

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Benjamin Franklin
der Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**“Soziodemographische, klinische und migrationsbezogene
Risikofaktoren für erhöhte psychische Belastung bei
vietnamesischen Migrant*innen in Deutschland”**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité - Universitätsmedizin Berlin

von

Hr. Simon Erich Wolf
geboren in München

Datum der Promotion: 25.11.2022

Inhaltsverzeichnis

1. Abkürzungen und definitorische Vorbemerkung.....	3
2. Zusammenfassung (Deutsch).....	4
3. Abstract (English)	5
4. Theoretischer Hintergrund	6
5. Methodik	12
6. Ergebnisse	16
7. Diskussion	19
8. Literaturverzeichnis.....	27
9. Eidesstattliche Versicherung	32
10. Anteilserklärung an den erfolgten Publikationen	33
11. Druckexemplare der ausgewählten Publikationen.....	34
12. Lebenslauf	66
13. Publikationsliste	67
14. Danksagung	68

1. Abkürzungen und definitorische Vorbemerkung

ANOVA	Analysis of Variance, Varianzanalyse
BDI-II	Beck-Depressions-Inventar, 2. Auflage
BSI-18	Brief Symptom Inventory (Kurzversion)
BDI-AFF	affektive Subskala des BDI-II
BDI-COG	kognitive Subskala des BDI-II
BDI-SOM	somatische Subskala des BDI-II
DSI	Dominant Society Immersion Scale (SMAS)
ESI	Ethnic Society Immersion Scale (SMAS)
GSI	Global Severity Index (Index der allgemeinen Stressbelastung des BSI-18)
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision)
KEH	Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Berlin
MRS	Migration-Related Stressors (Migrationsbezogene Belastungen)
SD	Standard Deviation, Standardabweichung
SMAS	Stephenson Multigroup Acculturation Scale
SQ	Stressor-Quantity (Anzahl erlebter migrationsbezogener Belastungen)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Vorbemerkung:

Da sich in allen drei vorgestellten Studien die Stichprobe aus vietnamesischen Migrant*innen der ersten Generation zusammensetzte, bezieht sich - sofern nicht anders angegeben - die Bezeichnung „vietnamesische Migrant*innen“ zunächst auf Vertreter*innen dieser Migrantengeneration. Dabei werden unter Migrant*innen der ersten Generation solche Personen verstanden, die außerhalb des Einwanderungslandes (in diesem Fall Deutschland) geboren wurden und im Laufe des Lebens dorthin immigriert sind. Sofern im Text auf Migrant*innen der 2. und 3. Generation Bezug genommen wurde, wurde dies an entsprechender Stelle kenntlich gemacht.

2. Zusammenfassung (Deutsch)

Hintergrund. Obwohl Vietnames*innen die größte südostasiatische Migrantengruppe in Deutschland darstellen, existieren hierzulande nur vergleichsweise wenige Studien zu deren mentaler Gesundheit. Diese Studien haben sowohl ein erhöhtes Risiko für psychische Belastung, als auch eine verringerte Inanspruchnahme psychosozialer Behandlungsangebote gezeigt. Auch wenn mit der Eröffnung einer vietnamesischsprachigen, psychiatrisch-psychotherapeutischen Spezialambulanz im Jahr 2010 in Berlin ein wichtiger Schritt zur verbesserten Versorgung dieser ansonsten nur schwer erreichbaren Patientengruppe erfolgte, besteht weiterhin großer Forschungsbedarf zu populationspezifischen Risikoprofilen. Folglich beschäftigte sich Studie 1 mit soziodemographischen, klinischen und migrationsbezogenen Risikofaktoren für erhöhte psychische Belastung, Studie 2 mit der Frage, inwieweit sich die Anzahl erlebter migrationsbezogener Stressoren auf den Depressionsschweregrad auswirkt und Studie 3 mit dem Zusammenhang zwischen dem Akkulturationsgrad und dem Schweregrad der depressiven Symptomatik. **Methoden.** Die Datenerhebung erfolgte an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanz für vietnamesische Migrant*innen der Charité-Universitätsmedizin, Berlin. In allen drei Studien setzte sich die klinische Stichprobe aus vietnamesischen Migrant*innen der ersten Generation zusammen. Die Datenauswertung der drei Querschnittsuntersuchungen erfolgte jeweils mittels einfacher und multipler Regression, sowie in Studie 3 zusätzlich mittels Varianzanalyse. **Ergebnisse.** Aus ursprünglich 39 möglichen Risikofaktoren konnte Studie 1 für die Faktoren *Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, geringe Bedeutung der Religion, kein psychiatrischer Vorkontakt, frühere Migrationserfahrungen*, sowie *wahrgenommene Diskriminierung* einen signifikanten Zusammenhang zu erhöhter psychischer Belastung belegen. Studie 2 konnte sowohl eine Zunahme des allgemeinen Depressionsschweregrades mit einer steigenden Zahl migrationsbezogener Stressoren nachweisen, als auch eine Zunahme insbesondere der kognitiven Depressionssymptome. Zudem fand sich ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken im Falle multipler migrationsbezogener Belastungen. Studie 3 konnte sowohl einen geringeren Depressionsschweregrad bei einer stärkeren Orientierung zur deutschen und vietnamesischen Kultur aufzeigen, als auch einen höheren Schweregrad im Falle des marginalisierten Akkulturationsstils. **Fazit.** Trotz vielfältiger migrationsbezogener Belastungen stellen vietnamesische Migrant*innen in Deutschland eine in der psychiatrischen Forschung noch immer wenig beachtete Patientengruppe dar. Ziel des vorliegenden Dissertationsprojektes war es daher, ein populationspezifisches Risikoprofil für erhöhte psychische Belastung zu erstellen, um dadurch Risikopatienten zukünftig frühzeitig erkennen und versorgen zu können. Außerdem könnte ein solches Profil für die Entwicklung populationsadaptierter Behandlungsprogramme genutzt werden.

3. Abstract (English)

Background. Although the Vietnamese constitute the largest Southeast Asian migrant group in Germany, there are only a few studies on their mental health status so far. These studies have reported both, an increased risk for psychological distress and a reduced utilization of mental health care services. Although with the opening of a psychiatric-psychotherapeutic outpatient clinic for Vietnamese migrants in the year 2010 in Berlin, an important step towards an improved care for this hard-to-reach group could be achieved, there is still a great need for research on population-specific risk profiles. Therefore, study 1 focused on sociodemographic, clinical and migration-related risk factors for increased psychological distress. Study 2 explored the relationship between the number of experienced migration-related stressors and the severity level of depression. Study 3 examined the association between the degree of acculturation and the severity level of depression. **Methods.** The data were collected at the psychiatric-psychotherapeutic outpatient clinic for Vietnamese migrants at Charité Universitätsmedizin, Berlin. In all three studies, the clinical sample consisted of first-generation Vietnamese migrants. Data analysis of the three cross-sectional studies was carried out using simple and multiple regression models, as well as in study 3 the analysis of variance. **Results.** Out of originally 39 possible risk factors, study 1 revealed a significant association with increased mental distress for the factors *unemployment, financial problems, no or less importance of religion, no psychiatric precontact, previous migration experiences, and perceived discrimination*. Study 2 found a relationship between a higher number of migration-surrounding stressors and an increased severity level of depression in general, as well as more severe cognitive depression symptoms in particular. Moreover, there was an elevated risk of suicidal ideation in the case of multiple migration-related stressful experiences. Study 3 showed both, an association between a lower level of depression and a stronger orientation towards the German and Vietnamese society, as well as between a higher severity level of depression and the marginalized acculturation style. **Conclusion.** Despite multiple migration-related strains, Vietnamese migrants in Germany received little attention in psychiatric research so far. Therefore, the aim of this dissertation project was to develop a population-specific risk profile for increased psychological distress in order to identify and supply at-risk patients earlier. Additionally, such a risk profile could be used for the conception of population-adapted treatment programs.

4. Theoretischer Hintergrund

Weltweit stellt die psychosoziale Versorgung von Patient*innen mit Migrationshintergrund eine der großen Gesundheitsaufgaben des 21. Jahrhunderts dar [1]. Dabei stellt das komplexe Zusammenspiel von Migrationserfahrungen, kulturellen Einflüssen und psychischer Gesundheit die Behandler*innen in der Prävention, Diagnostik und klinischen Praxis häufig vor große Herausforderungen. Eine dieser Herausforderungen liegt dabei in dem Aufeinandertreffen eines, infolge des Migrationsprozesses, erhöhten psychischen Belastungsrisikos [2], auf eine gleichzeitig häufig verringerte Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsangebote [3]. Entsprechend stellt das frühzeitige Erkennen und Erreichen solcher vulnerabler, jedoch für die psychosoziale Gesundheitsversorgung nur schwer zugänglicher Patientengruppen einen wichtigen Ansatzpunkt in der migrations- und kultursensitiven Diagnostik und Behandlung dar. Gleichzeitig existieren für einige dieser Patientengruppen bisher jedoch nur wenige Studien zu populationspezifischen Risikoprofilen, anhand derer eine solche frühzeitige Identifikation möglich wäre. Ziel der vorliegenden Arbeit war es daher, Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von vietnamesischen Migrant*innen in Deutschland zu untersuchen, um darauf aufbauend Implikationen für eine möglichst kontext- und kultursensible Diagnostik und psychosoziale Versorgung ableiten zu können [4].

*Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von asiatischen Migrant*innen weltweit*

Während es bisher nur wenige Studien zu Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von asiatischen Migrant*innen in Deutschland und Europa gibt, existiert bereits eine Reihe solcher Untersuchungen für asiatische Migrant*innen in Ländern wie den USA, Kanada und Australien [4]. Dabei haben Kramer und Kollegen (2002) acht übergreifende Schlüsselfaktoren identifiziert, die eine besondere Relevanz für die psychische Gesundheit asiatischer Migrant*innen in den USA aufweisen: Geschlecht, Alter, Sprachkenntnisse, berufliche Situation, Religiosität und Spiritualität, traditionelle Gesundheitsvorstellungen, Akkulturation und familiäre bzw. intergenerationale Themen [5]. Zusätzlich benennen die Autor*innen den sozioökonomischen Status, sowie den Migrationsstatus als weitere wichtige Einflussgrößen [5].

Bezüglich des Faktors *Geschlecht* haben Studien in den USA ein erhöhtes Risiko für affektive Störungen bei vietnamesischen Migrantinnen belegt [6], während in den USA geborene asiatische Männer ein erhöhtes Risiko von Substanzkonsumstörungen aufweisen [7]. Für den Faktor *Alter* fand sich eine erhöhte psychische Belastung sowohl bei südostasiatischen Migrant*innen, die noch vor der Volljährigkeit nach Kanada migriert waren [8], als auch bei solchen, die zum

Zeitpunkt der Erhebung bereits älter als 55 Jahre waren [9]. Mangelnde *Sprachkenntnisse* zeigten sowohl einen direkten negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit asiatischer Migrant*innen in den USA [10], als auch indirekt, indem sie zu einer verringerten Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsangebote bei US-amerikanischen Asiat*innen führten [11]. Darüber hinaus fand sich ein Zusammenhang zwischen dem Faktor *Sprachkenntnisse* und der *beruflichen Situation*, wobei mangelnde Sprachkenntnisse bei in Kanada lebenden Südostasiat*innen sowohl die Wahrscheinlichkeit von Arbeitslosigkeit als auch das Risiko einer depressiven Störung erhöhte [12].

Ein weiterer Einfluss auf das psychische Befinden asiatischer Migrant*innen konnte für die Faktoren *Religiosität und Spiritualität* sowie *traditionelle Gesundheitsvorstellungen* belegt werden. Hinsichtlich des Faktors *Religiosität* fand sich dabei auf der einen Seite ein protektiver Effekt bei älteren koreanischen und chinesischen Migrant*innen in den USA [13]. Auf der anderen Seite konnten populationsbasierte Studien in Vietnam zeigen, dass Religiosität mit einer negativeren Sicht auf psychiatrische Behandlungsangebote einhergeht und damit die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme verringert [14]. *Traditionelle Gesundheitsvorstellungen* sowie die daraus resultierende primäre Konsultation traditioneller Heiler*innen können wiederum zu Interferenzen mit westlichen Behandlungsmethoden führen, insofern beispielweise pharmakodynamische und pharmakokinetische Interaktionen zwischen verordneten Heilpflanzen und einer psychopharmakologischen Medikation bei asiatischen Migrant*innen in den USA dokumentiert wurden [15].

