Belastungen. Außerdem berichteten vietnamesische Patient*innen im Vergleich zu deutschen Patient*innen bei gleicher Ausprägung der depressiven Symptomatik [113] stärker von somatischen Symptomen, insbesondere auch einer Schmerzsymptomatik. Bei ebenso häufig angegebenen psychologisch-kognitiven Symptomen der Depression war ein vermehrtes Berichten von somatischen Symptomen nicht mit einer gleichzeitigen verminderten Wahrnehmung von depressiven Symptomen bei vietnamesischen Patient*innen korreliert.

Diese Daten stehen somit auch im Kontrast zu als historisch einzuordnenden Konzepten einer „unreifen Somatisierung“ im Gegensatz zu einer „reifen Psychologisierung“ bei Menschen mit asiatischem oder nicht-westlichen Hintergrund [15,114]. Das vermehrte Wahrnehmen einer somatischen Symptomatik bei vietnamesischen Patient*innen kann unter anderem in der vietnamesischen Sprache und im Rahmen der in der vietnamesischen Kultur

vorherrschenden Vorstellungen von Konzepten von „Psyche“ und „Körper“ analysiert werden. In der vietnamesischen Sprache beschreibt das Wort „Emotion“ („cảm xúc“) einen wahrgenommenen emotionalen Prozess als ein Ergebnis des Kontakts zwischen einer Person und seiner Umwelt [115] und beinhaltet fundamental eine leiblich erlebbare Komponente. Vietnames*innen tendieren aus einer westlich geprägten Perspektive häufig dazu, ihre Emotionen in Rückbezug auf ihre soziale Umwelt und ihren Körper auszudrücken. Während in westlichen Kulturen eine stärkere heuristische Trennung zwischen Körper und Psyche kulturell verbreitet ist, sind die beiden Komponenten in der vietnamesischen Kultur konzeptionell verschmolzen [116,117]. Daher können angegeben somatische Symptome der Depression als direkter Ausdruck von emotionaler Belastung bei vietnamesischen Patient*innen interpretiert werden. Die Ergebnisse unserer Untersuchung weisen darauf hin, wie eine kulturell geprägte Sozialisation die öffentliche und persönliche Aufmerksamkeit auf jeweilige psychopathologisch erfassbare Symptome formt. Für die klinische Arbeit ist es relevant, ein Depressionsscreening u. a. bei vietnamesischen Patient*innen auch bei Angabe von deutlicher somatischer Symptomatik durchzuführen. Darüber hinaus fanden wir in unserer Studie, dass eine Orientierung sowohl zur Mehrheitsgesellschaft als auch zur Herkunftsgesellschaft als sogenannter integrativer Akkulturationsstil in unserer klinischen Sample mit einem niedrigeren Schweregrad der Depression assoziiert war [88], was Ergebnissen anderer Studien bei US-Amerikaner*innen mit asiatischem Hintergrund übereinstimmt [24]. In unserer Studie zeigten vietnamesische Patient*innen mit einer Integrationsstrategie konkret die geringsten Symptome im Becks-Depressions-Inventar-II. Dieses Ergebnis stand ebenso Einklang mit den Untersuchungen sowohl in den Vereinigten Staaten [118,119], als auch in Deutschland [120]. Die Anwendung einer Akkulturationsstrategie, die die Integration in beide Kulturen und Gesellschaften ermöglicht, kann demnach als förderlich für psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationserfahrungen betrachtet werden. Eine Studie von Behrens et al. (2015) [120], konnte zeigen, dass die Patient*innen mit einer Assimilationsstrategie einen höheren Schweregrad an depressiven Symptomen aufwiesen. Die Assimilationsstrategie basiert auf einer Reduktion von herkunftskulturell sozialisierten Verhaltensstrategien und kann mit einer Identitätskrise, verminderter Resilienz und einem damit einhergehenden erhöhten Risiko für eine Depression assoziiert sein [120]. Außerdem zeigte unsere Studie, dass Patient*innen mit einer Marginalisierungsstrategie die schwersten depressiven Symptome angaben. Dieses Ergebnis, in Verbindung mit den Befunden zur Orientierung der Mehrheitsgesellschaft und Herkunftsgesellschaft, gibt einen Hinweis darauf, dass der Verlust eines Zugehörigkeitsgefühls (Belonging), welches auf Gemeinsamkeit und Gegenseitigkeit aufgrund geteilter

Wertvorstellungen, Praktiken, sowie einer sensorisch-physischen Verbundenheit mit Objekten und Orten beruht [121,122], als Risikofaktor interpretiert werden kann.

Allerdings müssen auch nachfolgend aufgeführte Limitationen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Einerseits basierte die Untersuchung auf einem naturalistischen klinischen Sample, verbunden mit einer relativen hohen Drop-Out Rate (22%), zum anderen schließt das querschnittliche Studiendesign einen kausalen Zusammenhang aus und erfasst keine Veränderung der Akkulturationsstile im Lauf des Lebens. Darüber hinaus fokussiert die angewendete Akkulturationsskala (SMAS) stark auf die Verhaltensebene (z.B.: Kochen, Beten, Lesen, und andere Teilhabeaktivitäten) und berücksichtigt die emotionale Ebene nicht ausreichend. Außerdem bleiben die multiplen Zugehörigkeiten oder die multiplen kulturellen Hintergründe der in Deutschland lebenden Bevölkerungsgruppen sowie die zunehmende Transmigration und technischen Möglichkeiten für digitale Ko-Präsenzen in diesen skalenbasierten Untersuchungsmethoden nicht ausreichend beachtet. Dennoch kann die dargelegte Originalarbeit zum ersten Mal einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der aktuellen depressiven Episode und dem Akkulturationsstil in dieser Gruppe der Vietnamesischen Migrant*innen aufweisen. Anhand der Daten konnten wir zudem einen möglichen Risikofaktor bei depressiven vietnamesischen Patient*innen identifizieren. So kann die verfügbare Akkulturationsstrategie, einerseits als zusätzliche Belastung, aber andererseits auch als Folge der depressiven Episode mit einhergehendem sozialem Rückzug, verstanden werden. Diese Ergebnisse haben in jedem Fall eine klinische relevante Implikationen in der psychotherapeutischen Behandlung von vietnamesischen Migrant*innen mit Depression, in dem wir die Marginalisierung beider Kulturen als eine therapeutisch beeinflussbare Zielsymptomatik betrachten, die wir im Rahmen der zuvor angedeuteten Gruppenpsychotherapie modifizieren können.

Im Rahmen unseres bi-disziplinären Teilprojekts des SFB 1171 - Affective Societies entwickeln wir seit 2015 und seit 2019 in der zweiten Laufzeit u. a. eine emotions- und affektfokussierte Gruppenpsychotherapie auf Basis der kognitiven Verhaltenstherapie, ergänzt durch die in der interdisziplinären SFB-Projektarbeit entwickelten affekttheoretischen Konzepte. Einer der wichtigsten Ansätze besteht darin die Adressierung des Zugehörigkeitsgefühls zur Herkunftsgesellschaft und/oder zur Mehrheitsgesellschaft als flexibel verwendbare Ressource zu betrachten und damit die Integration in die Gesellschaft durch Etablierung und Entwicklung von transkulturellen Emotionsrepertoires zu begünstigen.

