

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

Habilitationsschrift

„Öffentliche Einstellungen zu Menschen mit psychischen Störungen und psychiatrischer Behandlung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen: Vietnam, Indien und Ghana - Eine Herausforderung für Global Mental Health“

zur Erlangung der Lehrbefähigung
für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie

vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät
Charité-Universitätsmedizin Berlin

von

Dr. med. Eric Hahn
geboren in Dresden

Eingereicht: August 2020

Dekan: Prof. Dr. med. Axel R. Pries

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Stefan Leucht

2. Gutachter: Prof. Dr. med. Hans Jürgen Grabe

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
1. Einleitung	5
1.1. Globale Krankheitslast bedingt durch psychische Störungen	7
1.2. Einteilung von Nationen anhand des ökonomischen Entwicklungsindex	8
1.4. Stigmatisierung psychischer Störungen als eine globale Herausforderung	9
1.5. Herausforderungen psychiatrischer Versorgungssysteme in LMICs	12
1.6. Verwendete Fragebögen und Stichprobenbeschreibung.....	17
1.7. Herleitung und Zielsetzung der Fragestellungen:	19
2. Eigene Arbeiten	20
2.1. Einfluss von Urbanität auf die wahrgenommene Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen: Eine Erhebung im urbanen und ruralen Hanoi, Vietnam	20
2.2. Öffentliche Einstellungen gegenüber Restriktionen von Menschen mit psychischen Störungen in Hanoi, Vietnam.....	33
2.3. Öffentliche Einstellungen gegenüber Psychiater*innen in Hanoi, Vietnam	44
2.4. Öffentliche Einstellungen gegenüber Psychiater*innen und psychiatrischer Medikation: Eine Untersuchung in fünf Metropolen in Indien	52
2.5. Wahrgenommene Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen: Eine Untersuchung in fünf Metropolen in Indien	60
2.6. Der Zusammenhang von kausalen Ursachenzuschreibungen und dem Streben nach sozialer Distanz zu Menschen mit Schizophrenie und Depression: Ergebnisse einer Erhebung bei jungen Erwachsenen in Ghana	70
3. Diskussion	76
3.1. Assoziationen mit dem Alter der Studienteilnehmer*innen.....	76
3.2. Assoziationen mit Gender und kulturell geprägten Genderrollen	77
3.3. Assoziation mit dem Bildungsniveau	80
3.4. Assoziation mit der religiösen Zugehörigkeit.....	80
3.5. Der Zusammenhang von Ursachenzuschreibungen und sozialer Akzeptanz	82
3.6. Einfluss soziostruktureller Faktoren, am Beispiel des Grades der Urbanität und vorhandener Versorgungsstrukturen.....	83
3.7. Einschränkungen	85
4. Zusammenfassung und Ausblick.....	87
Literaturverzeichnis.....	89
Danksagung.....	101
Erklärung	103

Abkürzungsverzeichnis

BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
DAAD	Deutscher Akademischer Austauschdienst
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
FKP	Förderprogramm Klinikpartnerschaften
GLOHRA	German Alliance for Global Health Research
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GMH	Global Mental Health
HICs	High-income countries
LAMICs	Low- and middle-Income countries
LMICs	Lower-middle-Income countries
LICs	Low-Income countries
MHL	Mental Health Literacy (Psychische Gesundheitskompetenz)
PAGEL	Partnerschaften für den Gesundheitssektor in Entwicklungsländern des DAAD
PDSS	Perceived Discrimination and Stigmatization Scale
PKE	Brutto-Jahres-Pro-Kopf-Einkommen
QoL	Quality of Life
SDG	Sustainable Development Goals
UHC	Universal Health Coverage
UN	United Nation
UMICs	Upper-middle-income countries
USD	US-Dollar
WHO	World Health Organization
YLD	Years Lost due to Disability
YLL	Years of Life Lost

"Almost no one in society is left untouched by mental illness. Directly or indirectly, sometimes without even knowing it, mental illness affects nearly everyone at some point in their lives. In the past century, the world has come together to tackle smallpox, polio and measles, with the results to prove it. One hundred years from now, I can only hope that the same can be said of mental illness."

Ginette Petipa Taylor, Gesundheitsministerin von Kanada, Eröffnung des Symposiums "Moving the needle" als Teil der Global Mental Health Initiative – World Bank Group. 18. April, 2018, Washington, D.C., USA.

1. Einleitung

Das Eingangszitat, entnommen von einer Eröffnungsveranstaltung der Weltbank im Rahmen einer neuen Global Mental Health (GMH) Initiative [1], weist auf eine bedeutende Tatsache hin: psychische Störungen sind global und national betrachtet eine der häufigsten Ursachen von krankheitsbedingten Leiden, sowohl für die Betroffenen, deren Angehörige und Menschen des sozialen Umfelds. Zu diesen persönlichen Auswirkungen sind auf einer gesellschaftlichen Betrachtungsebene geteilte Erfahrungen von Ausgrenzung, Diskriminierung und reduzierter sozialer Teilhabe wesentliche Elemente des Leidens [1,2]. In der Konsequenz, dieser mit direkter oder erwarteter Stigmatisierung assoziierten Prozesse, führen psychische Störungen nicht selten zu sozialer Isolation, vermindertem Selbstwert und in der Folge zu einem ungünstigeren Krankheitsverlauf bei verminderter Inanspruchnahme von medizinisch-psychiatrischen und psychosozialen Hilfsangeboten [2]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weist darauf hin, dass psychische Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit einer psychischen Erkrankung und sieht sie als eine Disposition, die es „Menschen ermöglicht, ihr intellektuelles und emotionales Potenzial zu verwirklichen und ihre Rolle in der Gesellschaft einzunehmen“ [3]. Hier wird betont, dass ein Konzept von Gesundheit ohne eine gleichzeitig vorhandene psychische Gesundheit nicht sinnvoll denkbar sei [3,4]. Trotz allem wurde das internationale Engagement bezüglich der Weiterentwicklung von Möglichkeiten der Erkennung und Behandlung von psychischen Störungen in der globalen Entwicklungszusammenarbeit bis zum Ende des 20. Jahrhunderts bei weitem nicht ausgeschöpft, da zunächst übertragbare Erkrankungen, gefolgt von den Herz-Kreislaufkrankungen und Tumorerkrankungen im Vordergrund der Entwicklungszusammenarbeit standen [5,6]. Erst mit der Ratifizierung des WHO - Mental Health Action Plan 2013–2020 [7] wurde den Aufforderungen nach einer massiven Investition in Versorgungsangebote für psychische Störungen - insbesondere in den Low-and-Middle-Income countries (LAMICs) - auf der Ebene der globalen Zusammenarbeit von Seiten der WHO gesundheitspolitisch mehr Nachdruck verliehen [5,8,9]. Als ein sichtbares Zeichen einer Neuausrichtung der nachhaltigen Entwicklungsziele (SDG) wurde auf einem Gipfeltreffen der Vereinten Nationen (UN) im Jahr 2015 die "Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung" [10] als eine verbindliche internationale Verpflichtungserklärung verabschiedet, die Entwicklungsziele auf der ökonomischen, ökologischen und sozialen Ebene im Kontext der jeweiligen Länder adressiert. Im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen wird ein übergreifender Rahmen für das politische Engagement der Weltgemeinschaft gesetzt. Mit einer „Special Initiative for Mental Health“ (2019-2023) der WHO [11] und globalen Gesundheitsförderprogrammen für Mentale Gesundheit von internationalen Geberorganisationen wie der Weltbank [2,12] wurden weitere Schritte zum Erreichen eines freien Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen für Menschen mit psychischen Störungen in LAMICs unternommen [13]. Die bei der Verfassung der vorliegenden Habilitationsschrift ausgewählten Originalarbeiten lassen sich unter Verwendung von bevölkerungsbasierten Daten zu Einstellungen gegenüber psychischen Störungen diesen Zielen zuordnen.

Dies gilt insbesondere für das übergeordnete Nachhaltigkeitsziel 3 "ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters zu gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern". Neben einem universellen Zugang zu einer angemessenen, diskriminierungs- und barrierefreien Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage, UHC), werden zudem mit den Unterzielen 3.4 und 3.5 Verbesserungen einer psychischen Gesundheitsversorgung und die Prävention von Abhängigkeitsstörungen, gefordert [9–11]. Zur Erreichung dieses Entwicklungsziels müssen mit gesellschaftliche Prozesse der strukturellen und öffentlichen Diskriminierung, aber auch der Selbststigmatisierung von Erkrankten empirisch aufgedeckt und reduziert werden. Dies trifft insbesondere auf die öffentliche Wahrnehmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Care-Giver zu, aber auch auf struktureller Ebene auch auf Institutionen der Gesundheitsversorgung, wobei bisherige Erfolge bereits am Beispiel von übertragbaren Erkrankungen, wie der Reduktion der Stigmatisierung von HIV-Infektionen gezeigt werden konnte [14].

Die der vorliegenden Habilitationsschrift zu Grunde liegende Zusammenstellung und Diskussion von sechs Originalarbeiten aus drei geographisch und soziokulturell sehr heterogenen Lower-Middle-Income countries (LMICs) können anhand der ausgewerteten Daten als einer von vielen Bausteinen einer Erreichung des nachhaltigen Entwicklungsziels 3 zugeordnet werden. Dabei werden zunächst aus drei Arbeiten mit Studienteilnehmenden aus Vietnam als einem südostasiatischen Land, zwei weitere Arbeiten aus dem südasiatischen Land Indien und schließlich eine weitere Originalarbeit aus Ghana, Westafrika vorgestellt und diskutiert werden. Alle einbezogenen Studien ermöglichen es in den jeweiligen Ländern mittels für die jeweiligen Fragestellungen erstmalig erhobenen Daten zu öffentlichen Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen zu diskutieren. Zudem kann anhand von empirischen Arbeiten den aktuellen Herausforderungen im Bereich vom GMH mit dem langfristigen Ziel einer kontextabhängigen Implementierung von psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangeboten, unter Berücksichtigung lokaler Populationen und kultureller Erwartungen, Rechnung getragen werden [15–17].

Bereits an dieser einleitenden Stelle soll erwähnt werden, dass ein Teil der Projektarbeit durch das Förderprogramm Klinikpartnerschaften (FKP) der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und des Bundesministeriums für Entwicklung und Zusammenarbeit (BMZ) unterstützt wurde [234]. Zudem konnte eine weitergehende Förderung einer zunächst vierjährigen Hochschulkooperation des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD) zwischen der Hanoi Medical University und der Charité-Universitätsmedizin Berlin im Rahmen des Programms Partnerschaften für den Gesundheitssektor in Entwicklungsländern (PAGEL) [18] etabliert werden. Nicht zuletzt basieren unsere Vorarbeiten auf der konkreten Versorgung von Migrant*innen mit vietnamesischen Hintergrund in Berlin, eingebettet in universitäre-psychiatrische Kooperationen in Hanoi und Vietnam, auf einer Förderung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) im Rahmen des Sonderforschungsbereichs 1171 „Affective Societies“ [19] der aktuell in der 2. Laufzeit eine langfristige wissenschaftliche und anwendungsbezogene Forschung ermöglichte.

1.1. Globale Krankheitslast bedingt durch psychische Störungen

Global betrachtet haben nicht erkannte oder nicht ausreichend behandelte psychische Erkrankungen einen ausgeprägten negativen Einfluss auf die individuelle Lebensqualität (QoL) und sind zugleich mit hohen volkswirtschaftlichen und gesundheitlichen Folgekosten vergesellschaftet. Konkret werden je nach Studienlage und Methodik zwischen 10-30 % der weltweiten Krankheitslast (burden of disease) psychischen Störungen zugeschrieben, wobei es deutliche regionale und sozioökonomische Unterschiede in den jeweils untersuchten Ländern gibt [11,12,15,27,32]. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass psychische Störungen nicht von anderen medizinischen Erkrankungen getrennt betrachtet werden sollten, da sie häufig komorbid und im Zusammenhang mit anderen chronischen nicht übertragbaren körperlichen Erkrankungen wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Adipositas aber auch übertragbaren Erkrankungen wie HIV oder Tuberkulose auftreten [20–22, 134]. Zudem wurden psychische Störungen mit vermehrten Risikoverhalten und vermindertem Präventionsverhalten assoziiert, was zusätzlich zu vorzeitigen Mortalität und erhöhten Morbidität beiträgt und gleichzeitig neben der QoL die soziale Teilhabe beeinträchtigt [23]. Die Notwendigkeit, ein verbessertes Erkennen und Versorgen von psychischen Störungen als ein zentrales Anliegen der SDG, UHC und von Global Health zu formulieren, lässt sich evidenzbasiert aus hohen Jahresprävalenzen für psychische Störungen mit ca. 800 Millionen Betroffenen ableiten [27]. Um eine internationale Vergleichbarkeit epidemiologischer Studien zur Krankheitslast zu ermöglichen, wurde als eine Berechnungsgrundlage die Einheit Disability-Adjusted Life Year (DALY) eingeführt. Ein DALY wird demnach definiert als das Differenzmaß der Beeinträchtigung durch den aktuellen Gesundheitszustand im Vergleich zu einer vollständig gesunden Situation, in der im Idealfall ein Mensch frei von Krankheiten leben würde. DALYs werden als die Summe der Jahre des verlorenen Lebens (YLL = Years of Life Lost) aufgrund vorzeitiger Mortalität und der Jahre des verlorenen Lebens aufgrund einer Behinderung (YLD = Years Lost due to Disability) berechnet (DALYs = YLL + YLD). Auf solchen Kenndaten aufbauende Analysen belegen eindeutig eine zentrale Stellung von GMH [24–27] als bedeutendes Feld innerhalb von Global Health für die Erreichung der SDGs. Anhand der Messzahl von DALYs verursachen psychische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen zusammen weltweit den größten Teil aller durch Krankheiten verursachten Belastungen [27]. Nach einer aktuellen Studie liegt diese anteilige Krankheitslast weltweit zwischen 20-30%, wobei ein Großteil der psychischen Störungen weder als solche erkannt noch minimal adäquat behandelt werden [28]. In diesem Zusammenhang zählen global betrachtet affektive Störungen wie Depressionen, Angststörungen und Abhängigkeitserkrankungen - die gerade in LAMICs zu selten behandelt werden - zu den zehn häufigsten Ursachen für eingeschränkte Lebensjahre (YLD) [29]. Die globale Belastung durch psychische Erkrankungen würde demnach 30% aller YLDs und etwa 13% aller DALYs ausmachen [27]. Damit befinden sich psychische Störungen auch gemessen an den YLDs mit Abstand auf dem ersten Platz der globalen Krankheitslast und erreichen in Bezug auf die DALYs das gleiche sehr hohe Niveau von Herz-Kreislauf-Erkrankungen [27].

1.2. Einteilung von Nationen anhand des ökonomischen Entwicklungsindex

Im Rahmen von Förderkriterien in der internationalen Zusammenarbeit wird der ökonomische Entwicklungsindex unterschiedlicher Länder anhand des Bruttojahres-Pro-Kopf-Einkommen (PKE) durch die Weltbank in vier Kategorien eingeteilt [30]: Für das Fiskaljahr 2020 werden als Low-Income Countries (LICs) solche Länder kategorisiert, deren PKE weniger als 1.025 US-Dollar (USD) beträgt. Die LMICs werden unterteilt in die LMICs mit einem PKE von 1.026 bis 3.995 USD und die Upper-Middle-Income-Countries (UMICs) mit einem jährlichen PKE zwischen 3.996 bis 12.375 USD [31]. Zu den LMICs würden demnach Länder wie Indien, Vietnam und Ghana zählen, in denen für die jeweilige Fragestellung sechs ausgewählte und erstmalig bevölkerungsbasierte Untersuchungen zur öffentlichen Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Störungen den wissenschaftlichen Mehrwert dieser Habilitationsschrift bilden. Zur Gruppe der UMICs zählen beispielsweise Thailand und China, die in einigen Bereichen ein mögliches Modell der Entwicklung der psychiatrischen Gesundheitsversorgung im Vergleich zu LMICs darstellen. Zu den High-Income-Countries (HICs) werden beispielsweise Deutschland, Australien und Japan gerechnet, wobei hier das PKE über 12.376 USD liegt.

Die im Folgenden dargestellten Studien aus den LMICs Vietnam, Indien und Ghana wurden somit in unterschiedlichen Regionen der Welt und damit jeweils anderer Kontextualisierung durchgeführt. Im Rahmen einer aktualisierten Auswahl zukünftiger Zielländer der Entwicklungszusammenarbeit des BMZ nach erweiterten Kriterien von Transparenz und „Good Governance“ wurden im Reformkonzept 2030 alle drei Länder in denen die Untersuchungen der Originalarbeiten durchgeführt wurden als Kooperationsländer mit bilateralem Länderprogramm der entwicklungspolitischen Zusammenarbeit ausgewählt [32].

1.3. Die gesundheitspolitische Bedeutung von psychischen Störungen in LMICs

Nicht nur in den HICs, wo die jährlichen öffentlichen Ausgaben für psychische Gesundheit im Mittel zwischen 80-100 USD pro Kopf betragen [33], sondern auch in den LMICs mit jährlichen Staatsausgaben von unter fünf USD pro Kopf [34] wird in diesem Zusammenhang die gesundheitspolitische und sozioökonomische Bedeutung von nicht behandelten psychischen Störungen zunehmend erkannt. Nach einer Studie, welche die direkten und indirekten Gesundheitskosten in 36 Ländern sowohl mit niedrigem, mittlerem und hohem Einkommen berechnete, führte ein nicht ausreichendes Erkennungs- und Behandlungsniveau von sogenannten häufigen psychischen Störungen, wie Depressionen und Angststörungen, zu einem jährlichen globalen wirtschaftlichen Verlust von über 1000 Milliarden USD [35]. Zudem konnte eine aktuelle Studie [36] eine hohe Kosteneffektivität eines Scaling-Up öffentlicher Ausgaben von Behandlungskapazitäten für Menschen mit Depressionen und Angststörungen nachweisen. Die hier kalkulierte Investitionsrendite, die sich bei einer globalen Ausweitung von effektiven Diagnosekapazitäten und wirksamen Behandlungsmöglichkeiten für diese Störungen erwarten

ließe, wurde mit einem positiven Nutzen-Kosten-Verhältnis von bis zum 5,7-fachen pro eingesetzten USD angegeben [36].

Zurückkommend auf die global erhobenen Prävalenzzahlen von psychischen Störungen sind diese keinesfalls nur eine primäre Herausforderung für HICs des globalen Nordens. Im Gegenteil sind die Inzidenzen und Prävalenzen in LAMICs im Vergleich zu den meisten HICs als mindestens gleich hoch anzusiedeln, wobei die individuelle Krankheitslast, aber auch die assoziierten Suizidraten, aufgrund von verminderten Versorgungsraten und Erkennungsraten, im Durchschnitt höher als in den HICs liegen [15,16]. Auch wenn aufgrund internationaler und nationaler Bemühungen bereits Fortschritte zur Reduzierung der weltweiten Suizidraten erzielt werden konnten, bleibt ein vollendeter Suizid dennoch die zweithäufigste Todesursache weltweit bei den unter den 15- bis 29-jährigen Menschen. Dabei fanden im Jahr 2016 79% aller vollendeten Suizide in LAMICs statt, wobei der Mittelwert der Suizidraten pro 100.000 Einwohner in LAMICs ebenfalls höher als in den meisten HICs liegt [37]. Anhand eines systematischen Reviews mit Metaanalyse zum Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Suizidalität konnte in Zusammenschau von 112 Studien aus dem Jahr 2019 in LMICs gezeigt werden, dass die Mehrzahl der analysierten Suizidtodesfälle mit nicht ausreichend behandelten psychiatrischen Störungen assoziiert waren [38]. Zusätzlich konnte eine weitere Studie deutliche Gender- und ausgeprägte regionale Differenzen aufzeigen und epidemiologisch berechnen, dass beispielsweise bei Frauen jeder dritte weltweite Suizid einer aus Indien stammenden weiblichen Person zuzuordnen war [39].

1.4. Stigmatisierung psychischer Störungen als eine globale Herausforderung

Stigmatisierung ist ein weltweit verbreitetes Phänomen, das über die direkte körperliche und psychische Gesundheit hinaus alle Aspekte des menschlichen Lebens beeinträchtigen kann [40]. So gelten öffentliche Einstellungen und krankheitsbezogenes Stigma, in Zusammenspiel mit Faktoren wie therapeutischer Pessimismus und unzureichendes Training, aber auch das Stigma von psychischen Störungen am Arbeitsplatz als wesentliche Hindernisse einer Inanspruchnahme von psychischen Gesundheitsdienstleistungen [41,42]. Die Reduktion von Stigmatisierung und Diskriminierung von psychischen Störungen stellt damit allgemein, und in LAMICs im Besonderen, eine globale Herausforderung dar [43,44]. Gleichzeitig ist die zugrundeliegende empirische Datenlage insbesondere aus den LAMICs weiterhin als unzureichend anzusehen [45,46]. Dieser Mangel an Studien ist von besonderer Bedeutung, da mögliche Ursachen und darauf aufbauende Strategien zur Verminderung von Stigmatisierung und Diskriminierung nicht ohne Weiteres zwischen Kulturen übertragbar sind, sondern jeweils lokal auf einer soliden Datenlage aufbauende und damit in den nationalen und gesellschaftlichen Kontext eingebettete Strategien erfordern [2,7,43].

Neben einer unzureichenden Verfügbarkeit von Behandlungsangeboten führen erlebte und erwartete Diskriminierung und Stigmatisierung zu verminderten Erkennungs- und

Behandlungsraten von Menschen mit psychischen Störungen [37,47]. Die sozioökonomischen Folgen, gemessen in den dargestellten gesundheitsepidemiologischen Messwerten wie YLL, DALYS und YLD, sind durch eine enge Verzahnung von körperlicher und psychischer Gesundheit [21,29,48,135] auf einer individuellen, Gruppen- und gesellschaftlichen Ebene gekennzeichnet. Auf der gesellschaftlichen Ebene führt eine stigmatisierende öffentliche Wahrnehmung von Menschen mit psychischen Störungen zu Ausgrenzung und sozialem Rückzug der Betroffenen, die als Prozesse gleichzeitig Risikofaktoren für das Auftreten psychischer Störungen darstellen. Dies trifft erneut im besonderen Maße auf in LAMICs lebende Personen zu, wo neben einer in der Allgemeinbevölkerung reduzierten Krankheitserkennung (Illness Recognition) und einer im Vergleich mit HIC verminderten Mental Health Literacy (MHL) auch die verstärkte Sorge vor einer Stigmatisierung eine zentrale Ursache der niedrigen Erkennungs- und Behandlungsraten darstellen [49]. In der Folge führen diese Zusammenhänge dazu, dass viele Betroffene und deren Familienangehörige primär eine Inanspruchnahme von medizinischen Hilfsangeboten vermeiden, um einer stereotypisierenden Zuschreibung zu einer stigmatisierten Gruppe zu entgehen [47,50–52]. Umgekehrt trägt eine erwartete Zuschreibung von negativ konnotierten Eigenschaften zu einer psychiatrischen Diagnosegruppe (Labeling) zu den verzahnten Prozessen von Diskriminierung, Stigmatisierung und Vermeidungsverhalten und im Verlauf zu einer langfristig erhöhten Krankheitslast und chronische Verläufe bei. Weiterhin kann eine häufige Zuschreibung von Eigenschaften wie Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu Emotionen wie Angst, Ärger und damit zur Vermeidung dieser Personen in der Öffentlichkeit führen, was den Wunsch nach sozialer Distanz erhöht [53].

Solche gesellschaftlich oder auch gesundheitspolitisch relevanten Segregationsbestrebungen führen dazu, schwer psychisch erkrankte Menschen in psychiatrischen Institutionen außerhalb ihrer Bezugsgemeinschaft langfristig unterzubringen. Auf einer strukturellen Ebene wurden stigmatisierende Einstellungen gegenüber psychischen Störungen mit einer verminderten Bereitschaft zur Ressourcenverteilung für diese bezüglich der Krankheitslast bedeutendsten medizinischen Störungsgruppen in Verbindung gebracht [54].

1.4.1. Vier Dimensionen von Stigmatisierungsprozessen

Ausgehend von diesen Betrachtungen können zusammenfassend Stigmatisierungsprozesse heuristisch auf vier miteinander verknüpften Ebenen konzeptualisiert werden:

1. Öffentliches Stigma, 2. Selbststigmatisierung, 3. Vermeiden des Labeling durch die betroffene Person oder deren Care-Giver und **4. Strukturelles Stigma** als Teil der zugrundeliegenden gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen [55,56].