Somit lässt sich zunächst festhalten, dass die Relevanz der von Kramer und Kollegen (2002) [5] für die psychische Gesundheit asiatischer Migrant*innen angeführten Schlüsselfaktoren grundsätzlich in einer Reihe von Studien bestätigt werden konnte. Allerdings fand sich dabei eine deutliche Variabilität der Effekte - je nach Betrachtung einzelner ethnischer Subgruppen [16] oder der Einbeziehung weiterer Faktoren, wie den unterschiedlichen Start- und Ankunftsbedingungen im Heimat- bzw. Migrationsland [17]. Zudem lassen sich einige der genannten Faktoren, wie beispielsweise das *Alter* oder die *berufliche Situation*, als nicht nur relevant für asiatische Migrant*innen (in den USA oder Kanada) einstufen, sondern als universelle Einflussgrößen, die eine ebenso wichtige Rolle für die psychische Gesundheit der Allgemeinbevölkerungen weltweit spielen [18]. Dies unterstreicht die Notwendigkeit populationspezifischer Untersuchungen, da eine bloße Übernahme der für asiatische Migrant*innen in den USA oder Kanada postulierten Einflussfaktoren, aufgrund der in Europa stellenweise deutlich abweichenden historischen und soziokulturellen Gegebenheiten zu kurz greifen würde [4, 19].

*Akkulturation und psychische Gesundheit asiatischer Migranten*innen weltweit*

Laut Definition bedeutet Migration die „Emigration (Auswanderung) aus einem Herkunftsland und Immigration (Einwanderung) in ein Zielland“ [20]. Der hierauf aufbauende Begriff der Akkulturation beschreibt diejenigen dynamischen Anpassungs- und Veränderungsprozesse, die durch das längerfristige Aufeinandertreffen der Herkunfts- und Mehrheitskultur entstehen und die sowohl auf individueller (psychologischer) als auch kollektiver (gesamtgesellschaftlicher) Ebene ablaufen können [21]. Im Bereich der individuellen Akkulturationsprozesse wurde der lange Zeit vertretene unidirektionale Ansatz (Beibehaltung der Herkunftskultur *oder* Annahme der Mehrheitskultur) inzwischen mehrheitlich durch eine (mindestens) bidirektionale Sichtweise abgelöst, welche *sowohl* die Orientierung zur Herkunftskultur *als auch* zur Mehrheitskultur als koexistent betrachtet [22, 23]. Ein Modell, welches die sich hieraus ergebenden, vier prototypischen Akkulturationsformen zusammenfasst, stellt das Modell der Akkulturationsstrategien von Berry (1970) dar [24]. Hiernach beschreibt (a) die Strategie der *Segregation* die Beibehaltung der Ursprungs- und gleichzeitige Ablehnung der Mehrheitskultur (b) die Strategie der *Assimilation* die Abwendung von der Ursprungs- und gleichzeitige Hinwendung zur Mehrheitskultur (c) die Strategie der *Marginalisierung* sowohl die Ablehnung der Ursprungs- als auch der Mehrheitskultur und (d) die Strategie der *Integration* sowohl die Beibehaltung der Ursprungs- als auch die Öffnung hin zur Mehrheitskultur [23, 25].

Bezüglich der Frage, ob sich dabei die jeweilige kulturelle Orientierung positiv oder negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt, sind die Befunde noch immer zum Teil uneinheitlich, je nach ethnischer Gruppe oder untersuchter psychiatrischer Störung [25]. So fand sich bei in den USA lebenden Koreaner*innen eine geringere emotionale und soziale Belastung bei einer stärkeren Orientierung zur Herkunftskultur [26], bei Chines*innen in den USA hingegen eine erhöhte psychische Belastung im Falle einer stärkeren Orientierung zur Mehrheitskultur [27]. Bei den Substanzkonsumstörungen zeigte sich mehrheitlich ein erhöhtes Risiko von Abhängigkeitserkrankungen im Falle einer stärkeren Orientierung zur Mehrheitskultur, so u.a. bei asiatischen Migrant*innen mit einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen in den USA [28]. Bei den Essstörungen fand sich ein geringeres Erkrankungsrisiko bei in Neuseeland lebenden Chines*innen mit einer assimilierten Akkulturationsstrategie [29], während sich bei Asiatinnen in Australien, die eine geringere Orientierung zur Mehrheitskultur berichteten, mehr Symptome einer Essstörung zeigten [30].

Im Bereich der affektiven Störungen liegen bisher ebenfalls zum Teil uneinheitliche Befunde vor [25]. So finden sich mehr depressive Symptome bei älteren Chines*innen in Neuseeland mit einer marginalisierten und weniger bei solchen mit einer integrativen Akkulturationsstrategie [31], während eine stärkere Orientierung hin zur Mehrheitskultur bei Chines*innen und Japaner*innen

in den USA mit mehr Depressionssymptomen (sowie einer geringeren Zahl somatischer Symptome) einhergeht [32]. Darüber hinaus konnten andere Studien wiederum keinen solchen Zusammenhang zwischen der kulturellen Orientierung und der Entwicklung einer affektiven Störung belegen [25]. Vor dem Hintergrund dieser heterogenen (und damit nicht ohne Weiteres extrapolierbaren) Befunde, sowie der Tatsache, dass bisher kaum entsprechende Untersuchungen für asiatische Migrant*innen in Europa und Deutschland vorliegen, zeigt sich daher erneut die Wichtigkeit analoger kontextsensitiver Forschung außerhalb des angelsächsischen Raums [23]. Folglich beschäftigte sich eine, der im Rahmen dieses Dissertationsprojektes durchgeführten Studien mit der Frage, wie sich der jeweilige Akkulturationsstil auf den Depressionsschweregrad bei vietnamesischen Migrant*innen in Deutschland auswirkt [33].

Einfluss der Anzahl erlebter migrationsbezogener Belastungen auf die psychische Gesundheit

Ein weiterer wichtiger, jedoch in der Migrationsforschung bisher kaum beachteter Aspekt, stellt die Häufigkeit der erlebten migrationsbezogenen Belastungen dar. Während es bereits eine Reihe von Studien zu der Frage gibt, welche Faktoren sich negativ auf die psychische Gesundheit von Migrant*innen auswirken, gibt es bisher nur wenige Untersuchungen zu der Frage, ob und wie stark sich das wiederholte, oft gleichzeitige Erleben multipler Belastungen (zusätzlich) negativ auf die psychische Gesundheit der Betroffenen auswirkt [34]. Zwar lässt sich vermuten, dass Migrant*innen, die wiederkehrenden migrationsassoziierten Belastungen ausgesetzt sind (z.B. mehrfach einem unsicheren Aufenthaltsstatus) ein höheres psychisches Beschwerderisiko aufweisen als solche, die nur vergleichsweise wenige solcher Stressoren erlebt haben. Dennoch gibt es hierzu bisher kaum Studien, die diese Annahme empirisch stützen [34].

Einen ersten wichtigen Anhaltspunkt liefern dabei Ergebnisse aus dem Bereich der Traumaforschung. Hier findet sich der sogenannte "building-block"-Effekt [35], nach dessen Annahme sich mit einer steigenden Zahl traumatischer Ereignisse (schwere Unfälle, Naturkatastrophen oder Bedrohung des eigenen Lebens), auch die Wahrscheinlichkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung [36] oder anderen stress-assoziierten Angststörung [37] erhöht. Auch wenn sich ein solcher Kummulationseffekt ebenfalls im Bereich der migrationsbezogenen Belastungen vermuten lässt, so können die Ergebnisse der Trauma-Forschung nicht ohne Weiteres auf diesen Bereich übertragen werden, da migrationsbezogene Stressoren zwar als aversiv, jedoch in der Regel als nicht unmittelbar lebensbedrohlich erlebt werden [34]. Folglich beschäftigte sich eine der durchgeführten Studien auch mit der Frage, ob und inwieweit sich die Anzahl der erlebten migrationsbezogenen Belastungen auf die Entstehung und den Schweregrad einer Depression bei vietnamesischen Migrant*innen in Deutschland auswirkt [34].

*Psychosoziale Gesundheit und Versorgung von vietnamesischen Migrant*innen in Deutschland*

In Deutschland hatten im Jahr 2019 laut statistischem Bundesamt 21.2 Millionen Menschen und damit 26.0% der Bevölkerung einen Migrationshintergrund [38]. Dabei gelten als Personen mit Migrationshintergrund solche, die entweder selbst oder bei denen mindestens ein Elternteil als nichtdeutsche(r) Staatsangehörige(r) geboren wurde(n) [38]. Von den besagten 21.2 Millionen stellen solche mit asiatischem Migrationshintergrund mit 4.6 Millionen Vertreter*innen die zweitgrößte Gruppe dar, nach 13.8 Millionen Migrant*innen im Rahmen der EU-Binnenmigration. Die Gruppe der Migrant*innen aus Asien setzte sich 2019 aus 3.2 Millionen Personen aus dem Nahen und Mittleren Osten, sowie 1.1 Millionen aus Süd- bzw. Südostasien und 290.000 aus Ostasien zusammen. Innerhalb der Gruppe der in Deutschland lebenden südostasiatischen Migrant*innen stellen Vietnames*innen mit ungefähr 188.000 Vertreter*innen [38] eine der größten und mit rund 18.200 Vertreter*innen die größte südostasiatische Gemeinde in der Hauptstadt Berlin dar [38].

Trotz dieser zahlenmäßigen Größe, existieren bisher jedoch nur vergleichsweise wenige Studien zur psychischen Gesundheit von Vietnames*innen in Deutschland. Eine dieser Studien berichtete für in Leipzig lebende Vietnames*innen (gegenüber der deutschen Allgemeinbevölkerung) erhöhte Angst- und Depressionswerte [39]. Zudem konnten in dieser Studie die Faktoren *soziale Assimilation* und *wahrgenommene Diskriminierung* als wichtige Prädiktoren beider psychiatrischer Störungsbilder identifiziert werden. Darüber hinaus fand sich in einer weiteren Studie zu vietnamesischen Migrant*innen in Leipzig eine verringerte Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Versorgungseinrichtungen [40]. Diese Tendenz zeigte sich ebenfalls in einer unserer früheren Studien zu vietnamesischen Migrant*innen der 1. Generation in Berlin [41].

Im Jahr 2010 eröffnete an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin (CBF) eine psychiatrisch-psychotherapeutische Spezialambulanz, die seither ein sprach- und kultursensibles Behandlungsprogramm speziell für Patient*innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund anbietet [23]. Im Jahr 2012 folgte dann, aufgrund einer hohen Inanspruchnahme, die Eröffnung einer weiteren Spezialambulanz im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) in Berlin, die sich ebenfalls mit einem sprach- und kultursensiblen Behandlungsangebot speziell an vietnamesische Migrant*innen richtet - insbesondere an solche, deren unzureichende Deutschkenntnisse ansonsten den Kontakt zur regulären psychiatrischen Versorgung deutlich erschwert hätten. Parallel zur Etablierung dieser beiden niederschweligen Behandlungsangebote, erfolgt seit 2013 zudem der Aufbau eines *Netzwerks für seelische Gesundheit von vietnamesischen Migrant*innen* (<http://www.netzwerk-vietpsygesundheit.de>), dessen übergeordnetes Ziel in der engen lokalen Zusammenarbeit von Psy-

chiater*innen, Psycholog*innen, Sozialpädagog*innen und Pflegekräften im Bereich der psychosozialen Versorgung von vietnamesischen Migrant*innen im Großraum Berlin besteht. Durch den regelmäßigen Austausch mit Vertreter*innen der vietnamesischen Communities gelingt es dabei zunehmend auch innerhalb der einzelnen Gemeinden über sprach- und kultursensible Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und dadurch Stigmata und Zugangsbarrieren gegenüber psychischen Erkrankungen und psychiatrischen Einrichtungen sukzessive abzubauen [23]. Trotz des dadurch gestiegenen Verständnisses und verbesserten Zugangs zu dieser ansonsten nur schwer erreichbaren Patientengruppe, besteht für vietnamesische Migrant*innen in Deutschland - wie für viele Migrantengruppen überhaupt - jedoch weiterhin ein großer Forschungsbedarf im Bereich der zielgruppenadaptierten psychosozialen Versorgung.