3.3. Migrationsbezogene Belastungen von Patient*innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund

Anhand der quantitativen Untersuchungen konnten wir spezifische migrationsbezogene Belastungen bei vietnamesischen Migrant*innen identifizieren, wobei am häufigsten fünf Bereiche angegeben wurden: Verständigungsprobleme aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse, Sehnsucht nach der Familie in Vietnam, Schwierigkeiten bei der Anpassung an die deutsche Gesellschaft, Unklarheit, wie man sich in bestimmten Situationen verhalten soll sowie Einsamkeit oder das Gefühl von sozialer Isolation [116]. Allerdings konnten die komplexen Interaktionen von Emotionen und Affekten in unseren quantitativen Untersuchungen zur psychischen Gesundheit von vietnamesischen Migrant*innen methodologisch nicht hinreichend berücksichtigt werden. Sie spielen jedoch eine entscheidende Rolle im sozialen Zusammenleben und für resilienzfördernde Integrationsprozesse. Um diese Lücke zu schließen untersuchen wir in einem psychiatrisch-anthropologischen Teilprojekt A02 „Affektive Anstrengungen der Migration“ die Transformation von Emotionsrepertoires in einem transkulturellen psychiatrischen Setting [123]. In dem Projekt verfolgen übergreifend einen aktorszentrierten mixed-method Ansatz unter einer Langzeitperspektive und aufbauend auf der Methode der Multiperspektivität. Durch teilnehmende Beobachtung und qualitative Interviews können interdisziplinär die Einflüsse unterschiedlicher Mobilitätsregime mit unterschiedlichen Herkunfts- und Ankunftsbedingungen, in diesem Fall ehemalige vietnamesische Vertragsarbeiter*innen und ehemalige Boatpeople auf die Anstrengungen der Migration und gewählte Bewältigungsstrategien untersucht werden. Diese erstmalig qualitativ erfassten Anstrengungen der Migration sind zum Beispiel bei den sogenannten Boatpeople der anhaltende Verlust von Heimat, traumatische Erlebnisse durch die Flucht, negative Emotionen (Hass, Ärger, Scham) bezogen auf die Vergangenheit, jedoch auch ein geteiltes Dankbarkeitsnarrativ gegenüber Deutschland und seinen in diesem Kontext integrativ wirkenden Institutionen.

Bei den Vietnames*innen, die als Vertragsarbeiter*innen in die ehemalige DDR kamen, führte eine „zweite Migration“ und zeitweise Illegalisierung nach der Wende zu affektiven Ambivalenzen und größerer Unsicherheit gegenüber den deutschen Institutionen. Als Bewältigungsstrategien sind bei geflüchteten Vietnames*innen religiöse Zugehörigkeit und familiärer Zusammenhalt stärker präsent, auch weil sie oft als Familien geflohen sind bzw. Familienzusammenführungen möglich waren. Bei Vertragsarbeiter*innen aus dem Norden Vietnams führte eine langfristige Trennung in Folge der Arbeitsmigration zu affektiven Brüchen mit ihren Familien und ihren in Vietnam verbliebenen Freund*innen. Arbeit hatte für diese

Gruppe sowohl als Migrationsgrund mit der Möglichkeit in der DDR zu arbeiten und später als zentrale Voraussetzung für eine Bleibeperspektive eine besondere Bedeutung. Für beide Gruppen stellen Erfahrungen mit Gewalt, Diskriminierung und Unsicherheit in einem Leben zwischen den Welten sowie sich verändernde Emotionsrepertoires affektive Anstrengungen dar [124,125]. Anhand unseres auf Interdisziplinarität und mixed-method basierenden Forschungsansatz können wir neben den für andere Migrantengruppen kontextabhängig aufgeführten migrationsbezogenen Belastungen wie Arbeit, Finanzen, Schwierigkeiten mit den Erziehungsstilen von Kindern im interkulturellen Setting, Partnerschaft und insuffiziente deutsche Sprachkenntnisse, zusätzlich eine affektive Anstrengung identifizieren, welche sich in einer „mehrdimensionalen Sprachlosigkeit“ entfaltet [126,127]. Hier konnte das Thema Sprachlosigkeit im Wechselspiel mit der Depression auf vier relationalen Ebenen analysiert werden: (1) Auf der Ebene der Mehrheitsgesellschaft und den Institutionen wird die Sprachlosigkeit auf Sprachschwierigkeiten, ungewohnte Bürokratie, Unwissen über adäquate Interaktionsformen, vergangene, einschüchternde Erfahrungen zurückgeführt, (2) gegenüber der Kernfamilie herrscht eine Sprachlosigkeit durch Asymmetrien in Sprachkompetenzen (deutsch und vietnamesisch) und aufgrund einer unterschiedlichen Sozialisierung auch hinsichtlich der sprachlichen Kommunikationsregeln zwischen den Generationen, (3) darüber hinaus konnten wir eine Sprachlosigkeit zwischen Patient*innen und Landsleuten in Deutschland identifizieren, dass auf einem Misstrauen innerhalb der vietnamesischen Communities beruht und mit Sorge vor einem sozialen Gesichtverlust einhergeht, (4) auch gegenüber der Familie in Vietnam herrscht eine Sprachlosigkeit aufgrund unterschiedlicher Erwartungen von Reziprozität und veränderter Repertoires und Werte aufgrund von Anpassungen im Akkulturationsprozess, welche in Vietnam nicht verstanden werden.

Zusätzlich möchten viele Vietnames*innen ihre Familie nicht mit ihrer psychischen Krankheit belasten, verstärkt durch Sorge vor einer Stigmatisierung im vietnamesischen Kontext. Zunehmende Entfremdungsgefühle und (Nicht)-Zugehörigkeiten erschweren den Kontakt zwischen vietnamesischen Migrant*innen und ihren Familien in Vietnam oder der vietnamesischen Diaspora [126–128]. Die identifizierten emotionalen Belastungen tragen zur Entwicklung eines kultur- und migrationssensiblen Assessments für Belastungen von Menschen mit vietnamesischem Migrationshintergrund in Deutschland bei. Darüber hinaus eröffnen die identifizierten Belastungsthemen und Sprachlosigkeit psychotherapeutisch adressierbare Therapieziele für Patient*innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund. Konkret forschen wir aktuell zur Entwicklung und Transformation von transkulturellen Emotionsrepertoires im Umgang mit Sprachlosigkeit auf den vier dargestellten sozial-relationalen Ebenen [129].

4. Zusammenfassung und Ausblick:

Seit der Eröffnung einer Spezialambulanz für vietnamesische Migrant*innen an der Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, der Charité Universitätsmedizin Berlin am Campus Benjamin Franklin im Jahr 2010 konnte ein psychiatrisch-psychotherapeutisches, kultursensibles Angebot für vietnamesische Migrant*innen in Berlin aufgebaut werden. Dieses Angebot ist mittlerweile eng in einem aktiven Netzwerk aus lokalen psychiatrischen Hilfesystemen einschließlich der Regelversorgung, professionellen und nicht-professionellen Akteuren eingebettet. Etwa die Hälfte der Akteure stammt aus den vietnamesischen Communities aller Migrationsregime. Unsere Forschung, die klinische Versorgung, sowie die Öffentlichkeitsarbeit seit Eröffnung des Spezialangebotes haben zum Abbau von Stigma und Zugangsbarrieren gegenüber psychischen Störungen und psychiatrischen Institutionen geführt und zur Sensibilisierung für das Thema „Psychische Gesundheit“ im vietnamesischen Communities beigetragen. Diese systematisch auf der psychiatrisch-psychotherapeutisch Versorgungspraxis aufbauende Forschungsleistung, die in dieser Habilitationsschrift anhand der Originalarbeiten skizziert wurde, stellt beispielhaft dar, dass kultur- und sprachensible Versorgungsangebote psychiatrische Zugangsbarrieren bei zuvor schwer erreichbaren Gruppen, wie Menschen mit vietnamesischem Migrationshintergrund, reduzieren können.