1. Öffentliches Stigma als ein in der Gesellschaft stattfindender Prozess beschreibt meist negative Einstellungen von Mitgliedern der Allgemeinbevölkerung, oder auch der medial öffentlichen Repräsentanz von Menschen mit psychischen Störungen [57]. Stereotypisierung bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die öffentliche Zustimmung zu Gruppen-Stereotypen (z.B. „psychische Erkrankte sind unberechenbar und gefährlich“), die sich dann negativ auf das

Verhalten gegenüber Personen auswirken, die dieser stereotypisierten Gruppe zugeordnet werden. Dieser Prozess kann zu einer Selbstzuschreibung (Self-Labeling) durch die Betroffenen führen. Die Exposition gegenüber Stigmatisierung wirkt sich daher tendenziell negativ auf psychisch Erkrankte aus, da Menschen dazu tendieren, ein in der Gesellschaft vorhandenes Stigma auch auf sich zu beziehen [56].

2. Dieses Selbststigma führt zu einer häufig nicht bewussten Verinnerlichung solcher öffentlich direkt oder indirekt kommunizierten Einstellungen und ist assoziiert mit einem verminderten Selbstwert [58], der Identifizierung mit negativen Stereotypen oder einer verminderten Inanspruchnahme falls Hilfen verfügbar sind [47,52,59]. Der zentrale Prozess der Selbststigmatisierung ist nach Corrigan durch vier aufeinander aufbauende Schritte gekennzeichnet [60]: 1. Zunächst kennen die Menschen bewusst oder unbewusst gesellschaftlich kommunizierte Stereotypen über psychisch Kranke, wobei nicht alle Betroffenen mit diesen Stereotypen übereinstimmen müssen. 2. Einige Menschen sind sich dieser Stereotypen, wie Gefährlichkeit oder eigene Schuld, nicht nur bewusst, sondern stimmen diesen als zutreffend zu. 3. In einem weiteren Schritt wenden manche Menschen als Betroffene diese Stereotypen auf sich selbst an; sie verinnerlichen sie. 4. Als Folge der Selbstzuschreibung können selbstschädigende Verhaltensweisen wie vermehrter Drogenkonsum oder suizidales Verhalten zunehmen [37,51,61], aber auch ein vermindertes Selbstwertgefühl oder eine verminderte Selbstwirksamkeit [58] den Erkrankungsverlauf und die Behandlungadhärenz negativ beeinflussen [51]. Stigma und Selbststigma können zudem als ein Stressor betrachtet werden, der einen Risikofaktor für einen ungünstigen Verlauf einer psychischen Störung bei erstmalig Erkrankten darstellt [62]. Stigmatisierungs- und Vermeidungsprozesse beruhen somit auf konkret erlebten Erfahrungen und Teilhabe an öffentlichen Diskursen, aber noch häufiger auf einer erwarteten Ausgrenzungserfahrung mit einhergehendem Vermeidungsverhalten [60,63].

3. Labelvermeidung stellt eine dritte Ebene von Stigmatisierungsprozessen dar und führt zu Vermeidungshandlungen, so dass betroffene Personen, aber auch Angehörige, psychische Störungen als solche einerseits nicht wahrnehmen oder versuchen, über diese nicht zu reden und andererseits medizinische und psychosoziale Diagnostik- und Behandlungsangebote unzureichend in Anspruch nehmen [56]. Somit wird ein möglicherweise günstig zu beeinflussender Krankheitsverlauf aufgrund von Scham bezüglich des Labels „psychisch erkrankt“ verheimlicht [50] oder die erwartete Diskriminierung wirkt als Risikofaktor der das psychosoziale Funktionsniveau und die gesellschaftliche Teilhabe vermindern kann [37,52].

4. Strukturelles Stigma bezieht sich als vierte Ebene auf politische und organisatorische Entscheidungen von Regierungen und Institutionen, welche die Möglichkeiten von Personen mit einer psychischen Erkrankung einschränken [56,64]. Strukturelles Stigma kann sich beispielsweise auf eine Einschränkung der Teilhabechancen am öffentlichen Leben, dem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen oder auch auf die Zulassung zu öffentlichen Ämtern und Funktionen beziehen [65]. Eine Möglichkeit, einer Stigmatisierung von großen und häufig unzureichend ausgestatteten psychiatrischen Kliniken, die meist am Rande der Städte gebaut wurden, entgegenzuwirken, könnte die Integration von psychiatrischen Abteilungen in die

Allgemeinkrankenhäuser darstellen, wie es beispielsweise in Deutschland seit den 1980er Jahren stattgefunden hat [66]. Dieser Veränderungsprozess ist in vielen LMICs noch am Anfang, sodass oft überfüllte und unzureichend ausgestattete psychiatrische Kliniken als Institutionen oder dort behandelte Personen oft von der Öffentlichkeit als wenig hilfreich, ausgrenzend und insgesamt negativ bewertet werden. Solche öffentlichen Einstellungen werden durch die drei oben genannten Ebenen der Stigmatisierung vom öffentlichen Stigma, zum Selbststigma und dem Versuch einer Labelvermeidung beeinflusst [56] und reduzieren die Wahrscheinlichkeit einer frühzeitigen Inanspruchnahme dieser psychiatrischen Hilfsangebote [52].

1.5. Herausforderungen psychiatrischer Versorgungssysteme in LMICs

Mehr als 80% der Weltbevölkerung leben in den LMICs, wobei nach einer WHO-Studie in diesen Ländern die mediane Behandlungslücke für psychische Störungen besonders hoch ist [67]. Trotz aller regionalen und kulturellen Unterschiede mit den für diese Habilitationsarbeit untersuchten Studienpopulation zu Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen und den psychiatrischen Versorgungsangeboten in den LMICs Vietnam, Indien und Ghana kann festgehalten werden, dass die personalen Ressourcen zur Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen für alle Kontexte unzureichend sind [68,69] und daher eine bedeutende Herausforderung für GMH darstellen [17,70]. Die zu betrachtenden nationalen psychiatrischen Gesundheitssysteme sind trotz unterschiedlich stark ausgeprägten Bemühungen um eine Verbesserung von gesetzlichen Richtlinien und der Versorgungsstrukturen - auch im Hinblick auf eine psychiatrische Grundversorgung und freien Zugang zu diesen Hilfsangeboten – weiterhin stark entwicklungsbedürftig [2,71]. Zudem ist die Diskrepanz zwischen Behandlungsangeboten in städtischen und ländlichen Gebieten in vielen LMICs als besonders ausgeprägt einzuschätzen [17,72]. Psychiatrische Versorgungsangebote sind in ländlichen Gebieten - wenn überhaupt vorhanden - meist strukturell und personell nur rudimentär ausgestattet, was zu der ausgeprägten Behandlungslücke beiträgt [71,73,74]. So ist eine psychiatrische Gesundheitsversorgung meist auf den städtischen Bereich und dort auf größere psychiatrische Kliniken beschränkt, wobei diese Einrichtungen häufig nicht die Kapazitäten haben, um dem Bedarf der Patient*innen, insbesondere für häufige psychische Störungen angemessen zu versorgen [75,76]. Das Problem des Stadt-Land-Unterschieds führt, auch aufgrund des angesprochenen strukturellen Stigmas psychiatrischer Behandlung, zu einer verminderten Inanspruchnahme, da in ruralen Gebieten Gesundheitsangebote zu gering sind und lange Wege zum nächsten Gesundheitszentrum zurückzulegen sind [77]. Die meist am Rande großer Städte, oft von der Allgemeinbevölkerung getrennten psychiatrischen Kliniken behandeln insbesondere solche Patient*innen mit schweren Verläufen und werden daher mit Chronizität, Überfüllung, Unheilbarkeit und Zwangsmaßnahmen assoziiert [77].

Aufgrund der Diversität der Studienpopulationen aus drei soziokulturell und geografisch unterschiedlichen Ländern, wie Indien mit über 1,38 Milliarden Einwohner*innen [39,78],

Vietnam mit über 98 Millionen Einwohner*innen [79] und Ghana mit über 30 Millionen Einwohner*innen [80] sind unterschiedliche Verfügbarkeiten von psychiatrischen Behandlungen und öffentlich oder privat finanzierter Versorgungsstrukturen zu erwarten. Dennoch ist in den meisten LMICs ein von der WHO unterstützter Trend zu beobachten, die bisher in großen Kliniken zentralisierte stationäre Behandlung von Menschen mit oft chronifizierten psychischen Störungen in Richtung von gemeindebasierten Behandlungsangeboten als zentraler Bestandteil von UHC weiterzuentwickeln [7,11,81]. Die Möglichkeiten der Integration von Menschen mit psychischen Störungen in das gemeinschaftliche Leben hängen neben den notwendigen gemeindebasierten Ressourcen ebenso von der soziokulturell geprägten Akzeptanz von Menschen mit psychischen Erkrankungen ab, wobei auch Erklärungsmodelle von psychischen Erkrankungen das Inanspruchnahme- und Akzeptanzverhalten formen [82,83].

Die ersten fünf dargestellten Originalarbeiten stützen sich in diesem Zusammenhang einerseits auf drei bevölkerungsbasierte Untersuchungen aus dem Großraum Hanoi, der Hauptstadt Vietnams [75,84,85] und auf zwei Untersuchungen mit Stichproben aus fünf Metropolen Indiens [86,87] wobei in beiden Ländern ähnliche Erhebungsinstrumente genutzt wurden. Diese beiden Länder gehören zudem zu den dynamischsten LMICs der Asien-Pazifik Region und sind globale Partner der BMZ Strategie 2030 [32]. Die sechste Originalarbeit stammt von einer Stichprobe aus dem westafrikanischen LMIC Ghana [76] und ermöglicht die Erweiterung der Fragestellungen auf ein afrikanisches Land, wobei dieser Kontinent eine zentrale Rolle der internationalen Bemühungen zur Verbesserung der psychischen Gesundheitssysteme in LAMICs einnimmt [7]. Im Folgenden werden zur kontextuellen Einordnung der Originalarbeiten die derzeitigen Bedingungen und Herausforderungen der jeweiligen psychiatrischen Versorgungssysteme in Vietnam, Indien und Ghana skizziert:

1.5.1. Das psychiatrische Versorgungssystem in Vietnam

Vietnam hat sich von einem der ärmsten Länder der Welt seit Mitte der 80er Jahre zu einem Land mit einem jährlich PKE von über 2000 USD entwickelt [88]. Im Zusammenhang mit diesem anhaltenden Wirtschaftswachstum fand eine zunehmende Modernisierung des zentral organisierten öffentlichen Gesundheitssystems statt [88–90]. So ist auch das psychiatrische Gesundheitssystem Vietnams, ausgehend von der Zentralebene mit zwei staatlichen psychiatrischen Zentralkliniken im Norden und Süden, sowie dem National Institute auf Mental Health in Hanoi, über die Provinzkliniken, bis hin zur Distrikt- und kommunalen Ebene strukturell gegliedert [89,91]. Dennoch blieben die Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Störungen und die Weiterbildungsmöglichkeiten im Fach Psychiatrie bei der Entwicklung des Gesundheitssystems in den letzten Jahren weit zurück [89]. Größere Aufmerksamkeit erfuhr der Bereich psychische Gesundheit erst kürzlich im Rahmen der nationalen Gesundheitsstrategie des vietnamesischen Gesundheitsministerium zunächst für den Zeitraum 2011-2020 [92]. So wurden neben bereits etablierten nationalen Programmen für Menschen mit Schizophrenien und Epilepsien [93], die jedoch kaum über die psychopharmakologische Grundversorgung hinausgehen, erste modellhafte Programme für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und

Depressionen entwickelt [94]. Weiterhin wurde das vietnamesische Ministerium für Arbeit, Behinderungen und Soziales in die Ausgestaltung von langfristigen Behandlungsmöglichkeiten von chronisch psychisch Erkrankten eingebunden, wobei landesweit im Einzugsbereich der 31 verfügbaren psychiatrischen Provinzkliniken sogenannte „prevention social disease center“ etabliert worden sind [89,95]. In der Praxis kann neben einer Grundversorgung ein langfristig rehabilitativer Ansatz kaum gewährleistet werden, wobei die ärztliche Versorgung nahezu vollständig durch das nicht ausreichende Personal der Provinzkliniken übernommen wird.

Trotz der Tatsache, dass sich seit 2002 die verfügbaren personalen ärztlichen Ressourcen für die Versorgung psychisch Erkrankter nahezu verdreifacht haben, sind die etwa 900 Ärzt*innen, die im Bereich psychiatrische Gesundheitsversorgung tätig sind (ca.: 0.94/100.000 Einwohnern) bei weitem nicht ausreichend, um den Bedarf zu decken [96]. Die letzte offizielle Untersuchung im Jahr 2002 zeigte bereits eine Punktprävalenz für die 10 häufigsten psychischen Störungen von 14.9% auf, sodass nach diesen konservativen Erhebungen über 14 Millionen Einwohner*innen betroffen wären [96]. Ein Großteil der 900 Ärzt*innen, die Menschen mit psychischen Störungen versorgen, hat keine ausreichende systematische Ausbildung in Psychiatrie und kein tiefgreifendes Wissen über psychotherapeutische Verfahren. Klinisch tätige Psychotherapeut*innen sind kaum verfügbar und die Psychotherapie in der klinischen Anwendung nicht gesetzlich geregelt [89]. Zum Vergleich sind in Deutschland bei 82.8 Millionen Einwohnern etwa 13.500 Psychiater*innen und 26.700 psychologische Psychotherapeut*innen tätig (48.5/100.000 Einwohnern) [97]. Zudem gibt es in Vietnam massive Unterschiede zwischen der relativen Anzahl von Psychiater*innen in den großen Städten und den diesbezüglichen relativen Mangel in ruralen Provinzen [75,89,93]. Die psychiatrische Versorgung beschränkt sich im Allgemeinen meist auf die pharmakologische Basisbehandlung von schweren, oft chronischen, psychischen Störungen. Die sogenannten häufigen psychischen Störungen, die meist eine ambulante Behandlung erfordern, werden durch das psychiatrische Versorgungssystem kaum erreicht [89]. Obwohl eine öffentliche medizinische Grundversorgung in Vietnam für die allgemeine Bevölkerung frei verfügbar ist, gibt es nach wie vor einen begrenzten Zugang zu speziellen Dienstleistungen für häufige psychische Störungen und zur kostenfreien Versorgung mit Psychopharmaka außerhalb der nationalen Programme [89,98,99]. Neben den strukturellen Herausforderungen ist die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Vietnam nach wie vor sehr verbreitet. Die wenigen vorhandenen Arbeiten unterstreichen, dass psychiatrische Störungen immer noch als unvorhersehbar, unheilbar und gefährlich wahrgenommen werden und sich oft auf die öffentliche Wahrnehmung von psychotischen Störungsbildern in der Akutphase beschränken [95,100–103].

1.5.2. Das psychiatrische Versorgungssystem in Indien

Indien ist wie Vietnam ein durch ein rasches Bevölkerungswachstum gekennzeichnetes Land. Mit nahezu 1,4 Milliarden Einwohner*innen und sehr heterogenen Bevölkerungsgruppen sind methodisch gute Erhebungen der realen Prävalenzzahlen schwierig [104,105]. Die

Dienstleistungen und Infrastrukturen für die psychische Gesundheitsversorgung im öffentlichen Sektor sind nicht nur unzureichend, sondern auch auf größere Städte und Krankenhäuser beschränkt [104,106]. Die National Mental Health Survey of India-2016 führte eine Studie mit einer repräsentativen Stichprobe von 34802 Personen durch, die aus 12 Bundesstaaten Indiens stammten. Die Ergebnisse zeigten, dass die Prävalenzrate für die untersuchten psychischen Störungen 10,6 % betrug, was bedeutet, dass fast 150 Millionen Inder*innen, psychiatrische Interventionen benötigen [78,86,104]. Durchschnittlich stehen in LAMICs nur 6.6 Psychiater pro 100.000 Menschen zur Verfügung und nur 0.5 Psychiater*innen pro 100.000 Einwohner in LICs. In Indien, dem zukünftig bevölkerungsreichsten Land der Welt, fällt mit nur 0.3 Psychiater*innen für 100.000 Einwohner*innen diese Verfügbarkeit noch geringer aus. Die Zahl der Psycholog*innen (0.07 pro 100.000) und psychiatrischen Pflegekräften mit 0.1 pro 100.000 Einwohner*innen, ist unzureichend, um diese Behandlungslücke schließen zu können [104,107,108]. Darüber hinaus ist die Verfügbarkeit von Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen ebenso nahezu vollständig auf urbane Gebiete beschränkt [104,108]. Eine relativ geringe Priorität staatlicher Gesundheitsausgaben für psychische Störungen von etwa 1% des Gesundheitsbudgets Indiens [109] und unzureichende Versorgungsangebote gehen nicht nur mit einer enormen Behandlungslücke einher sondern verstärken auch das gesellschaftliche und strukturelle Stigma gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen [110,111]. Wie in anderen süd- und südostasiatischen Gesellschaften, führt das stereotype Vorurteil, dass psychisch kranke Menschen gefährlich, unberechenbar und aggressiv seien, zu deren vermehrten sozialen Ausgrenzung [112]. Darüber hinaus führt der erhebliche Mangel an adäquaten Gesundheitsanbietern in Verbindung mit der psychiatrischen Krankheitslast in der Bevölkerung [113] letztlich zu einer unzureichenden Qualität der psychiatrischen Versorgung, was wiederum Stigmatisierungsprozesse gegenüber psychisch Erkrankten aufrechterhält [104].

Es wird geschätzt, dass die geringe Zahl von Psychiater*innen in Indien mit einer Anzahl von insgesamt 4000 vorhandenen psychiatrischen Expert*innen, maximal 10% der Betroffenen erreichen könnte, was angesichts der Jahresprävalenzrate von psychischen Störungen von mindestens 7.5 – 12.5 % der Bevölkerung, und dabei etwa 12 Millionen Betroffenen mit schweren psychiatrischen Störungen, eine große Herausforderung für das indische Gesundheitssystem und die zu schließende Versorgungslücke darstellt [104,109,114,115]. Eine beträchtliche Anzahl von Patient*innen sucht daher Hilfe bei Allgemeinmediziner*innen, Wunderhelfer*innen, religiösen Heiler*innen und in primären Gesundheitszentren ohne ausreichende psychiatrische Expertise [86,104,116,117]. Stigmatisierungen und Vorurteile beeinträchtigen aber nicht nur Patient*innen mit psychiatrischen Erkrankungen und ihre Angehörigen, sondern auch Mitarbeiter*innen in psychiatrischen Krankenhäusern [46,118,119]. Negative und abwertende Stereotype gegenüber Psychiater*innen und der Psychiatrie als Institution verstärken zusätzlich den massiven Personalmangel [120,121]. Dennoch ist auch in Indien in den letzten Jahren die zunehmende gesundheitspolitische Bedeutung von psychischen Störungen zu bemerken, welche erstmalig die Gesetzgebung für Menschen mit psychiatrischen Störungen beeinflusst hat [122–124]. So wurde nach der Ratifizierung des von der UN im Jahr

2007 beschlossenen Abkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen von der indischen Regierung in den letzten fünf Jahren mit dem Mental Health Care Act im Jahr 2017 und dem Gesetz über die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Jahr 2016 zwei wegweisende Gesetze verabschiedet um die Lebenssituation und Behandlungszugänge von Menschen mit psychischen Störungen zu verbessern [122–124].

1.5.3. Das psychiatrische Versorgungssystem in Ghana

Ähnlich ausgeprägt wie Vietnam und Indien sind die Versorgungs- und Behandlungslücken in Ghana, einem Land mit mehr als 30 Millionen Einwohner*innen [80,125–127]. Die letzte Schätzung ging von 2,4 Millionen Menschen mit psychiatrischen Störungen aus, von denen nur knapp drei Prozent im Jahr 2011 eine Behandlung erhielten. Zu den professionellen Behandler*innen gehören landesweit gerade einmal 18 Ärzte als Psychiater*innen, über 1.000 registrierte psychiatrische Krankenpflegekräfte, 19 Psycholog*innen, und weniger als 100 Community Mental Health Officers bzw. Sozialarbeiter*innen [80]. Ähnlich wie in Indien betragen die Ausgaben für psychische Störungen in Ghana nur 1,4% der gesamten staatlichen Gesundheitsausgaben, wobei diese Ausgaben fast vollständig in urbanen Gebieten getätigt wurden. Die Ausgaben für psychische Gesundheit an den Gesamtgesundheitsausgaben betragen damit weniger als die Hälfte verglichen mit in anderen LMICs [128]. Insgesamt existieren landesweit 123 ambulante Einrichtungen für psychische Gesundheit, drei regional zentrierte psychiatrische Krankenhäuser und sieben gemeindebasierte psychiatrische stationäre Einheiten [80].

Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitssystems in Ghana befinden sich hauptsächlich im Süden des Landes und im Zusammenhang mit dem Mangel an Einrichtungen zur psychischen Gesundheitsversorgung in Nordghana mit einer Einwohnerzahl von 4,6 Millionen - ohne eine einzige Psychiater*in - besteht hier eine noch stärkere Abhängigkeit von traditionellen Heiler*innen [128]. Die Gesundheitsversorgung in Ghana wird sowohl vom öffentlichen als auch vom privaten Sektor gewährleistet, sodass auch nichtstaatliche Institutionen und religiöse Organisationen an der Erbringung von psychischen Gesundheitsleistungen beteiligt sind [129]. In den drei öffentlichen psychiatrischen Kliniken, die sich in der Nähe der Hauptstadt Accra befinden, ist eine Überbelegung der Kliniken die Regel, so dass Patient*innen teilweise auf dem Boden schlafen, was wiederum die öffentliche Wahrnehmung der Wirkung einer psychiatrischen Versorgung negativ beeinflussen kann [130]. Dennoch gibt es auf der gesundheitspolitischen Ebene auch in Ghana nachweisbare Fortschritte. So wurde zwischen 2007 und 2011 ein nationaler Plan für psychische Gesundheit und im Jahr 2012 erstmalig eine Gesetzgebung mittels des Mental Health Act (846) verabschiedet [80,128,131]. Ein Informationssystem für psychische Gesundheit in Ghana befindet sich im Aufbau [132]. Die Hoffnung ist, dass sich durch Ausbildung von Fachkräften und eine verstärkte Investitionen in das psychiatrische und auch ambulante psychosoziale Versorgungssystem in Ghana und anderen LMICs auch Veränderungen von öffentlichen Einstellungen und damit der Stigmatisierung von psychisch Erkrankten erreichen lassen [129].