Zielsetzung der vorliegenden Arbeit

Das Hauptziel der drei, im Rahmen des vorliegenden Dissertationsprojektes vorgestellten Studien war es, kontextspezifische Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von in Deutschland lebenden vietnamesischen Migrant*innen zu untersuchen. Dabei wurden in **Studie 1** aus einer Reihe soziodemographischer, klinisch-relevanter und migrationsbezogener Faktoren diejenigen identifiziert, die den stärksten Zusammenhang mit dem Schweregrad der aktuellen psychischen Belastung aufweisen [4]. In **Studie 2** wiederum wurde untersucht, wie sich die Anzahl der erlebten migrationsbedingten Stressoren auf den Schweregrad, sowie die einzelnen Facetten der Depression (kognitiv, affektiv, somatisch) auswirkt [34]. In **Studie 3** wurde schließlich der Zusammenhang zwischen der kulturellen Orientierung (sowie den daraus resultierenden vier Akkulturationsstilen) und dem Schweregrad der depressiven Symptomatik exploriert [33].

5. Methodik

Die Datenerhebung erfolgte über die vietnamesisch-sprachige Spezialambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité-Universitätsmedizin Berlin (Campus Benjamin Franklin). Die Durchführung der drei Studien wurde durch die Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin genehmigt (EA2/116/15).

Noch vor der Erstkonsultation durch eine bilinguale, vietnamesisch- und deutschsprachige, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erhielt jede(r) Patient*in bei Aufnahme einen strukturierten Fragebogen zu soziodemographischen Daten, migrationsbedingten Stressoren [42] und akkulturationsbezogenen Aussagen [43]. Zudem füllte jede(r) Patient*in das Beck-Depressions-Inventar II (BDI-II) [44], sowie die Kurzversion des Brief Symptom Inventar (BSI-18) [45] aus. Alle Erhebungsinstrumente waren zuvor mittels der Rückübersetzungstechnik in die vietnamesische Sprache übersetzt worden [46]. Dabei konnte jede(r) Patient*in zwischen der deutschen und vietnamesischen Version des jeweiligen Fragebogens wählen. Die Teilnehmer*innen gaben ihr schriftliches Einverständnis, dass die gesammelten Informationen in de-identifizierter Form zu Forschungszwecken verwendet werden dürfen (written informed consent). Die Datenauswertung erfolgte mittels IBM SPSS für Mac OS X.

Studie 1: Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020): Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. doi: 10.3389/fpsy.2020.580103

Studienteilnahme. Akute Suizidalität führte zum Studienausschluss. Da es sich bei der Stichprobe um eine Inanspruchnahmepopulation handelte, gab es ansonsten vorab keine weiteren Ein- oder Ausschlusskriterien. Die Befragten mussten jedoch mindestens 75% der BSI-18-Items beantwortet haben.

Ziel der Studie. Ziel der Studie war es, soziodemographische, klinische und migrationsbezogene Risikofaktoren für erhöhte psychische Belastung bei vietnamesischen Migrant*innen in Deutschland zu identifizieren.

Messinstrumente. Der Schweregrad der Belastung wurde mit Hilfe der Kurzversion des Brief Symptom Inventar (BSI-18) erfasst [45]. Die Befragten konnten dabei mit jedem der insgesamt 18 Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala (0 = *gar nicht*, 1 = *ein wenig*, 2 = *ziemlich*, 3 = *stark*, 4 = *sehr stark*) angeben, inwieweit sie in den vergangenen 7 Tagen unter dem jeweiligen

Symptom gelitten hatten oder nicht. Die Einzelantworten wurden zu einem Gesamtscore aufsummiert (GSI - Global Severity Index, Spannbreite: 0-72), wobei ein höherer Wert mehr psychische Belastung abbildete.

Mögliche soziodemographische, klinische und migrationsbezogene Prädiktoren des BSI-GSI wurden einem insgesamt 39 Items umfassenden Fragebogen entnommen. Dabei erfolgte die Vorauswahl potentieller Prädiktoren anhand theoretischer Überlegungen, sowie einer umfangreichen Literaturrecherche (Medline, PSYINDEX und PsycINFO). Letztere bezog sich dabei auf Studien, die bereits anhand anderer asiatischer Migrationspopulationen einen Einfluss des jeweiligen Faktors auf deren psychische Befindlichkeit gezeigt hatten. Ein solches Vorgehen wurde gewählt, da bisher noch kein populationsspezifisches Modell vorliegt, aus dem Risikofaktoren speziell für vietnamesische Migrant*innen hätten abgeleitet werden können [4].

Datenanalyse. Die theoriegeleitet vorausgewählten 22 potentiellen BSI-GSI Prädiktoren wurden zunächst in drei separate, thematisch-gruppierete (soziodemographisch, klinisch-relevant, migrationsbezogen) multiple Regressionsmodelle aufgenommen. Variablen, welche dabei einen signifikanten Zusammenhang ($p \leq 0.05$) mit dem BSI-GSI zeigten, wurden anschließend in ein finales multiples Regressionsmodell aufgenommen, um dadurch die bestmögliche Kombination signifikanter BSI-GSI-Prädiktoren zu bestimmen.

Studie 2: Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingenfeld, K., Stingl, M., Hanewald, B., Ta, T.M.T. (2017): Migration-related stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany. In: *Depression Research and Treatment*, 1:1-9. doi: 10.1155/2017/8930432

Studienteilnahme. Für den Studieneinschluss mussten die Diagnosekriterien mindestens einer aktuellen depressiven Episode nach ICD-10 [47] erfüllt (F3X.XX), sowie mindestens 75% der Items zu migrationsbezogenen Belastungen beantwortet worden sein.

Ziel der Studie. Ziel der Studie war es, den Einfluss der Anzahl wahrgenommener migrationsbezogener Belastungen auf den Schweregrad, sowie die unterschiedlichen Facetten der Depression bei vietnamesischen Migranten*innen in Deutschland zu untersuchen.

Messinstrumente. Zur Erfassung migrationsbezogener Stressoren (MRS; Migration-Related Stressors) wurde eine adaptierte Version des Fragebogens von Lujic [42] verwendet. Der ursprünglich für die Evaluation türkischstämmiger Patient*innen entwickelte Fragebogen wurde für die vorliegende Stichprobe geringfügig angepasst, indem das Item "Do you have problems at work or with other persons, because of fasting, rejecting pork meat, wearing a headscarf, praying five

times a day or washing hands and feet before praying” als für den Forschungskontext zu vietnamesischen Patient*innen unzutreffend entfernt wurde. Mit den verbleibenden 24 Items wurden die Patient*innen gefragt, ob sie zum Zeitpunkt der Erhebung bereits mit dem jeweiligen Stressor konfrontiert worden waren (1 = *ja*, 0 = *nein*). Die Einzelantworten wurden zu einem Gesamtscore aufsummiert (SQ - Stressor-Quantity), wobei ein höherer Wert eine größere Anzahl erlebter Stressoren abbildete.

Der Schweregrad der Depression wurde mittels der 21 Items des Beck-Depressions-Inventar II (BDI-II) erfasst [44]. Dabei konnten die Befragten auf einer 4-stufigen Likert-Skala angeben, ob sie in den vergangenen 7 Tagen unter dem jeweiligen Symptom gelitten hatten oder nicht. Der anschließend gebildete Gesamtscore konnte zwischen 0 und 63 liegen, wobei ein höherer Wert einen höheren Schweregrad an Depressivität bedeutete.

Um in einem weiteren Schritt die unterschiedlichen Facetten der Depression (kognitiv, affektiv, somatisch) untersuchen zu können, wurde das faktorenanalytisch abgeleitete 3-Faktoren-Modell von Buckley et al. (2001) verwendet [48]. Dabei wurden die 21 BDI-II-Items in drei Subskalen unterteilt: BDI-COG (kognitiv, 9 Items), BDI-AFF (affektiv, 4 Items) und BDI-SOM (somatisch, 8 Items). Eine Übersicht über die Skalenzuordnung der jeweiligen Items zeigt *Tabelle 1*.

Datenanalyse. Der Zusammenhang zwischen der Anzahl erlebter Stressoren und dem BDI-II Gesamtscore, sowie den drei Depressions-Subskalen (kognitiv, affektiv, somatisch) wurde mittels vier hierarchischer linearer Regressionsmodelle untersucht. Dabei wurden die Faktoren *Alter*, *Geschlecht* und *Bildung* als Kontrollvariablen in das jeweilige Modell mitaufgenommen. Post-Hoc-Analysen (ebenfalls in Form einfacher linearer Regressionen) wurden für die BDI-II-Einzelitems durchgeführt, deren Subskala zuvor einen signifikanten Zusammenhang mit dem SQ-Prädiktor gezeigt hatte.

Tabelle 1: Zuordnung der 21 BDI-II-Items zu den drei Subskalen nach Buckley et al. (2001)

BDI-COG (kognitiv)	BDI-AFF (affektiv)	BDI-SOM (somatisch)
9 Items: <i>Traurigkeit</i> (Nr.1) <i>Pessimismus</i> (Nr.2) <i>Versagensgefühle</i> (Nr.3) <i>Schuldgefühle</i> (Nr.5) <i>Bestrafungsgefühle</i> (Nr.6) <i>Selbstablehnung</i> (Nr.7) <i>Selbstvorwürfe</i> (Nr.8) <i>Selbstmordgedanken</i> (Nr.9) <i>Wertlosigkeit</i> (Nr.14)	4 Items: <i>Verlust von Freude</i> (Nr.4) <i>Weinen</i> (Nr.10) <i>Interessensverlust</i> (Nr.12) <i>Entschlussunfähigkeit</i> (Nr.13)	8 Items: <i>Unruhe</i> (Nr.11) <i>Energieverlust</i> (Nr.15) <i>Schlafprobleme</i> (Nr.16) <i>Reizbarkeit</i> (Nr.17) <i>Veränderung des Appetits</i> (Nr.18) <i>Konzentrationsschwierigkeiten</i> (Nr.19) <i>Ermüdung oder Erschöpfung</i> (Nr.20) <i>Verlust an sexuellem Interesse</i> (Nr.21)

Studie 3: Nguyen, M.H., Hahn, E., Von Poser, A., Ta, T.M.T., Wingenfeld, K., Graef-Calliess, I.T., Stopsack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., Brian, R., Diefenbacher, A. (2017): *Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany*. In: *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8): 708-716. doi: 10.1177/0020764017735140

Studienteilnahme. Für den Studieneinschluss mussten die Befragten die ICD-10-Diagnosekriterien mindestens einer aktuellen depressiven Episode erfüllen (F3X.XX). Gleichzeitig durfte zum Zeitpunkt der Studie keine weitere komorbide psychiatrische Störung nach ICD-10 vorliegen.

Ziel der Studie. Ziel war es, den Einfluss des jeweiligen Akkulturationsstils auf den Depressionsschweregrad bei vietnamesischen Migranten*innen in Deutschland zu untersuchen.

Messinstrumente. Der Depressionsschweregrad wurde mittels des Beck-Depressions-Inventar II erhoben, welches bereits auf Seite 14 ausführlicher beschrieben wurde. Um die unterschiedlichen Formen der Akkulturation erfassen zu können, wurde die Stephenson Multigroup Acculturation Skala [43] verwendet, wobei zwei der insgesamt 32 Items bereits vorab ausgeschlossen wurden, um Missverständnisse und Redundanzen zu vermeiden (Item Nr. 1 und Nr. 4). Mit den verbleibenden 30 Items wurden die Patient*innen in einem ersten Schritt gebeten auf einer 4-stufigen Likert-Skala einzuschätzen, inwieweit die jeweilige akkulturationsbezogene Aussage auf sie zutrifft oder nicht (1 = *unzutreffend*, 2 = *teilweise unzutreffend*, 3 = *teilweise zutreffend*, 4 = *zutreffend*). Entsprechend der Vorgabe von Stephenson (2000) [43] wurden dann in einem zweiten Schritt zwei unabhängige Subskalen gebildet, wobei die *dominant society immersion scale* (DSI, 14 Items) für die Orientierung hin zur Mehrheitsgesellschaft (in diesem Fall Deutschland) und die *ethnic society immersion scale* (ESI, 16 Items) für die Orientierung hin zur Herkunftsgesellschaft (in diesem Fall Vietnam) steht.