Neben der Verbesserung der klinischen Versorgung, ermöglichen die vernetzten Versorgungsangebote eine Reduktion der Chancenungleichheit in der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen von Menschen mit Migrationshintergrund. Es wird zudem deutlich, dass eine von Anbeginn etablierte systematische Untersuchung hinsichtlich multipler Faktoren wie dem Inanspruchnahmeverhalten, den Akkulturationsstilen, Einstellungen zu psychiatrischen Störungen, migrationsbezogenen Belastungen, sowie Symptompräsentationen bei Menschen mit verschiedenen Migrationshintergründen dem Ansatz einer kultursensibel „personalisierten Medizin“ und der Diversity-Sensibilität in der Psychiatrie und Psychotherapie Rechnung tragen kann. Als wichtiger Schritt in diese Richtung empfiehlt sich eine bundesweite Dokumentation zur Erhebung des Migrationsstatus in stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung, wie sie die aktuelle Initiative des Referats für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Migration der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) vorschlägt [130]. Darüber hinaus erwiesen sich die interdisziplinären mixed-method Ansätze im Rahmen des SFB 1171 „Affective Societies“ in der transkulturellen psychiatrisch-psychologischen-anthropologischen Forschung als vielversprechend um die komplexen und verzahnten Phänomene von psychischer Gesundheit und Migration zu verstehen. Darauf aufbauend kann unter einer transnational ausgerichteten Langzeitperspektive eine Verbesserung der

kultursensitiven personenzentrierten psychiatrischen Versorgung in unterschiedlichen Settings erreicht werden. Im Rahmen der im Juli 2019 gestarteten 2. Laufzeit der langfristig angelegten Untersuchungen des psychiatrisch-anthropologischen Teilprojektes A2 als Teil des SFB 1171 Affective Societies untersuchen wir die unter einer affekttheoretischen Perspektive die Entwicklung aktueller Institutionalierungsprozesse in vietnamesischen *Carescapes* in Berlin und transnationalen Räumen. Einerseits untersuchen wir anhand von qualitativen und mixed-method Ansätzen den Einfluss einer aktiven Partizipation vietnamesischer Akteur*innen auf die (Trans)Formation und die Vernetzung von psychosozialen Versorgungseinrichtungen im Großraum Berlin. Andererseits werden Untersuchungen zu den „cost of caring“ von innerhalb des transkulturellen psychosozialen vietnamesischen Berliner Netzwerks und innerhalb der *Carescapes* durchgeführt. In Anbetracht von sich transnational bewegenden psychologischen und psychiatrischen Diskursen in Vietnam und im Vietnamesischen Berlin analysieren wir deren dynamischen Bedeutung auf *Care* als soziokulturelle Praxis zwischen therapeutischer Versorgung, professioneller und nicht-professionellen Pflege und zivilgesellschaftlichem Engagement.

5. Literatur

- [1] International Organization for Migration, World Migration Report 2018, Geneva, 2018. https://www.iom.int/sites/default/files/country/docs/china/r5_world_migration_report_2018_en.pdf.
- [2] Statistisches Bundesamt, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Ausländische Bevölkerung, Ergebnisse des Ausländerzentralregisters, (2017).
- [3] Statistisches Bundesamt, Bevölkerung, Migration und Integration, (2018). <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/auslaendische-bevoelkerung-geschlecht.html> (accessed April 25, 2019).
- [4] C. Close, A. Kouvonen, T. Bosqui, K. Patel, D. O'Reilly, M. Donnelly, The mental health and wellbeing of first generation migrants: A systematic-narrative review of reviews, *Global Health*. 12 (2016). doi:10.1186/s12992-016-0187-3.
- [5] D. Jurado, R.D. Alarcón, J.M. Martínez-Ortega, Y. Mendieta-Marichal, L. Gutiérrez-Rojas, M. Gurpegui, Factors associated with psychological distress or common mental disorders in migrant populations across the world, *Rev. Psiquiatr. y Salud Ment. (English Ed)*. 10 (2017) 45–58. doi:10.1016/j.rpsmen.2017.02.004.
- [6] H.J. Gans, First generation decline: Downward mobility among refugees and immigrants, *Ethn. Racial Stud.* 32 (2009) 1658–1670. doi:10.1080/01419870903204625.
- [7] E.J. Nicklett, S.A. Burgard, Downward social mobility and major depressive episodes among latino and Asian-American immigrants to the United States, *Am. J. Epidemiol.* 170 (2009) 793–801. doi:10.1093/aje/kwp192.
- [8] M.N.M.N. Beiser, F. Hou, Predictors of positive mental health among refugees: Results from Canada's General Social Survey, *Transcult. Psychiatry*. 54 (2017) 675–695. doi:10.1177/1363461517724985.
- [9] W.M. Pfeiffer, *Transkulturelle Psychiatrie*, 2nd ed., Thieme Verlag, Stuttgart, 1994.
- [10] F. Herbrand, *Fit für fremde Kulturen: Interkulturelles Training für Führungskräfte*, Haupt Verlag, Bern, 2002.
- [11] N. Glick Schiller, N.B. Salazar, Regimes of mobility across the globe, *J. Ethn. Migr. Stud.* 39 (2013) 183–200. doi:10.1080/1369183X.2013.723253.

- [12] A. Appadurai, *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalisation*, Public Worlds, Volume 1. University of Minnesota Press, Minneapolis, 1996.
- [13] I. Yalug, A.E. Tufan, Ç.K. Atalar, K. Yalug, Cultural and developmental factors affecting the presentation of somatic symptoms in depression: The case of Turkish patients, *Neurol. Psychiatry Brain Res.* 18 (2012) 195–199. doi:10.1016/j.npbr.2012.06.001.
- [14] A. Karasz, K. Dempsey, R. Fallek, Cultural differences in the experience of everyday symptoms: A comparative study of South Asian and European American women, *Cult. Med. Psychiatry.* 31 (2007) 473–497. doi:10.1007/s11013-007-9066-y.
- [15] A.G. Ryder, J. Yang, X. Zhu, S. Yao, J. Yi, S.J. Heine, R.M. Bagby, The cultural shaping of depression: somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America?, *J. Abnorm. Psychol.* 117 (2008) 300–313. doi:10.1037/0021-843X.117.2.300.
- [16] J. Dere, J. Sun, Y. Zhao, T.J. Persson, X. Zhu, S. Yao, R.M. Bagby, A.G. Ryder, Beyond “somatization” and “psychologization”: symptom-level variation in depressed Han Chinese and Euro-Canadian outpatients, *Front. Psychol.* 4 (2013) 377. doi:10.3389/fpsyg.2013.00377.
- [17] J.A. Chen, G.C.-L. Hung, S. Parkin, M. Fava, A.S. Yeung, Illness beliefs of Chinese American immigrants with major depressive disorder in a primary care setting, *Asian J. Psychiatr.* 13 (2015) 16–22. doi:10.1016/J.AJP.2014.12.005.
- [18] A. Augsberger, A. Yeung, M. Dougher, H.C. Hahm, Factors influencing the underutilization of mental health services among Asian American women with a history of depression and suicide., *BMC Health Serv. Res.* 15 (2015) 542. doi:10.1186/s12913-015-1191-7.
- [19] D. Wynaden, R. Chapman, A. Orb, S. McGowan, Z. Zeeman, S.H. Yeak, Factors that influence Asian communities’ access to mental health care, *Int. J. Ment. Health Nurs.* 14 (2005) 88–95. doi:10.1111/j.1440-0979.2005.00364.x.
- [20] R. Redfield, R. Linton, M.J. Herskovits, Memorandum for study of acculturation, *Am. Anthropol.* 38 (1936) 149–152. doi:10.1126/science.48.1248.545-a.
- [21] J.W. Berry, Immigration, Acculturation, and Adaptation, *Appl. Psychol.* 46 (1997) 5–34.
- [22] E. Hahn, T.M.T. Ta, M.H. Nguyen, I.T. Graef-Calliess, Möglichkeiten und Bedingungen von Akkulturation in der Zivilgesellschaft, in: I.T. Graef-Calliess, M. Schouler-Ocak (Eds.), *Migr. Und Transkulturalität. Neue Aufgaben Psychiatr. Und Psychother.*, Schattauer, Stuttgart, 2017: pp. 30–52.