1.6. Verwendete Fragebögen und Stichprobenbeschreibung

Methodisch basieren alle Datenerhebungen auf Fragebogen, wobei die Methodik des Sampling, je nach den möglichen Erhebungsbedingungen, einerseits mündlich-telefonisch mittels einer auf Telefonumfragen spezialisierten Firma (Indien), durch stratifizierte Verteilung in ausgewählten Haushalten im Großraum Hanoi (Vietnam) [136], oder zunächst durch persönliche Reisen und Kontakte in die Regionen Ghanas, insbesondere in öffentlichen Bildungseinrichtungen erfolgte und in den Originalarbeiten ausführlich dargestellt werden [76]. Aufgrund dieser Einschränkungen können anhand der Daten nur Aussagen über die jeweiligen Samples und nicht über eine repräsentative Allgemeinbevölkerung getroffen werden. Die Basisdaten der Fragebögen bestehen aus soziobiographischen Daten (wie Geschlecht, Alter, Urbanität der Lebensumgebung, Personen im Haushalt, Beschäftigungsstatus und Bildungsstatus) und entweder einem folgenden vignettenabhängigen Fragebogen (Ghana) [76] oder Fragen die unabhängig von einer Vignette zu Menschen mit psychischen Störungen im Allgemeinen erstellt wurden (Vietnam, Indien) [75,84–87]. Bei der Verwendung eines vignettenabhängigen Fragebogens sollten die Teilnehmer*innen randomisiert eine bezüglich der Diagnose Schizophrenie oder Depression ungelabelten Vignetten lesen, die entweder Verhaltensweisen einer Person mit Symptomen einer Schizophrenie oder einer Depression nach den Kriterien des ICD-10 beschrieb [76]. Das methodische Vorgehen mittels ungelabelten Vignetten ist der psychiatrischen Einstellungs- und Stigmaforschung sehr gut etabliert und ermöglicht die Erfassung von Einstellungen anhand eines beschriebenen Verhaltens statt eines diagnostischen Labels [136–138]. Im Falle der Erhebung in Ghana erfolgte nach Lesen der Vignette eine Liste von möglichen Ursachen für die dargestellten Verhaltensweisen und in der Folge die Erhebung des Wunsches nach sozialer Distanz anhand der Social Stigma Scale, als einer Variante der Bogardus Social Distance Scale [101,139,140]. Dagegen wurden mittels des vignettenunabhängigen Fragebogens in Vietnam und Indien öffentliche Einstellungen gegenüber Psychiater*innen und psychopharmakologischer Behandlung [86] oder die öffentliche wahrgenommene Diskriminierung gegenüber Menschen mit psychischen Störungen mittels der etablierten Perceived Discrimination and Devaluation Scale (PDDS) [75,87,141] erhoben. Eine weitere Untersuchung in Hanoi beinhaltete zudem einen Fragebogen zur Erhebung der öffentlichen Einstellung von Restriktionsmaßnahmen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen [54,85]. Die Fragebögen wurden je nach Kontext in die vietnamesische oder englische Sprache übersetzt, wobei die Rückübersetzung und die sprachliche Adaptation und Rückübersetzungen durch muttersprachliche Mitarbeiter*innen nach den aktuellen Empfehlungen erfolgte [75,76,84-87,142]. Im Falle der Erhebungen in Indien erfolgte die Übersetzung der Fragebögen in die in den verschiedenen Städten gesprochenen Sprachen durch das beauftragte und auf öffentliche Umfragen spezialisierte Meinungsforschungsunternehmen Panoramix [86]. Im Folgenden werden daher einleitend die einzelnen Stichproben aus den drei zuvor vorstellten Ländern Vietnam, Indien und Ghana beschrieben:

1.6.1. Stichproben aus Hanoi, Vietnam.

Zwischen April und August 2013 wurde im Großraum Hanoi eine bevölkerungsbezogene stratifizierte Umfrage durchgeführt, in einer Metropolregion von insgesamt 29 Bezirken (11 städtische und 18 zu diesem Zeitpunkt ländliche Bezirke), die zum Zeitpunkt der Erhebung über sieben Millionen Einwohner*innen umfasste [75,84,85,143]. Die Erhebung der Stichprobe erfolgte in Kooperation mit der Abteilung für Psychiatrie des Krankenhauses 103 der vietnamesischen Militärakademie für Medizin. Es wurden potenzielle Teilnehmer*innen über das umfangreiche persönliche Netzwerk der Klinikmitarbeiter*innen in allen ländlichen und städtischen Bezirken von Hanoi kontaktiert. Das Erhebungspersonal erhielt eine strukturierte Schulung zum Studienprotokoll und -ablauf während eines zweitägigen Workshops. Insgesamt wurden 1100 Personen kontaktiert und gebeten, die beigefügten Fragebögen auszufüllen, wobei nur eine Person pro Haushalt rekrutiert wurde und Responseraten von etwa 80% erreicht werden konnten [75]. Alle ausgefüllten Fragebögen wurden von Mitarbeiter*innen des Krankenhauses 103 sowie von Dr. Thi Minh Tam Ta und Dr. Eric Hahn auf systematische Fehler und fehlende Daten überprüft. Bei nur teilweise ausgefüllten Fragebögen wurden nur die Skalen verwendet, die für alle Items beantwortet wurden, so dass auf eine Imputation von Daten verzichtet wurde, sodass für drei dargestellten Forschungsfragen leicht unterschiedlich große Stichproben verwendet wurden [75,84,85]. Jede Stichprobe war stratifiziert für soziodemographische Merkmale der im Großraum Hanoi lebenden Menschen nach den neuesten vietnamesischen Gesamtzensus und einen jüngeren Mikrozensus für den Großraum Hanoi [143] und damit im Einklang mit dem Erhebungsjahr der Studien im Jahr 2013 [75,84,85].

1.6.2. Stichproben aus fünf Metropolen in Indien

Die Datenerhebung in insgesamt fünf Metropolen Indiens fand zwischen den Monaten April und Juli im Jahr 2014 statt. Der Datenerhebungsprozess wurde mit Unterstützung des Marktforschungsunternehmens Panoramix™ [144] mit Sitz in Chennai durchgeführt, so dass die durchschnittliche Responserate über 90% betrug. Da die erwachsenen Teilnehmer*innen, die an der Umfrage teilnahmen, zu einer bei dem auf Telefonumfragen spezialisierten Marktforschungsunternehmen registrierten Kohorte gehörten, sind formal die Daten als Convenience-Stichproben einzuordnen. Die Datenerhebung wurde zunächst in Chennai und Kalkutta durchgeführt, da zunächst ein direkter Vergleich zwischen diesen regional weit entfernten Städten in hier nicht dargestellten Studien durchgeführt wurde [118,145]. Für die anderen drei Metropolen in anderen Regionen Indiens wurden Quotenstichproben in Bezug auf Geschlecht, Alter und religiöser Zugehörigkeit unter Verwendung der aktuellen Zensusdaten als Referenz erhoben. Zusammenfassend konnten Daten aus den Städten Chennai (n = 151), Kalkutta (n = 149), Hyderabad (n = 139), Mumbai (n = 297) und Lucknow (n = 184) [87] für die Fragestellungen in die finalen Analysen einbezogen werden [86,87].

1.6.3. Stichprobe aus fünf Regionen in Ghana

Junge Erwachsene im Alter von 15-29 Jahren wurden zwischen November und Dezember 2013 in Ghana zunächst durch Hausbesuche, vor allem aber über Bildungseinrichtungen (Universitäten, Sekundarschulen und Fachschulen) in verschiedenen Regionen Ghanas rekrutiert [76]. Trotz der Rekrutierung in fünf der zehn Regionen in Ghana wurden die Teilnehmer*innen nach der Region ihrer Herkunft gefragt, um die Einbeziehung von Teilnehmer*innen aus allen zehn Provinzen sicherzustellen [76]. Die fünf Rekrutierungsregionen umfassten Nord-, Mittel- und Süd-Ghana: Central Region, Greater Accra, Western Region, Ashanti Region und Northern Region. Eine Stichprobe jüngerer Befragter mit eher hohem Bildungsniveau wurde nach Geschlecht, Herkunftsregion und Alter rekrutiert, anhand der Daten eines Zensus für Ghana (2010), die vom Statistischen Dienst Ghanas offiziell abgerufen wurde [146]. Insgesamt stimmten 507 der Probanden der Teilnahme an der Untersuchung zu und gaben einen vollständig ausgefüllten Fragebogen zurück, was einer Responserate von 72,4% entsprach [76].

1.7. Herleitung und Zielsetzung der Fragestellungen:

Die Herleitung der Zielsetzung der dieser Habilitationsschrift zugrundeliegenden Fragestellungen die mittels kontextuell adaptierten Fragebögen untersucht wurde ergibt sich aus der Tatsache, dass in derzeitigen Publikationen zur Einstellungsforschung als Teil von GMH weiterhin Studien aus sogenannten westlichen Ländern massiv dominieren: konkret stammen nach einem aktuellen systematischen Review die Mehrzahl der publizierten Studien aus HICs des europäischen Raums (36,3%), Nordamerika (23,2%) und Australien (22,6%) [133]. Im Umkehrschluss basierten unter 15% aller publizierten Studien auf Daten, die in LMICs, in denen > 80% der Weltbevölkerung leben und die somit massiv zur hohen globalen Krankheitslast aufgrund psychischer Störungen beitragen [28,133]. Die Ziele der in dieser Habilitationsarbeit zusammengefassten sechs Originalarbeiten [75,76,84-87] wurden in einem größerem Zusammenhang als Anstrengungen zur Verbesserung der empirischen Datenbasis bereits in der Einleitung als ein Beitrag zu den internationalen Forderungen der Notwendigkeit solcher kontextadaptierten Untersuchungen beschrieben [44,133]. Die spezifischen Untersuchungen zu öffentlichen Einstellungen zu Menschen mit psychischen Störungen, einschließlich der Versorgungsangebote und Behandlungsmöglichkeiten, aber auch von gesellschaftlich relevanten Fragestellungen wie Einstellungen gegenüber Restriktionen, wurde in den ausgewählten LMICs Vietnam, Indien und Ghana bisher nicht durchgeführt. Da die Untersuchungen Daten aus drei heterogenen Ländern mit niedrig-mittleren Einkommen umfassten und methodisch teils unterschiedliche Ansätze in der Datenerhebung gewählt werden musste, sind zur Interpretation der Ergebnisse insbesondere eine Einordnung der Daten in die jeweils unterschiedlichen sozioökonomischen und kulturellen Lebensbedingungen unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der Erhebung von Bedeutung.

2. Eigene Arbeiten

2.1. Einfluss von Urbanität auf die wahrgenommene Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen: Eine Erhebung im urbanen und ruralen Hanoi, Vietnam

T.M.T. Ta, A. Zieger, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, X.T. Do, A. Mungee, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population-based study in urban and rural Hanoi, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 62 (2016) 685–695. <https://doi.org/10.1177/0020764016670430>

In dieser ersten Originalarbeit publiziert im Jahr 2016, wurde erstmalig in Vietnam der Einfluss von urbanen gegenüber ländlichen Lebensbedingungen in den zuvor eingemeindenden Provinzen um die Hauptstadt Hanoi auf die öffentliche Wahrnehmung von Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen untersucht.

Es zeigte sich, dass die Befragten, die im Jahre der Erhebung im Jahr 2013 im ländlichen Hanoi lebten, insgesamt weniger wahrgenommene Stigmatisierung und Diskriminierung gegenüber Menschen mit einer psychischen Störung berichteten. Zudem zeigten sich Hinweise das die wahrgenommene Diskriminierung bei Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft, unabhängig vom jeweiligen Glauben, sowie bei jeglicher Form von Kontakt mit Menschen psychischen Erkrankungen geringer ausfiel.

Der nachfolgende zitierte Text entspricht dem englischen Originalabstrakt der Publikation “Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population-based study in urban and rural Hanoi, Vietnam.” <https://doi.org/10.1177/0020764016670430>

“Background and Aims: To examine, for the first time in Vietnam, whether urbanity of respondents among other socio-demographic factors affects the public perception of stigma attached to persons with mental illness in Hanoi.

Methods: A general population-based survey was carried out in 2013 in the greater Hanoi area. The perception of stigma attached to people with mental illness was elicited using Link’s perceived discrimination and devaluation scale (PDDS) carried out in Vietnamese language. The survey sample (n = 806) was stratified for gender, urban/rural location, age, household size and marital status, in accordance with the 2013 Vietnamese census.

Results: Comparing the total score of the PDDS and its single items, we found less perceived stigma and discrimination among the rural population of Hanoi and in respondents who reported religious attainment to either Buddhism or Christianity. Logistic regression analyses found no significant influences of gender, age, household size or marital status regarding the perceived stigma toward persons with mental illness.

Conclusion: Less negative perception of stigma attached to persons with mental illness that was observed among the rural population in the Hanoi area may be interpreted in the light of possibly more demanding living conditions in modern urban Vietnam with less opportunities for mentally ill patients and points toward a dynamic interaction with rapidly changing living conditions in Asian megacities.”

Neben einer wahrgenommenen Diskriminierung von Menschen mit psychischen Störungen können sich öffentliche Einstellungen auch in Einstellungen zu Restriktionen und Einschränkungen der Freiheit und der Teilhabemöglichkeiten ausdrücken. Dieser Fragestellung wird ebenfalls anhand der Stichprobe aus Hanoi, Vietnam insbesondere in Abhängigkeit von dem Gender der Studienteilnehmer*innen und der Betroffenen in der folgenden zweiten Originalarbeit nachgegangen werden

T.M.T. Ta, A. Zieger, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, X.T. Do, A. Mungee, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population-based study in urban and rural Hanoi, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 62 (2016) 685–695. <https://doi.org/10.1177/0020764016670430>

T.M.T. Ta, A. Zieger, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, X.T. Do, A. Mungee, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population-based study in urban and rural Hanoi, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 62 (2016) 685–695. <https://doi.org/10.1177/0020764016670430>

T.M.T. Ta, A. Zieger, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, X.T. Do, A. Mungee, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population-based study in urban and rural Hanoi, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 62 (2016) 685–695. <https://doi.org/10.1177/0020764016670430>

T.M.T. Ta, A. Zieger, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, X.T. Do, A. Mungee, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population-based study in urban and rural Hanoi, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 62 (2016) 685–695. <https://doi.org/10.1177/0020764016670430>

T.M.T. Ta, A. Zieger, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, X.T. Do, A. Mungee, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population-based study in urban and rural Hanoi, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 62 (2016) 685–695. <https://doi.org/10.1177/0020764016670430>

T.M.T. Ta, A. Zieger, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, X.T. Do, A. Mungee, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population-based study in urban and rural Hanoi, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 62 (2016) 685–695. <https://doi.org/10.1177/0020764016670430>

T.M.T. Ta, A. Zieger, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, X.T. Do, A. Mungee, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population-based study in urban and rural Hanoi, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 62 (2016) 685–695. <https://doi.org/10.1177/0020764016670430>

T.M.T. Ta, A. Zieger, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, X.T. Do, A. Mungiee, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population-based study in urban and rural Hanoi, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 62 (2016) 685–695. <https://doi.org/10.1177/0020764016670430>

T.M.T. Ta, A. Zieger, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, X.T. Do, A. Mungee, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population-based study in urban and rural Hanoi, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 62 (2016) 685–695. <https://doi.org/10.1177/0020764016670430>

T.M.T. Ta, A. Zieger, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, X.T. Do, A. Mungee, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population-based study in urban and rural Hanoi, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 62 (2016) 685–695. <https://doi.org/10.1177/0020764016670430>

T.M.T. Ta, A. Zieger, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, X.T. Do, A. Mungee, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population-based study in urban and rural Hanoi, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 62 (2016) 685–695. <https://doi.org/10.1177/0020764016670430>

2.2. Öffentliche Einstellungen gegenüber Restriktionen von Menschen mit psychischen Störungen in Hanoi, Vietnam

C. Laqua*, E. Hahn*, K. Böge, L.K. Martensen, T.D. Nguyen, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, A. von Poser, J.-C. Lanca, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, T.M.T. Ta. Public attitude towards restrictions on persons with mental illness in greater Hanoi area, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 64 (2018) 335–343. *shared first authorship. <https://doi.org/10.1177/0020764018763685>

In der zweiten Originalarbeit, die im Jahr 2018 publiziert wurde, erfolgte ebenfalls erstmals in einer Stichprobe aus Hanoi, eine Erhebung zur Einstellung der Öffentlichkeit gegenüber möglichen Restriktionen von Freiheitsgraden und Entscheidungsmöglichkeiten, von Menschen mit psychischen Störungen. Wesentliche soziodemographische Einflussfaktoren waren das Gender der Befragten und ihr Alter, wobei eher weibliche Befragte eine mögliche Zwangseinweisung in ein Krankenhaus bei ausgeprägter Symptomatik als auch die Entscheidung für eine mögliche Abtreibung befürworteten, die auch eher von älteren Befragten befürwortet wurde.

Der nachfolgende zitierte Text entspricht dem englischen Originalabstrakt der Publikation “Public attitudes towards restrictions on persons with mental illness in greater Hanoi area, Vietnam.” <https://doi.org/10.1177/0020764018763685>

“Background and Aims: In recent years, there has been a growing awareness of the need to protect human rights in psychiatry. Within the last years, considerable effort has been made to reduce restrictive measures in mental health settings. Reducing restrictive measures within mental health care has also moved increasingly into the focus of public debate. This study aims, for the first time in a Southeast Asian sample, to explore whether socio-demographic factors affect public attitudes toward restrictions on mentally ill people in Hanoi, Vietnam.

Methods: A general population-based survey (self-report questionnaire) was carried out in 2013 in the greater Hanoi area. The survey sample (N = 813) was recruited according to the latest published census (2009) and micro-census (2013) in Vietnam and Hanoi with regard to the socio-demographic factors gender, age, urbanity, household size and marital status. Multinomial logistic regressions for odds ratios with 95% confidence intervals were calculated to examine the influence of epidemiological variables, like gender and age, on the public attitude toward restrictions imposed on mentally ill people in Vietnam.

Results: This study found, for the first time in a large Vietnamese sample, that gender and age were associated with public attitudes toward restrictions on mentally ill people. In detail, significantly fewer men endorsed compulsory admission to a hospital and abortion than Vietnamese women. In addition, endorsement of abortion was significantly higher in older people.

Conclusion: The results offer some insight into roles of women in the Vietnamese society and might reflect the traditional gender expectations in Vietnamese families. Moreover, the results emphasize the need for supporting female psychiatric patients and their families within their communities and in the Vietnamese society.”

Diese im Kontext der vietnamesischen gesellschaftlichen Erwartungen an Frauen diskutierten Ergebnisse, verweisen auch auf wahrgenommene Mehrfachbelastungen von Frauen durch multiple Rollen beispielsweise als Mutter, Ehefrau, Schwiegertochter und Arbeitnehmerin, die vor dem Hintergrund einer möglichen psychischen Erkrankung von der Öffentlichkeit als überfordern wahrgenommen werden könnte.

Die folgende dritte Originalarbeit die ebenfalls auf der Datenerhebung in Hanoi aus dem Jahr 2013 basiert, diskutiert Ergebnisse zur Erhebung von öffentlichen Einstellungen gegenüber Psychiater*innen in Vietnam, da negative Einstellungen gegenüber Behandlern einen Faktor der verminderten Inanspruchnahme darstellen können. Gleichzeitig könnten sie eine mögliche Tätigkeit im öffentlichen psychiatrischen Versorgungssystem für Ärzt*innen und psychiatrische Gesundheitsfachkräfte unattraktiver erscheinen lassen. Solche Einstellungen gegenüber Behandlern oder einer zentralen psychiatrischen Behandlungsoption wie einer psychotropen Medikation sind zwar nicht direkt mit einer Stigmatisierung von Patient*innen mit psychischen Störungen gleichzusetzen, jedoch können negative Einstellungen gegenüber Behandlern mit einer verminderten Inanspruchnahme assoziiert sein und weiterhin eine mögliche Tätigkeit im öffentlichen psychiatrischen Versorgungssystem für Ärzt*innen und psychiatrische Gesundheitskräfte unattraktiver erscheinen lassen. Weiterhin könnte eine solche negative öffentliche Einstellung zu selteneren Behandlungsempfehlungen im psychiatrischen Versorgungssystem oder im in Fall einer psychopharmakologischen Behandlung mit geringer Adhärenz assoziiert sein.

C. Laqua*, E. Hahn*, K. Böge, L.K. Martensen, T.D. Nguyen, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, A. von Poser, J.-C. Lanca, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, T.M.T. Ta. Public attitude towards restrictions on persons with mental illness in greater Hanoi area, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry*. 64 (2018) 335–343. *shared first authorship.

<https://doi.org/10.1177/0020764018763685>

C. Laqua*, E. Hahn*, K. Böge, L.K. Martensen, T.D. Nguyen, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, A. von Poser, J.-C. Lanca, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, T.M.T. Ta. Public attitude towards restrictions on persons with mental illness in greater Hanoi area, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry*. 64 (2018) 335–343. *shared first authorship.

<https://doi.org/10.1177/0020764018763685>

C. Laqua*, E. Hahn*, K. Böge, L.K. Martensen, T.D. Nguyen, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, A. von Poser, J.-C. Lanca, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, T.M.T. Ta. Public attitude towards restrictions on persons with mental illness in greater Hanoi area, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry*. 64 (2018) 335–343. *shared first authorship.

<https://doi.org/10.1177/0020764018763685>

C. Laqua*, E. Hahn*, K. Böge, L.K. Martensen, T.D. Nguyen, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, A. von Poser, J.-C. Lanca, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, T.M.T. Ta. Public attitude towards restrictions on persons with mental illness in greater Hanoi area, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry*. 64 (2018) 335–343. *shared first authorship.

<https://doi.org/10.1177/0020764018763685>

C. Laqua*, E. Hahn*, K. Böge, L.K. Martensen, T.D. Nguyen, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, A. von Poser, J.-C. Lanca, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, T.M.T. Ta. Public attitude towards restrictions on persons with mental illness in greater Hanoi area, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry*. 64 (2018) 335–343. *shared first authorship.

<https://doi.org/10.1177/0020764018763685>

C. Laqua*, E. Hahn*, K. Böge, L.K. Martensen, T.D. Nguyen, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, A. von Poser, J.-C. Lanca, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, T.M.T. Ta. Public attitude towards restrictions on persons with mental illness in greater Hanoi area, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry*. 64 (2018) 335–343. *shared first authorship.

<https://doi.org/10.1177/0020764018763685>

C. Laqua*, E. Hahn*, K. Böge, L.K. Martensen, T.D. Nguyen, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, A. von Poser, J.-C. Lanca, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, T.M.T. Ta. Public attitude towards restrictions on persons with mental illness in greater Hanoi area, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry*. 64 (2018) 335–343. *shared first authorship.

<https://doi.org/10.1177/0020764018763685>

C. Laqua*, E. Hahn*, K. Böge, L.K. Martensen, T.D. Nguyen, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, A. von Poser, J.-C. Lanca, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, T.M.T. Ta. Public attitude towards restrictions on persons with mental illness in greater Hanoi area, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry*. 64 (2018) 335–343. *shared first authorship.

<https://doi.org/10.1177/0020764018763685>

C. Laqua*, E. Hahn*, K. Böge, L.K. Martensen, T.D. Nguyen, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, A. von Poser, J.-C. Lanca, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, T.M.T. Ta. Public attitude towards restrictions on persons with mental illness in greater Hanoi area, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry*. 64 (2018) 335–343. *shared first authorship.

<https://doi.org/10.1177/0020764018763685>

2.3. Öffentliche Einstellungen gegenüber Psychiater*innen in Hanoi, Vietnam

T.M.T. Ta, K. Böge, T.D. Cao, G. Schomerus, T. Dinh, M. Dettling, A. Mungee, L. Kim, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Public attitudes towards psychiatrists in the metropolitan area of Hanoi, Vietnam, *Asian J. Psychiatry*. 32 (2018) 44–49.

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.031>

Diese dritte Originalarbeit wendet sich nun der Wahrnehmung der vietnamesischen Öffentlichkeit gegenüber Psychiater*innen zu, wobei diese Fragestellung von möglicherweise negativen Wahrnehmungen der psychiatrisch Tätigen Ärzt*innen selbst in Vietnam noch nie untersucht wurde. Erneut fand sich ein Einfluss der Faktoren Gender und religiöse Überzeugungen. Männliche Teilnehmer hatten insgesamt negativere stereotypische Einstellungen gegenüber Psychiater*innen im Vergleich zu weiblichen Befragten, wobei in diesem Fall Studienteilnehmer*innen mit einer selbstberichtete religiöse Zugehörigkeit ebenfalls häufiger negative stereotypisierende Einstellungen gegenüber Psychiater*innen unterstützten. Ein erfolgsversprechender Weg ist eine empirisch geleitete Öffentlichkeitsarbeit und Einbindung aller Akteure, um psychiatrische Behandlung und Annahmen zur psychischen Gesundheit transparent darzustellen und in einen Diskurs in der vietnamesischen Gesellschaft einzubringen.

Der nachfolgende zitierte Text entspricht dem englischen Originalabstrakt der Publikation “Public attitudes towards psychiatrists in the metropolitan area of Hanoi, Vietnam.”

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.031>

“Objectives: Mental health associated stigmatization remains problematic in low and middle-income countries, thus preventing patients from adequate access to psychiatric care. Public attitudes towards psychiatrists have not been examined in many countries, especially not in Vietnam, where merely one psychiatrist per 300.000 population is available. The study aims to explore attitudes towards psychiatrists in the Hanoi municipality and to identify socio-demographical factors that influence these attitudes.

Methods: Between April and August 2013, a general population-based survey was carried out in the greater Hanoi area, Vietnam. The sample of 817 participants was stratified according to the latest Vietnamese census (2009) and micro-census (2013) with regards to socio-demographic factors. Multivariate analyses were conducted to determine the influence of these factors on attitudes towards psychiatrists.

Results: Gender and religious beliefs significantly influenced public attitudes towards psychiatrists. Male participants reported significantly more negative perception towards psychiatrists compared to female respondents. Participants following a religion reported significantly more negative attitudes toward psychiatrists than those without self-reported religious attainment.

Conclusions: Negative attitudes towards psychiatrists are associated with religious beliefs and gender affiliation in the greater Hanoi area. A strategy that involves religious institutions in raising awareness about mental health issues while considering public's socio-cultural attitudes may pave the way for greater potentialities of adequate psychiatric care, destigmatize the mental health system, and care provider.”

Die nach dem publizierten Manuskript folgende vierte Originalarbeit erweitert die Fragestellung nach der öffentlichen Einstellung gegenüber Psychiater*innen um die Erhebung von Einstellungen gegenüber psychiatrischer Medikation.