Datenanalyse. Der Zusammenhang zwischen der DSI- und ESI-Subskala mit dem BDI-II Gesamtscore wurde mittels eines multiplen linearen Regressionsmodell bestimmt. Die Variablen *Alter*, *Geschlecht*, *Bildung* und *Art der Migration* („guest worker“, „boat people“ oder „third wave migrant“) wurden dabei als Kontrollvariablen in das Modell mitaufgenommen. Unterschiede zwischen den vier Akkulturationsstrategien bezüglich Depressivität wurden mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) mit Zwischen-Subjekt-Faktoren getestet. Mit Hilfe von a priori geplanten, einfachen Einzelkontrastanalysen wurden abschließend mögliche Unterschiede in der Ausprägung der Depressivität zwischen Patient*innen mit einer integrativen und einer marginalisierten Akkulturationsstrategie untersucht.

6. Ergebnisse

Studie 1: Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020): **Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany.** In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. doi: 10.3389/fpsy.2020.580103

Die finale Stichprobe setzte sich aus $N = 254$ vietnamesischen Migrant*innen zusammen, mit einem Altersdurchschnitt von 44.7 Jahren ($SD = 12.9$). 76% der Patient*innen waren weiblich und 24% männlich.

In einem ersten Schritt wurden die (theoriegeleitet vorausgewählten) 22 möglichen BSI-GSI Prädiktoren, mittels drei thematisch-gruppierter, multipler Regressionsmodelle explorativ auf ihren Zusammenhang mit dem BSI-GSI geprüft ($p \leq 0.05$). Dabei fand sich für insgesamt sechs Faktoren ein signifikanter Zusammenhang zu erhöhter psychischer Belastung: *Arbeitslosigkeit* ($B = -5.63, p = 0.047$), *finanzielle Probleme* ($B = -9.85, p \leq 0.001$), *keine oder nur geringe Bedeutung der Religion* ($B = -4.31, p \leq 0.001$), *kein psychiatrischer Vorkontakt* ($B = -7.19, p = 0.01$), *frühere Migrationserfahrungen* ($B = 7.87, p = 0.02$), sowie *wahrgenommene Diskriminierung* ($B = 6.53, p = 0.03$).

Diese sechs Faktoren wurden anschließend in ein finales multiples Regressionsmodell aufgenommen, wobei sich für alle sechs Faktoren erneut ein signifikanter Zusammenhang mit dem BSI-GSI zeigte: *Arbeitslosigkeit* ($B = -6.32, p = 0.01$), *finanzielle Probleme* ($B = -10.71, p \leq 0.001$), *keine oder nur geringe Bedeutung der Religion* ($B = -3.23, p \leq 0.001$), *kein psychiatrischer Vorkontakt* ($B = -7.35, p \leq 0.001$), *frühere Migrationserfahrungen* ($B = 8.76, p \leq 0.001$), sowie *wahrgenommene Diskriminierung* ($B = 6.58, p = 0.01$). Mit Hilfe dieser sechs Faktoren konnte insgesamt 18.7% der BSI-GSI-Varianz aufgeklärt werden (korrigiertes R^2).

Studie 2: Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingenfeld, K., Stingl, M., Hanewald, B., Ta, T.M.T. (2017): **Migration-related stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany.** In: *Depression Research and Treatment*, 1:1-9. doi: 10.1155/2017/8930432

Die finale Stichprobe setzte sich aus $N = 137$ vietnamesischen Migrant*innen zusammen, wobei das mittlere Alter der Befragten bei 44.5 Jahren ($SD = 11.7$) lag. 81% der Patient*innen waren weiblich und 19% männlich.

Bezüglich der erfragten migrantionsbezogenen Belastungen wurden die folgenden fünf Items am häufigsten bejaht: *Verständigungsprobleme in Deutschland* (Item 1; $n = 85$), *Sehnsucht*

nach der Familie in Vietnam (Item 19; $n = 71$), Anpassungsschwierigkeiten an die deutsche Gesellschaft (Item 20; $n = 63$), Unsicherheit bezüglich des Verhaltens in bestimmten Situationen (Item 16; $n = 54$) und Einsamkeits- oder Isolationsgefühle in Deutschland (Item 7; $n = 51$).

In einem ersten Schritt wurde untersucht, welchen Einfluss die Anzahl der erlebten Stressoren (SQ, Stressor-Quantity) auf den Schweregrad der erhobenen Depressivität ausübt. Dabei fand sich mittels eines hierarchischen linearen Regressionsmodells ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer höheren SQ und einem höheren Depressionsschweregrad, entsprechend dem BDI-II-Gesamtscore ($F(4,58) = 3.00, p = 0.03$). Die Kontrollvariablen *Alter*, *Geschlecht* und *Bildung* lieferten keinen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung. In einem zweiten Schritt wurde mittels dreier hierarchischer Regressionsmodelle der Zusammenhang zwischen der SQ und der kognitiven, affektiven und somatischen Dimension der Depression getestet. Hier fand sich nur für die kognitive Subskala (BDI-COG) ein signifikanter Zusammenhang ($F(4,57) = 4.19, p = 0.01$), wobei eine höhere Anzahl berichteter Stressoren zu einer stärkeren Ausprägung der kognitiven Depressionsskala führte.

In einem letzten Schritt wurde mittels einfacher linearer Regressionsmodelle der Zusammenhang zwischen der SQ und den einzelnen Items innerhalb der kognitiven Subskala untersucht. Dabei fand sich ein signifikanter Einfluss auf die Symptome *Pessimismus* ($F(4, 57) = 4.07, p = 0.01$), *Versagensgefühle* ($F(4, 58) = 3.44, p = 0.04$), *Schuldgefühle* ($F(4, 57) = 3.94; p = 0.01$), *Bestrafungsgefühle* ($F(4,57) = 3.44, p = 0.01$) und *Selbstmordgedanken* ($F(4,51) = 2.64, p = 0.04$). Eine höhere SQ führte dabei zu einer stärkeren Ausprägung des jeweiligen Symptoms. Für die Symptome *Traurigkeit* ($p = 0.27$), *Selbstablehnung* ($p = 0.11$), *Selbstvorwürfe* ($p = 0.06$) und *Wertlosigkeit* ($p = 0.16$) zeigte sich hingegen kein signifikanter Zusammenhang.

Studie 3: Nguyen, M.H., Hahn, E., Von Poser, A., Ta, T.M.T., Wingenfeld, K., Graef-Calliess, I.T., Stopsack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., Brian, R., Diefenbacher, A. (2017): Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. In: *International Journal of Social Psychiatry* 63(8): 708-716. doi: 10.1177/0020764017735140

Die Stichprobe bestand aus $N = 113$ vietnamesischen Migranten*innen, wobei das mittlere Alter bei 44.7 Jahren ($SD = 11.8$) lag. 73% der Patient*innen waren weiblich, 27% männlich.

In einem ersten Schritt wurde mittels eines multiplen hierarchischen Regressionsmodells die Hypothese getestet, dass sowohl eine stärkere Orientierung zur Mehrheitsgesellschaft (DSI, in diesem Fall Deutschland) als auch zur Herkunftsgesellschaft (ESI, in diesem Fall Vietnam) zu einem

geringeren Depressionsschweregrad führt. Dabei fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der DSI- und ESI-Skala und dem BDI-II Gesamtscore, wobei sowohl eine stärkere Orientierung zur deutschen Mehrheitskultur ($\beta = -0.20, p = 0.04$), als auch zur vietnamesischen Herkunftskultur ($\beta = -0.22, p = 0.03$) mit einem geringeren Depressionsschweregrad assoziiert waren. Die Kontrollvariablen *Alter*, *Geschlecht*, *Bildung* und *Art der Migration* lieferten keinen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung.

In einem zweiten Schritt wurde geprüft, inwieweit der Ausprägungsgrad der Depression mit den vier Akkulturationsstilen von Berry (1970) variiert. Um dabei den jeweiligen Akkulturationsstil bestimmen zu können, wurde die Methode des Median-Splits [49] auf die beiden Akkulturationsskalen angewendet, ESI ($Mdn = 57$) und DSI ($Mdn = 32$). Hieraus resultierten die folgenden vier Akkulturationsstile: *Assimilation* ($ESI \leq Mdn$ und $DSI \geq Mdn$), *Segregation* ($ESI \geq Mdn$ und $DSI \leq Mdn$), *Marginalisierung* ($ESI \leq Mdn$ und $DSI \leq Mdn$) und *Integration* ($ESI \geq Mdn$ und $DSI \geq Mdn$). Dabei fand sich mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit Zwischen-Subjekt-Faktoren zunächst ein signifikanter Haupteffekt über alle vier Akkulturationsstile hinweg ($F(3,109) = 5.44, p \leq 0.01$). Zudem konnte mit Hilfe von a priori geplanten, einfachen Einzelkontrastanalysen gezeigt werden, dass der integrative Akkulturationsstil mit einem signifikant niedrigeren Depressionsschweregrad einhergeht als der marginalisierte Akkulturationsstil ($t(109) = 3.89, p \leq 0.001$).

7. Diskussion

Ziel des vorliegenden Dissertationsprojektes war die Identifizierung soziodemographischer, klinischer und migrationsbezogener Risikofaktoren für erhöhte psychische Belastung bei vietnamesischen Migrant*innen in Deutschland. Aufgrund einer bei süd- und ostasiatischen Migrant*innen häufig reduzierten Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote, könnte ein hieraus abgeleitetes Risikoprofil dazu genutzt werden, um Patient*innen mit einem erhöhten Belastungsrisiko zukünftig früher erkennen und kontextsensibel über entsprechende Behandlungsoptionen informieren zu können [4].

Dabei konnten in Studie 1 insgesamt sechs Faktoren mit einem signifikanten Zusammenhang zu erhöhter psychischer Belastung identifiziert werden: (1) *Arbeitslosigkeit* (2) *finanzielle Probleme* (3) *keine oder nur geringe Bedeutung der Religion* (4) *kein psychiatrischer Vorkontakt* (5) *frühere Migrationserfahrungen* und (6) *wahrgenommene Diskriminierung* [4]. In Studie 2 konnte gezeigt werden, dass eine steigende Zahl erlebter migrationsbezogener Stressoren mit insgesamt stärker ausgeprägten Depressionssymptomen einhergeht und sich dabei vor allem auf die kognitive Dimension der Depression auswirkt. Zudem konnte ein Zusammenhang zwischen einer steigenden Zahl erlebter Stressoren und einem erhöhten Risiko für Suizidgedanken nachgewiesen werden [34]. In Studie 3 konnte gezeigt werden, dass sowohl die kulturelle Orientierung zur Mehrheitsgesellschaft (in diesem Fall Deutschland) als auch zur Herkunftsgesellschaft (in diesem Fall Vietnam) mit einem geringeren Depressionsschweregrad einhergeht. Zudem fand sich für vietnamesische Migrant*innen mit einem marginalisierten Akkulturationsstil der höchste und für solche mit einem integrativen Akkulturationsstil der niedrigste Depressionsschweregrad [33]. Nachfolgend werden die Ergebnisse der drei Studien zunächst anhand des aktuellen Forschungsstandes diskutiert und abschließend zu einem möglichen Risikoprofil zusammengeführt.

Risikofaktoren für eine erhöhte psychische Belastung

Aus ursprünglich 39 potentiellen soziodemographischen, klinischen und migrationsbezogenen Risikofaktoren konnten mit Hilfe von Studie 1 insgesamt sechs Faktoren mit einem signifikanten Zusammenhang zu erhöhter psychischer Belastung identifiziert werden. Dabei stimmen die Befunde zu den soziodemographischen Faktoren *Arbeitslosigkeit* und *finanzielle Probleme* mit Studienergebnissen zu unterschiedlichen Migrant*innenpopulationen weltweit überein [50], die jeweils eine erhöhte Belastung in Verbindung mit diesen beiden Faktoren berichten. Dabei geht Arbeitslosigkeit besonders für Migrant*innen häufig mit einer Reihe weiterer Stressoren einher, wie

zum Beispiel einem unsicheren Aufenthaltsstatus, da dieser nicht selten an das Vorhandensein einer festen Anstellung gekoppelt ist oder umgekehrt eine Arbeitserlaubnis von einem (zumindest zeitweise) gesicherten Aufenthaltsstatus abhängt [51]. Darüber hinaus dürfte insbesondere für diejenigen Vietnames*innen, die aus ökonomischen Gesichtspunkten nach Deutschland migriert sind, eine anhaltende finanzielle Unsicherheit aufgrund enttäuschter Erwartungen (sowohl der Betroffenen selbst als auch mitunter ihrer Angehörigen im Herkunftsland) eine zusätzliche psychische Belastung darstellen [4].