- [23] J.W. Berry, J.S. Phinney, D.L. Sam, P. Vedder, Immigrant youth: Acculturation, identity, and adaptation, *Appl. Psychol.* 55 (2006) 303–332.
- [24] A. Gupta, F. Leong, J.C. Valentine, D.D. Canada, A meta-analytic study: The relationship between acculturation and depression among Asian Americans, *Am. J. Orthopsychiatry.* 82 (2013) 372–385. doi:10.1111/ajop.12018.
- [25] E. Yoon, C.-T. Chang, S. Kim, A. Clawson, S.E. Cleary, M. Hansen, J.P. Bruner, T.K. Chan, A.M. Gomes, A meta-analysis of acculturation/enculturation and mental health., *J. Couns. Psychol.* 60 (2013) 15–30. doi:10.1037/a0030652.
- [26] L. Nguyen, C. Peterson, Depressive symptoms among Vietnamese-American college students., *J. Soc. Psychol.* 133 (1993) 65–71. doi:10.1080/00224545.1993.9712119.
- [27] B. Ünlü Ince, T. Fassaert, M. de Wit, P. Cuijpers, J. Smit, J. Ruwaard, H. Riper, The relationship between acculturation strategies and depressive and anxiety disorders in Turkish migrants in the Netherlands, *BMC Psychiatry.* 14 (2014) 252. doi:10.1186/s12888-014-0252-5.
- [28] J. Choi, A. Miller, J. Wilbur, Acculturation and depressive symptoms in Korean immigrant women, *J. Immigr. Minor. Heal.* 11 (2009) 13–19.
- [29] Y. Choi, M. He, T.W. Harachi, Intergenerational cultural dissonance, parent-child conflict and bonding, and youth problem behaviors among Vietnamese and Cambodian immigrant families, *J. Youth Adolesc.* 37 (2008) 85–96. doi:10.1007/s10964-007-9217-z.
- [30] C.T. Hilario, D.X. Vo, J.L. Johnson, E.M. Saewyc, Acculturation, Gender, and Mental Health of Southeast Asian Immigrant Youth in Canada, *J. Immigr. Minor. Heal.* 16 (2014) 1121–1129. doi:10.1007/s10903-014-9978-x.
- [31] K. Kwak, J.W. Berry, Generational differences in acculturation among Asian families in Canada: A comparison of Vietnamese, Korean, and East-Indian groups, *Int. J. Psychol.* 36 (2001) 152–162. doi:10.1080/00207590042000119.
- [32] H. Glaesmer, U. Wittig, E. Brähler, A. Martin, R. Mewes, W. Rief, Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen?, *Psychiatr. Prax.* 36 (2009) 16–22. doi:10.1055/s-2008-1067566.
- [33] I. Bermejo, E. Mayninger, L. Kriston, M. Härter, Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung [Mental disorders in people with migration background compared with German general

- population]., Psychiatr. Prax. 37 (2010) 225–32. doi:10.1055/s-0029-1223513.
- [34] M.C. Aichberger, B. Neuner, U. Hapke, M. a. Rapp, M. Schouler-Ocak, M. a. Busch, Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisse einer bevölkerungsbasierten Querschnittstudie, Psychiatr. Prax. 39 (2012) 116–121. doi:10.1055/s-0031-1276936.
- [35] M. Sieberer, S. Maksimovic, B. Ersoz, W. Machleidt, M. Ziegenbein, I.T. Calliess, B. Ersoez, W. Machleidt, M. Ziegenbein, I.T. Calliess, Depressive symptoms in first-and second-generation migrants: A cross-sectional study of a multi-ethnic working population, Int. J. Soc. Psychiatry. 58 (2012) 605–613. doi:10.1177/0020764011418418.
- [36] J. Lindert, E. Brähler, U. Wittig, A. Mielck, S. Priebe, Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. Systematische Übersichtsarbeit zu Originalstudien, Psychother. Psychosom. Med. Psychol. (2008) 109–122. doi:10.1055/s.
- [37] A. Rommel, A.C. Saß, S. Born, U. Ellert, Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch. - Gesundheitsschutz. 58 (2015) 543–552. doi:10.1007/s00103-015-2145-2.
- [38] H. Brücker, J. Croisier, Y. Kosyakova, H. Kröger, G. Pietrantuono, N. Rother, J. Schupp, Geflüchtete machen Fortschritte bei Sprache und Beschäftigung, DIW-Wochenbericht. 86 (2019) 55–70.
- [39] M. Fazel, J. Wheeler, J. Danesh, Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review, Lancet. 365 (2005) 1309–1314. doi:10.1016/S0140-6736(05)61027-6.
- [40] M. Bogic, A. Njoku, S. Priebe, Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review, BMC Int. Health Hum. Rights. 15 (2015) 29. doi:10.1186/s12914-015-0064-9.
- [41] K. Baschin, D. Ülsmann, F. Jacobi, T. Fydrich, Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsstrukturen: Theoretisches Modell für Personen mit Migrationshintergrund, Psychotherapeut. 57 (2012) 7–14. doi:10.1007/s00278-011-0884-6.
- [42] O. Razum, J. Wenner, Social and health epidemiology of immigrants in Germany: Past, present and future, Public Health Rev. 37 (2016) 1–17. doi:10.1186/s40985-016-0019-2.

- [43] U. Walter, R. Salman, C. Krauth, W. Machleidt, Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen, *Psychiatr. Prax.* 34 (2007) 349–353. doi:10.1055/s-2007-986194.
- [44] M. Schouler-Ocak, H.J. Bretz, S. Penka, E. Koch, N. Hartkamp, R.G. Siefen, R. Schepker, M. Özek, I. Hauth, A. Heinz, Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors, *Eur. Psychiatry.* 23 (2008) 21–27. doi:10.1016/S0924-9338(08)70058-0.
- [45] N. Markkula, V. Lehti, M. Gissler, J. Suvisaari, Incidence and prevalence of mental disorders among immigrants and native Finns: a register-based study, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 52 (2017) 1523–1540. doi:10.1007/s00127-017-1432-7.
- [46] B.L. Perry, B.A. Pescosolido, Social Network Dynamics and Biographical Disruption: The Case of “First-Timers” with Mental Illness, *Am. J. Sociol.* 118 (2012) 134–175. doi:10.1086/666377.
- [47] B. Saraceno, M. van Ommeren, R. Batniji, A. Cohen, O. Gureje, J. Mahoney, D. Sridhar, C. Underhill, Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries, *Lancet.* 370 (2007) 1164–1174. doi:10.1016/S0140-6736(07)61263-X.
- [48] G. Thornicroft, E. Brohan, D. Rose, N. Sartorius, M. Leese, Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey, *Lancet.* 373 (2009) 408–415. doi:10.1016/S0140-6736(08)61817-6.
- [49] S. Clement, O. Schauman, T. Graham, F. Maggioni, S. Evans-Lacko, N. Bezborodovs, C. Morgan, N. Rüsch, J.S.L. Brown, G. Thornicroft, What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies, *Psychol. Med.* 45 (2015) 11–27. doi:10.1017/S0033291714000129.
- [50] K.M.T. Fung, H.W.H. Tsang, F. Chan, Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 45 (2010) 561–568. doi:10.1007/s00127-009-0098-1.
- [51] W. Gaebel, H. Zäske, H.R. Cleveland, J. Zielasek, H. Stuart, J. Arboleda-Florez, T. Akiyama, O. Gureje, M.R. Jorge, M. Kastrup, Y. Suzuki, A. Tasman, N. Sartorius, Measuring the stigma of psychiatry and psychiatrists: Development of a questionnaire, *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 261 (2011) 119–123. doi:10.1007/s00406-011-0252-0.