T.M.T. Ta, K. Böge, T.D. Cao, G. Schomerus, T. Dinh, M. Dettling, A. Mungee, L. Kim, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Public attitudes towards psychiatrists in the metropolitan area of Hanoi, Vietnam, *Asian J. Psychiatry*. 32 (2018) 44–49.

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.031>

T.M.T. Ta, K. Böge, T.D. Cao, G. Schomerus, T. Dinh, M. Dettling, A. Mungee, L. Kim, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Public attitudes towards psychiatrists in the metropolitan area of Hanoi, Vietnam, *Asian J. Psychiatry*. 32 (2018) 44–49.

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.031>

T.M.T. Ta, K. Böge, T.D. Cao, G. Schomerus, T. Dinh, M. Dettling, A. Mungee, L. Kim, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Public attitudes towards psychiatrists in the metropolitan area of Hanoi, Vietnam, *Asian J. Psychiatry*. 32 (2018) 44–49.

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.031>

T.M.T. Ta, K. Böge, T.D. Cao, G. Schomerus, T. Dinh, M. Dettling, A. Mungee, L. Kim, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Public attitudes towards psychiatrists in the metropolitan area of Hanoi, Vietnam, *Asian J. Psychiatry*. 32 (2018) 44–49.

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.031>

T.M.T. Ta, K. Böge, T.D. Cao, G. Schomerus, T. Dinh, M. Dettling, A. Mungee, L. Kim, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Public attitudes towards psychiatrists in the metropolitan area of Hanoi, Vietnam, *Asian J. Psychiatry*. 32 (2018) 44–49.

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.031>

T.M.T. Ta, K. Böge, T.D. Cao, G. Schomerus, T. Dinh, M. Dettling, A. Mungee, L. Kim, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. Public attitudes towards psychiatrists in the metropolitan area of Hanoi, Vietnam, *Asian J. Psychiatry*. 32 (2018) 44–49.

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.031>

2.4 Öffentliche Einstellungen gegenüber Psychiater*innen und psychiatrischer Medikation: Eine Untersuchung in fünf Metropolen in Indien

A. Zieger, A. Mungee, G. Schomerus, T. Ta, A. Weyers, K. Böge, M. Dettling, M. Bajbouj, U. Von Lersner, M. Angermeyer, A. Tandon, E. Hahn. Attitude toward psychiatrists and psychiatric medication: A survey from five metropolitan cities in India, *Indian J. Psychiatry*. 59 (2017) 341–346. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_190_17

Mit der vierten Originalarbeit wird zudem die Befragungsregion Vietnam in Südostasien verlassen und nun erstmalig Daten aus einer Stichprobe von Teilnehmenden aus fünf regional verteilten Metropolen in Indien dargestellt. Auch hier zeigt sich die Bedeutung des Gender der Teilnehmer*innen, aber auch des Bildungsniveaus und des Alters.

Der nachfolgende zitierte Text entspricht dem englischen Originalabstrakt der Publikation "Attitude toward psychiatrists and psychiatric medication: A survey from five metropolitan cities in India." https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_190_17

„**Background:** Stigmatization and overall scarcity of psychiatrists and other mental health-care professionals remain a huge public health challenge in low- and middle-income countries, more specifically in India. Most patients seek help from faith healers, and awareness about psychiatrists and treatment methods is often lacking. Our study aims to explore public attitudes toward psychiatrists and psychiatric medication in five Indian metropolitan cities and to identify factors that could influence these attitudes.

Materials and Methods: Explorative surveys in the context of public attitudes toward psychiatrists and psychiatric medication were conducted using five convenience samples from the general population in Chennai (n = 166), Kolkata (n = 158), Hyderabad (n = 139), Lucknow (n = 183), and Mumbai (n = 278). We used a quota sample with respect to age, gender, and religion using the census data from India as a reference.

Results: Mean scores indicate that attitudes toward psychiatrists and psychiatric medication are overall negative in urban India. Negative attitudes toward psychiatrists were associated with lower age, lower education, and strong religious beliefs. Negative attitudes toward psychotropic medication were associated with lower age, male gender, lower education, and religion.

Conclusion: In line with the National Mental Health Policy of India, our results support the perception that stigma is widespread. Innovative public health strategies are needed to improve the image of psychiatrists and psychiatric treatment in society and ultimately fill the treatment gap in mental health.”

Die Ergebnisse dieser im Indian Journal of Psychiatry veröffentlichten Studie, die im Gesamtergebnis eher negative und stereotypisierende Einstellungen gegenüber Psychiater*innen und psychotroper Medikation bei urbanen Teilnehmer*innen aus Indien aufzeigte, fanden ein mediales Echo und Diskussion in der Zeitschrift The Week India im Jahr 2017 [239], die erneut auf die öffentliche Wirkung empirischer Forschung auf die Diskussionen zur Gesetzgebung für Menschen mit psychischen Störungen in Indien aufmerksam machte.

Die fünfte folgende Originalarbeit greift dagegen inhaltlich und methodisch Teile der Fragestellung der ersten Originalarbeit auf, die auf Erhebungen im urbanen und ruralen Hanoi basierte, auf.

A. Zieger, A. Mungee, G. Schomerus, T. Ta, A. Weyers, K. Böge, M. Dettling, M. Bajbouj, U. Von Lersner, M. Angermeyer, A. Tandon, E. Hahn. Attitude toward psychiatrists and psychiatric medication: A survey from five metropolitan cities in India, *Indian J. Psychiatry*. 59 (2017) 341–346. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_190_17

A. Zieger, A. Mungee, G. Schomerus, T. Ta, A. Weyers, K. Böge, M. Dettling, M. Bajbouj, U. Von Lersner, M. Angermeyer, A. Tandon, E. Hahn. Attitude toward psychiatrists and psychiatric medication: A survey from five metropolitan cities in India, *Indian J. Psychiatry*. 59 (2017) 341–346. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_190_17

A. Zieger, A. Mungee, G. Schomerus, T. Ta, A. Weyers, K. Böge, M. Dettling, M. Bajbouj, U. Von Lersner, M. Angermeyer, A. Tandon, E. Hahn. Attitude toward psychiatrists and psychiatric medication: A survey from five metropolitan cities in India, *Indian J. Psychiatry*. 59 (2017) 341–346. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_190_17

A. Zieger, A. Mungee, G. Schomerus, T. Ta, A. Weyers, K. Böge, M. Dettling, M. Bajbouj, U. Von Lersner, M. Angermeyer, A. Tandon, E. Hahn. Attitude toward psychiatrists and psychiatric medication: A survey from five metropolitan cities in India, *Indian J. Psychiatry*. 59 (2017) 341–346. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_190_17

A. Zieger, A. Mungee, G. Schomerus, T. Ta, A. Weyers, K. Böge, M. Dettling, M. Bajbouj, U. Von Lersner, M. Angermeyer, A. Tandon, E. Hahn. Attitude toward psychiatrists and psychiatric medication: A survey from five metropolitan cities in India, *Indian J. Psychiatry*. 59 (2017) 341–346. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_190_17

A. Zieger, A. Mungee, G. Schomerus, T. Ta, A. Weyers, K. Böge, M. Dettling, M. Bajbouj, U. Von Lersner, M. Angermeyer, A. Tandon, E. Hahn. Attitude toward psychiatrists and psychiatric medication: A survey from five metropolitan cities in India, *Indian J. Psychiatry*. 59 (2017) 341–346. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_190_17

2.5. Wahrgenommene Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen: Eine Untersuchung in fünf Metropolen in Indien

K. Böge, A. Zieger, A. Mungee, A. Tandon, L. Fuchs, G. Schomerus, T. Tam Ta, M. Dettling, M. Bajbouj, M. Angermeyer, E. Hahn. Perceived stigmatization and discrimination of people with mental illness: A survey-based study of the general population in five metropolitan cities in India, *Indian J. Psychiatry*. 60 (2018) 24–31.

https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_406_17

Mit der fünften Originalarbeit wurden die Ergebnisse der Erhebung von öffentlichen Einstellungen zur öffentlichen wahrgenommenen Stigmatisierung und Diskriminierung gegenüber Menschen mit psychischen Störungen im hochurbanen südasiatischen Kontext Indiens ausgewertet, wobei eine rurale Vergleichsgruppe nicht in die Analysen einbezogen werden konnte. Auch hier waren erneut Gendereffekte zu beobachten, wobei weibliche Teilnehmerinnen über erhöhte wahrgenommene Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen im Vergleich zu den männlichen Teilnehmern aus Indien berichteten.

Der nachfolgende zitierte Text entspricht dem englischen Originalabstrakt der Publikation “Perceived stigmatization and discrimination of people with mental illness: a survey-based study of the general population in five metropolitan cities in India.”

https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_406_17

“Background: India faces a significant gap between the prevalence of mental illness among the population and the availability and effectiveness of mental health care in providing adequate treatment. This discrepancy results in structural stigma toward mental illness which in turn is one of the main reasons for a persistence of the treatment gap, whereas societal factors such as religion, education, and family structures play critical roles. This survey-based study investigates perceived stigma toward mental illness in five metropolitan cities in India and explores the roles of relevant sociodemographic factors. **Materials and Methods:** Samples were collected in five metropolitan cities in India including Chennai (n = 166), Kolkata (n = 158), Hyderabad (n = 139), Lucknow (n = 183), and Mumbai (n = 278). Stratified quota sampling was used to match the general population concerning age, gender, and religion. Further, sociodemographic variables such as educational attainment and strength of religious beliefs were included in the statistical analysis.

Results: Participants displayed overall high levels of perceived stigma. Multiple linear regression analysis found a significant effect of gender ($P < 0.01$), with female participants showing higher levels of perceived stigma compared to male counterparts.

Conclusion: Gender differences in cultural and societal roles and expectations could account for higher levels of perceived stigma among female participants. A higher level of perceived stigma among female participants is attributed to cultural norms and female roles within a family or broader social system. This study underlines that while India as a country in transition, societal and gender rules still impact perceived stigma and discrimination of people with mental illness.”

Die sechste und letzte Originalarbeit dieser Habilitationsschrift wendet sich erneut regional Westafrika und konkret den öffentlichen Einstellungen von jungen erwachsenen Teilnehmer*innen mit relativ hohem Bildungsniveau in Ghana zu. Auch methodisch lassen sich Unterschiede bei der Fragestellung finden, denn in dieser Arbeit wurden ungelabelte Vignettenbeschreibungen von Menschen mit Symptomen einer Schizophrenie oder Depression nach der ICD-10 Klassifikation verwendet. Anhand dieser einleitenden Vignetten, wobei jede Teilnehmer*in entweder die Depressions- oder Schizophrenievignette zuvor las, wurde der Zusammenhang zwischen Ursachenzuschreibungen mit dem Wunsch nach sozialer Distanz zu Menschen mit diesen 2 prototypischen psychischen Störungen untersucht.

K. Böge, A. Zieger, A. Mungee, A. Tandon, L. Fuchs, G. Schomerus, T. Tam Ta, M. Dettling, M. Bajbouj, M. Angermeyer, E. Hahn. Perceived stigmatization and discrimination of people with mental illness: A survey-based study of the general population in five metropolitan cities in India, Indian J. Psychiatry. 60 (2018) 24–31.

https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_406_17

K. Böge, A. Zieger, A. Mungee, A. Tandon, L. Fuchs, G. Schomerus, T. Tam Ta, M. Dettling, M. Bajbouj, M. Angermeyer, E. Hahn. Perceived stigmatization and discrimination of people with mental illness: A survey-based study of the general population in five metropolitan cities in India, *Indian J. Psychiatry*. 60 (2018) 24–31.

https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_406_17

K. Böge, A. Zieger, A. Mungee, A. Tandon, L. Fuchs, G. Schomerus, T. Tam Ta, M. Dettling, M. Bajbouj, M. Angermeyer, E. Hahn. Perceived stigmatization and discrimination of people with mental illness: A survey-based study of the general population in five metropolitan cities in India, *Indian J. Psychiatry*. 60 (2018) 24–31.

https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_406_17

K. Böge, A. Zieger, A. Mungee, A. Tandon, L. Fuchs, G. Schomerus, T. Tam Ta, M. Dettling, M. Bajbouj, M. Angermeyer, E. Hahn. Perceived stigmatization and discrimination of people with mental illness: A survey-based study of the general population in five metropolitan cities in India, Indian J. Psychiatry. 60 (2018) 24–31.

https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_406_17

K. Böge, A. Zieger, A. Mungee, A. Tandon, L. Fuchs, G. Schomerus, T. Tam Ta, M. Dettling, M. Bajbouj, M. Angermeyer, E. Hahn. Perceived stigmatization and discrimination of people with mental illness: A survey-based study of the general population in five metropolitan cities in India, Indian J. Psychiatry. 60 (2018) 24–31.

https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_406_17

K. Böge, A. Zieger, A. Mungee, A. Tandon, L. Fuchs, G. Schomerus, T. Tam Ta, M. Dettling, M. Bajbouj, M. Angermeyer, E. Hahn. Perceived stigmatization and discrimination of people with mental illness: A survey-based study of the general population in five metropolitan cities in India, Indian J. Psychiatry. 60 (2018) 24–31.

https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_406_17

K. Böge, A. Zieger, A. Mungee, A. Tandon, L. Fuchs, G. Schomerus, T. Tam Ta, M. Dettling, M. Bajbouj, M. Angermeyer, E. Hahn. Perceived stigmatization and discrimination of people with mental illness: A survey-based study of the general population in five metropolitan cities in India, Indian J. Psychiatry. 60 (2018) 24–31.

https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_406_17

K. Böge, A. Zieger, A. Mungee, A. Tandon, L. Fuchs, G. Schomerus, T. Tam Ta, M. Dettling, M. Bajbouj, M. Angermeyer, E. Hahn. Perceived stigmatization and discrimination of people with mental illness: A survey-based study of the general population in five metropolitan cities in India, Indian J. Psychiatry. 60 (2018) 24–31.

https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_406_17

2.6. Der Zusammenhang von kausalen Ursachenzuschreibungen und dem Streben nach sozialer Distanz zu Menschen mit Schizophrenie und Depression: Ergebnisse einer Erhebung bei jungen Erwachsenen in Ghana

M.L. Franke, U. von Lersner, O.Q. Essel, K. Adorjan, G. Schomerus, A. Gómez-Carrillo, T.M. Tam Ta, K. Böge, M. Mobashery, M. Dettling, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. The relationship between causal beliefs and desire for social distance towards people with schizophrenia and depression: Results from a survey of young Ghanaian adults, *Psychiatry Research*. 271 (2019) 220–225. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.030>

In dieser sechsten Originalarbeit zur Untersuchung des Einflusses ungelabelter Vignettenbeschreibungen auf den Zusammenhang zwischen Ursachenzuschreibungen mit dem Wunsch nach sozialer Distanz zu Menschen mit psychischen Störungen untersucht wurden zunächst mittels einer Faktorenanalyse drei unabhängige Faktoren für die Zustimmung zu Items der Ursachenzuschreibungen identifiziert. Diese drei extrahierten Faktoren waren „ungünstige Kindheitsbedingungen“, „Hirnerkrankung“ und „Reaktion auf Stress oder unbewusste Konflikte“. Für beide Vignettenbedingungen fand sich in der Regressionsanalyse ein Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach sozialer Distanz und dem Faktor „ungünstige Kindheitsbedingungen“. Eine Erkenntnis war, dass die geographische Herkunft der Teilnehmer*innen mit dem Wunsch nach sozialer Distanz zusammenhing. Teilnehmer*innen, die aus nördlichen Regionen Ghanas mit kaum vorhandener psychiatrischer Versorgung oder überfüllten psychiatrischen Kliniken stammten, geringeren Wunsch nach sozialer Distanz.

Der nachfolgende zitierte Text entspricht dem englischen Originalabstrakt der Publikation “The relationship between causal beliefs and desire for social distance towards people with schizophrenia and depression: Results from a survey of young Ghanaian adults.”
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.030>

“This study examines attitudes of the young Ghanaian population regarding the relationship between causal beliefs and desire for social distance from people with symptoms of schizophrenia and depression. Respondents (n = 507) were presented with depression and schizophrenia symptoms using unlabeled case vignettes. A factor analysis examined three factors for causal beliefs, and multiple linear regression analysis on the desire for social distance was conducted. The desire for social distance was higher when symptoms in both case-vignettes were attributed to childhood adversities and overall lower when respondents lived in northern regions of Ghana. Only, for vignettes depicting schizophrenia, mental illness attribution was associated with more desire for social distance. Significant gender effects were found for depression vignettes only: female respondents reported significantly more desire for social distance, whereas female gendered vignettes were associated with less desire for social distance by respondents of both genders.”

M.L. Franke, U. von Lersner, O.Q. Essel, K. Adorjan, G. Schomerus, A. Gómez-Carrillo, T.M. Tam Ta, K. Böge, M. Mobashery, M. Dettling, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. The relationship between causal beliefs and desire for social distance towards people with schizophrenia and depression: Results from a survey of young Ghanaian adults, *Psychiatry Research*. 271 (2019) 220–225. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.030>

M.L. Franke, U. von Lersner, O.Q. Essel, K. Adorjan, G. Schomerus, A. Gómez-Carrillo, T.M. Tam Ta, K. Böge, M. Mobashery, M. Dettling, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. The relationship between causal beliefs and desire for social distance towards people with schizophrenia and depression: Results from a survey of young Ghanaian adults, *Psychiatry Research*. 271 (2019) 220–225. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.030>

M.L. Franke, U. von Lersner, O.Q. Essel, K. Adorjan, G. Schomerus, A. Gómez-Carrillo, T.M. Tam Ta, K. Böge, M. Mobashery, M. Dettling, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. The relationship between causal beliefs and desire for social distance towards people with schizophrenia and depression: Results from a survey of young Ghanaian adults, *Psychiatry Research*. 271 (2019) 220–225. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.030>

M.L. Franke, U. von Lersner, O.Q. Essel, K. Adorjan, G. Schomerus, A. Gómez-Carrillo, T.M. Tam Ta, K. Böge, M. Mobashery, M. Dettling, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. The relationship between causal beliefs and desire for social distance towards people with schizophrenia and depression: Results from a survey of young Ghanaian adults, *Psychiatry Research*. 271 (2019) 220–225. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.030>

M.L. Franke, U. von Lersner, O.Q. Essel, K. Adorjan, G. Schomerus, A. Gómez-Carrillo, T.M. Tam Ta, K. Böge, M. Mobashery, M. Dettling, A. Diefenbacher, M.C. Angermeyer, E. Hahn. The relationship between causal beliefs and desire for social distance towards people with schizophrenia and depression: Results from a survey of young Ghanaian adults, *Psychiatry Research*. 271 (2019) 220–225. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.030>

3. Diskussion

Die im Folgenden zu diskutierenden Studien basieren allesamt auf den einleitend empirisch abgeleiteten Annahmen, dass öffentliche Einstellungen zu Menschen mit psychischen Störungen, psychiatrischen Behandlern und Behandlungsoptionen mit soziokulturell geformten Diskriminierungs- und Stigmatisierungsprozessen verbunden sind [129,147]. Diese öffentlichen Einstellungen, prägen demnach auch die Erwartungen und Selbstzuschreibungen und so die persönlichen Entscheidungsprozesse für oder gegen eine frühe Inanspruchnahme von psychiatrischen Gesundheitsdienstleistungen [59], aber auch die Motivation zur oder das Vermeiden einer Teilhabe von Betroffenen mit psychischen Störungen und deren Care-Giver in der sozialen Gemeinschaft. Die quantitativen Untersuchungen zeigen trotz der Heterogenität der eingeschlossenen Stichproben aus drei LMICs, bei teilweise überschneidenden Fragestellungen einmal mehr, dass alle quantitativ erhobenen Daten nur abhängig vom jeweiligen Landes- oder auch regionalen Kontext interpretierbar sind. Mit valide eingeordneten Daten können lokale und nationale Gesundheitssysteme und deren politische Entscheidungsträger in LAMICs befähigt werden, gesundheitsfördernde, präventive, diagnostische, therapeutische und rehabilitative Angebote für die Gesamtbevölkerung mit psychischen Störungen, sowie spezifische Anti-Stigma Aktivitäten, bereitzustellen [44,111]. Die Untersuchungen tragen somit zu einem kontextuellen Verständnis des Zusammenhangs zwischen demografischen und soziokulturellen Faktoren und der mit psychiatrischen Störungen oder deren Behandlungskontexten assoziierten öffentlichen Einstellungen bei. Im Folgenden werden die Faktoren, für die relevanten Untersuchungsstichproben diskutiert werden, die in den jeweiligen Stichproben übergreifend Assoziationen zur öffentlichen Einstellung zu Menschen mit psychiatrischen Störungen und psychiatrischer Behandlung gezeigt haben. Zudem wird anhand zweier Studien der Einfluss von urbanen Lebensbedingungen und der regionalen Herkunft der Teilnehmenden diskutiert werden. Religion und auch die Intensität der religiösen Zugehörigkeit, die insbesondere in den Stichproben aus Indien erfasst wurden, hat in nahezu allen Studien einen Einfluss auf die öffentliche Einstellung zu Menschen mit psychiatrischen Störungen und psychiatrischer Versorgung. Nicht zuletzt können, abhängig von den untersuchten Kohorten, der Bildungsstatus, der oft mit der MHL verknüpft ist, aber auch das Alter der Befragten, mit stigmatisierenden öffentlichen Einstellungen assoziiert sein.

3.1. Assoziationen mit dem Alter der Studienteilnehmer*innen

Der soziodemographische Faktor Alter der Befragten war in den Stichproben aus Vietnam und Indien mit den jeweiligen forschungsleitenden Fragen assoziiert, wobei in Ghana nur junge Erwachsenen untersucht wurden. In der vietnamesischen Kohorte konnte in Bezug auf das Alter eine Assoziation bei der Gruppe der über fünfzigjährigen Teilnehmer*innen mit einer verstärkten Zustimmung zu Abtreibungen bei Patientinnen mit psychischen Störungen gezeigt werden [85]. Diese Ergebnisse verweisen altersassoziierte soziokulturelle Veränderungen in der

modernen vietnamesischen Gesellschaft auch bezüglich der genderabhängigen Rollenerwartung in der Familie, wobei in diesem Zusammenhang in einer Untersuchung jüngere Vietnames*innen häufiger gleichberechtigte Einstellungen zur Aufteilung von Haushaltsaufgaben im Vergleich zu der älteren Generationen aufwiesen [148]. Diese altersabhängigen Einstellungen könnten sich auch auf die wahrgenommene Unterstützungsmöglichkeiten von Patientinnen mit psychiatrischen Störungen während der Schwangerschaft und bei der Kindererziehung auswirken, so dass jüngere Befragte diese zusätzlichen Aufgaben mittlerweile auch Patient*innen zutrauen würden [85].

Ein weiterer Zusammenhang mit dem Alter fand sich der indischen Kohorte, der zeigte, dass ein geringeres Alter der Teilnehmenden mit negativeren Einstellungen gegenüber Psychiater*innen als auch geringerer Zustimmung zur Behandlung mit psychotroper Medikation assoziiert war [86]. Ähnliche Befunde fanden sich in Einstellungsstudien anderer Arbeitsgruppen aus Indien [149,150], während in einer Untersuchung aus Deutschland dagegen ein höheres Alter der Teilnehmenden mit negativeren Einstellung assoziiert war [151]. Diese teilweisen kontrastierenden Assoziationen weisen einmal mehr auf die zugrundeliegenden gesellschaftlichen Bedingungen in den heterogenen Gruppen der LMICs als auch der HICs hin. So verwiesen Untersuchungen aus Indien auf eine negative öffentliche Wahrnehmung von Psychiater*innen und Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen sowohl unter Medizinstudierenden als auch bei der jüngeren Generation, wobei negative Stereotype in den modernen Medien und Filmen weiter verbreitet werden [149,150]. Vor diesem Hintergrund veröffentlichte die WHO bereits im Jahr 2017 eine Empfehlung zur Schulung von Medienpersonal bezüglich der psychischen Gesundheit und Suizidprävention [152].