Bezüglich des Faktors *Bedeutung von Religiosität* konnten Studien einerseits einen protektiven Effekt für die psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund belegen, beispielsweise für asiatische Migrant*innen in den USA [52]. Andererseits haben Studien in Vietnam eine negativere Einstellung gegenüber psychiatrischen Behandlungseinrichtungen bei Personen mit religiöser Zugehörigkeit berichtet [14]. Dabei schließen sich diese Befunde jedoch nicht aus, da in der erstgenannten Studie der Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit direkt untersucht wurde, während dieser in der letztgenannten Studie nur indirekt miterfasst wurde, insofern religiöse Zugehörigkeit zunächst zu mehr Vorbehalten gegenüber psychiatrischen Behandlungseinrichtungen führt und erst in einem zweiten Schritt zu mehr psychischer Belastung infolge einer dadurch de facto verringerten Inanspruchnahmebereitschaft.

Diese reduzierte Inanspruchnahme steht dabei auch im Zusammenhang mit dem Befund zu erhöhter psychischer Belastung bei vietnamesischen Migrant*innen *ohne psychiatrische Vorkontakte*. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass aufgrund der noch immer verbreiteten Vorbehalte gegenüber psychiatrischen Behandlungseinrichtungen [41, 53] Betroffene diese oft erst dann aufsuchen, wenn der Grad an Belastung ein so hohes Ausmaß angenommen hat, dass dieses selbstständig, oder mit der Hilfe von Angehörigen oder alternativer Heilmethoden [53] nicht mehr bewältigt werden kann. Personen, die diese Hemmschwelle bereits früher schon einmal überwunden haben, könnten dann (im Falle einer positiven Vorerfahrung) bei erneut auftretender Belastung schneller dazu bereit sein, entsprechende Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, was sich dann wiederum günstig auf den Verlauf und Schweregrad der Symptomatik auswirken würde [54].

Für die migrationsbezogenen Faktoren *wahrgenommene Diskriminierung* und *frühere Migrationserfahrungen* fand sich ebenfalls ein Zusammenhang zu erhöhter psychischer Belastung. Dabei stimmt der Befund zur wahrgenommenen Diskriminierung mit früheren Studien zu in Leipzig lebenden Vietnames*innen überein, die ebenfalls stärker ausgeprägte Angst- und Depressionssymptome in Verbindung mit einem Diskriminierungserleben berichtet haben [39]. Zusätzlich konnten diese Studien einen Einfluss des jeweiligen Akkulturationsstils auf die Ausprägung beider Störungsbilder belegen. Entsprechend wären hierbei auch Interaktionseffekte denkbar,

wenn sich infolge wiederholter Diskriminierungserfahrungen auch das Akkulturationsverhalten der Betroffenen ändert (beispielsweise in Form von gesellschaftlichem Rückzug aufgrund entstandener Verunsicherung) und dies dann zur Entwicklung psychischer Beschwerden beiträgt.

Der Einfluss früherer Migrationserfahrungen wiederum könnte damit im Zusammenhang stehen, dass viele, heutzutage in Deutschland lebende Vietnames*innen oft nicht direkt nach Deutschland immigriert sind, sondern häufig über mehrere Etappen, wie zum Beispiel vorangegangene Aufenthalte in den ehemaligen Ostblockstaaten [55]. Verglichen mit Vietnames*innen die direkt nach Deutschland gekommen sind, könnte sich dadurch das Risiko multipler migrationsbezogener Belastungen erhöht haben, da jede dieser Etappen mit zusätzlichen Herausforderungen verbunden gewesen sein dürfte [4].

Psychische Gesundheit und die Häufigkeit erlebter migrationsbezogener Belastungen

Entsprechend der Ergebnisse aus Studie 2 stellt nicht nur die Art der einzelnen Einflussfaktoren ein Risiko für eine erhöhte psychische Belastung dar, sondern auch deren Häufigkeit. Dabei fand sich sowohl ein Zusammenhang zwischen einer höheren Anzahl erlebter migrationsbezogener Stressoren und einem insgesamt stärker ausgeprägten Depressionsschweregrad, als auch insbesondere den kognitiven Symptomen der Depression, wie *Pessimismus*, *Versagensgefühle*, *Schuldgefühle*, *Bestrafungsgefühle* und *Selbstmordgedanken*. Bezüglich der Anzahl erlebter migrationsbezogener Belastungen lässt sich dabei vermuten, dass mit deren steigender Zahl auch die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass Betroffene mit den ihnen und ihrem sozialen Umfeld zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht mehr imstande sind, diese Vielzahl an Belastungen adäquat zu bewältigen. Der hieraus resultierende Kontrollverlust sowie die, in weiterer Folge entstehende *erlernte Hilflosigkeit* [56] und *reduzierte Selbstwirksamkeitserwartung* [57] wurden dabei in einer Reihe von Studien als wesentliche Risikofaktoren für die Entwicklung unterschiedlicher psychiatrischer Erkrankungen belegt, insbesondere im Bereich der affektiven Störungen [56]. Zudem konnte eine solche Dosis-Wirkungsbeziehung bereits im Bereich der Trauma-Forschung nachgewiesen werden, insofern sich das Risiko einer PTSD [36] oder anderen stress-assoziierten Angststörung [37] mit einer zunehmenden Zahl traumatischer Erlebnisse sukzessive erhöht.

Der Befund, dass eine höhere Anzahl migrationsbezogener Belastungen insbesondere mit stärker ausgeprägten kognitiven Depressionssymptomen einhergeht, überrascht zunächst, da frühere Studien zu vietnamesischen Psychiatrie-Patient*innen eine (gegenüber deutschen Patient*innen) stärkere Tendenz zur Präsentation somatischer Symptome gezeigt haben [58]. Gleichzeitig lässt sich aber auch vermuten, dass es in der Wahrnehmung vieler Patient*innen zu einer

Überschneidung kommt, zwischen den kognitiven Depressionssymptomen einerseits und bestimmten migrationsbezogenen Belastungen andererseits. So könnte beispielsweise das kognitive Symptom *Schuldgefühle* eng verknüpft sein mit einem unfreiwilligen Zurücklassen der Familie im Heimatland, das Symptom *Versagensgefühle* mit einer anhaltenden finanziellen oder beruflichen Unsicherheit und das Symptom *Pessimismus* mit einem noch immer unklaren Aufenthaltsstatus.

Durch diese enge Verbindung könnte es dann zu einer bidirektionalen Abwärtsspirale kommen, wenn die Wahrnehmung migrationsbezogener Belastungen aufgrund der depressiven Symptome besonders negativ ausfällt und sich dies wiederum verstärkend auf die depressive Symptomatik auswirkt. Die am Ende einer solchen Abwärtsspirale stehende Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit könnte dann auch, wie in Studie 2 gezeigt, das erhöhte Risiko von Suizidgedanken in Verbindung mit einer größeren Anzahl erlebter migrationsbezogener Belastungen erklären. Diesem Befund sollte dabei besondere Aufmerksamkeit zukommen, da vietnamesische Migrant*innen Suizidgedanken im Behandlungskontext tendenziell eher selten eigeninitiativ berichten [41].

Entsprechend sollten Behandler*innen bei der diagnostischen Abklärung von vietnamesischen Patient*innen einen wesentlichen Fokus auch auf mögliche, mit erlebten migrationsbedingten Belastungen einhergehende, dysfunktionale Kognitionen legen. Sofern berichtet, könnten diese dann, analog zu den kognitiven Ansätzen in der Traumatherapie, zunächst kritisch hinterfragt und anschließend mittels entsprechender therapeutischer Techniken (beispielsweise aus der Cognitive Processing Therapie [59]) bearbeitet werden. Hier bedarf es jedoch weiterführender Therapie-Studien um die spezifische Wirksamkeit solcher Ansätze auch für den Bereich der (als nicht unmittelbar lebensbedrohlich erlebten) migrationsbezogenen Belastungen überprüfen zu können.

Akkulturation und psychische Belastung

Bereits in Studie 2 waren als die am häufigsten erlebten migrationsbezogenen Belastungen *Kommunikationsprobleme* und *gesellschaftliche Anpassungsschwierigkeiten*, sowie *Unsicherheit bezüglich des Verhaltens in bestimmten Situationen* und *Einsamkeits- oder Isolationsgefühle* genannt worden. Dies deutet darauf hin, dass Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Akkulturationsprozess für viele Vietnames*innen in Deutschland noch immer eine Ursache wiederkehrender psychischer Belastung darstellen. Dieser Umstand konnte ebenfalls in Studie 3 belegt werden, insofern dort eine kulturelle Orientierung zur deutschen und vietnamesischen Gesellschaft mit geringer ausgeprägten Depressionssymptomen und die fehlende Zugehörigkeit zu beiden Kulturen (in Form des marginalisierten Akkulturationsstils) mit stärker ausgeprägten Depressionssymptomen assoziiert waren [33].

Dieser Befund stimmt dabei - gänzlich oder zumindest größtenteils - mit Studien zu anderen

Migrantenpopulationen überein [60]. So konnte eine Untersuchung zu Vietnamesinnen in Südkorea einen Zusammenhang zwischen einer geringeren kulturellen Zugehörigkeit bzw. akkulturativen Stress und stärker ausgeprägten Depressionssymptomen zeigen [61]. Hinsichtlich des jeweiligen Akkulturationsstils fand sich außerdem in einem kürzlich erschienenen Review-Artikel für die Mehrheit der dort besprochenen Studien ein erhöhtes Depressionsrisiko in Verbindung mit dem marginalisierten Akkulturationsstil, sowie ein verringertes Risiko bzw. eine höhere Resilienz in Verbindung mit dem integrativen Akkulturationsstil [60]. Bezüglich des assimilierten bzw. segregativen Akkulturationsstils liegen bisher jedoch uneinheitliche Befunde vor, wobei in manchen Fällen ein entsprechender Zusammenhang belegt, in manchen Fällen jedoch nicht nachgewiesen werden konnte [62].

Entsprechend betonen viele Autor*innen die Wichtigkeit, den Einfluss des jeweiligen Akkulturationsstils möglichst kontextspezifisch zu betrachten, da sich beispielsweise je nach psychiatrischem Störungsbild bereits unterschiedliche Befunde ergeben können [60]. So lässt sich etwa im Bereich der affektiven Störungen eine gewisse phänomenologische Überschneidung zwischen bestimmten Depressionssymptomen (wie sozialem Rückzug, Interessensverlust und Motivationschwierigkeiten) und dem marginalisierten Akkulturationsstil vermuten [34]. Diese Ähnlichkeit könnte dann (sowohl bei Behandler*innen als auch den Betroffenen selbst) zu Schwierigkeiten bei der differentialdiagnostischen Einordnung bestimmter Symptome führen. Zudem lässt sich auch auf der klinischen Ebene eine Wechselbeziehung annehmen, wenn die oben genannten Depressionssymptome die kulturelle Kontaktaufnahme/-aufrechterhaltung zusätzlich erschweren und sich dies dann wiederum mittels Rückkoppelung (bspw. in Form einer „sich-selbsterfüllenden Prophezeiung“) verstärkend auf die depressive Symptomatik auswirkt [34].

Um dieses komplexe Zusammenspiel daher zukünftig besser nachvollziehen zu können, bedarf es in Ergänzung zu bereits vorliegenden quantitativen Daten, zusätzlich auch qualitativer Informationen, um dadurch aus der emischen Perspektive (also aus der Sicht der Betroffenen selbst heraus) verstehen zu können, wie sich Schwierigkeiten im Akkulturationsprozess auf die psychische Befindlichkeit auswirken und *vice versa*.