- [52] M.C. Angermeyer, S. van der Auwera, M.G. Carta, G. Schomerus, Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys, *World Psychiatry*. 16 (2017) 50–61. doi:10.1002/wps.20383.
- [53] T.M.T. Ta, A. Zieger, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, X.T. Do, A. Mungee, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn, Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: A population based study in urban and rural Hanoi, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry*. 62 (2016) 685–695. doi:10.1177/0020764016670430.
- [54] D.A. Vuong, E. Van Ginneken, J. Morris, S.T. Ha, R. Busse, Mental health in Vietnam: Burden of disease and availability of services, *Asian J. Psychiatr.* 4 (2011) 65–70. doi:10.1016/j.ajp.2011.01.005.
- [55] S. Clement, O. Schauman, T. Graham, F. Maggioni, S. Evans-Lacko, N. Bezborodovs, C. Morgan, N. Rüsçh, J.S.L. Brown, G. Thornicroft, What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies, *Psychol. Med.* 45 (2014) 11–27. doi:10.1017/S0033291714000129.
- [56] F. Judd, A. Komiti, H. Jackson, How does being female assist help-seeking for mental health problems?, *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 42 (2008) 24–29. doi:10.1080/00048670701732681.
- [57] J.C. McGowan, E. Midlarsky, Religiosity, authoritarianism, and attitudes toward psychotherapy in later life, *Aging Ment. Heal.* 16 (2012) 659–665. doi:10.1080/13607863.2011.653954.
- [58] A. Mungee, A. Zieger, G. Schomerus, T.M.T. Ta, M. Dettling, M.C. Angermeyer, E. Hahn, Attitude towards psychiatrists: A comparison between two metropolitan cities in India, *Asian J. Psychiatr.* 22 (2016) 140–144. doi:10.1016/j.ajp.2016.06.014.
- [59] T.M.T. Ta, K. Böge, T.D. Cao, G. Schomerus, T. Dinh, M. Dettling, A. Mungee, L. Kim, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn, Public attitudes towards psychiatrists in the metropolitan area of Hanoi , Vietnam, *Asian J. Psychiatr.* 32 (2018) 44–49. doi:10.1016/j.ajp.2017.11.031.
- [60] E.E. Haroz, M. Ritchey, J.K. Bass, B.A. Kohrt, J. Augustinavicius, L. Michalopoulos, M.D. Burkey, P. Bolton, How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature, *Soc. Sci. Med.* 183 (2017) 151–162. doi:10.1016/J.SOCSCIMED.2016.12.030.
- [61] L.J. Kirmayer, A. Gomez-Carrillo, S. Veissière, Culture and depression in global mental

- health: An ecosocial approach to the phenomenology of psychiatric disorders, *Soc. Sci. Med.* 183 (2017) 163–168. doi:10.1016/J.SOCSCIMED.2017.04.034.
- [62] M.C. Angermeyer, H. Matschinger, S. Riedel-Heller, Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public., *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 34 (1999) 202–210.
- [63] A.F. Jorm, A.E. Korten, P.A. Jacomb, H. Christensen, B. Rodgers, P. Pollitt, Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment, *Med J Aust.* 166 (1997) 182–186.
- [64] J. Li, Y.B. Guo, Y.G. Huang, J.W. Liu, W. Chen, X.Y. Zhang, S. Evans-Lacko, G. Thornicroft, Stigma and discrimination experienced by people with schizophrenia living in the community in Guangzhou, China, *Psychiatry Res.* 225 (2017) 225–231. doi:10.1016/j.psychres.2017.05.040.
- [65] E. Brohan, R. Elgie, N. Sartorius, G. Thornicroft, Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study, *Schizophr. Res.* 122 (2010) 232–238. doi:10.1016/j.schres.2010.02.1065.
- [66] L. van der Ham, P. Wright, T.V. Van, V.D.K. Doan, J.E.W. Broerse, Perceptions of mental health and help-seeking behavior in an urban community in Vietnam: An explorative study, *Community Ment. Health J.* 47 (2011) 574–582. doi:10.1007/s10597-011-9393-x.
- [67] M.C. Angermeyer, A. Holzinger, H. Matschinger, Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: A trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany, *Eur. Psychiatry.* 24 (2009) 225–232. doi:10.1016/J.EURPSY.2008.06.010.
- [68] P. Corrigan, How stigma interferes with mental health care, *Am. Psychol.* 59 (2004) 614–625. doi:10.1037/0003-066X.59.7.614.
- [69] A. Holzinger, H. Matschinger, M.C. Angermeyer, What to do about depression? Help-seeking and treatment recommendations of the public, *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* (2011) 163–169. doi:10.1017/S2045796011000266.
- [70] G. Huwelmeier, Bazaar Pagodas–Transnational Religion, Postsocialist Marketplaces and Vietnamese Migrant Women in Berlin, *Relig. Gend.* 3 (2013) 76–89. <https://www.religionandgender.org/index.php/rg/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-101621>.

- [71] A. Komiti, F. Judd, H. Jackson, The influence of stigma and attitudes on seeking help from a GP for mental health problems: A rural context, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 41 (2006) 738–745. doi:10.1007/s00127-006-0089-4.
- [72] T.M.T. Ta, T.M.H. Nguyen, E. Hahn, N. Spennemann, Psychische Beanspruchung durch Migration am Beispiel Vietnamesischer Migrant_innen, in: B. Kocatürk-Schuster, A. Kolb, Thanh Long, G. Schultze, S. Wölck (Eds.), *Unsichtbar. Vietnamesisch-Deutsche Wirklichkeiten*, DOMiD/ Friedrich Ebert Stiftung, Berlin, 2017: pp. 240–255.
- [73] T.M.T. Ta, M. Bajbouj, E. Hahn, Zuwanderer in Deutschland – die Sicht der Immigranten: Vietnamesische Migranten, in: W. Machleidt, A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*, 2nd ed., Elsevier, München, 2018: pp. 143–147.
- [74] Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), *Die vietnamesische Diaspora in Deutschland*, (2016). <https://www.cimonline.de/static/media/giz2016-de-diasporastudie-vietnam.pdf>.
- [75] D.T. Takeuchi, N. Zane, S. Hong, D.H. Chae, F. Gong, G.C. Gee, E. Walton, S. Sue, M. Alegria, Immigration-related factors and mental disorder among Asian Americans, *Am. J. Public Health.* (2007) 84–90. doi:10.2105/AJPH.2006.088401.
- [76] D.W.L. Lai, S. Surood, Predictors of depression in aging South Asian Canadians, *J. Cross. Cult. Gerontol.* 23 (2008) 57–75. doi:10.1007/s10823-007-9051-5.
- [77] F. Islam, N. Khanlou, H. Tamim, South Asian populations in Canada: Migration and mental health, *BMC Psychiatry.* 14 (2014).
- [78] G.S. Khera, N. Nakamura, Substance use, gender, and generation status among Asian Indians in the United States, *J. Ethn. Subst. Abuse.* 17 (2018) 291–302. doi:10.1080/15332640.2016.1201715.
- [79] M.N.M.N. Beiser, F. Hou, Ethnic identity, resettlement stress and depressive affect among Southeast Asian refugees in Canada, *Soc. Sci. Med.* 63 (2006) 137–150. doi:10.1016/j.socscimed.2005.12.002.
- [80] S.-Y. Kang, D. Howard, J. Kim, P. J.S., L. Wilton, W. Kim, English language proficiency and lifetime mental health service utilization in a national representative sample of Asian Americans in the USA, *J. Public Health (Bangkok).* 32 (2010) 431–439. doi:10.1093/pubmed/fdq010.
- [81] B. Huang, H.B. Appel, A.L. Ai, C.J. Lin, Religious Involvement Effects on Mental Health