3.2 Assoziationen mit Gender und kulturell geprägten Genderrollen

Einflüsse vom Gender der Teilnehmenden bilden zentrale intersektionale Ergebnisse der Analyse der Daten aus den Stichproben aller drei Länder, wobei in den Untersuchungen unterschiedliche Aspekte der mit psychiatrischen Störungen assoziierten Einstellungen mit dem Gender assoziiert waren. In unserer Kohorte aus Vietnam zeigten männliche Teilnehmer im Vergleich zu Frauen vermehrt negative Einstellungen gegenüber Psychiater*innen [84]. Diese Ergebnisse decken sich mit anderen Studien bei denen Frauen im Vergleich zu Männern positivere Einstellung bezüglich einer psychiatrischen Behandlung und psychiatrischen Patient*innen aufwiesen [52,153]. In Vietnam, aber auch in anderen LMICs, sind in vielen gesellschaftlichen Schichten das Selbstverständnis und die gesellschaftlichen Erwartungen an einen Mann durch Rollenerwartungen von Macht und Dominanzverhalten, also das nicht-öffentliche Zeigen von Schwäche, gekennzeichnet [154]. Für Vietnam konnten ebenso verschiedene Untersuchungen weiterhin vorhandene Erwartungen an traditionelle Geschlechterrollen nachweisen [155,156]. Diese gesellschaftlich tradierten Rollenerwartungen könnten zu einer verzögerten Kontaktaufnahme mit Fachkräften des psychiatrischen Gesundheitssystem beitragen, auch dann, wenn Männer Symptome einer psychischen Erkrankung erkennen würden, da deren Hilfesuchverhalten [47] als Zeichen von Schwäche

interpretiert werden könnte. Im Gegensatz dazu könnte die Bereitschaft vietnamesischer Frauen, die gesellschaftlich als "schwächeres und emotionaleres" Geschlecht wahrgenommen werden [85,155,157–160], Hilfe und Unterstützung zu suchen, ausgeprägter sein, was mit einer positiveren Einstellung gegenüber Psychiater*innen assoziiert sein kann. Diese Interpretation wird durch Studien gestützt die unterstreichen, dass Männer im Vergleich zu Frauen größere Hemmungen zum Aufsuchen von psychiatrischer Hilfe zeigten [161,162]. Im Rahmen der Spezialambulanz für vietnamesische Migrant*innen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Benjamin Franklin zeigte sich ebenfalls eine ungleiche Geschlechterverteilung bei der Inanspruchnahmepopulation, wobei Männer mit lediglich 25 % der Patient*innen, auch 10 Jahre nach Einrichtung des ambulanten Angebots, weiterhin deutlich unterrepräsentiert sind [163]. Auch linguistisch ist das Konzept einer vermeintlichen weiblichen Schwäche in Vietnam, als „phái yếu“ (wörtlich „schwaches Geschlecht“) nachzuweisen. So zeigten vietnamesische Frauen [155,158,159] in unserer Untersuchung eine stärkere Zustimmung zu möglichen Zwangsmaßnahmen insbesondere gegenüber Frauen, im Vergleich zu männlichen Teilnehmern [85]. Eine Interpretation bezieht sich dabei weniger auf primär autoritäre Haltungen der weiblichen Studienteilnehmerinnen, sondern auf ein stärkeres Schutzbedürfnis mit abwehrenden und sicherheitssuchenden Einstellungen im Vergleich zu männlichen Teilnehmern. Wie bereits kurz beim Faktor Alter angesprochen, konnten wir bei Teilnehmerinnen der vietnamesischen Kohorte häufiger eine Akzeptanz von Abtreibung bei Patientinnen mit psychischen Störungen als bei männlichen Teilnehmern nachweisen [85]. In der Interpretation könnte dieses Ergebnis auf ein interessantes soziokulturelles und historisches Phänomen, sowie insgesamt relativ liberale Abtreibungsgesetze in Vietnam hinweisen [85].

Während der vietnamesischen antikolonialen Bewegung bis 1954 und den darauffolgenden Kriegen gegen Vietnam spielten die Frauen, sowohl in der Produktion aber auch der militärischen und gesundheitsbezogenen Logistik, bis hin zum direkten Kampfgeschehen eine zunehmend bedeutende Rolle ein [164,165]. Heutzutage nehmen Frauen in Vietnam, auch im Vergleich mit anderen asiatischen Ländern, eine sehr aktive Rolle sowohl in Parlamentsaktivitäten, der Inanspruchnahme von gebotenen Bildungschancen und den beruflichen Aktivitäten ein [166]. Vietnam hat dabei mit 79% einen der höchsten Anteile an beruflich tätigen Frauen weltweit, wobei dieser prozentuale Anteil nur knapp unter den 86% der berufstätigen Männern in Vietnam und insgesamt über 10 Prozentpunkte höher als in China, Thailand oder den USA liegt [167]. Dabei ging die hohe Rate an beruflicher Tätigkeit jedoch nicht mit deutlichen Veränderungen der in Vietnam verbreiteten traditionellen Rollenerwartungen bezüglich der Haushaltsaufgaben und insbesondere der Kindererziehung einher [158,159,168,169]. Bezüglich der Frauenrollen Vietnams werden also drei anspruchsvolle Aufgaben gleichzeitig erwartet: „làm vợ“ (Ehefrau und Schwiegertochter), „làm mẹ“ (Mutter) und „là người của công việc“ (Arbeiterin) [158,170]. Eine Interpretation wäre, dass weibliche Teilnehmerinnen, die in ihrem Alltag mit multiplen Belastungen konfrontiert sind, Frauen mit psychischen Störungen diese Aufgaben mit Übernahme der Erziehungsverantwortung nicht zutrauen und wenig äußere Unterstützung erwarten [85,148].

In der indischen Untersuchungskohorte konnte bezüglich der Gendereffekte gezeigt werden, dass männliche Teilnehmer negativere Einstellung gegenüber psychotroper Medikation aufwiesen als weibliche Teilnehmerinnen [86]. Dies lässt sich im Rahmen von Unterschieden in der Sozialisation von Genderrollen [171,240] und dem Vorherrschen von traditionellen Selbstkonzepten von Männern in Indien als das außerhalb des Hauses arbeitende „stärkere Geschlecht“ erklären [86,172]. Wie bereits bei den Untersuchungen aus Vietnam angedeutet, führt der erwartete Gesichtsverlust mit Gefühlen von Scham [159], der mit einem wahrgenommenen „Schwächezeigen“ bei Aufsuchen von psychiatrischer Hilfe oder Einnehmen psychiatrischer Medikation verbunden sein kann, insbesondere bei Männern zu einem häufiger verspäteten Inanspruchnahmeverhalten [163,173,240]. Im Gegensatz zu Vietnam haben Frauen in Indien häufig geringere Chancen eines Zugangs zum Bildungs- oder Arbeitsmarkt, wobei eine häufig erwartete Rolle die einer öffentlich geringer sichtbaren Hausfrau und Mutter ist [174–176]. Entsprechend werden soziale Kontaktmöglichkeiten für viele Frauen außerhalb der Familie und der Haushaltsaufgaben deutlich eingeschränkt [176–178]. Patient*innen mit psychischen Störungen, insbesondere wenn sie die Rollenerwartungen nicht mehr erfüllen können, werden in Indien als gefährlich und nicht verstehbar wahrgenommen [110,179]. Gleichzeitig berichten Frauen mit Schizophrenie in Indien von stigmatisierenden Erfahrungen in Bezug auf die Ehe, Schwangerschaft und Geburt, während indische Männer mit Schizophrenie mittels einer thematischen Inhaltsanalyse in semistrukturierten Interviews am häufigsten von stigmatisierenden Erfahrungen in Bezug auf den Arbeitsplatz berichteten [240]. Teilnehmer*innen könnten so aufgrund einer Erwartung von öffentlicher Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung von mehr Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen [86] berichten, was zu einem Verstecken von Krankheitssymptomen und einer reduzierten Inanspruchnahme von Diagnostik- und Therapieangeboten verbunden sein kann [52,63].

Auch in Ghana sind trotz gesellschaftlicher Veränderungen traditionelle Genderrollen und Machtstrukturen weit verbreitet [151-156, 180–183]. Von Frauen wird häufiger erwartet, dass sie primär die Aufgaben im Haushalt und bei der Kindererziehung übernehmen, so dass sie wie in Vietnam aber auch Indien und Ghana mit multiplen Belastungen konfrontiert sein könnten. Gleichzeitig besteht oft ein erschwerter Zugang zur Gesundheitsversorgung und ein relativ vermindertes psychiatrisches Gesundheitswissen im Vergleich zu Männern wie in einer Arbeit aus Ghana gezeigt werden konnte [184]. Der in der dargestellten Studie bei Frauen deutlicher ausgeprägte Wunsch nach sozialer Distanz, vor allem in Bezug auf innerfamiliäre Angelegenheiten wie der Heirat eines psychisch erkrankten Menschen in die Familie oder das Anvertrauen der Sorge um Kinder bei Teilnehmerinnen, wäre vor dem Hintergrund der Verantwortungszuschreibung für diese familiären Entscheidungen zu interpretieren. Neben den genderbezogenen Rollenerwartungen könnten parallel vorhandene matrilineare strukturierte Familiensysteme [185] mit einer erweiterten Wahrnehmung einer transgenerationalen Verantwortung zu diesem Wunsch nach sozialer Distanz beitragen. Detaillierte Einsichten in diese komplexen Beziehungen wären dabei durch langfristig ausgerichtete qualitative Ansätze zu gewinnen, um hier auch neue zu untersuchende Hypothesen zu generieren.

3.3. Assoziation mit dem Bildungsniveau

Ein Einfluss des Bildungsniveaus auf öffentliche Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen konnte im Rahmen dieser Habilitationsschrift in der indischen Kohorte [86] nachgewiesen werden. Hier zeigten Teilnehmer*innen mit einem niedrigeren Bildungsniveau negativere Einstellung gegenüber Psychiater*innen und psychotroper Medikation. Untersuchungen in unterschiedlichen Ländern konnten zeigen, dass eine MHL und damit verbunden ein Erkennen von psychischen Störungen die Bereitschaft der Inanspruchnahme oder Empfehlung von psychiatrischen Gesundheitsdienstleistungen erhöhte [186,187]. Dies betraf insbesondere die Bereitschaft zum Besuch einer Psychiater*in und die Erfolgserwartung einer psychiatrischen Behandlung [46]. Dabei beeinflusst die psychische Gesundheitskompetenz das Verständnis von Prävention und beinhaltet Kenntnisse über psychische Störungen und deren Therapieoptionen [188–190]. Eine Studie aus Ägypten konnte ebenso eine Assoziation eines niedrigeren Bildungsniveaus aber auch eines höheren Einkommens mit stärkeren stigmatisierenden Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen nachweisen [191], wobei diese möglichen Zusammenhänge durch viele weitere Faktoren modifiziert werden können. In Indien leben Menschen mit einem niedrigeren Bildungsniveau häufig in benachteiligten sozioökonomischen Lebenssituationen [192], so dass auch aus diesem Grund der Zugang zu angemessener medizinischer Behandlung eingeschränkt ist [193]. In einer Studie wurde zudem von einer deutlichen Assoziation zwischen Armut und einem erhöhten Risiko für psychische Störungen berichtet [194]. Im Vergleich zur Studienpopulation in Indien, fand sich bei den eingeschlossenen Kohorten aus Vietnam und Ghana ein eher homogeneres und höheres Bildungsniveau der Teilnehmenden. So wurden in Ghana primär junge Erwachsene in Bildungseinrichtungen in die Studie eingeschlossen, die mit Erhebungen mittels Fragebögen in der englischen Sprache vertraut waren [76]. In der vietnamesischen Kohorte hatte ein Großteil der Befragten einen 12-jährigen Schulabschluss, was jedoch weitestgehend dem Bildungsniveau der vietnamesischen Bevölkerung im Großraum Hanoi und der Struktur des Schulsystems in Vietnam mit einem Fokus auf Bildung mit dem Ziel eines 12-jährigen Schulabschlusses für alle Bevölkerungsschichten entspricht [75,84].

3.4. Assoziation mit der religiösen Zugehörigkeit

Neben den zuvor diskutierten Einflüssen des Alters, von Gender und des Bildungsniveaus der Teilnehmenden konnten einige der dargestellten Studien einen Zusammenhang zwischen religiöser Zugehörigkeit und unterschiedlichen Facetten der öffentlichen Einstellung gegenüber psychiatrischen Störungen und psychiatrischer Versorgung in Vietnam [75] und Indien [75,84,86] nachweisen [195]. Sowohl in Vietnam als auch in Indien zeigten sich bei sich religiös zugehörig fühlenden Teilnehmer*innen häufiger negative Einstellungen gegenüber Psychiater*innen als bei Befragten die sich keiner Religion zugehörig fühlten. Dagegen - und im Rahmen der Interpretation allenfalls ein scheinbarer Widerspruch - zeigten die Teilnehmer*innen mit religiöser Zugehörigkeit weniger wahrgenommene Stigmatisierung und Diskriminierung gegenüber Patient*innen mit einer psychischen Störung in der vietnamesischen Stichprobe [75].

Als eine Interpretation würden einerseits Menschen mit einer psychischen Störung - als Teil einer religiösen Gemeinschaft – in diese meist länger eingebunden bleiben [195] und es könnte Ihnen im Rahmen der mit religiösen Wertegemeinschaften übereinstimmenden Toleranz und Unterstützungsangeboten von Hilfebedürftigen begegnet werden [196]. Gleichzeitig könnte sich so die Familiarität mit Menschen mit psychischen Störungen innerhalb der Gemeinschaft als protektiver Faktor vor stigmatisierenden Einstellungen erhöhen, wobei viele religiöse Werthaltungen sowohl im Buddhismus, Christentum, Hinduismus und auch Islam geteilten Werten wie Nächstenliebe, zwischenmenschliche Fürsorge und Hilfe gegenüber Schwächeren beruhen [195,196]. Eine religiöse Zugehörigkeit beeinflusst neben anderen Faktoren zudem hilfeschuchende Verhaltensweisen [47] als auch Behandlungsempfehlungen, sodass religiös orientierte Menschen mit psychischen Erkrankungen Hilfe in der Gemeinschaft, bei religiösen Heilungsversuchung oder durch innere Hinwendung zu Spiritualität und Gebet als eine primäre Behandlungsoption bei der Bewältigung ihrer psychischen Probleme suchen und empfohlen bekommen könnten [84,84,197,198]. Zudem können kulturelle und damit verbundene religiöse Erklärungsmodelle den Inhalt einer psychopathologisch erfassbaren Symptomatik bis hin zur unterschiedlichen Wahrnehmung, in diesem Beispiel von religiösen Erklärungsmodellen von akustischen Halluzinationen, formen wie in einer vergleichenden Studie aus Indien und Ghana gezeigt wurde [199,200]. Diesbezüglich sind in Ghana, insbesondere mit den vorherrschenden christlichen Glaubensmodellen zu vereinbarende Angebote von „Glaubensheilern“ (faith healer) verbreitet und werden in der öffentlichen Meinung häufig bei psychischen Problemen empfohlen [195,201,202]. Studien aus unterschiedlichen kulturellen und gesellschaftlichen Kontexten konnten Assoziationen zwischen ausgeprägter Religiosität und einer reduzierten Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von medizinisch-psychiatrischen Angeboten oder stigmatisierenden Einstellungen nachweisen [203–205]. Obwohl in den Untersuchungen in Vietnam aber auch in Untersuchungen unserer interdisziplinären Arbeitsgruppe Global Mental Health in Jordanien, Irak oder Kurdistan [206] evidenzbasierte Ansätze unterstützt wurden, gibt es auch in Vietnam weiterhin eine Anzahl nahezu 15% der Menschen, die traditionelle Heil- und Religionspraktiken wie Feng-Shui oder das Gebet als angemessene Behandlungsmöglichkeiten für schwere psychische Störungen wie Schizophrenien und schwere Depressionen empfohlen [99]. Insgesamt ist deren Anteil jedoch im Verhältnis zu den Empfehlungen von Psychotherapien und psychopharmakologischer Medikation, sowie psychosozialen Maßnahmen als gering einzuschätzen [99]. Untersuchungen im ruralen Indien zeigten, dass die Inanspruchnahme von traditionellen Heiler*innen oder die Teilnahme an Heilritualen [207–209] weitverbreitet sind. Eine Assoziation mit negativeren Einstellungen und Stigmatisierung gegenüber den verschiedenen Facetten der Versorgungssysteme, einschließlich Psychiater*innen, psychiatrischer Institutionen und Psychopharmakologie, könnte von Menschen mit einer hohen Intensität ihrer religiösen Überzeugen vertreten werden, da nach ihrer Wahrnehmung die oft biologisch-medizinischen Annahmen einer medizinisch-psychiatrischen Versorgung mit ihrem religiösen Glaubenssystem [210], inkompatibel erscheint [211,212].

Vergleichende internationale Arbeiten konnten zeigen, dass in LAMICs 20,9% der Menschen mit einer schweren psychischen Störung Kontakt mit religiösen Berater*in hatten, während dieser Anteil nur 12,3% in Ländern mit hohem mittlerem Einkommen und 9,5% in

Ländern mit hohem Einkommen betrug [84,213]. Darüber hinaus wurde von 16,2% der Befragten in LAMICs betont, dass religiöse Anbieter die einzige verfügbare Ressource für sie gewesen seien [84,213] und die Inanspruchnahme einer anderen Form von psychiatrischer Versorgung keine Option darstellte [116]. Neben einer Investition in psychiatrische Fachkräfte betonen Arbeiten zur psychiatrischen Gesundheitssystementwicklung die Vorteile eines kooperativen Ansatzes mit Förderung eines Dialogs von psychiatrischen Institutionen und religiösen Akteuren [214]. Insgesamt sollte ein Prozess der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten gefördert werden, der es gleichzeitig Mitgliedern von Religionsgemeinschaften ermöglicht, in einem synergetischen Sinne eine zusätzliche Unterstützung der zu entwickelnden psychiatrischen Strukturen anzubieten [214], aber auch Angebote für eine Integration von Menschen mit psychischen Störungen innerhalb ihrer Gemeinschaften zu fördern [84].

3.5. Der Zusammenhang von Ursachenzuschreibungen und sozialer Akzeptanz

Neben demographischen Faktoren sind die öffentlichen Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen wie Depressionen, Schizophrenien oder Abhängigkeitserkrankungen [215] sowie der assoziierte Wunsch nach sozialer Distanz, bzw. der sozialen Akzeptanz von Betroffenen auch von der jeweiligen Ursachenzuschreibungen abhängig [76,136,215–217]. Dieser Zusammenhang wurde in der in Ghana untersuchten Stichprobe untersucht, welche die methodisch die einzige Arbeit in dieser Habilitationsschrift darstellt, in der der Einfluss von kausalen Ursachenzuschreibungen anhand zweier ungelabelten Vignettenbeschreibungen von Schizophrenie und Depression untersucht wurde. Hier waren faktorenanalytisch zunächst drei unabhängige Gruppen von Ursachen unterscheidbar: (1) ungünstige Kindheitsbedingungen, (2) Hirnerkrankung, (3) Reaktion auf Stress oder einen unbewussten Konflikt [76]. Dabei waren die berechneten Faktoren auch in dieser Stichprobe weitgehend im Einklang mit einer früheren Studie aus Deutschland, die allerdings eine dritte Vignettenbedingung für Alkoholabhängigkeit beinhaltete [215]. Interessanterweise war nur der Faktor „ungünstige Kindheitsbedingungen“ mit einem vermehrten Wunsch nach sozialer Distanz assoziiert, während biogenetische Ursachenüberzeugungen bei der Stichprobe aus Deutschland mit einem vermehrten Wunsch nach sozialer Distanz assoziiert waren [215,218].

Die vorherrschende Familienstruktur in der ghanaischen Gesellschaft könnte eine mögliche Erklärung unseres abweichenden Ergebnisses liefern: In Ghana sind erweiterbare Familienstrukturen vorherrschend und stellen ein zentrales Bezugssystem sozialer Werte, Normen, Moralvorstellungen und Rollenerwartungen dar [185,219,220]. Die Großfamilie bildet so eine intergenerational verankerte soziale Institution, die insbesondere in ruralen Regionen die Gemeinschaften entlang der Familienlinien strukturiert. Personen können nach dieser Anschauung einerseits als Familienmitglied einer als „Wir“ Gruppen nach ihrer väterlichen Abstammung identifiziert werden und sind andererseits zu der Wurzel des Stammes zurückverfolgen. Parallel zu dieser paternalistischen Struktur existieren weiterhin matrilineare Familienbeziehungen, Zugehörigkeiten [185] und darauf basierende Zugehörigkeiten und Konfliktlösungsstrategien. Der mit dem Wunsch nach sozialer Distanz assoziierte Faktor „ungünstige Kindheitsbedingungen“ basiert in der Detailanalyse auf drei als mögliche Ursachen

vorgegebene Items: 1) Aufwachsen in einem zerrütteten Elternhaus, 2) lieblose Behandlung im Herkunftshaus, 3) Armut während des Aufwachsens. Die Ursachenzuschreibung der ungünstigen Kindheitsbedingungen ist demnach mit dem Begriff des Hauses verbunden, welche auch als eine Großfamilie, als der Stamm und damit angelehnt an das Konzept eines „Wir“ wahrgenommen werden könnte. Somit könnte der Faktor „ungünstige Kindheitsbedingungen“, der zudem von psychoanalytisch geprägten Ursachenvorstellungen abzuleiten ist [215], im ghanaischen Kontext der erweiterten Familienstrukturen des „Elternhauses“ anders verstanden werden und möglicherweise den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber Menschen, die aus einem „gebrochenen und armen Haus“ stammen, miterklären. In jedem Fall unterstreicht dieses Ergebnis eine immer wieder neue zu leistende Notwendigkeit einer kontextuellen Interpretation von verwendeten Messinstrumenten und Fragestellungen, die zunächst in einem anderen Kontext, in diesem Falle dem westlichen Kontext einkommensstarker Länder, entwickelt wurden. Ein Verständnis der Familienstrukturen und einem eher soziozentrisch-relationalen Verständnis eines Individuums in seinen familiären Vernetzungen müssen daher nicht nur in verschiedenen Antistigma-Aktivitäten, sondern auch in Präventionsarbeit und Anpassung von Versorgungsstrukturen der psychischen Gesundheit unter Einbezug der Perspektiven der familiären Care-Giver beachtet werden [44,221].

3.6. Einfluss soziostruktureller Faktoren, am Beispiel des Grades der Urbanität und vorhandener Versorgungsstrukturen

Neben den bisher diskutierten soziodemographischen Faktoren, einschließlich Gender, Alter, religiöser Zugehörigkeit und zuvor diskutierten kausalen Erklärungsmodellen konnten auch soziostrukturelle bzw. geographische Einflüsse in zwei der Originalarbeiten untersucht werden. Diese sollen abschließend anhand einer Untersuchung in Hanoi und einer Untersuchung in Ghana detaillierter diskutiert werden. In der ersten Studie aus Hanoi fanden sich Unterschiede in Bezug auf urbane oder rurale Lebensbedingungen der Teilnehmenden und in der zweiten Studie aus Ghana Assoziationen mit der regionalen Herkunft der Teilnehmenden. Die Ergebnisse der Untersuchungskohorte im urbanen oder ruralen Hanoi hebt die Bedeutung von Transitionsprozessen in asiatischen Megacities hervor [222]. So konnte das Ergebnis der ersten dargestellten Studie so interpretiert werden, dass die vorhandenen oder durch die Transition nicht mehr in dem Ausmaß gegebenen Möglichkeiten einer sozialen und beruflichen Infrastruktur zur Integration von Menschen mit psychischen Störungen in ein als gesellschaftlich positiv wahrgenommenes soziales Leben einen Einfluss auf die wahrgenommene Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen hat [75,136]. Der sich schnell verändernde Alltag und die sich in Transition befindliche gesellschaftliche Struktur in einer Megastadt Hanoi in Vietnam geht mit zunehmenden Anforderungen an eine höher qualifizierte Arbeitsleistung und Arbeitstempo bei gleichzeitiger Reduktion der Familiengröße einher. Aufgrund dieser knappen Ressourcen kann es zu einer Einschränkung der familiären Unterstützungsmöglichkeiten sowie zu einer erhöhten Arbeitslosigkeit von Menschen mit psychischen Störungen kommen. Diese erschwerten Bedingungen für eine Integration von Menschen mit psychiatrischen Störungen im hochurbanisierten Hanoi könnte die vermehrte

wahrgenommene Diskriminierung von Menschen mit psychiatrischen Störungen im Vergleich zum ruralen Hanoi mitbedingen, wo die Verfügbarkeit auch leichterem Arbeiten in einem größeren sozialen Kontext der Land- und Dorfwirtschaft die Integration und soziale Teilhabe unterstützen könnte. In Vietnam sind insgesamt die öffentlichen Angebote für eine gemeindenahe Rehabilitation und psychosoziale Behandlungsoptionen sehr eingeschränkt [75,89], sodass diese Aufgaben oft die erweiterte Familie übernehmen muss. Mangelnde Therapieangebote und unzureichende soziale Unterstützungsstrukturen würden daher zu einer stärkeren Ablehnung und wahrgenommenen Diskriminierung beitragen.