Zusammenfassung: Ein mögliches Risikoprofil

Ziel des vorliegenden Dissertationsprojektes war es kontextspezifische Risikofaktoren für erhöhte psychische Belastung bei vietnamesischen Migrant*innen in Deutschland zu identifizieren, um dadurch vulnerable Personen zukünftig schneller erkennen und adäquat versorgen zu können. Führt man dabei die Ergebnisse der drei vorgestellten Studien zusammen, so ergeben sich folgendes Risikoprofil und daraus abgeleitete klinische Empfehlungen:

Besondere Beachtung sollten Vietnames*innen ohne psychiatrische Vorkontakte erhalten, da hier aufgrund einer potenziell verringerten Inanspruchnahme die Gefahr erhöhter psychischer Belastung besteht. Entsprechend sollten die Gründe (tatsächlich bisher nichtexistenter Bedarf vs. Zurückhaltung aufgrund von Vorbehalten) für eine bis dato unterbliebene Kontaktaufnahme exploriert und gegebenenfalls mittels Anti-Stigma-Interventionen bearbeitet werden [63].

Darüber hinaus sollte bei Vietnames*innen die von beruflichen und sozioökonomischen Schwierigkeiten berichten, ebenfalls von einem erhöhten Belastungsrisiko ausgegangen werden. Hier sollten insbesondere diejenigen Personen, die aus wirtschaftlichen Gründen nach Deutschland immigriert sind, hinsichtlich eines Erlebens von Resignation und Hoffnungslosigkeit exploriert werden, da sich ihr Wunsch nach einer Verbesserung der sozioökonomischen Situation trotz vollzogener Migration nicht erfüllt hat. Zudem sollten in diesem Zusammenhang auch potentielle Versagens- und Schuldgefühle erfragt werden, da eine ausbleibende finanzielle Verbesserung häufig nicht nur bei den Betroffenen selbst, sondern auch bei deren Familienangehörigen im Heimatland zu enttäuschten Erwartungen führen.

In Bezug auf die Rolle der Religion und religiöser Praktiken sollten Behandler*innen diese als einen protektiven Faktor (gegenüber migrationsbezogenen Belastungen) verstehen, den es in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Praxis entsprechend zu fördern und im Sinne möglicher Synergieeffekte mitunter sogar gezielt in die therapeutische Arbeit zu integrieren gilt. Gleichzeitig sollte es einen regelmäßigen Austausch zwischen Behandler*innen und Vertreter*innen der religiösen Gemeinden geben, um dadurch auf beiden Seiten Vorbehalte gegenüber der Vereinbarkeit von religiöser Zugehörigkeit *und* psychiatrisch-psychotherapeutischer Anbindung weiter abzubauen und ein solches Bewusstsein entsprechend auch an Patient*innen bzw. Gemeindemitglieder weiterzuvermitteln.

Zudem sollten - als fester Bestandteil der Sozialanamnese - vorangegangene Migrationserfahrungen ausführlich exploriert und mittels standardisierter Erhebungsinstrumente erfasst werden, da mit deren zunehmender Häufigkeit auch die Gefahr migrationsbezogener Belastungen steigt. Dabei sollte besonders im Bereich der depressiven Symptome vermehrt auf, mit belastenden Migrationserfahrungen verknüpfte, dysfunktionale Kognitionen geachtet werden [64]. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auch auf ein erhöhtes Risiko von Suizidgedanken gelegt werden, da diese eine Folge multipler migrationsbedingter Belastungen sowie einer hieraus entstandenen Hilf- und Perspektivlosigkeit sein können. Hier wären spezielle Therapiebausteine denkbar, bei denen allgemeine therapeutische Elemente, wie „Akzeptanz“, „Ziele- und Wertklärung“, „die Depressionstriade nach Beck“ [65] sowie „depressionsfördernde Denkfehler“ [65] mit migrationsspezifischen Themen kombiniert werden [66].

Außerdem sollten Vietnames*innen, die weder eine Orientierung zur Mehrheits- noch zur Herkunftskultur aufweisen, ebenfalls vermehrt auf psychische Belastung sowie zugrundeliegende dysfunktionale Kognitionen hin exploriert und ggf. therapeutische Wege zur Förderung von Zugehörigkeit aufgezeigt werden. Dabei sollte beim Erfragen der für den Rückzug von kulturell geformten Praktiken, Werten und Überzeugungen verantwortlichen Gründe, besonders auch auf vorangegangene Diskriminierungserfahrungen geachtet werden, da diese im Rahmen von Studie 1 ebenfalls als Risikofaktor für erhöhte psychische Belastung identifiziert wurden [4]. Hier besteht die Vermutung, dass Diskriminierungserfahrungen aufgrund einer dadurch entstandenen Verunsicherung zu einem gesellschaftlich-kulturellen Rückzug und damit letztlich auch zur Entwicklung einer depressiven Symptomatik beitragen könnten. Neben einer Aufklärung über Antidiskriminierungsgesetze und entsprechende Anlaufstellen [67], sollten daher Diskriminierungserfahrungen sowie damit einhergehende depressionsfördernde Kognitionen therapeutisch bearbeitet werden; beispielsweise mittels kognitiver Umstrukturierung, Übungen zur Realitätsprüfung oder Techniken zur Stärkung des Selbstwirksamkeitserlebens [68]. Zudem könnten hierfür auch Selbsthilfegruppen oder spezielle gruppentherapeutische Angebote genutzt werden [69], wobei letztere möglichst von sprach- und kultursensitiven Behandler*innen angeleitet werden sollten.

Einschränkungen und Forschungsausblick

Bei der Interpretation der Studienergebnisse sollten folgende Limitationen berücksichtigt werden:

- 1.) Bei allen drei Untersuchungen handelte es sich um Querschnittsstudien ohne Kontrollgruppe, was die Möglichkeit kausaler Aussagen deutlich begrenzt [70]. So lässt sich zunächst nur ein korrelativer Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Faktor und dem Grad der psychischen Belastung konstatieren und nicht abschließend determinieren, inwieweit sich dabei nicht auch die Psychopathologie auf die Entstehung einzelner Faktoren ausgewirkt hat (z.B. Arbeitslosigkeit infolge einer anhaltenden depressiven Symptomatik).
- 2.) Zudem kann nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass es bei der Einschätzung einzelner Faktoren aufgrund der psychischen Belastung auch zu negativen Verzerrungen im Erinnerungs- und Antwortverhalten gekommen ist [71]. Dabei handelt es sich allerdings um ein grundsätzliches methodisches Problem, das für alle Selbstauskunftsstudien mit psychiatrischen Stichproben gilt [72].
- 3.) Eine weitere Einschränkung liegt im Fehlen einer (gesunden) Kontrollgruppe. Obwohl die Datenerhebung in allen drei Studien noch vor der Erstkonsultation erfolgte, handelte es sich dennoch jeweils um psychiatrische Inanspruchnahmepopulationen mit der generellen

Bereitschaft zur Kontaktaufnahme. Folglich sind die Studienergebnisse nicht direkt auf Vietnames*innen ohne zumindest einmaligen psychiatrischen Vorkontakt übertragbar.

- 4.) Eine ähnliche Limitierung betrifft das ungleiche Geschlechterverhältnis. Mit jeweils mindestens 70% Teilnehmerinnen können die Studienergebnisse nicht uneingeschränkt auf andere Populationen mit abweichender Geschlechterverteilung generalisiert werden. Gleichzeitig spiegelt diese Verteilung aber sowohl unsere eigenen klinischen Beobachtungen zum Inanspruchnahmeverhalten vietnamesischer Migrant*innen wider [41] als auch Befunde aus der regulären psychiatrischen Versorgung, wonach Frauen generell eine tendenziell höhere Behandlungsbereitschaft bei vielen psychischen Störungen aufweisen [73].
- 5.) Zuletzt bezieht sich eine wichtige Limitation auch auf die Vorauswahl möglicher Risikofaktoren. Auch wenn diese in Studie 1 und 2 theoriegeleitet bzw. literaturgestützt erfolgte, so kann nicht restlos ausgeschlossen werden, dass es bei der Auswahl der Faktoren auch zu einer Selektionsverzerrung gekommen ist. Gleichzeitig liegt bisher jedoch noch kein empirisch validiertes Modell speziell für vietnamesische Migrant*innen vor, aus dem populationspezifische Risikofaktoren bereits vorab hätten deduziert werden können [4].

Unter Einbeziehung dieser Limitationen, sollten zukünftige Studien zur psychischen Gesundheit von vietnamesischen Migrant*innen in Deutschland daher ein längsschnittliches Design und eine gesunde Kontrollgruppe enthalten. Auch wenn es für diese Patientengruppe inzwischen erste Mixed-Methods-Studien gibt [74], sollten zukünftige Studien außerdem, neben quantitativen, verstärkt auch qualitative Aspekte berücksichtigen, um dadurch mehr Informationen über die emische Perspektive auf einzelne Faktoren zu erhalten und vorhandene quantitative Messinstrumente dadurch entsprechend anpassen und weiterentwickeln zu können. In diesem Zusammenhang sollten außerdem weitere Informationsquellen, wie Fremdeinschätzungs- oder Multi-Item-Skalen, zur Operationalisierung der Faktoren genutzt werden. Zudem sollten, neben Risikofaktoren zukünftig auch Protektivfaktoren miteinbezogen werden, um dadurch das komplexe Zusammenspiel von Migration, psychischer Belastung und Resilienz besser verstehen zu können.

Trotz dieser Limitationen liefert das vorliegende Dissertationsprojekt einen wichtigen Beitrag zum vertieften Verständnis unterschiedlicher kontextueller Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von vietnamesischen Migrant*innen in Deutschland. Die dabei anhand der bisher weltweit größten klinischen Stichprobe identifizierten Risikofaktoren können zukünftig dazu genutzt werden, um psychisch besonders belastete Patient*innen schneller erkennen und rechtzeitig über adäquate Hilfsangebote informieren zu können. Gleichzeitig kann ein solches Risikoprofil dazu dienen, die entsprechenden Behandlungsangebote auf jene besonders vulnerablen Patient*innen möglichst passgenau auszurichten und flexibel abzustimmen.

8. Literaturverzeichnis

1. World Health Organization (2018). Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants. Retrieved from: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/386563/mental-health-eng.pdf (accessed Januar 08, 2021).
2. Shekunov J. (2016). Immigration and Risk of Psychiatric Disorders: A Review of Existing Literature. *Am J Psychiatry Resid J*, 11:3–5.
3. Kiesepä V, Torniainen-Holm M, Jokela M, Suvisaari J, Gissler M, Markkula N, & Lehti V. (2020). Immigrants' mental health service use compared to that of native Finns: a register study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 55:487–96.
4. Wolf S, Hahn E, Wingenfeld K, Nguyen MH, Poser A, Nguyen TH, Hanewald B, Böge K, Bajbouj M, Dettling M, Nguyen VT, & Tam TMT. (2020). Mental Health Determinants Among a Psychiatric Outpatient Sample of Vietnamese Migrants in Germany. *Front. Psychiatry*, 11:1–10.
5. Kramer EJ, Kwong K, Lee E, & Chung H. (2002). Cultural factors influencing the mental health of Asian Americans. *West J Med*, 176:227–31.
6. Leung P, Cheung M, & Cheung A. (2010). Vietnamese americans and depression: A health and mental health concern. *Soc Work Ment Health*, 8:526–42.
7. Hong S, Walton E, Tamaki E, & Sabin J. (2014). Lifetime Prevalence of Mental Disorders Among Asian Americans: Nativity, Gender, and Sociodemographic Correlates. *Asian Am J Psychol*, 5(4):353-363.
8. Islam F, Khanlou N, & Tamim H. (2014). South Asian populations in Canada: Migration and mental health. *BMC Psychiatry*, 14:1–13.
9. Lai DWL, & Surood S. (2008). Predictors of depression in aging South Asian Canadians. *J Cross Cult Gerontol*, 23:57–75.
10. Zhang W, Hong S, Takeuchi D, & Mossakowski K. (2012) Limited English proficiency and psychological distress among Latinos and Asian Americans. *Soc Sci Med*, 75:1006–14.
11. Le Meyer O, Zane N, Cho Y Il, & Takeuchi DT. (2009). Use of specialty mental health services by Asian Americans with psychiatric disorders. *J Consult Clin Psychol*, 77:1000–5.
12. Beiser M, & Hou F. (2001). Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: A 10-year study. *Soc Sci Med*, 53:1321–34.
13. Lee EKO. (2007). Religion and spirituality as predictors of well-being among Chinese American and Korean American Older Adults. *J Relig Spiritual Aging*, 19:77–100.
14. Ta TMT, Böge K, Cao TD, Schomerus G, Nguyen TD, Dettling M, Mungee A, Martensen LK, Diefenbacher A, Angermeyer MC, & Hahn E. (2017). Public attitudes towards psychiatrists in the metropolitan area of Hanoi, Vietnam. *Asian J Psychiatr*, 32:44–49.
15. Lin KM, & Cheung F. (1999). Mental health issues for Asian Americans. *Psychiatr Serv*, 50:774–80.
16. Hong S. (2019). Comparison on predictors of mental health service use among Asian older adults. *Asian Soc Work Policy Rev*, 13:46–57.
17. Schweitzer RD, Brough M, Vromans L, & Asic-Kobe M. (2011). Mental health of newly arrived Burmese refugees in Australia: Contributions of pre-migration and post-migration experience. *Aust N Z J Psychiatry*, 45:299–307.

18. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasque I, et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's *World Psychiatry*, 6(3):168–76.
19. Platonova A, & Urso G. (2013). Asian Immigration to the European Union, United States and Canada: An Initial Comparison. *J Glob Policy Gov*, 1:143–56.
20. Treibel A. (2008) Migration. In: Baur N, Korte H, Löw M, & Schroer M. (Hrsg.) *Handbuch Soziologie* (S. 295-317). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
21. Nauck B. (2008). Akkulturation: Theoretische Ansätze und Perspektiven in Psychologie und Soziologie. In: Frank Kalter (Hrsg.), *Migration und Integration* (S. 108 - 133). Sonderheft 48 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
22. Matsudaira T. (2006). Measures of Psychological Acculturation: A Review. *Transcult Psychiatry*, 43:462–87.
23. Ta TMT. (2019). Kultur- und migrationsbezogene Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Menschen mit vietnamesischem Migrationshintergrund (habilitation thesis). Retrieved from: https://refubium.fuberlin.de/bitstream/handle/fub188/28032/Habilitationsschrift_Ta.pdf?sequence=3&isAllowed=y (accessed Februar 17, 2021).
24. Berry JW. (1997). Lead Article - Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Appl Psychol*, 46:5–34.
25. Koneru VK, Weisman de Mamani AG, Flynn PM, & Betancourt H. (2007). Acculturation and mental health: Current findings and recommendations for future research. *Appl Prev Psychol*, 12:76–96.
26. Cho SJ, Hudley C, & Back HJ. (2003). Cultural Influences on Ratings of Self-Perceived Social, Emotional, and Academic Adjustment for Korean American Adolescents. *Assess Eff Interv*, 29:3–14.
27. Mak WWS, Chen SX, Wong EC, & Zane NWS. (2005). A psychosocial model of stress-distress relationship among Chinese Americans. *J Soc Clin Psychol*, 24:422–44.
28. Sakai JT, Ho PM, Shore JH, Risk N, & Price RK (2005). Asians in the United States: substance dependence and use of substance-dependence treatment. *J Subst Abuse Treat*, 29:75–84.
29. Chan CKY, & Glynn Owens R. (2006). Perfectionism and eating disorder symptomatology in Chinese immigrants: Mediating and moderating effects of ethnic identity and acculturation. *Psychol Heal*, 21:49–63.
30. Jennings PS, Forbes D, McDermott B, Juniper S, & Hulse G. (2005). Acculturation and eating disorders in Asian and Caucasian Australian adolescent girls. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59:56–61.
31. Abbott MW, Wong S, Giles LC, Wong S, Young W, & Au M. (2003). Depression in older Chinese migrants to Auckland. *Aust N Z J Psychiatry*, 37:445–51.
32. Chen H, Guarnaccia PJ, & Chung H. (2003). Self-attention as a mediator of cultural influences on depression. *Int J Soc Psychiatry*, 49:192–203.
33. 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. (2017). Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. *Int J Soc Psychiatry*, 63:708–16.

34. Wolf S, Hahn E, Dettling M, Nguyen MH, Wingenfeld K, Stingl M, Hanewald B, & Ta TMT. (2017). Migration-Related Stressors and Their Effect on the Severity Level and Symptom Pattern of Depression among Vietnamese in Germany. *Depress Res Treat*, 1:1-9.
35. Kolassa IT, & Elbert T. (2007). Structural and functional neuroplasticity in relation to traumatic stress. *Curr Dir Psychol Sci*, 16:321–5.
36. Schauer M, Neuner F, Karunakara U, Klaschik C, Robert C, & Elbert T. (2003). PTSD and the “building block” effect of psychological trauma among West Nile Africans. *Eur Soc Trauma Stress Stud Buulletin*, 10:5–6.
37. Kraemer B, Schumacher S, Winkel B, Imboden C, & Wittmann L. (2016). The “building block” effect of prior trauma for psychological outcome in victims of a natural disaster. *Eur Psychiatry*. 33:214–5.
38. Statistisches Bundesamt, Bevölkerung, Migration und Integration. (2020). <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrundv-staatsangehoerigkeit-staatengruppen.html>. (accessed Januar 18, 2021).
39. Merbach M, Wittig U, & Brähler E. (2008). Angst und Depression polnischer und vietnamesischer MigrantInnen in Leipzig unter besonderer Berücksichtigung ihres Eingliederungsprozesses. *Psychother · Psychosom · Medizinische Psychol*, 58 03/04:146–54.
40. Wittig U, Lindert J, Merbach M, & Brähler E. (2008). Mental health of patients from different cultures in Germany. *Eur Psychiatry*, 23 1:28–35.
41. Ta T, Neuhaus A, Burian R, Schomerus G, von Poser A, Diefenbacher A, Röttger-Rössler B, Dettling M, & Hahn E. (2014). Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland. *Psychiatr Prax*, 42:267–73.
42. Lujic C. (2008). Illness- and therapy-relevant characteristics of Turkish immigrants suffering from health disorders: Suggestions for improvement of care (doctoral thesis). Retrieved from: <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2009/7004>. 2008. (accessed Januar 08, 2021).
43. Stephenson M. (2000). Development and validation of the Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS). *Psychol Assess*, 12:77–88.
44. Beck, AT, Steer RA, & Brown GK. (1996). Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
45. Derogatis LR, & Fitzpatrick M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18. In: *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (S. 1 - 41), Volume 3, 3rd ed. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
46. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, & Ferraz MB. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25:3186–91.
47. Dilling H, Mombour W, & Schmidt MH (2005). *The ICD-10 classifications of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
48. Buckley TC, Parker JD, & Heggie J. (2001). A psychometric evaluation of the BDI-II in treatment-seeking substance abusers. *J Subst Abuse Treat*. 20:197–204.
49. Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage Publication.
50. Kennedy S, & Mcdonald JT. (2006). Immigrant mental health and unemployment. *Econ Rec*. 82:445–59.

51. Newnham EA, Pearman A, Olinga-Shannon S, & Nickerson A. (2019). The mental health effects of visa insecurity for refugees and people seeking asylum: a latent class analysis. *Int J Public Health*, 64:763–72.
52. Ai AL, Huang B, Bjorck J, & Appel HB. (2013). Religious attendance and major depression among Asian Americans from a national database: The mediation of social support. *Psycholog Relig Spiritual*, 5:78–89.
53. Phan T. (2000). Investigating the use of services for Vietnamese with mental illness. *J Community Health*, 25:411–25.
54. Wang PS, Berglund PA, Olfson M, & Kessler RC. (2004). Methods Delays in Initial Treatment Contact after First Onset of a Mental Disorder. *Health Serv Res*, 39(2):393–416.
55. Wolf B. (2007). Die vietnamesische Diaspora in Deutschland. Struktur und Kooperationspotential mit Schwerpunkt auf Berlin und Hessen. *Sonderh des Bundesministeriums für Ges Entwicklung*. Frankfurt, GTZ.
56. Seligman MEP. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco, CA: Freeman.
57. Schönfeld P, Brailovskaia J, Zhang XC, & Margraf J. (2019). Self-Efficacy as a Mechanism Linking Daily Stress to Mental Health in Students: A Three-Wave Cross-Lagged Study. *Psychol Rep*, 122:2074–95.
58. Dreher A, Hahn E, Diefenbacher A, Nguyen MH, Böge K, Burian H, & Ta TMT. (2017). Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients. *J Psychosom Res*, 102:71–77.
59. König J, & Rosner R. (2014). Cognitive Processing Therapy zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychother J*, 3:265–73.
60. Choy B, Arunachalam K, Gupta S, Taylor M, & Lee A. (2021). Public Health in Practice Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Heal Pract*, 2.
61. Cho YJ, Jang Y, Ko JE, Lee SH, & Moon SK. (2018). Acculturation, Acculturative Stress, and Depressive Symptoms in International Migrants: A Study with Vietnamese Women in South Korea. *J Immigr Minor Heal*, 20:1103–8.
62. Ünlü Ince B, Fassaert T, de Wit MAS, Cuijpers P, Smit J, Ruwaard J, & Riper H. (2014). The relationship between acculturation strategies and depressive and anxiety disorders in Turkish migrants in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 14:1–11.
63. Yang LH, Lai GY, tu M, Luo M, Wonpat-Borja A, Jackson VW, Lewis-Fernandez R, & Dixon L. (2013). A brief anti-stigma intervention for Chinese immigrant caregivers of individuals with psychosis: Adaptation and initial findings. *Transcult Psychiatry*, 51:139–57.
64. Bhugra D, & Ayonrinde O. (2004). Depression in migrants and ethnic minorities. *Adv Psychiatr Treat*, 10:13–7.
65. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, & Emery G. (1987). *Cognitive therapy of depression*. In: The Guilford Clinical Psychology and Psychopathology Series. New York, NY: Guilford Publications.
66. Hinton DE, Pich V, Hofmann SG, & Otto MW. (2013). Acceptance and Mindfulness Techniques as Applied to Refugee and Ethnic Minority Populations With PTSD: Examples From “Culturally Adapted CBT”. *Cogn Behav Pract*, 20:33–46.
67. Ham SH, & Yang KE. (2020). The impact of anti-discrimination policies on immigrant youths’ sense of national belonging: an institutionalist account. *Policy Stud*, 0:1–17.

68. Morina N, & Nickerson A. (2018). Mental health of refugee and conflict-affected populations: Theory, research and clinical practice. *Ment Heal Refug Conflict-Affected Popul Theory, Res Clin Pract*, 1–396.
69. Zehetmair C, Kaufmann C, Tegeler I, Kindermann D, Junne F, Zipfel S, Herpertz SC, Herzog W, & Nikendei C. (2018). Psychotherapeutic Group Intervention for Traumatized Male Refugees Using Imaginative Stabilization Techniques - A Pilot Study in a German Reception Center. *Front Psychiatry*, 9:1–10.
70. Reichenheim M, & Coutinho ESF. (2011). Measures and models for causal inference in cross-sectional studies: arguments for the appropriateness of the prevalence odds ratio and related logistic regression. *BMC Med Res Methodol*, 10(1):66.
71. Urban EJ, Charles ST, Levine LJ, & Almeida DM. (2018). Depression history and memory bias for specific daily emotions. *PLoS One*, 13:1–15.
72. Hindash AHC, & Amir N. (2012). Negative interpretation bias in individuals with depressive symptoms. *Cognit Ther Res*, 36:502–11.
73. Hansen AH, & Høye A. (2015). Gender differences in the use of psychiatric outpatient specialist services in Tromsø, Norway are dependent on age: A population-based cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*, 15:1–10.
74. Nguyen MH, Lanca JC, Hahn E, von Poser A, Heyken E, Wingenfeld K, Burian R, Diefenbacher A, & Ta TMT (2020). Migration-related emotional distress among Vietnamese psychiatric patients in Germany: An interdisciplinary, mixed methods study. *Transcult Psychiatry*. 2020, 0:1–17.

9. Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Simon Wolf, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: **“Soziodemographische, klinische und migrationsbezogene Risikofaktoren für erhöhte psychische Belastung bei vietnamesischen Migrant*innen in Deutschland”** selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité - Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

10. Anteilserklärung an den erfolgten Publikationen

Simon Wolf hatte folgenden Anteil an den Publikationen:

Publikation 1: Wolf, S., Hahn, E., Wingefeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020). Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580103>

Beitrag im Einzelnen: Die Entwicklung der Studienfragestellung erfolgte durch den Promovierenden unter Supervision. Darüber hinaus führte der Promovierende das Data-Screening und die statistischen Analysen durch. Zudem wurden die Tabellen 1-4 durch den Promovierenden erstellt. Das Schreiben des Manuskriptentwurfes, sowie die Koordination der internen Revision durch die Ko-Autor*innen erfolgte ebenfalls durch den Promovierenden. Auch die Revision des Manuskripts im Rahmen des externen Reviewprozesses, sowie die finale Layoutgestaltung wurde von dem Promovierenden durchgeführt und koordiniert.

Publikation 2: Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingefeld, K., Stingl, M., Hanewald, B., Ta, T.M.T. (2017): Migration-related stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany. In: *Depression Research and Treatment*, 1:1-9. <https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Beitrag im Einzelnen: Die Entwicklung der Studienfragestellung erfolgte durch den Promovierenden unter Supervision. Darüber hinaus führte der Promovierende das Data-Screening und die statistischen Analysen durch. Zudem wurden die Tabellen 1-4 durch den Promovierenden erstellt. Das Schreiben des Manuskriptentwurfes, sowie die Koordination der internen Revision durch die Ko-Autor*innen erfolgte ebenfalls durch den Promovierenden. Auch die Revision des Manuskripts im Rahmen des externen Reviewprozesses, sowie die finale Layoutgestaltung wurde von dem Promovierenden durchgeführt und koordiniert.

Publikation 3: Nguyen, M.H., Hahn, E., Von Poser, A., Ta, T.M.T., Wingefeld, K., Graef-Calliess, I.T., Stopsack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., Brian, R., Diefenbacher, A. (2017): Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. In: *International Journal of Social Psychiatry* 63(8): 708-716. <https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Beitrag im Einzelnen: Der Promovierende unterstützte die Erstautorin bei der Interpretation der Analyseergebnisse sowie der Konzeptualisierung des Manuskriptentwurfes. Außerdem war der Promovierende an der internen Revision des Manuskripts beteiligt.

Unterschrift des Doktoranden

Unterschrift und Stempel der betreuenden
Hochschullehrerin (Fr. PD Dr. med. Thi-Minh-Tam Ta)

11. Druckexemplare der ausgewählten Publikationen

Diese Dissertation umfasst folgende Originalartikel:

Studie 1:

Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020). Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.580103>

Studie 2:

Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingenfeld, K., Stingl, M., Hanewald, B., Ta, T.M.T. (2017): Migration-related stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany. In: *Depression Research and Treatment*, 1:1-9. <https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Studie 3:

Nguyen, M.H., Hahn, E., Von Poser, A., Ta, T.M.T., Wingenfeld, K., Graef-Calliess, I.T., Stop-sack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., Brian, R., Diefenbacher, A. (2017): Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. In: *International Journal of Social Psychiatry* 63(8): 708-716. <https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Studie 1: Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020). Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580103>

Studie 1: Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020). Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580103>

Studie 1: Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020). Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580103>

Studie 1: Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020). Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580103>

Studie 1: Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020). Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580103>

Studie 1: Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020). Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580103>

Studie 1: Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020). Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580103>

Studie 1: Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020). Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580103>

Studie 1: Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020). Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580103>

Studie 1: Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020). Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580103>

Studie 1: Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020). Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580103>

Studie 2: Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingenfeld, K., Stingl, M., Hanewald, B. & Ta, T.M.T. (2017): Migration-related stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany. In: *Depression Research and Treatment*, 1:1-9. <https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Studie 2: Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingenfeld, K., Stingl, M., Hanewald, B. & Ta, T.M.T. (2017): Migration-related stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany. In: *Depression Research and Treatment*, 1:1-9. <https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Studie 2: Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingenfeld, K., Stingl, M., Hanewald, B. & Ta, T.M.T. (2017): Migration-related stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany. In: *Depression Research and Treatment*, 1:1-9. <https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Studie 2: Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingenfeld, K., Stingl, M., Hanewald, B. & Ta, T.M.T. (2017): Migration-related stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany. In: *Depression Research and Treatment*, 1:1-9. <https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Studie 2: Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingenfeld, K., Stingl, M., Hanewald, B. & Ta, T.M.T. (2017): Migration-related stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany. In: *Depression Research and Treatment*, 1:1-9. <https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Studie 2: Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingenfeld, K., Stingl, M., Hanewald, B. & Ta, T.M.T. (2017): Migration-related stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany. In: *Depression Research and Treatment*, 1:1-9. <https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Studie 2: Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingenfeld, K., Stingl, M., Hanewald, B. & Ta, T.M.T. (2017): Migration-related stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany. In: *Depression Research and Treatment*, 1:1-9. <https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Studie 2: Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingenfeld, K., Stingl, M., Hanewald, B. & Ta, T.M.T. (2017): Migration-related stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany. In: *Depression Research and Treatment*, 1:1-9. <https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Studie 2: Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingenfeld, K., Stingl, M., Hanewald, B. & Ta, T.M.T. (2017): Migration-related stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany. In: *Depression Research and Treatment*, 1:1-9. <https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Studie 2: Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingenfeld, K., Stingl, M., Hanewald, B. & Ta, T.M.T. (2017): Migration-related stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany. In: *Depression Research and Treatment*, 1:1-9. <https://doi.org/10.1155/2017/8930432>

Studie 3: Nguyen, M.H., Hahn, E., Von Poser, A., Ta, T.M.T., Wingenfeld, K., Graef-Calliess, I.T., Stopsack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., Brian, R. & Diefenbacher, A. (2017): Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. In: *International Journal of Social Psychiatry* 63(8): 708-716. <https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Studie 3: Nguyen, M.H., Hahn, E., Von Poser, A., Ta, T.M.T., Wingenfeld, K., Graef-Calliess, I.T., Stopsack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., Brian, R. & Diefenbacher, A. (2017): Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. In: *International Journal of Social Psychiatry* 63(8): 708-716. <https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Studie 3: Nguyen, M.H., Hahn, E., Von Poser, A., Ta, T.M.T., Wingenfeld, K., Graef-Calliess, I.T., Stopsack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., Brian, R. & Diefenbacher, A. (2017): Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. In: *International Journal of Social Psychiatry* 63(8): 708-716. <https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Studie 3: Nguyen, M.H., Hahn, E., Von Poser, A., Ta, T.M.T., Wingenfeld, K., Graef-Calliess, I.T., Stopsack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., Brian, R. & Diefenbacher, A. (2017): Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. In: *International Journal of Social Psychiatry* 63(8): 708-716. <https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Studie 3: Nguyen, M.H., Hahn, E., Von Poser, A., Ta, T.M.T., Wingenfeld, K., Graef-Calliess, I.T., Stopsack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., Brian, R. & Diefenbacher, A. (2017): Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. In: *International Journal of Social Psychiatry* 63(8): 708-716. <https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Studie 3: Nguyen, M.H., Hahn, E., Von Poser, A., Ta, T.M.T., Wingenfeld, K., Graef-Calliess, I.T., Stopsack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., Brian, R. & Diefenbacher, A. (2017): Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. In: *International Journal of Social Psychiatry* 63(8): 708-716. <https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Studie 3: Nguyen, M.H., Hahn, E., Von Poser, A., Ta, T.M.T., Wingenfeld, K., Graef-Calliess, I.T., Stopsack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., Brian, R. & Diefenbacher, A. (2017): Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. In: *International Journal of Social Psychiatry* 63(8): 708-716. <https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Studie 3: Nguyen, M.H., Hahn, E., Von Poser, A., Ta, T.M.T., Wingenfeld, K., Graef-Calliess, I.T., Stopsack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., Brian, R. & Diefenbacher, A. (2017): Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. In: *International Journal of Social Psychiatry* 63(8): 708-716. <https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Studie 3: Nguyen, M.H., Hahn, E., Von Poser, A., Ta, T.M.T., Wingenfeld, K., Graef-Calliess, I.T., Stopsack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., Brian, R. & Diefenbacher, A. (2017): Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. In: *International Journal of Social Psychiatry* 63(8): 708-716. <https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Studie 3: Nguyen, M.H., Hahn, E., Von Poser, A., Ta, T.M.T., Wingenfeld, K., Graef-Calliess, I.T., Stopsack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., Brian, R. & Diefenbacher, A. (2017): Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. In: *International Journal of Social Psychiatry* 63(8): 708-716. <https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

12. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht

13. Publikationsliste

Zeitschriftenartikel (peer-reviewed)

Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M.H., von Poser, A., Nguyen, T.H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V.T. & Ta, T.M.T. (2020). Mental health determinants among a psychiatric outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. In: *Frontiers in Psychiatry* 11:1255. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580103>. **Impact Factor: 2.857**

Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingenfeld, K., Stingl, M., Hanewald, B., Ta, T.M.T. (2017): Migration-related stressors and their effect on the severity level and symptom pattern of depression among Vietnamese in Germany. In: *Depression Research and Treatment*, 1: 1-9. <https://doi.org/10.1155/2017/8930432>. **Impact Factor: 0.932**

Nguyen, M.H., Hahn, E., Von Poser, A., Ta, T.M.T., Wingenfeld, K., Graef-Calliess, I.T., Stop-sack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., Brian, R., Diefenbacher, A. (2017): Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. In: *International Journal of Social Psychiatry* 63(8): 708-716. <https://doi.org/10.1177/0020764017735140> **Impact Factor: 1.439**

Kongressbeiträge

Wolf, S., Hahn, E., Dettling, M., Nguyen, M.H., Wingenfeld, K., Stingl, M., Hanewald, B., Ta, T.M.T. (2017). Relationship between migration-stressors and self-reported symptoms of depression in an outpatient sample of Vietnamese migrants in Germany. *Proceedings of the 25th European Congress of Psychiatry, Volume 41, Issue S1*, S340-S341. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.30>

14. Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt meinen beiden Promotionsbetreuern, Fr. Priv. Doz. Dr. med. Thi-Minh-Tam Ta und Hr. Dr. med. Eric Hahn, ohne deren Hilfe und Unterstützung die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Dabei standen mir diese stets mit einem offenen Ohr, hilfreichen Überlegungen und praktischen Tipps zur Seite und konnten mit ihrem eigenen Enthusiasmus auch mein Interesse an der Forschung immer wieder von neuem „befeuern“. Auch die Geduld und Schnelligkeit bei der Beantwortung meiner Fragen, sowie den wertschätzenden Umgang mit Doktorand*innen habe ich als außerordentlich hilfreich und wohltuend auf dem (mitunter auch herausfordernden) Weg zu dieser Promotion erlebt.

Daneben möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. med. Isabella Heuser bedanken, dass es mir möglich war an der von ihr geleiteten Klinik zu promovieren. Außerdem bedanke ich mich bei Hr. Prof. Dr. med. Michael Dettling dafür, dass er zu Beginn die Funktion meines Doktorvaters übernommen hat. Darüber hinaus gilt mein Dank Fr. Prof. Dr. Katja Wingefeld, für die wertvollen methodischen Anregungen bei der Konzeption und dem Verfassen der hier vorgestellten Studien.

Außerdem möchte ich mich bei Fr. Thi Main Huong Nguyen für den kollegialen Austausch und die hilfreichen Interventionen bedanken. Ebenso bei Hr. Dr. rer. medic. Kerem Böge für seine Unterstützung beim Verfassen der Studien sowie die Durchsicht der vorliegenden Dissertationsschrift.

Zuletzt möchte ich mich auch bei meinen Kolleg*innen aus der für Klinik für Psychosomatik für die angenehme Arbeitsatmosphäre bedanken, so dass ich - parallel zu meiner wissenschaftlichen Arbeit - auch meine klinische Tätigkeit stets mit Begeisterung ausüben konnte.

Neben dieser akademischen Unterstützung gilt mein besonderer Dank auch meinem Vater, Norbert Wolf, der (als Hochschuldozent) schon früh mein Interesse an wissenschaftlichen Fragestellungen geweckt und meine Neugierde stets gefördert und wertgeschätzt hat.

Außerdem danke ich allen meinen Freunden für den wichtigen Ausgleich und die vielen schönen Momente nach Feierabend.

Zum Schluss möchte ich diese Arbeit meiner verstorbenen Mutter, Christine Wolf, widmen, deren Fürsorge, Zuneigung und mütterlicher Liebe ich eine glückliche Kindheit verdanke.