- in Chinese Americans, *Asian Cult. Hist.* 4 (2011) 2–12. doi:10.5539/ach.v4n1p2.
- [82] D. Terry, M. Ali, Q. Le, Asian migrants' lived experience and acculturation to Western health care in rural Tasmania, *Aust. J. Rural Health.* 19 (2011) 318–323. doi:10.1111/j.1440-1584.2011.01229.x.
- [83] Y.W. Ying, M. Han, The longitudinal effect of intergenerational gap in acculturation on conflict and mental health in Southeast Asian American adolescents, *Am. J. Orthopsychiatry.* 77 (2007) 61–66. doi:10.1037/0002-9432.77.1.61.
- [84] U. Wittig, J. Lindert, M. Merbach, E. Brähler, Mental health of patients from different cultures in Germany, *Eur. Psychiatry.* 23 (2008) 28–35. doi:10.1016/S0924-9338(08)70059-2.
- [85] T.M.T. Ta, A.H. Neuhaus, R. Burian, G. Schomerus, A. von Poser, A. Diefenbacher, B. Röttger-Rössler, M. Dettling, E. Hahn, Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland, *Psychiatr. Prax.* 42 (2015) 267–273. doi:10.1055/s-0034-1370008.
- [86] T. Borde, M. David, Treatment of immigrants in emergency clinics, *MMW Fortschr. Med.* 149 (2007) 38–39.
- [87] Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistischer Bericht A I 5 - hj 1 / 18. Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin am 30.Juni 2018, (2018).
- [88] M.H. Nguyen, E. Hahn, K. Wingenfeld, I.T. Graef-Calliess, A. von Poser, M. Stopsack, H. Burian, A. Dreher, S. Wolf, M. Dettling, R. Burian, A. Diefenbacher, T.M.T. Ta, Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 63 (2017) 708–716. doi:10.1177/0020764017735140.
- [89] Verband für interkulturelle Arbeit (VIA) Regionalverband Berlin/Brandenburg e.V., Netzwerk für Seelische Gesundheit von vietnamesischen Migrant*innen. (2019). <http://www.netzwerk-vietpsygesundheit.de/de/> (accessed April 25, 2019).
- [90] L. Schenk, A.M. Bau, T. Borde, J. Butler, T. Lampert, H. Neuhauser, O. Razum, C. Weilandt, Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus: Empfehlungen für die epidemiologische Praxis, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch. - Gesundheitsschutz.* 49 (2006) 853–860. doi:10.1007/s00103-006-0018-4.
- [91] A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, J. Erbaugh, An inventory for measuring depression., *Arch. Gen. Psychiatry.* 4 (1961) 561–571.

doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.

- [92] R.W. Brislin, Back-translation for cross-cultural research, *J. Cross. Cult. Psychol.* 1 (1970) 185–216. doi:10.1177/135910457000100301.
- [93] T.C. Buckley, J.D. Parker, J. Heggie, A psychometric evaluation of the BDI-II in treatment-seeking substance abusers, *J. Subst. Abuse Treat.* 20 (2001) 197–204. doi:10.1016/S0740-5472(00)00169-0.
- [94] C. Lujic, *Illness-and therapy-relevant characteristics of Turkish immigrants suffering from health disorders: Suggestions for improvement of care*, Universität Giessen, 2008.
- [95] W. Gaebel, S. Weinmann, N. Sartorius, W. Rutz, J.S.M. Yre, Schizophrenia practice guidelines : international survey and comparison, *Br. J. Psychiatry.* 187 (2005) 248–255. doi:10.1192/bjp.187.3.248.
- [96] A.F. Lehman, J.A. Lieberman, L.B. Dixon, T.H. McGlashan, A.L. Miller, D.O. Perkins, J. Kreyenbuhl, J.S. McIntyre, S.C. Charles, K. Altshuler, I. Cook, C.D. Cross, L. Mellman, L.A. Moench, G. Norquist, S.W. Twemlow, S. Woods, J. Yager, S.H. Gray, K. Askland, R. Pandya, K. Prasad, R. Johnston, J. Nininger, R. Peele, D.J. Anzia, R.S. Benson, L. Lurie, R.D. Walker, R. Kunkle, A. Simpson, L.J. Fochtmann, C. Hart, D. Regier, *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia, Second Edition*, *Am. J. Psychiatry.* 161 (2004) 1–56.
- [97] H.C. Schulberg, W. Katon, G.E. Simon, A.J. Rush, *Treating Major Depression in Primary Care Practice. An Update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines*, *Arch Gen Psychiatry.* 55 (1998) 1121–1127. doi:10.1001/archpsyc.55.12.1121.
- [98] M.C. Angermeyer, A. Millier, M. Kouki, T. Refai, G. Schomerus, M. Toumi, Biogenetic explanations and emotional reactions to people with schizophrenia and major depressive disorder, *Psychiatry Res.* 220 (2014) 702–704. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.038.
- [99] M.C. Angermeyer, A. Holzinger, M.G. Carta, G. Schomerus, Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: Systematic review of population studies, *Br. J. Psychiatry.* 199 (2011) 367–372. doi:10.1192/bjp.bp.110.085563.
- [100] V. Smith, J. Reddy, K. Foster, E.T. Asbury, J. Brooks, Public perceptions, knowledge and stigma towards people with schizophrenia, *J. Public Ment. Health.* 10 (2011) 45–56. doi:10.1108/17465721111134547.