Ein in diesem Zusammenhang erstmalig aufgezeigtes interessantes Ergebnis fand sich in der Auswertung der sechsten Originalarbeit anhand der Daten der Stichprobe von jungen Erwachsenen aus verschiedenen Regionen in Ghana. Hier zeigten Teilnehmer*innen, die aus den formal deutlich weniger entwickelten nördlichen Regionen Ghanas stammten, einen geringeren Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber Menschen mit psychischer Störung [76]. Dies wäre vor dem Hintergrund zu interpretieren, dass nahezu alle psychiatrischen Versorgungsinstitutionen in Ghana im Süden Teil des Landes, in der Nähe der Hauptstadt Accra, lokalisiert sind, diese jedoch als eher ausgrenzend bis abschreckend wahrgenommen werden. Anhand mehrerer Voruntersuchungen wurde dargestellt, dass bei diesen wenigen Angeboten sowohl die Qualität der Behandlung als auch die Ausstattung der Kliniken und damit die Unterbringung von Patient*innen, wie sie auch für Besucher sichtbar werden würde, qualitativ sehr eingeschränkt ist [80,125–127]. Die drei öffentlichen psychiatrischen Kliniken sind zumeist überbelegt und es besteht ein ausgeprägter Mangel an Fachpersonal [80,125–127,223,224]. Eine Interpretation wäre, dass durch die mangelnden Personalressourcen und Behandlungsoptionen lediglich sehr schwer erkrankte Patient*innen in den zentralisierten psychiatrischen Kliniken eine Behandlung akzeptieren. Teilnehmer*innen, die aus den südlichen Regionen Ghanas stammen, könnten die eher negativ wahrgenommenen Behandlungsbedingungen in den psychiatrischen Kliniken mit insgesamt negativeren Wahrnehmung von Menschen mit schwergradigen oder unheilbar erlebten psychischen Störungen assoziieren, die einen vermehrten Wunsch nach sozialer Distanz erklären könnten [76]. So wäre bei Teilnehmer*innen aus den südlichen Provinzen der gefundene vermehrte Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber Menschen mit psychischen Störungen durch die negative Wahrnehmung der ungünstigen Behandlungsbedingungen zu erklären, was im Umkehrschluss jedoch keinesfalls bedeuten würde, dass in den nördlichen Regionen gut ausgestattete Behandlungsangebote nicht notwendig wären.

Mehrere Arbeiten konnten zeigen, dass ein direkter Kontakt mit Menschen mit psychischen Störungen, also eine erhöhte Familiarität mit psychischen Störungen, ein wichtiger Einflussfaktor ist, der mit geringeren stigmatisierenden Einstellungen und höherer sozialer Akzeptanz, nicht nur der Allgemeinbevölkerung oder deren Familien, sondern auch bei professionellen Gesundheitsdienstleistern, assoziiert war [225–228]. Diese Kontakthypothese bildet eine zentrale Grundlage zur Einordnung der Befunde eines geringeren Wunsches nach sozialer Distanz bei Teilnehmer*innen die aus den nördlichen, durch negativ wahrgenommene psychiatrische Kliniken nicht versorgten Provinzen Ghanas, stammen [228–230]. So wären psychische Erkrankte in diesen Regionen häufiger Mitglieder der mit täglichen Kontakten einhergehenden lokal strukturierten Gemeinschaften, was die Familiarität mit Menschen mit

psychischen Störungen und weniger stigmatisierende Einstellungen der Gemeinschaft erhöhen würde. Die Erfahrung einer gelungenen Integration trotz der Einschränkungen einer psychischen Störung, könnte so dazu beitragen einen Wunsch nach sozialer Distanz zu vermindern. Vergleichbare regionale Unterschiede konnten auch in der Kohorte aus Hanoi gezeigt werden, wobei Befragte die zum Zeitpunkt der Untersuchung im ländlichen Hanoi lebten, von relativ geringerer wahrgenommener Stigmatisierung und Diskriminierung gegenüber Menschen mit einer psychischen Störung berichteten, als Menschen die im stark urbanisierten Hanoi lebten, was durch vermehrte Kontaktmöglichkeiten in einer ruralen Gemeinschaft, einhergehend mit Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe und Erleben von Reziprozität interpretiert wurde [75]. Ebenso gaben Befragte, die Kontakt mit Menschen mit psychischen Erkrankungen hatten, weniger wahrgenommene Stigmatisierung und Diskriminierung gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen an [75].

Einen wichtigen Hinweis auf die Herausforderungen für Global Mental Health Aktivitäten und der Implementierung von psychiatrischen Versorgungsangeboten, insbesondere in LAMICs ergibt sich aus der Auswertung der Ergebnisse der sechsten Originalarbeit. Das geografische Verteilungsmuster von im Süden Ghanas befindlichen, jedoch überfüllten und unzureichend ausgestatteten psychiatrischen Kliniken liefert einen indirekten Einblick in die möglichen Auswirkungen eines Mangels von personalen Ressourcen auch wenn formal ein Angebot vorhanden ist. Demnach können sich unzureichende Investitionen in die wenigen und zentralisierten Versorgungsangebote auf das öffentliche Stigma gegenüber Menschen mit psychiatrischen Störungen auswirken, wenn diese Angebote selbst als unattraktiv und aufgrund der unzureichenden Ausstattung als nicht hilfreich oder gar ausgrenzend erlebt werden.

3.7. Einschränkungen

Die Originalarbeiten, die in diese Habilitationsschrift eingeflossen sind, müssen im Lichte von Methoden- und stichprobenbedingten Einschränkungen von drei übergeordneten Erhebungen in drei LMICs interpretiert werden, die jedoch gleichzeitig Ausrichtungen für zukünftige Erhebungen und Studie nahelegen [75,76,85,86]. Eine methodische Einschränkung besteht darin, dass die dargestellten Studien ausschließlich auf Querschnittserhebungen aus den Jahren 2013 bzw. 2014 basieren, sodass jegliche Aussagen bezüglich einer Kausalität der Assoziationen rein methodologisch nicht möglich sind. Die gewählte Methodik der Selbstauskunft anhand von kulturell und sprachlich adaptierten international verwendeten Fragebögen in den Stichproben könnte möglicherweise dazu führen, dass einige Teilnehmer*innen weniger Genauigkeit bei der Beantwortung aufbrachten, als dies bei einem telefonischen persönlichen Gespräch mittels Telefoninterview erhoben in der jeweiligen Muttersprache, wie in den fünf urbanen Kohorten aus Indien, die in die Analyse der zwei diesbezüglichen Originalarbeiten eingespeist wurden, der Fall gewesen sein könnte. Allerdings kann ein auf Selbstauskunft basierendes Verfahren auch die Befragten ermutigen, weniger nach Erwartungen zu antworten, da die wahrgenommene Anonymität der Tendenz zur sozialen Erwünschtheit der Antworten entgegenwirken könnte. Zudem sind mögliche kulturell geprägte Tendenzen bei der Beantwortung von Fragebögen zu beachten [233], die aufgrund der

kulturellen Vielfalt der eingeschlossenen Stichproben genauer zu betrachten wären, auch wenn direkte kulturvergleichende Fragestellungen nicht Teil der eingeschlossenen Originalarbeiten und dieser Habilitationsschrift sind. Für zukünftige Forschungsdesigns könnten qualitative Ansätze Einblicke in neue nicht quantitativ mittels Items angebotene Erklärungsmuster der Befragten geben. Darüber hinaus erfassen soziodemographische Variablen wie religiöse Überzeugungen nur die Zugehörigkeit zu einer Gruppe und messen nicht den Grad der Religiosität oder die aktive Ausübung religiöser Praktiken. Zudem wurde bei allen Untersuchungen zu den öffentlichen Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen Erhebungen vorgenommen, ohne eine kulturelle Einbettung des Konzepts "Mensch mit einer psychischen Erkrankung" zu ermitteln. Diese Einschränkung bezieht sich jedoch auf nahezu alle quantitativen Untersuchungen der Einstellungs- und Stigmaforschung [133]. Langfristig wären systematische qualitative Untersuchungen der emischen Konzepte von "psychischen Erkrankungen" in verschiedenen Bereichen und sozialen Kontexten in den drei Ländern und darüber hinaus von großem Interesse, wobei solche Mixed-Method-Ansätze erst seit kurzem Teil des Repertoires dieser primär quantitativ sozialwissenschaftlichen orientierten Methodik sind [133]. Insgesamt waren unsere Kohorten zwar weitgehend stratifiziert für bestimmte Regionen in den drei Ländern, jedoch nie im strengen Sinne repräsentativ für die jeweiligen Länder oder Gesamtbevölkerungen, sodass eine Generalisierbarkeit der Aussagen entsprechend eingeschränkt ist. Abgesehen von Fragen nach der kulturellen Validität der verwendeten Items basieren die verwendeten Fragebögen auf etablierten, aber zumeist ad-hoc entwickelten Instrumenten mit häufig ausstehender psychometrischer Validierung und Nachweis der Kulturäquivalenz, was ein Problem der meisten im internationalen Kontext verwendeten Fragebögen darstellt [133]. In der vietnamesischen Stichprobe wurde die Datenerhebung in den ländlichen und städtischen Gebieten von Hanoi in einer Zeit der massiven Transition durchgeführt, was zu Ergebnissen führte, die nicht als repräsentativ für die gesamte vietnamesische Bevölkerung angesehen werden können [75,84,85]. In der indischen Studienkohorte wurden lediglich die Teilnehmer*innen, die in einem Datenpool der etablierten Marktforschungsfirma Panoramix vorhanden waren, mittels Telefoninterview stratifiziert rekrutiert [86,87]. Obwohl die Teilnehmer*innen in den fünf Städten jeweils nach Geschlecht, Alter und Religion ausgewählt wurden, konnte aufgrund der bestehenden anderen soziodemographischen Parameter und des Bias des Datenpools nur Convenience-Stichproben rekrutiert werden [86,87,144]. In der ghanaischen Kohorte basieren die Daten ebenfalls auf einer regional stratifizierten Convenience-Stichprobe, die in ländlichen und städtischen Gebieten in fünf von zehn Regionen in Ghana rekrutiert wurde [76]. Die gesamte Stichprobe wird von Personen dominiert, die zwischen 15 und 29 Jahre alt waren und über Kontakte zu lokalen Bildungsinstitutionen rekrutiert wurden, was ein insgesamt hohes Bildungsniveau der Befragten bedingt, dass nicht repräsentativ Ghanaer in dieser Altersgruppe ist [76]. Trotz aller Limitationen konnten die vorliegenden Studien erstmalig durchgeführt werden, wobei die finanziellen und strukturellen Voraussetzungen wie in den meisten HICs nicht verfügbar waren [46]. Für die dringend geforderte Ausrichtung der globalen Einstellungsforschung auf Populationen aus

LAMICs [46] liefern die vorliegenden Ergebnisse zudem wichtige auch kulturübergreifende Zusammenhänge zwischen soziokulturellen und soziodemographischen Variablen und der öffentlichen Einstellung zu Menschen mit psychischen Störungen und psychiatrischen Behandlungen aufzeigen. Darüber hinaus fließen Erkenntnisse aus diesen Arbeiten praktisch in die Weiterentwicklung des psychiatrischen Gesundheitssystems in Vietnam, im Rahmen öffentlich geförderter Projekte und einer PAGEL Hochschulkooperation zwischen der Charité Universitätsmedizin Berlin und der Hanoi Medical University, ein. Zudem wären methodische Erweiterungen durch qualitative Verfahren oder dem mixed-method Ansatz und die Erweiterung auf andere spezifische Populationen, wie beispielsweise psychiatrisches Fachpersonal, Angehörige, oder Betroffene zielführend, um eine detailliertere Aussagekraft zu erreichen.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend konnte die Rolle von interagierenden Dimensionen von öffentlichen und wahrgenommenen Stigmatisierungsprozessen für anstehende Herausforderungen zur Entwicklung von psychiatrischen Versorgungssystemen in LMICs anhand von sechs Originalarbeiten aus drei Regionen des Globalen Süden dargestellt werden. Beispielhaft wurden diese Aufgaben für das interdisziplinäre Feld von Global Mental Health [236] und eine darauf aufbauende Implementation von Entwicklungsstrategien anhand der sich Entwicklung befindlichen psychiatrischen Versorgungssysteme in Vietnam, Indien und Ghana in ihren jeweils unterschiedlich eingebetteten Kontexten dargestellt. Als empirische Datenbasis dienten größere Stichproben aus Hanoi, fünf regional weit verteilten Metropolen in Indien, sowie aus den unterschiedlichen Regionen Ghanas. Übergeordnet konnte gezeigt werden, dass die wahrgenommene Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, sowohl vom Grad der Urbanität, aber auch von intersektionalen Dimensionen oder der religiösen Zugehörigkeit abhängig sein kann. Eine Abhängigkeit von Gender, Genderrollen und genderbedingten gesellschaftlichen Erwartungen fand sich insbesondere in der Untersuchung, die erstmalig öffentliche Einstellungen gegenüber Restriktionen von Menschen mit psychischen Störungen in Vietnam untersuchte. Auch die zwei Studien zu öffentlichen Einstellungen gegenüber Psychiater*innen in Hanoi und gegenüber Psychiater*innen und psychiatrischer Medikation in Indien, zeigten erneut jeweils abhängig vom untersuchten Kontext die Bedeutung beeinflussender Variablen wie Gender, religiöser Zugehörigkeit, aber auch von Bildung oder dem Alter der Teilnehmer*innen auf.

Eine neue Einsicht ermöglichte schließlich eine Studie, die den Zusammenhang von kausalen Ursachenzuschreibungen und dem Wunsch nach sozialer Distanz zu Menschen mit psychischen Störungen bei jungen Erwachsenen in Ghana untersuchte. Deren auch auf andere Kontexte übertragbares Ergebnis unterstreicht deutlich die Notwendigkeit zur Investition in psychiatrische Behandlungsstrukturen mit Erweiterung eines psychosozialen Versorgungsnetzwerks [36,232], einschließlich einer öffentlichen Investition in gemeindenahere Versorgung einhergehend mit einem Scaling-Up der personalen Ressourcen um Stigmatisierungen aufgrund ungünstiger Behandlungsbedingungen zu vermeiden [29,36]. Dabei ist anzunehmen, dass Investitionen in eine von der Allgemeinbevölkerung als effektiv

wahrgenommene psychiatrische Versorgungsstruktur, zur einer Veränderung der öffentlichen Wahrnehmung von als hilfreich und attraktiv gestalteten Versorgungsangeboten führen würde. In der Folge könnte sich somit auch die wahrgenommene Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen und deren Care-Giver vermindern und somit neben einer früheren Inanspruchnahme von psychiatrischen Angeboten auch sich entwickelnde psychosoziale öffentliche Versorgungsstrukturen frühzeitig aufgesucht werden [12].

Als ein Baustein zur wissenschaftlichen Unterstützung dieser dargestellten Ziele bereits im Jahr 2017 eine übergreifende Plattform des Forschungs- und Versorgungsbereich Global Mental Health an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité, CBF etabliert, die wissenschaftliche und versorgungsrelevante Projekte in LAMICs wie Vietnam, Indien, Jordanien, Kurdistan oder dem Irak mit dem Aufbau von innovativen Versorgungsstrukturen für Migrant*innen und Menschen mit Fluchterfahrung in Deutschland bündelt. Ein zentrales Anliegen ist es dabei eine Partizipation und ein User-Involvement gemeinsam mit Mitarbeiter*innen unterschiedlicher kultureller und sprachlicher Hintergründe bei allen Fragestellungen und Implementationsbemühungen zu berücksichtigen [27, 237]. Global Mental Health ist damit als ein zentrales Querschnittsthema aller Fragestellungen von Global Health und damit als integraler Teil von One-Health and Planetary Health Ansätzen zu verstehen.

Diese Bedeutung von globaler Gesundheit wurde zuletzt mit der Veröffentlichung der Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit für den Zeitrahmen 2020 bis 2030, mit Prioritäten auf Entwicklung von Gesundheitssystemen und diskriminierungsfreie Zugänge im Sinne von UHC zu fördern und dabei Forschung und Innovation voranzutreiben, nicht zuletzt um globalen Herausforderungen wie der aktuellen Covid-19 Pandemie gemeinsam begegnen zu können [231]. Auf der Ebene des deutschen globalen Forschungsengagements mit internationalen Partnern wurde erstmalig eine German Alliance for Global Health Research (GLOHRA) [238] etabliert, die als eine Forschungsförderungs- und Vernetzungsplattform dient, deren Ziel es ist, interdisziplinäre, internationale und sektorenübergreifende Forschung zur globalen Gesundheit zu fördern. Ganz im Sinne eines breiten Verständnisses von Global Health [236] ermöglicht diese Allianz die im Ausblick dargestellten notwendigen interdisziplinären und sektorenübergreifenden Forschungsaktivitäten zwischen verschiedenen Institutionen aus LAMICs zu bündeln [238] aber auch konkrete Implementationskooperationen wie mit den Klinikpartnerschaften [234] einzubeziehen. Ergänzt werden diese Aktivitäten die somit Wissenschaft, Wirtschaft, NGOs und andere Akteure der internationalen Zusammenarbeit im Bereich globaler Gesundheit zusammenbringen durch den ebenfalls neu etablierten Global Health Hub Germany, als ein Netzwerk zur Verbesserung des Austauschs Akteuren und Organisationen aller Ebenen um neue Partnerschaften zu initiieren, oder dringend notwendige Kooperationen und innovative Ansätze über Sektorengrenzen hinweg zu unterstützen [134].

In diesem Sinne, sind die Ergebnisse der Arbeiten dieser Habilitationsschrift als ein Element zur Unterstützung der wissenschaftlichen Entwicklungszusammenarbeit mit Ländern des Globalen Südens, des Austauschs durch gemeinsam umgesetzte Forschungsarbeiten und nicht zuletzt als ein Beitrag zur Förderung eines gegenseitigen Verständnisses der Komplexität und Heterogenität von öffentlichen Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen als ein wesentlicher Bestandteil von Global Mental Health zu verstehen.

Literaturverzeichnis

- [1] World Bank Group, Moving the Needle: Mental Health Stories from Around the World - Summary Report of Symposium, Washington, D.C., United States of America, (2018).
<http://documents1.worldbank.org/curated/en/617351529998944991/pdf/127594-WP-31-7-2018-14-45-19-MovingtheNeedlefinalversionsummaryreportjunefinalrevisedjuly.pdf>
online abgerufen am 18.10.2020
- [2] World Bank Group, Global Mental Health: Some Perspectives on Challenges and Options for Scaling Up Response, Washington, United States of America, (2018).
<http://documents.worldbank.org/curated/en/950821542885406030/pdf/132340-WP-PUBLIC-21-11-2018-12-36-2-WBGMHScalingResponsewebfinal.pdf>
online abgerufen am 18.10.2020
- [3] World Health Organization, Mental health: strengthening our response, (2017).
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
online abgerufen am 18.10.2020
- [4] World Health Organization, Mental health webpage, Newsroom, 2.10. (2019).
<https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
online abgerufen am 18.10.2020
- [5] J. Eaton, L. McCay, M. Semrau, S. Chatterjee, F. Baingana, et al., Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries, *Lancet*. 378 (2011) 1592–1603.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60891-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60891-X).
- [6] P.Y. Collins, T.R. Insel, A. Chockalingam, A. Daar, Y.T. Maddox, Grand Challenges in Global Mental Health: Integration in Research, Policy, and Practice, *PLoS Med*. 10 (2013) 1–6.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001434>.
- [7] World Health Organization, Mental health action plan 2013–2020, Geneva, (2013).
https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
online abgerufen am 18.10.2020
- [8] S. Saxena, M. Funk, D. Chisholm, World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020, *Lancet*. 381 (2013) 1970–1971. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61139-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61139-3).
- [9] P.Y. Collins, S. Saxena, Action on mental health needs global cooperation, *Nature*. 532 (2016) 25–27.
<https://doi.org/10.1038/532025a>.
- [10] United Nations, About the Sustainable Development Goals, (2018).
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
online abgerufen am 18.10.2020
- [11] World Health Organization, The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health, Geneva, 2019.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>
online abgerufen am 18.10.2020
- [12] World Bank Group, Mental Health, (2020).
<https://www.worldbank.org/en/topic/mental-health>
online abgerufen am 18.10.2020
- [13] V. Patel, Universal Health Coverage for Schizophrenia: A Global Mental Health Priority, *Schizophr. Bull.* 42 (2016) 885–890. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv107>.
- [14] L. Barredo, I. Agyepong, G. Liu, S. Reddy, Goal 3—The SDGs and a Healthier 2030, *UNChronicle*. 51 (2015).
<https://www.un.org/en/chronicle/article/goal-3-sdgs-and-healthier-2030>
online abgerufen am 18.10.2020
- [15] M. Wainberg, P. Scorza, J. Shultz, L. Helpman, J. Mootz, K. Johnson, et al., Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective, *Curr. Psychiatry Rep.* 19 (2017) 28.
<https://doi.org/10.1007/s11920-017-0780-z>.
- [16] L.K. Murray, M.J.D. Jordans, Rethinking the service delivery system of psychological interventions in low and middle income countries, *BMC Psychiatry*. 16 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0938-y>.
- [17] S. Rathod, N. Pinninti, M. Irfan, P. Gorczynski, P. Rathod, L. Gega, F. Naeem, Mental Health Service Provision in Low- and Middle-Income Countries, *Heal. Serv. Insights*. 10 (2017) 1–7.
<https://doi.org/10.1177/1178632917694350>.
- [18] Deutscher Akademischer Auslandsdienst, PAGEL – Partnerschaften für den Gesundheitssektor in Entwicklungsländern, (2020). <https://www.daad.de/de/infos-services-fuer-hochschulen/weiterfuehrende-infos-zu-daad-foerderprogrammen/pagel/>
online abgerufen am 18.10.2020

- [19] Sonderforschungsbereich 1171 "Affective Societies, Sonderforschungsbereich 1171 "Affective Societies," (2020). <https://www.sfb-affective-societies.de/> online abgerufen am 18.10.2020
- [20] O. Plana-Ripoll, C.B. Pedersen, E. Agerbo, Y. Holtz, A. Erlangsen, et al., Comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study, *Lancet*. 394 (2019) 1827–1835. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32316-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32316-5).
- [21] K.M. Scott, C. Lim, A. Al-Hamzawi, J. Alonso, R. Bruffaerts, et. al., Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions, *JAMA Psychiatry*. 73 (2016) 150–158. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2688>.
- [22] E.B. Fisher, J.C.N. Chan, H. Nan, N. Sartorius, B. Oldenburg, Co-occurrence of diabetes and depression: Conceptual considerations for an emerging global health challenge, *J. Affect. Disord.* 142 (2012) 56–66. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(12\)70009-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(12)70009-5).
- [23] E.R. Walker, R.E. McGee, B.G. Druss, Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications, *JAMA Psychiatry*. 72 (2015) 334–341. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>.
- [24] L.J. Kirmayer, A. Gomez-Carrillo, S. Veissière, Culture and depression in global mental health: An ecosocial approach to the phenomenology of psychiatric disorders, *Soc. Sci. Med.* 183 (2017) 163–168. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.034>.
- [25] L.J. Kirmayer, D. Pedersen, Toward a new architecture for global mental health, *Transcult. Psychiatry*. 51 (2014) 759–76. <https://doi.org/10.1177/1363461514557202>.
- [26] V. Patel, M. Prince, Global Mental Health, *JAMA*. 303 (2010) 1976–1977. doi:10.1001/jama.2010.616.
- [27] D. Vigo, G. Thornicroft, R. Atun, Estimating the true global burden of mental illness, *The Lancet Psychiatry*. 3 (2016) 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2).
- [28] H.A. Whiteford, L. Degenhardt, J. Rehm, A.J. Baxter, A.J. Ferrari, et al., Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010, *Lancet*. 382 (2013) 1575–86. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61611-6).
- [29] V. Patel, S. Saxena, C. Lund, G. Thornicroft, F. Baingana, et al., The Lancet Commission on global mental health and sustainable development, *Lancet*. 392 (2018) 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).
- [30] World Bank Group, The World Bank Atlas method - detailed methodology, (2020). <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/378832-what-is-the-world-bank-atlas-method> online abgerufen am 18.10.2020
- [31] World Bank Group, World Bank Country and Lending Groups, (2020). <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> online abgerufen am 18.10.2020
- [32] Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Entwicklungspolitik 2030. Neue Herausforderungen - neue Antworten, Bonn/Berlin, (2018). https://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/reihen/strategiepapiere/Strategiepapier455_06_2018.pdf online abgerufen am 18.10.2020
- [33] K. Xu, A. Soucat, J. Kutzin, C. Brindley, N. Vande Maele, et al., Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends, Geneva, (2018). https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/ online abgerufen am 18.10.2020
- [34] World Health Organization, Mental Health Atlas 2014, Geneva, (2015). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011_eng.pdf?sequence=1 online abgerufen am 18.10.2020
- [35] World Health Organization, Mental health: massive scale-up of resources needed if global targets are to be met, (2018). https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/atlas_2017_web_note/en/ online abgerufen am 18.10.2020
- [36] D. Chisholm, K. Sweeny, P. Sheehan, B. Rasmussen, F. Smit, et al., Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis, *The Lancet Psychiatry*. 3 (2016) 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4).
- [37] G. Schomerus, S. Evans-Lacko, N. Rüsçh, R. Mojtabai, M.C. Angermeyer, G. Thornicroft, Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries, *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 24 (2015) 166–171. <https://doi.org/10.1017/S2045796014000109>.