- [101] WHO, Mental Health Action Plan 2013-2020, WHO Libr. Cat. DataLibrary Cat. Data. (2013) 1–44. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf.
- [102] B. Pereira, G. Andrew, S. Pednekar, R. Pai, P. Pelto, V. Patel, The explanatory models of depression in low income countries: Listening to women in India, *J. Affect. Disord.* 102 (2007) 209–218. doi:10.1016/J.JAD.2006.09.025.
- [103] S. Matsuda, An opinion survey regarding gender roles and family in Vietnam., *Environ. Health Prev. Med.* 1 (1997) 201–205. doi:10.1007/BF02931217.
- [104] Z.E. Seidler, A.J. Dawes, S.M. Rice, J.L. Oliffe, H.M. Dhillon, The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review, *Clin. Psychol. Rev.* 49 (2016) 106–118. doi:10.1016/j.cpr.2016.09.002.
- [105] T.Q.T. Nguyen, Gender discrimination in the way the Vietnamese talk about face thể diện, *Qual. Res. J.* 15 (2015) 147–154. doi:doi:10.1108/QRJ-12-2014-0066.
- [106] J. Giglio, The impact of patients' and therapists' religious values on psychotherapy., *Hosp. Community Psychiatry.* 44 (1993) 768–771.
- [107] A. Lukachko, I. Myer, S. Hankerson, Religiosity and Mental Health Service Utilization among African Americans, *J. Nerv. Ment. Dis.* 203 (2015) 578–582. doi:10.1161/CIRCRESAHA.116.303790.The.
- [108] J.I. Park, J.P. Hong, S. Park, M.J. Cho, The relationship between religion and Mental Disorders in a Korean population, *Psychiatry Investig.* 9 (2012) 29–35. doi:10.4306/pi.2012.9.1.29.
- [109] C.H. McClintock, E. Lau, L. Miller, Phenotypic dimensions of spirituality: Implications for mental health in China, India, and the United States, *Front. Psychol.* 7 (2016) 1–16. doi:10.3389/fpsyg.2016.01600.
- [110] V. Kovess-Masfety, S. Evans-Lacko, D. Williams, L.H. Andrade, C. Benjet, M. Ten Have, K. Wardenaar, E.G. Karam, R. Bruffaerts, J. Abdumalik, J.M. Haro Abad, S. Florescu, B. Wu, P. De Jonge, Y. Altwaijri, H. Hinkov, N. Kawakami, J.M. Caldas-de-Almeida, E. Bromet, G. de Girolamo, J. Posada-Villa, A. Al-Hamzawi, Y. Huang, C. Hu, M.C. Viana, J. Fayyad, M.E. Medina-Mora, K. Demyttenaere, J.P. Lepine, S. Murphy, M. Xavier, T. Takeshima, O. Gureje, The role of religious advisors in mental health care in the World Mental Health surveys, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 52 (2017) 353–367. doi:10.1007/s00127-016-1290-8.

- [111] Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V., PIRA. Psychiatrie Information Austausch. Psychiatrische Beratung und Information in der Moschee. Camiide Psikiyatrik Danışmanlık ve Bilgilendirme., (2019). http://www.psychiatrie-in-berlin.de/aktuell/2016_PIRA-Flyer_tuer.pdf (accessed April 25, 2019).
- [112] S. Wolf, E. Hahn, M. Dettling, M.H. Nguyen, K. Wingenfeld, M. Stingl, B. Hanewald, T.M.T. Ta, Migration-Related Stressors and Their Effect on the Severity Level and Symptom Pattern of Depression among Vietnamese in Germany, *Depress. Res. Treat.* Volume 201 (2017) 1–9. doi:10.1155/2017/8930432.
- [113] A. Dreher, E. Hahn, A. Diefenbacher, M.H. Nguyen, K. Böge, H. Burian, M. Dettling, R. Burian, T.M.T. Ta, Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients, *J. Psychosom. Res.* 102 (2017) 71–77. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.09.010.
- [114] J. Dere, J. Sun, Y. Zhao, T.J. Persson, X. Zhu, S. Yao, R.M. Bagby, A.G. Ryder, Beyond “somatization” and “psychologization”: symptom-level variation in depressed Han Chinese and Euro-Canadian outpatients., *Front. Psychol.* 4 (2013) 377. doi:10.3389/fpsyg.2013.00377.
- [115] Sino-Vietnamese Dictionary, (2017). <http://hvdic.thivien.net/> (accessed January 24, 2017).
- [116] A.L. Tran, Neurasthenia, Generalized Anxiety Disorder, and the Medicalization of Worry in a Vietnamese Psychiatric Hospital, *Med. Anthropol. Q.* 31 (2017) 198–217. doi:10.1111/maq.12297.
- [117] A.L. Tran, Rich Sentiments and the Cultural Politics of Emotion in Postreform Ho Chi Minh City, Vietnam, *Am. Anthropol.* 117 (2015) 480–492. doi:10.1111/aman.12291.
- [118] A.-M.D. Nguyen, V. Benet-Martinez, Biculturalism and Adjustment: A Meta-Analysis, *J. Cross. Cult. Psychol.* 44 (2013) 122–159. doi:10.1177/0022022111435097.
- [119] J.W. Berry, Acculturation: Living successfully in two cultures, *Int. J. Intercult. Relations.* 29 (2005) 697–712. doi:10.1016/j.ijintrel.2005.07.013.
- [120] K. Behrens, M.A. Del Pozo, A. Großhennig, M. Sieberer, I.T. Graef-Calliess, How much orientation towards the host culture is healthy? Acculturation style as risk enhancement for depressive symptoms in immigrants., *Int. J. Soc. Psychiatry.* 61 (2015) 498–505. doi:10.1177/0020764014560356.

- [121] J. Pfaff-Czarnecka, Multiple belonging and the challenges to biographic navigation, Max Planck Inst. Study Relig. Ethnic Divers. Göttingen. MMG Workin (2013) 149–164. http://www.mmg.mpg.de/fileadmin/user_upload/documents/wp/WP_13-05_Pfaff-Czarnecka_Multiple_belonging.pdf.
- [122] B. Röttger-Rössler, Multiple Zugehörigkeiten. Eine emotionstheoretische Perspektive auf Migration, Work. SFB 1171 Affect. Soc. 04/16. (2016). http://edocs.fu-berlin.de/docs/receive/FUDOCS_series_000000000562.
- [123] Projekt A02: Affektive Anstrengungen der Migration, Affektive Anstrengungen der Migration, (2019). <http://www.sfb-affective-societies.de/teilprojekte/A/A02/index.html> (accessed April 25, 2019).
- [124] A. von Poser, Affective lives im vietnamesischen Berlin, Geschichte Und Gesellschaft. 44 (2018) 285–311. doi:10.13109/gege.2018.44.2.285.
- [125] A. von Poser, J.C. Lanca, E. Heyken, T.M.H. Nguyen, E. Hahn, T.M.T. Ta, SFB1171 Workingpaper Nr. 8: Annäherungen an das Unsagbare - Artikulationen des Affektiven und die Formierung transkultureller Emotionsrepertoires im vietnamesischen Berlin, 2017.
- [126] T.M.T. Ta, E. Hahn, M.H. Nguyen, Affektive Anstrengungen bei vietnamesischen MigrantInnen: Ergebnisse aus einer mix-method Studie im Rahmen des SFB Affective Societies (Vortrag, 30.11.2018), DGPPN Kongress 2018, Berlin, 2018.
- [127] M.H. Nguyen, J.-C. Lanca, E. Heyken, E. Hahn, A. von Poser, T.M.. Ta, A cross-cultural comparison of self-reported burdens between Vietnamese and German psychiatric outpatients – findings from an interdisciplinary mixed method study, Poster presented at the World Congress of Psychiatry 2017 in Berlin, 2017.
- [128] M.H. Nguyen, J.C. Lanca, E. Hahn, A. von Poser, E. Heyken, K. Wingenfeld, R. Burian, A. Diefenbacher, T.M.T. Ta, Migration-related emotional distress among Vietnamese psychiatric patients in Germany – An interdisciplinary, mixed-method study, Transcult. Psychiatry. Press. (2019).
- [129] T.M.T. Ta, E. Hahn, Applying Affective Arrangements in therapeutic settings for migrants in Berlin (Vortrag, 25.09.2018), Affective Arrangements in Mental Health Care Settings (SFB1171), Berlin, 2018.
- [130] I.T. Graef-Calliess, V. Rößner-Ruff, M. Aichberger, U. Altunöz, H. Assion, F. Baller, K. Behrens, T. Borde, I. Bermejo, E. Brandl, R. Burian, D. Dingoyan, K. Friedrich, F. Führmann, H. Glaesmer, A. Gün, F. Haenel, E. Hahn, M. Hahn, D. Hoins, L. Hölzel, U.