- [38] D. Knipe, A.J. Williams, S. Hannam-Swain, S. Upton, K. Brown, et al. Psychiatric morbidity and suicidal behaviour in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis, *PLOS Med.* 16 (2019) 1–29. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002905>.
- [39] R. Dandona, G.A. Kumar, R.S. Dhaliwal, M. Naghavi, T. Vos, D.K. et al, Gender differentials and state variations in suicide deaths in India: the Global Burden of Disease Study 1990–2016, *Lancet Public Heal.* 3 (2018) 478–489. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30138-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30138-5).
- [40] S. Mannarini, A. Rossi, Assessing Mental Illness Stigma: A Complex Issue, *Front. Psychol.* 9 (2019) 1–5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02722>.
- [41] B.G. Link, J.C. Phelan, Mental Illness Stigma and the Sociology of Mental Health, in: R.J. Johnson, R.J. Turner, B.G. Link (Eds.), *Sociol. Ment. Heal.*, (2014): pp. 75–100. https://doi.org/10.1007/978-3-319-07797-0_4.
- [42] S. Knaak, E. Mantler, A. Szeto, Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions, *Healthc. Manag. Forum.* 30 (2017) 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>.
- [43] C.G. Kemp, B.A. Jarrett, C.-S. Kwon, L. Song, N. Jetté, et al., Implementation science and stigma reduction interventions in low- and middle-income countries: a systematic review, *BMC Med.* 17 (2019) 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1237-x>.
- [44] H. Stuart, Reducing the stigma of mental illness, *Glob. Ment. Heal.* 3 (2016) 1–14. <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.11>.
- [45] J. Alonso, A. Buron, S. Rojas-Farreras, R. de Graaf, J.M. Haro, et al., Perceived stigma among individuals with common mental disorders, *J. Affect. Disord.* 118 (2009) 180–186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.006>.
- [46] M.C. Angermeyer, S. van der Auwera, M.G. Carta, G. Schomerus, Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys, *World Psychiatry.* 16 (2017) 50–61. <https://doi.org/10.1002/wps.20383>.
- [47] N. Schnyder, R. Panczak, N. Groth, F. Schultze-Lutter, Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis, *Br. J. Psychiatry.* 210 (2017) 261–268. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464>.
- [48] C. Otte, S.M. Gold, Major depressive disorder, *Nat. Rev. Dis. Prim.* 2 (2016) 1–2. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.66>.
- [49] N. Mehta, S. Clement, E. Marcus, A.-C. Stona, N. Bezborodovs, et al., Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: Systematic review, *Br. J. Psychiatry.* 207 (2015) 377–384. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.151944>.
- [50] P.W. Corrigan, A.C. Watson, F.E. Miller, Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members., *J. Fam. Psychol.* 20 (2006) 239–246. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.239>.
- [51] N. Oexle, V. Ajdacic-Gross, R. Kilian, M. Müller, S. Rodgers, Z. Xu, W. Rössler, N. Rüsçh, Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation, *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 26 (2017) 53–60. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001018>.
- [52] S. Clement, O. Schauman, T. Graham, F. Maggioni, S. Evans-Lacko, et al., What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies, *Psychol. Med.* 45 (2015) 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>.
- [53] P.W. Corrigan, A.C. Watson, A.C. Warpinski, G. Gracia, Stigmatizing Attitudes About Mental Illness and Allocation of Resources to Mental Health Services, *Community Ment. Health J.* 40 (2004) 297–307. <https://doi.org/10.1023/B:COMH.0000035226.19939.76>.
- [54] M.C. Angermeyer, H. Matschinger, B.G. Link, G. Schomerus, Public attitudes regarding individual and structural discrimination: Two sides of the same coin?, *Soc. Sci. Med.* 103 (2014) 60–66. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.014>.
- [55] L. Dockery, D. Jeffery, O. Schauman, P. Williams, S. Farrelly, et al., Stigma- and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers, *Psychiatry Res.* 228 (2015) 612–619. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.044>.
- [56] P. Corrigan, *A Toolkit for Evaluating Programs Meant to Erase the Stigma of Mental Illness*, Chicago, October (2008). <https://www.montefiore.org/documents/Evaluating-Programs-Meant-to-Erase-the-Stigma-of-Mental-Illness.pdf>
online abgerufen am 18.10.2020
- [57] M.C. Angermeyer, S. Dietrich, D. Pott, H. Matschinger, Media consumption and desire for social distance toward people with schizophrenia, *Eur. Psychiatry.* 20 (2005) 246–250. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.12.005>.

- [58] P.W. Corrigan, a M.Y.C. Watson, L. Barr, the Self – Stigma of Mental Illness : Implications for Self – Esteem and Self – Efficacy, *J. Soc. Clin. Psychol.* 25 (2006) 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>.
- [59] G. Schomerus, M.C. Angermeyer, Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know?, *Epidemiol. Psychiatr. Soc.* 17 (2008) 31–37. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00002669>.
- [60] P.W. Corrigan, D. Rao, On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change, *Can. J. Psychiatry.* 57 (2012) 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>.
- [61] N. Rüsçh, A. Zlati, G. Black, G. Thornicroft, Does the stigma of mental illness contribute to suicidality?, *Br. J. Psychiatry.* 205 (2014) 257–259. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.145755>.
- [62] N. Rüsçh, K. Heekeren, A. Theodoridou, M. Müller, P.W. Corrigan, et al., Stigma as a stressor and transition to schizophrenia after one year among young people at risk of psychosis, *Schizophr. Res.* 166 (2015) 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.027>.
- [63] K.M.T. Fung, H.W.H. Tsang, F. Chan, Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 45 (2010) 561–568. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0098-1>.
- [64] T. Pugh, M. Hatzenbuehler, B. Link, Structural Stigma and Mental Illness, *Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms*, (2015).
- [65] M.C. Angermeyer, H. Matschinger, G. Schomerus, Attitudes of the German public to restrictions on persons with mental illness in 1993 and 2011, *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 23 (2014) 263–270. <https://doi.org/10.1017/S2045796014000183>.
- [66] M.C. Angermeyer, H. Matschinger, G. Schomerus, Has the public taken notice of psychiatric reform? The image of psychiatric hospitals in Germany 1990-2011, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 48 (2013) 1629–1635. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0670-6>.
- [67] World Health Organization, *Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis*, Geneva, (2009). https://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_final.pdf online abgerufen am 18.10.2020
- [68] H. Ito, Y. Setoya, Y. Suzuki, Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia, *World Psychiatry.* 11 (2012) 186–190. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2012.tb00129.x>.
- [69] C. Hanlon, D. Wondimagegn, A. Alem, Lessons learned in developing community mental health care in Africa, *World Psychiatry.* 9 (2010) 185–189. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00308.x>.
- [70] P.Y. Collins, V. Patel, S.S. Joestl, D. March, T.R. Insel, et al., Grand challenges in global mental health, *Nature.* 475 (2011) 27–30. <https://doi.org/10.1038/475027a>.
- [71] P. Marquez, The Quest for Global Mental Health Parity, in: *Divers. A Tool Solving Gd. Challenges Glob. Ment. Heal. Conf.*, National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland, (2018). <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.13140%2FRG.2.2.10281.29283> online abgerufen am 18.10.2020
- [72] V. Patel, Mental health in low- and middle-income countries, *Br. Med. Bull.* 81–82 (2007) 81–96. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldm010>.
- [73] P.K. Maulik, A. Patel, V.K. Vadlamani, V. Jha, S. Devarapalli, S. Kallakuri, Increasing use of mental health services in remote areas using mobile technology: a pre–post evaluation of the SMART Mental Health project in rural India, *J. Glob. Health.* (2017). <https://doi.org/10.7189/jogh.07.010408>.
- [74] T.A. Bruckner, R.M. Scheffler, G. Shen, J. Yoon, D. Chisholm, et al., The mental health workforce gap in low- and middle-income countries: a needs-based approach, *Bull. World Health Organ.* 89 (2011) 184–194. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.082784>.
- [75] T.M.T. Ta, A. Zieger, G. Schomerus, T.D. Cao, M. Dettling, et al., Influence of urbanity on perception of mental illness stigma : a population based study in urban and rural Hanoi , Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 62 (2016) 685–695. <https://doi.org/10.1177/0020764016670430>.
- [76] M.L. Franke, U. von Lersner, O.Q. Essel, K. Adorjan, G. Schomerus, et al., The relationship between causal beliefs and desire for social distance towards people with schizophrenia and depression: Results from a survey of young Ghanaian adults, *Psychiatry Res.* 271 (2019) 220–225. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.030>.
- [77] J. Thirthalli, K.S. Reddy, M. Kare, S. Das, B. Gangadhar, Rural–urban differences in accessing mental health treatment in patients with psychosis, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 63 (2017) 694–698. <https://doi.org/10.1177/0020764017730849>.
- [78] National Institute of Mental Health and Neuro Sciences, *National Mental Health Survey of India, 2015-16. Prevalence, Pattern and Outcomes, 2016.* <http://indianmhs.nimhans.ac.in/Docs/Report2.pdf> online abgerufen am 18.10.2020
- [79] Countrymeter.info, *Countrymeter: Vietnam*, (2020). <https://countrymeters.info/de/Vietnam> online abgerufen am 18.10.2020

- [80] M. Roberts, C. Mogan, J.B. Asare, An overview of Ghana's mental health system: results from an assessment using the World Health Organization's Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS), *Int. J. Ment. Health Syst.* 8 (2014) 16. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-16>.
- [81] B. Kohrt, L. Asher, A. Bhardwaj, M. Fazel, M. Jordans, et al., The Role of Communities in Mental Health Care in Low- and Middle-Income Countries: A Meta-Review of Components and Competencies, *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 15 (2018) 1–31. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061279>.
- [82] G. Thornicroft, A. Alem, R.A. Dos Santos, E. Barleiy, R.E. Drake, et al., WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care, *World Psychiatry.* 9 (2010) 67–77. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00276.x>.
- [83] G. Thornicroft, T. Deb, C. Henderson, Community mental health care worldwide: current status and further developments, *World Psychiatry.* 15 (2016) 276–286. <https://doi.org/10.1002/wps.20349>.
- [84] T.M.T. Ta, K. Böge, T.D. Cao, G. Schomerus, T. Dinh, M. Dettling, et al., Public attitudes towards psychiatrists in the metropolitan area of Hanoi, Vietnam, *Asian J. Psychiatry.* 32 (2018) 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.031>.
- [85] C. Laqua*, E. Hahn*, K. Böge, L.K. Martensen, T.D. Nguyen, et al., Public attitude towards restrictions on persons with mental illness in greater Hanoi area, Vietnam, *Int. J. Soc. Psychiatry.* 64 (2018) 335–343. <https://doi.org/10.1177/0020764018763685>.
- [86] A. Zieger, A. Mungee, G. Schomerus, T. Ta, A. Weyers, K. Böge, et al., Attitude toward psychiatrists and psychiatric medication: A survey from five metropolitan cities in India, *Indian J. Psychiatry.* 59 (2017) 341–346. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_190_17.
- [87] K. Böge, A. Zieger, A. Mungee, A. Tandon, L. Fuchs, et al., Perceived stigmatization and discrimination of people with mental illness: A survey-based study of the general population in five metropolitan cities in India, *Indian J. Psychiatry.* 60 (2018) 24–31. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_406_17.
- [88] World Bank Group, *The World Bank In Vietnam*, (2020). <https://www.worldbank.org/en/country/vietnam/overview> online abgerufen am 18.10.2020
- [89] T. Nguyen, T. Tran, H. Tran, T. Tran, J. Fisher, Challenges in Integrating Mental Health into Primary Care in Vietnam, in: S. Okpaku (Ed.), *Innov. Glob. Ment. Heal.*, Springer International Publishing, Cham, (2019): pp. 1–21. https://doi.org/10.1007/978-3-319-70134-9_74-1.
- [90] C.H. Ng, P.T. Than, C.D. La, Q. Van Than, C. Van Dieu, The national community mental health care project in Vietnam: A review for future guidance, *Australas. Psychiatry.* 19 (2011) 143–150. <https://doi.org/10.3109/10398562.2011.563308>.
- [91] T. V. Cuong, Mental Health Care in Vietnam., *Taiwan. J. Psychiatry.* 31 (2017) 287–299.
- [92] The Government of the Socialist Republic of Viet Nam, Webpräsenz. <http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/English> online abgerufen am 18.10.2020
- [93] M. Niemi, H.T. Thanh, T. Tuan, T. Falkenberg, Mental health priorities in Vietnam: A mixed-methods analysis, *BMC Health Serv. Res.* 10 (2010) 1–10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-257>.
- [94] B. Weiss, V.K. Ngo, H.-M. Dang, A. Pollack, L.T. Trung, et al., A model for sustainable development of child mental health infrastructure in the lmic world: Vietnam as a case example., *Int. Perspect. Psychol. Res. Pract. Consult.* 1 (2012) 63–77. <https://doi.org/10.1037/a0027316>.
- [95] M. Niemi, M. Malqvist, K.B. Giang, P. Allebeck, T. Falkenberg, A narrative review of factors influencing detection and treatment of depression in Vietnam, *Int. J. Ment. Health Syst.* 7 (2013) 1–10. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-15>.
- [96] D.A. Vuong, E. Van Ginneken, J. Morris, S.T. Ha, R. Busse, Mental health in Vietnam: Burden of disease and availability of services, *Asian J. Psychiatr.* 4 (2011) 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2011.01.005>.
- [97] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde, *Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie*, 2019. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet_Psychiatrie.pdf online abgerufen am 18.10.2020
- [98] H. Minas, C. Edington, N. La, R. Kakuma, Mental Health in Vietnam, in: H. Minas, M. Lewis (Eds.), *Ment. Heal. Asia Pacific*, Springer, Boston, (2017): pp. 145–161. doi:10.1007/978-1-4899-7999-5_10.
- [99] K. Böge, E. Hahn, T.D. Cao, L.M. Fuchs, L.K. Martensen, et al., Treatment recommendation differences for schizophrenia and major depression: a population-based study in a Vietnamese cohort, *Int. J. Ment. Health Syst.* 12 (2018) 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0247-6>.
- [100] D.V.K. Diem, M.P. Dunne, V. Van Thang, T.B. Thang, Stigma experiences among people with schizophrenia in central Vietnam, *Vietnam J. Public Heal.* 3 (2015) 24–32.

- [101] L.K. Martensen, E. Hahn, T.D. Cao, G. Schomerus, M.H. Nguyen, et al., Impact of perceived course of illness on the desire for social distance towards people with symptoms of schizophrenia in Hanoi, Vietnam, *Psychiatry Res.* 268 (2018) 206–210. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.046>.
- [102] A. Maramis, V.N. Tuan, H. Minas, N. Van Tuan, H. Minas, Mental health in southeast Asia, *Lancet.* 377 (2011) 700–702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62181-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62181-2).
- [103] D.A. Vuong, E. Van Ginneken, J. Morris, S.T. Ha, R. Busse, Mental health in Vietnam: Burden of disease and availability of services, *Asian J. Psychiatr.* 4 (2011) 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2011.01.005>.
- [104] R. Sagar, R. Dandona, G. Gururaj, R.S. Dhaliwal, A. Singh, et al., The burden of mental disorders across the states of India: the Global Burden of Disease Study 1990–2017, *The Lancet Psychiatry.* 7 (2020) 148–161. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30475-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30475-4).
- [105] World Bank Group, The World Bank In India, (2020). <https://www.worldbank.org/en/country/india/overview> online abgerufen am 18.10.2020
- [106] R. Shidhaye, Unburden mental health in India: it's time to act now, *The Lancet Psychiatry.* 7 (2020) 111–112. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30524-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30524-3).
- [107] S. Sinha, J. Kaur, National mental health programme: Manpower development scheme of eleventh five-year plan, *Indian J. Psychiatry.* 53 (2011) 261–265. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.86821>.
- [108] World Health Organization, WHO Mental Health Atlas, Country Profile India, Geneva, (2015). https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/ind.pdf online abgerufen am 18.10.2020
- [109] V. Patel, S. Xiao, H. Chen, F. Hanna, A.T. Jotheeswaran, et al., The magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China, *Lancet.* 388 (2016) 3074–3084. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00160-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00160-4).
- [110] C. Lauber, W. Rössler, Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia., *Int. Rev. Psychiatry.* 19 (2007) 157–178. <https://doi.org/10.1080/09540260701278903>.
- [111] Z. Zhang, K. Sun, C. Jatchavala, J. Koh, Y. Chia, et al., Overview of Stigma against Psychiatric Illnesses and Advancements of Anti-Stigma Activities in Six Asian Societies, *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 17 (2019) 1–23. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010280>.
- [112] B. Venkatesh, T. Andrews, S. Mayya, M. Singh, S. Parsekar, Perception of stigma toward mental illness in South India, *J. Fam. Med. Prim. Care.* 4 (2015) 449–453. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.161352>.
- [113] Institute for Health Metrics and Evaluation, Findings from the Global Burden of Disease Study 2017, Seattle, 2018. http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet_Issuu_2.pdf online abgerufen am 18.10.2020
- [114] V. Patel, The future of psychiatry in low-and middle-income countries, *Psychol. Med.* 39 (2009) 1759–1762. <https://doi.org/10.1017/S0033291709005224>.
- [115] C. Lahariya, Strengthen mental health services for universal health coverage in India, *J. Postgrad. Med.* 64 (2018) 7–9. https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_185_17.
- [116] R. Biswal, C. Subudhi, S. Acharya, Healers and healing practices of mental illness in India: The role of proposed eclectic healing model, *J. Heal. Res. Rev.* 4 (2017) 89–95. https://doi.org/10.4103/jhrr.jhrr_64_17.
- [117] P.B. Mahajan, P.K. Rajendran, B. Sunderamurthy, S. Keshavan, J. Bazroy, Analyzing Indian mental health systems: Reflecting, learning, and working towards a better future, *J Curr Res Sci Med.* 5 (2019) 4–12. https://doi.org/10.4103/jcrsm.jcrsm_21_19-
- [118] A. Mungee, A. Zieger, G. Schomerus, T.M.T. Ta, M. Dettling, et al., Attitude towards psychiatrists: A comparison between two metropolitan cities in India, *Asian J. Psychiatr.* 22 (2016) 140–144. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.06.014>.
- [119] M.C. Angermeyer, H. Matschinger, A. Holzinger, M.G. Carta, G. Schomerus, Psychiatric services in the community? The German public's opinion in 1990 and 2011, *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 22 (2013) 339–344. <https://doi.org/10.1017/s2045796012000650>.
- [120] W. Gaebel, H. Zäske, H.R. Cleveland, J. Zielasek, H. Stuart, et al., Measuring the stigma of psychiatry and psychiatrists: Development of a questionnaire, *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 261 (2011) 119–123. <https://doi.org/10.1007/s00406-011-0252-0>.
- [121] W. Gaebel, H. Zäske, J. Zielasek, H.R. Cleveland, K. Samjeske, et al., Stigmatization of psychiatrists and general practitioners: results of an international survey, *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 265 (2014) 189–197. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0530-8>.
- [122] United Nations, Convention on the rights of persons with disabilities, New York, 2006. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>; online abgerufen am 18.10.2020

- [123] Indian Ministry of Law and Justice, The Mental Health Care Act, 2017. <https://www.prsindia.org/uploads/media/Mental%20Health/Mental%20Healthcare%20Act,%202017.pdf> online abgerufen am 18.10.2020
- [124] Government of India, The Rights of Persons with Disabilities Act, 2016. https://www.indiacode.nic.in/bitstream/123456789/2155/1/A2016_49.pdf online abgerufen am 18.10.2020
- [125] J. Eaton, S. Ohene, Providing Sustainable Mental Health Care in Ghana: A Demonstration Project, in: National Academies of Sciences Engineering and Medicine (Ed.), *Provid. Sustain. Ment. Neurol. Heal. Care Ghana Kenya*, The National Academies Press, Washington, (2016).
- [126] World Health Organization, Mental Health Atlas 2017, Country Profile Ghana, https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/GHA.pdf?ua=1 online abgerufen am 18.10.2020
- [127] World Bank Group, The World Bank In Ghana, (2020). <https://www.worldbank.org/en/country/ghana/overview> online abgerufen am 18.10.2020
- [128] M. Roberts, J.B. Asare, C. Mogan, E.T. Adjase, A. Osei, The mental health system in Ghana, (2013). <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/research/The-Mental-Health-System-in-Ghana-Report.pdf> online abgerufen am 18.10.2020
- [129] M. Mfofo-M'Carthy, M.-A. Sossou, Stigma, Discrimination, and Social Exclusion of the Mentally Ill: the Case of Ghana, *J. Hum. Rights Soc. Work.* 2 (2017) 128–133. <https://doi.org/10.1007/s41134-017-0043-2>.
- [130] A. Barke, S. Nyarko, D. Klecha, The stigma of mental illness in Southern Ghana: attitudes of the urban population and patients' views, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 46 (2011) 1191–1202. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0290-3>.
- [131] Government of Ghana, Mental health law. Act 846 of 2012, , Accra, 2012. <https://www.refworld.org/pdfile/528f243e4.pdf> online abgerufen am 18.10.2020
- [132] S. Ahuja, T. Mirzoev, C. Lund, A. Ofori-Atta, S. Skeen, A. Kufuor, Key influences in the design and implementation of mental health information systems in Ghana and South Africa, *Glob. Ment. Heal.* 3 (2016) 11. <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.3>.
- [133] M.C. Angermeyer, G. Schomerus, State of the art of population-based attitude research on mental health: a systematic review, *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 26 (2017) 252–264. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000627>.
- [134] Global Health Hub Germany, (2020). <https://www.globalhealthhub.de/> online abgerufen am 18.10.2020
- [135] S.M. Gold, O. Köhler-Forsberg, R. Moss-Morris, A. Mehnert, J.J. Miranda, et al., Comorbid depression in medical Diseases, *Nat. Rev. Dis. Prim.* 6(69) (2020) 1–2. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0200-2>
- [136] L.K. Martensen, E. Hahn, C.T. Duc, G. Schomerus, K. Böge, et al., Impact and differences of illness course perception on the desire for social distance towards people with symptoms of depression or schizophrenia in Hanoi, Vietnam, *Asian J. Psychiatr.* 50 (2020). <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101973>.
- [137] G. Schomerus, H. Matschinger, M.C. Angermeyer, Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia , depression and alcohol dependence, *Psychiatry Res.* 209 (2013) 665–669. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.006>.
- [138] M.C. Angermeyer, H. Matschinger, Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia, *Br. J. Psychiatry.* 186 (2005) 331–334. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.331>.
- [139] B.G. Link, Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection, *Am. Sociol. Rev.* 52 (1987) 96–112. <https://doi.org/doi:10.2307/2095395>.
- [140] E.S. Bogardus, Measuring Social Distance, *J. Appl. Sociol.* 9 (1925) 299–308. https://brocku.ca/MeadProject/Bogardus/Bogardus_1925c.html
- [141] B.G. Link, L.H. Yang, J.C. Phelan, P.Y. Collins, Measuring Mental Illness Stigma, *Schizophr. Bull.* 30 (2004) 511–541. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>.
- [142] N. Sartorius, W. Kuyken, J. Orley, Translation of Health Status Instruments, in: W. Kuyken, J. Orley (Eds.), *Qual. Life Assess. Int. Perspect. Proc. Joint-Meeting Organ. by World Heal. Organ. Found. IPSEN Paris*, July 2-3, Springer, Berlin/Heidelberg, (1994): pp. 3–18.
- [143] General Statistics Office of Vietnam, Statistical handbook 2013, 2013. https://www.gso.gov.vn/default_en.aspx?tabid=515&idmid=5&ItemID=13930 online abgerufen am 18.10.2020