Kluge, E. Koch, W. Krahl, J. Krieger, U. Von Lersner, W. Machleidt, R. Mewes, M. Mösko, Y. Nesterko, I. Oezkan, Ö. Pekdogan, S. Penka, R. Siefen, L. Strunk, T.M.T. Ta, M. Schouler-Ocak, Migrationsfragebogen, DGPPN. Expertengruppe der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, n.d.

DANKSAGUNG

An erster Stelle möchte ich Frau Prof. Dr. Isabella Heuser, Direktorin der Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, am Campus Benjamin Franklin danken, die mir den Aufbau einer psychiatrischen Spezialambulanz für Patient*innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund ermöglicht hat und deren wissenschaftliche Begleitung die Grundlage für mein Habilitationsprojekt darstellt. Dabei ist sie mir stets mit Rat und Tat zur Seite gestanden und hat mich durch ihre Offenheit und Unterstützung für die Durchführung der Forschungsprojekte während der Facharztausbildung motiviert.

Ein großer Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. Michael Dettling, der mich seit meiner Ankunft in Berlin sowohl in meinem wissenschaftlichen als auch beruflichen Werdegang unterstützt hat. Mein weiterer Dank gilt Prof. Dr. Katja Wingenfeld für die gemeinsame Betreuung von Doktorand*innen und ihre wissenschaftlichen Ideen, ihre Vorschläge für das Studiendesign, Durchführung von Studien, sowie die Auswertung der Ergebnisse. An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. Malek Bajbouj für die kollegiale und inspirierende Zusammenarbeit im Bereich Interkulturelle Psychiatrie und Global Mental Health und stets innovative Ideen für die Projektentwicklung bedanken.

Ich möchte auch die Gelegenheit nutzen, um mich bei unserem Team in der psychiatrischen Institutsambulanz für die klinische Zusammenarbeit, die kollegialen Gespräche und die gute gemeinsame Versorgung von Patient*innen zu bedanken.

Mein besonderer Dank gebührt Frau Prof. Dr. Duska Dragun und Dr. Nathalie Huber sowie allen Kolleg*innen des Clinician Scientist Programms am Berliner Institut für Gesundheitsforschung (BIH) für die wissenschaftlichen Impulse, zahlreiche innovative Seminare, wissenschaftliche Veranstaltungen und vor allem der nicht als selbstverständlich zu betrachtenden Möglichkeit, meine klinische und wissenschaftliche Arbeit zu kombinieren und den notwendigen Freiraum, um das Habilitationsprojekt zu beenden.

An dieser Stelle möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. Birgitt Röttger-Rössler, Sprecherin des Sonderforschungsbereich SFB 1171 – Affective Societies für ihre uneingeschränkte Unterstützung, ihr Vertrauen in mich, als Teilprojektleiterin zu fungieren, ihre Ideen und Impulse für unser Projekt im Rahmen des SFB 1171 und ihre Erfahrungen, Offenheit sowie fachliche und auch freundliche Gespräche bedanken. Weitergehend möchte ich mich bei unserem Team des Projekts A02 „Affektive Anstrengungen der Migration“ für die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die gemeinsame Durchführung des Projekts und die Intervention bei der gemeinsamen Gruppentherapieentwicklung bedanken. Außerdem möchte

ich den Kolleg*innen des SFB 1171 Affective Societies für die wissenschaftliche und interdisziplinäre Anregung, Ideen, Diskussionen, und Motivation im Rahmen der Zusammenarbeit in einem Sonderforschungsbereich danken.

Mein besonderer Dank gebührt Kolleg*innen der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge für die Zusammenarbeit in unterschiedlichen Forschungsprojekten, bei der gemeinsamen Betreuung von Doktorand*innen und bei dem Aufbau des psychosozialen Netzwerks „Seelische Gesundheit für vietnamesische Migrant*innen“ mit einem Schwerpunkt im regionalen Versorgungsbezirk Berlin-Lichtenberg. In diesem Rahmen möchte ich den Kolleg*innen aus dem Netzwerk, für die Zusammenarbeit im Netzwerk zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Vietnamesischem Migrationshintergrund in Berlin danken.

Ein großer Dank gilt den Kolleg*innen des Krankenhaus 103 in Hanoi der Militärakademie für Medizin für die Projektentwicklung und Durchführung der Untersuchungen zu öffentlichen Einstellungen gegenüber der Psychiatrie in Vietnam. Außerdem möchte ich mich bei den Kolleg*innen der Abteilung für Psychiatrie der Hanoi Medical University (HMU) und des National Institute of Mental Health Vietnam, für die Kooperation, gemeinsame Diskussionen zur Projektentwicklung mit dem Ziel zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung und Forschung in Vietnam bedanken.

Außerdem möchte ich mich bei den Kolleg*innen unserer Arbeitsgruppe für die gemeinsame Durchführung der Projekte und die Zusammenarbeit an Publikationen bedanken.

Besonders möchte ich meiner Familie in Hanoi und in Deutschland für ihre permanente und liebevolle Unterstützung, ihre uneingeschränkte Liebe, Geborgenheit, Sicherheit und ihr Vertrauen in meinen Weg danken. Vom tiefsten Herzen danke ich meiner Großmutter, Frau Phan, Thị Cẩm Thạch, die mir immer Kraft gibt und mich in jeder meiner Entscheidungen durch ihr Vertrauen und ihre Liebe unterstützte. Obwohl sie im Jahr 2017 für immer von uns gegangen ist, bleiben ihre Liebe, ihre Zuversicht und ihr Geist immer in meinem Herz.

Lời cảm ơn:

Lời đầu tiên tôi muốn cảm ơn đồng nghiệp, bạn bè, những người đã gắn bó với tôi trong suốt quá trình xây dựng và thành lập phòng khám tâm thần và trị liệu tâm lý cho cộng đồng người Việt Nam tại trường ĐH Y Charité cũng như mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần cho cộng đồng người Việt tại Berlin trong 10 năm qua.

Đặc biệt tôi muốn cảm ơn đồng nghiệp tại khoa tâm thần, Bệnh viện quân y 103, khoa tâm thần trường ĐH Y Hà Nội cho các dự án đã, đang thành công và những dự án trong tương lai.

Hơn tất cả tôi muốn cảm ơn gia đình tôi, bạn bè của tôi tại Việt Nam, cảm ơn quê hương của tôi, đã luôn cho tôi sức mạnh, chỗ dựa, niềm tin và động lực để tôi đạt được những thành quả như ngày hôm nay. Tôi biết rằng bất cứ lúc nào vấp ngã khó khăn tôi đều có thể trở về bên gia đình, bên bạn bè và quê hương của mình.

Erklärung

§ 4 Abs. 3 (k) der HabOMed der Charité

Hiermit erkläre ich, dass

- weder früher noch gleichzeitig ein Habilitationsverfahren durchgeführt oder angemeldet wurde,

- die vorgelegte Habilitationsschrift ohne fremde Hilfe verfasst, die beschriebenen Ergebnisse selbst gewonnen sowie die verwendeten Hilfsmittel, die Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern/Wissenschaftlerinnen und mit technischen Hilfskräften sowie die verwendete Literatur vollständig in der Habilitationsschrift angegeben wurden,

- mir die geltende Habilitationsordnung bekannt ist.

Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

.....
Datum

Ta, Thi Minh Tam