- [144] Panoramix, Market Research Services, (2020). <http://panoramix.co.in>;
online abgerufen am 18.10.2020
- [145] A. Zieger, A. Mungee, G. Schomerus, T. Ta, M. Dettling, et al., Perceived stigma of mental illness: A comparison between two metropolitan cities in India, *Indian J. Psychiatry*. 58 (2016) 432–437. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196706>.
- [146] Ghana Statistical Service, Ghana Statistical Services, (2020). <https://www.statsghana.gov.gh/>
online abgerufen am 18.10.2020
- [147] P.W. Corrigan, A.C. Watson, Understanding the impact of stigma on people with mental illness., *World Psychiatry*. 1 (2002) Feb; 1(1): 16–20.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/pdf/wpa010016.pdf>
online abgerufen am 18.10.2020
- [148] J. Knodel, V. Manh Loi, R. Jayakody, V. Tuan Huy, Gender Roles in the Family: Change and Stability in Vietnam, *Asian Popul. Stud.* 1 (2004) 69–92.
<https://www.psc.isr.umich.edu/pubs/abs/1859>
online abgerufen am 18.10.2020
- [149] A. Lingeswaran, Psychiatric curriculum and its impact on the attitude of Indian undergraduate medical students and interns, *Indian J. Psychol. Med.* 32 (2010) 119–127. doi:10.4103/0253-7176.78509.
- [150] G. Swaminath, A. Bhide, 'Cinemadness': In search of sanity in films, *Indian J. Psychiatry*. (2009) 51:244–246. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.58287>.
- [151] S. Van der Auwera, G. Schomerus, S.E. Baumeister, H. Matschinger, M. Angermeyer, Approval of psychotherapy and medication for the treatment of mental disorders over the lifespan. An age period cohort analysis, *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 26 (2017) 61–69. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001134>.
- [152] World Health Organization, Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017, Geneva, 2017.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258814/WHO-MSD-MER-17.5-eng.pdf?sequence=1>
online abgerufen am 18.10.2020
- [153] F. Judd, A. Komiti, H. Jackson, How does being female assist help-seeking for mental health problems?, *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 42 (2008) 24–29. <https://doi.org/10.1080/00048670701732681>
- [154] Z.E. Seidler, A.J. Dawes, S.M. Rice, J.L. Oliffe, H.M. Dhillon, The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review, *Clin. Psychol. Rev.* 49 (2016) 106–118.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>.
- [155] T.Q.T. Nguyen, Gender discrimination in the way the Vietnamese talk about face thể diện, *Qual. Res. J.* 15 (2015) 147–154. <https://doi.org/10.1108/QRJ-12-2014-0066>.
- [156] G. Hüwelmeier, Bazaar Pagodas – Transnational Religion, Postsocialist Marketplaces and Vietnamese Migrant Women in Berlin, *Religion and Gender*. (2013) 3(1):76. <https://doi.org/10.18352/rg.8414>.
- [157] E. Brohan, R. Elgie, N. Sartorius, G. Thornicroft, Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study, *Schizophr. Res.* 122 (2010) 232–238. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>.
- [158] S.R. Schuler, H.T. Anh, V.S. Ha, T.H. Minh, et al., Constructions of gender in Vietnam: In pursuit of the "Three Criteria," *Cult. Heal. Sex.* 8 (2006) 383–394. <https://doi.org/10.1080/13691050600858924>.
- [159] T.Q.T. Nguyen, K. Simkin, Gender discrimination in Vietnam: the role of personal face, *J. Gen. Stud.* 26 (2017) 609–617. <https://doi.org/10.1080/09589236.2015.1095083>.
- [160] V. Kwakwa, Vietnam: Breaking gender stereotypes that hinder women's empowerment, *World Bank Blogs*. (2015). <https://blogs.worldbank.org/eastasiapacific/vietnam-breaking-gender-stereotypes-hinder-women-s-empowerment>.
online abgerufen am 18.10.2020
- [161] M.G. McCusker, M.P. Galupo, The impact of men seeking help for depression on perceptions of masculine and feminine characteristics., *Psychol. Men Masc.* 12 (2011) 275–284. <https://doi.org/10.1037/a0021071>.
- [162] E. Brohan, M. Slade, S. Clement, G. Thornicroft, Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures., *BMC Health Serv. Res.* 10 (2010) 80. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-80>.
- [163] T.M.T. Ta, A.H. Neuhaus, R. Burian, G. Schomerus, A. Von Poser, et al., Mental health care utilization of first generation vietnamese migrants in Germany, *Psychiatr. Prax.* 42 (2015) 267–273.
<https://doi.org/10.1055/s-0034-1370008>.
- [164] B. Molony, Frameworks of Gender: Feminism and Nationalism in Twentieth-Century Asia, in: T.A. Meade, M.E. Wiesner-Hanks (Eds.), *A Companion to Gend. Hist.*, Blackwell Publishing, Hoboken, (2004): pp. 513–540. <https://doi.org/10.1002/9780470693568>.
- [165] D. Acemoglu, D. Autor, D. Lyle, *Women, War and Wages: The Effect of Female Labor Supply on the Wage Structure at Mid-Century*, Cambridge, MA, 2002. doi:10.3386/w9013.

- [166] C. Bodewig, R. Badiani-Magnusson, K. Macdonald, D. Newhouse, J. Rutkowski, *Skilling up Vietnam: Preparing the workforce for a modern market economy*, (2014).
<http://documents1.worldbank.org/curated/en/283651468321297015/pdf/888950PUB0Box30Iso0829400June172014.pdf>
 online abgerufen am 18.10.2020
- [167] The Economist Online, *More than half the sky - Vietnam has one of the highest shares of women in work in the world*. 8.7.2019.
<https://www.economist.com/asia/2019/06/08/vietnam-has-one-of-the-highest-shares-of-women-in-work-in-the-world>
 online abgerufen am 18.10.2020
- [168] M.J. Brandt, P.J. Henry, *Gender Inequality and Gender Differences in Authoritarianism*, *Personal. Soc. Psychol. Bull.* 38 (2012) 1301–1315. <https://doi.org/10.1177/0146167212449871>.
- [169] S. Matsuda, *An opinion survey regarding gender roles and family in Vietnam.*, *Environ. Health Prev. Med.* 1 (1997) 201–205. <https://doi.org/10.1007/BF02931217>.
- [170] A. Banerji, A. Gjonbalaj, S. Hlatshwayo, A.V. Le, *Asian Women at Work - As women advance in Asia's labor force, Vietnam is a standout*, *IMF Finance Dev.* 55 (2018) 13–17.
<https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2018/09/female-labor-force-participation-in-vietnam-banerji.htm>
 online abgerufen am 18.10.2020
- [171] U. Ram, L. Strohschein, K. Gaur, *Gender Socialization: Differences between Male and Female Youth in India and Associations with Mental Health*, *Int. J. Popul. Res.* 2014 (2014) 1–11.
<https://doi.org/10.1155/2014/357145>.
- [172] S. Sharma, *Achieving gender equality in India: what works, and what doesn't*, *Conversat.* (2016).
<https://theconversation.com/achieving-gender-equality-in-india-what-works-and-what-doesnt-67189>
 online abgerufen am 18.10.2020
- [173] P.S. Wang, S. Aguilar-Gaxiola, J. Alonso, M.C. Angermeyer, G. Borges, et al., *Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys*, *Lancet.* 370 (2007) 841–850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7).
- [174] B. Sabri, A.M. McFall, S.S. Solomon, A.K. Srikrishnan, C.K. Vasudevan, et al., *Gender Differences in Factors Related to HIV Risk Behaviors among People Who Inject Drugs in North-East India*, *PLoS One.* 12 (2017) 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169482>.
- [175] N. Dhawan, *Women's Role Expectations and Identity Development in India*, *Psychol. Dev. Soc. J.* 17 (2005) 81–92. doi:10.1177/097133360501700105.
- [176] M. Lacey, S. Paolini, M.-C. Hanlon, J. Melville, C. Galletly, L.E. Campbell, *Parents with serious mental illness: Differences in internalised and externalised mental illness stigma and gender stigma between mothers and fathers*, *Psychiatry Res.* 225 (2015) 723–733.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.09.010>.
- [177] S.S. Deshpande, B. Kalmegh, P.N. Patil, M.R. Ghate, S. Sarmukaddam, V.P. Paralikar, *Stresses and Disability in Depression across Gender*, *Depress. Res. Treat.* 2014 (2014) 1–8. <https://doi.org/10.1155/2014/735307>.
- [178] S.-H. Liu, A.K. Srikrishnan, C.E. Zelaya, S. Solomon, D.D. Celentano, S.G. Sherman, *Measuring perceived stigma in female sex workers in Chennai, India*, *AIDS Care.* 23 (2011) 619–627.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2010.525606>.
- [179] M. Kermode, K. Bowen, S. Arole, S. Pathare, A.F. Jorm, *Attitudes to people with mental disorders: A mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India*, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 44 (2009) 1087–1096. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0031-7>.
- [180] J. Bosak, A. Eagly, A. Diekman, S. Sczesny, *Women and Men of the Past, Present, and Future: Evidence of Dynamic Gender Stereotypes in Ghana*, *J. Cross. Cult. Psychol.* 49 (2018) 115–129.
<https://doi.org/10.1177/0022022117738750>.
- [181] G.J.S. Dei, *Dealing with difference: ethnicity and gender in the context of schooling in Ghana*, *Int. J. Educ. Dev.* 24 (2004) 343–359. doi:10.1016/j.ijedudev.2004.01.006.
- [182] G. Darko, K. Björkqvist, K. Österman, *Low intensity intimate partner aggression in Ghana: Support for the revised gender symmetry theory in an African country*, *Aggress. Behav.* 45 (2019) 52–61.
<https://doi.org/10.1002/ab.21796>.
- [183] M.I. Amoakohene, *Violence against women in Ghana: a look at women's perceptions and review of policy and social responses*, *Soc. Sci. Med.* 59 (2004) 2373–2385.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.04.001>.
- [184] P.A. Amoah, D.R. Phillips, *Socio-demographic and behavioral correlates of health literacy: a gender perspective in Ghana*, *Women Health.* 60 (2020) 123–139. doi:10.1080/03630242.2019.1613471.

- [185] B.K. Takyi, S.O. Gyimah, Matrilineal Family Ties and Marital Dissolution in Ghana, *J. Fam. Issues*. 28 (2007) 682–705. <https://doi.org/10.1177/0192513X070280050401>
- [186] M. Suka, T. Yamauchi, H. Sugimori, Help-seeking intentions for early signs of mental illness and their associated factors: comparison across four kinds of health problems, *BMC Public Health*. 16 (2016) 301. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2998-9>
- [187] L.H. Andrade, J. Alonso, Z. Mneimneh, J.E. Wells, A. Al-Hamzawi, et al., Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys, *Psychol. Med.* 44 (2014) 1303–1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- [188] A.F. Jorm, A.E. Korten, P.A. Jacomb, H. Christensen, B. Rodgers, P. Pollitt, Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment, *Med J Aust.* 166 (1997) 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- [189] H.-L. Cheng, C. Wang, R.C. McDermott, M. Kridel, J.L. Rislin, Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Attitudes Toward Seeking Psychological Help, *J. Couns. Dev.* 96 (2018) 64–74. <https://doi.org/10.1002/jcad.12178>
- [190] Y. Wei, P.J. McGrath, J. Hayden, S. Kutcher, Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review, *BMC Psychiatry*. 15 (2015) 1–20. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- [191] E. Girma, M. Tesfaye, G. Froeschl, A.M. Möller-Leimkühler, N. Müller, S. Dehning, Public stigma against people with mental illness in the Gilgel Gibe Field Research Center (GGFRC) in Southwest Ethiopia, *PLoS One*. 8 (2013). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082116>
- [192] G.B. Nambissan, The global economic crisis, poverty and education: a perspective from India, *J. Educ. Policy*. 25 (2010) 729–737. <https://doi.org/10.1080/02680939.2010.508180>
- [193] R. Duggal, Poverty & health: criticality of public financing., *Indian J Med Res.* 126 (2007) 309–317.
- [194] C. Lund, M. De Silva, S. Plagerson, S. Cooper, D. Chisholm, J. Das, M. Knapp, V. Patel, Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries, *Lancet*. 378 (2011) 1502–1514. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60754-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60754-X)
- [195] P. Behere, A. Das, R. Yadav, A. Behere, Religion and mental health, *Indian J. Psychiatry*. 55 (2013) 187. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.105526>
- [196] European Union Agency for Fundamental Rights, Shared Space Of Religion And Human Rights. Report of high-level expert meeting Vienna, 12 – 13 September 2017, in: European Union Agency for Fundamental Rights, Vienna, 2017. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b68957c4-437c-11e8-a9f4-01aa75ed71a1> online abgerufen am 18.10.2020
- [197] M. Baetz, R. Bowen, G. Jones, T. Koru-Sengul, How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population, *Can. J. Psychiatry*. 51 (2006) 654–661. <https://doi.org/10.1177/070674370605101005>
- [198] H.G. Koenig, Research on religion, spirituality, and mental health: a review., *Can. J. Psychiatry*. 54 (2009) 283–291. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- [199] L.J. Kirmayer, A.G. Ryder, Culture and psychopathology, *Curr. Opin. Psychol.* 8 (2016) 143–148. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.10.020>
- [200] C. Moleiro, Culture and Psychopathology: New Perspectives on Research, Practice, and Clinical Training in a Globalized World, *Front. Psychiatry*. 9 (2018) 1–6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00366>
- [201] L. Kpobi, L. Swartz, Indigenous and faith healing for mental health in Ghana: An examination of the literature on reported beliefs, practices and use of alternative mental health care in Ghana, *African J. Prim. Heal. Care Fam. Med.* 11 (2019) 1–5. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1941>
- [202] T.M. Luhrmann, R. Padmavati, H. Tharoor, A. Osei, Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: Interview-based study, *Br. J. Psychiatry*. 206 (2015) 41–44. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.139048>
- [203] A. Lukachko, I. Myer, S. Hankerson, Religiosity and Mental Health Service Utilization among African Americans, *J. Nerv. Ment. Dis.* 203 (2015) 578–582. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.303790>
- [204] S. Caplan, Intersection of Cultural and Religious Beliefs About Mental Health: Latinos in the Faith-Based Setting, *Hisp. Heal. Care Int.* 17 (2019) 4–10. <https://doi.org/10.1177/1540415319828265>
- [205] K.S. Adams, J.R. Tost, M.A. Whatley, M.C. Brown, B.J. Dochney, et al., Relationship of Christian Beliefs to Attitudes Toward People With Mental Illness, *Am. J. Psychother.* 71 (2018) 104–109. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20180022>
- [206] C. Karnouk, K. Böge, E. Hahn, J. Strasser, S. Schweininger, M. Bajbouj, Psychotherapy in Jordan: An Investigation of the Host and Syrian Refugee Community's Perspectives, *Front. Psychiatry*. 10 (2019) 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00556>

- [207] W. Sax, Ritual healing and mental health in India, *Transcult. Psychiatry*. 51 (2014) 829–849. <https://doi.org/10.1177/1363461514524472>.
- [208] R.L. Kapur, The role of traditional healers in mental health care in rural India, *Soc. Sci. Med. Part B Med. Anthropol.* 13 (1979) 27–31. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(79\)90015-2](https://doi.org/10.1016/0160-7987(79)90015-2).
- [209] J. Schoonover, S. Lipkin, M. Javid, A. Rosen, Perceptions of Traditional Healing for Mental Illness in Rural Gujarat, *Ann. Glob. Heal.* 80 (2014) 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2014.04.013>.
- [210] E. Badu, R. Mitchell, A.P. O’Brien, Pathways to mental health treatment in Ghana: Challenging biomedical methods from herbal- and faith-healing perspectives, *Int. J. Soc. Psychiatry*. 65 (2019) 527–538. <https://doi.org/10.1177/0020764019862305>.
- [211] J. Giglio, The Impact of Patients' and Therapists' Religious Values on Psychotherapy, *Hosp Community Psychiatry* (1993) 768–771. <https://doi.org/10.1176/ps.44.8.768>.
- [212] J. Youssef, F.P. Deane, Arabic-speaking religious leaders' perceptions of the causes of mental illness and the use of medication for treatment, *Aust. New Zeal. J. Psychiatry*. 47 (2013) 1041–1050. <https://doi.org/10.1177/0004867413499076>.
- [213] V. Kovess-Masfety, S. Evans-Lacko, D. Williams, L.H. Andrade, C. Benjet, et al., The role of religious advisors in mental health care in the World Mental Health surveys, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 52 (2017) 353–367. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1290-8>.
- [214] E. Badu, A.P. O’Brien, R. Mitchell, An integrative review of potential enablers and barriers to accessing mental health services in Ghana, *Heal. Res. Policy Syst.* 16 (2018) 110. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0382-1>.
- [215] G. Schomerus, H. Matschinger, M.C. Angermeyer, Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: a comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence, *Psychol. Med.* 44 (2014) 303–314. <https://doi.org/10.1017/S003329171300072X>.
- [216] A.F. Jorm, E. Oh, Desire for social distance from people with mental disorders: A review., *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 43 (2009) 183–200. <https://doi.org/10.1080/00048670802653349>.
- [217] U. von Lersner, J. Gerb, S. Hizli, D. Waldhuber, A.F. Wallerand, et al., Stigma of Mental Illness in Germans and Turkish Immigrants in Germany: The Effect of Causal Beliefs, *Front. Psychiatry*. 10 (2019) 1–16. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00046>.
- [218] M.C. Angermeyer, A. Holzinger, M.G. Carta, G. Schomerus, Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: Systematic review of population studies, *Br. J. Psychiatry*. 199 (2011) 367–372. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085563>.
- [219] J.E. Dzamedo, B.M. Amoako, P.M. Amos, The State of the Extended Family System in Ghana: Perceptions of Some Families, *Res. Humanit. Soc. Sci.* 8 (2018) 45–51.
- [220] N.K.K. Kwatei, The Ghanaian (African) Extended Family (system), *Ghanaweb.Com.* (2009). <https://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/features/The-Ghanaian-African-Extended-Family-system-159990>. online abgerufen am 18.10.2020
- [221] N. Quinn, Beliefs and Community Responses to Mental Illness in Ghana: The Experiences of Family Carers, *Int J Soc Psychiatry*. 53 (2007) 175–188. <https://doi.org/10.1177/0020764006074527>.
- [222] Y. Yeung, Rethinking Asian cities and urbanization: four transformations in four decades, *Asian Geogr.* 28 (2011) 65–83. <https://doi.org/10.1080/10225706.2011.577975>.
- [223] J.B. Asare, Comment: a historical survey of psychiatric practice in Ghana (1962)., *Ghana Med. J.* 46 (2012) 114–5. PMID: 23661822.
- [224] J. Dixon, Improving the Mental Health Treatment Gap in Ghana, *AFRICAPORTAL Backgrounder*. 39 (2012) 1–7. https://media.africaportal.org/documents/Africa_Portal_Backgrounder_No_39.pdf online abgerufen am 18.10.2020
- [225] P.W. Corrigan, A.B. Edwards, A. Green, S.L. Diwan, D.L. Penn, Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness, *Schizophr. Bull.* 27 (2001) 219–225. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006868>.
- [226] P.W. Corrigan, A. Green, R. Lundin, M.A. Kubiak, D.L. Penn, Familiarity With and Social Distance From People Who Have Serious Mental Illness, *Psychiatr. Serv.* 52 (2001) 953–958. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.7.953>.
- [227] J. Read, A. Law, The relationship of causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the “mentally ill”., *Int. J. Soc. Psychiatry*. 45 (1999) 216–229. <https://doi.org/10.1177/002076409904500309>.
- [228] M.C. Angermeyer, H. Matschinger, P.W. Corrigan, Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey, *Schizophr. Res.* 69 (2004) 175–182. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00186-5](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00186-5).

- [229] A.N. Chikaodiri, Health professionals' familiarity and attributions to mental illness, *Ment. Illn.* 2 (2010) 1–5. <https://doi.org/10.4081/mi.2010.e1>.
- [230] S. Couture, D. Penn, Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature, *J. Ment. Heal.* 12 (2003) 291–305. <https://doi.org/10.1080/09638231000118276>.
- [231] Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GlobaleGesundheitsstrategie_Web.pdf
online abgerufen am 18.10.2020
- [232] V. Patel, D. Chisholm, R. Parikh, F.J. Charlson, L. Degenhardt, et al., DCP MNS Author Group, Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition., *Lancet.* 6736 (2015) 1–14. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00390-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00390-6)
- [233] S. Dolnicar, B. Grun, Cross-cultural differences in survey response patterns, *S. Int. Mark. Rev.* 24 (2007) 127–143. <https://doi.org/10.1108/02651330710741785>.
- [234] Klinikpartnerschaften, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, (2020).
<https://www.klinikpartnerschaften.de/>
online abgerufen am 18.10.2020
- [235] Z. Xu, F. Huang, M. Kösters, T. Staiger, T. Becker, G. Thornicroft, N. Rüsç, Effectiveness of interventions to promote help-seeking for mental health problems: systematic review and meta-analysis, *Psychol. Med.* 48 (2018) 2658–2667. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001265>.
- [236] D. Bemme, L.J. Kirmayer, Global Mental Health: Interdisciplinary challenges for a field in motion, *Transcult. Psychiatry.* 57 (2020) 3–18. <https://doi.org/10.1177/1363461519898035>.
- [237] Charité Universitätsmedizin, Global Mental Health, (2020).
https://psychiatrie.charite.de/forschung/global_mental_health/
online abgerufen am 18.10.2020
- [238] German Alliance for Global Health Research, (2020). <http://www.globalhealth.de/>
online abgerufen am 18.10.2020
- [239] N. Jovial, Why Indians don't want to visit psychiatrists. *The Week India.* 09.12.2017.
<https://www.theweek.in/webworld/features/lifestyle/indians-dont-want-to-visit-psychiatrists.html>
abgerufen am 18.10.2020
- [240] S. Loganathan, R.S. Murthy RS, Living with schizophrenia in India: gender perspectives. *Transcult Psychiatry.* 48 (2011) 5:569–84. <https://doi.org/10.1177/1363461511418872>.

Danksagung

Ich danke zuerst Prof. Dr. Prof. h.c. Dipl.-Psych. Isabella Heuser-Collier, als Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Benjamin Franklin, für ihre langjährige Unterstützung meiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit. Sehr herzlich danke ich Prof. Dr. Michael Dettling für die kontinuierliche Förderung meiner beruflichen Entwicklung und das Interesse an den sozialen Dimensionen psychischer Erkrankungen. Ganz besonderer Dank gilt Prof. Dr. Georg Schomerus und Prof. Dr. Matthias C. Angermeyer, ohne deren Unterstützung bei den in dem Kontext von Global Mental Health neuen Fragenstellungen und ihre Zusammenarbeit im Bereich der Stigma- und Einstellungsforschung, diese Arbeiten nicht möglich gewesen wären. Außerdem möchte ich mich bei den Mitarbeiter*innen, Masterand*innen und Doktorand*innen unserer Arbeitsgruppe: Dr. Kerem Böge, Lara Kim Martensen, Dr. Carolin Laqua, Miriam Franke, Franca Utz, Aron Zieger, Dr. Aditya Mungee und Mahan Mobashery, sowie bei Dr. Ulrike von Lersner für die gemeinsame Durchführung unterschiedlicher Forschungsprojekte zur Erhebung von öffentlichen Einstellungen in Ländern des globalen Südens bedanken. An dieser Stelle möchte ich mich besonders herzlich bei Prof. Dr. Malek Bajbouj für seine offene, kollegiale und inspirierende Zusammenarbeit im Bereich Global Mental Health an der Charité und seine vielen innovativen Ideen im Bereich der Versorgung von Migrant*innen, Geflüchteten und innovativen digitalen Versorgungsmodellen bedanken.

Ein großer Dank gilt Prof. Dr. Cao, Tiến Đức, Dr. Do, Xuan Thinh und den Kolleg*innen der psychiatrischen Abteilung des Krankenhaus 103 in Hanoi für die initiale uneingeschränkt unterstützende Projektentwicklung und die gemeinsame sehr genaue Durchführung der Erhebungen zu öffentlichen Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen in Hanoi, die in der Folge auf andere Regionen ausgedehnt werden konnte. Danken möchte ich auch allen Kolleginnen und Kollegen aus Hanoi und Vietnam, insbesondere der Hanoi Medical University und Military Academy of Medicine mit ihren zugehörigen psychiatrischen Abteilungen und Versorgungsnetzwerken bedanken. Dieser Dank gilt besonders Prof. Dr. Nguyễn, Văn Tuấn, und den DAAD Stipendiat*innen und Psychiater*innen der Abteilung für Psychiatrie der Hanoi Medical University Nguyễn Thi Hoa und Nguyễn Van Phi, mit denen uns mittlerweile eine langanhaltende freundschaftliche Zusammenarbeit und mehrere Projekte im Rahmen der Klinikpartnerschaften und der DAAD-PAGEL Hochschulkooperation verbindet. In diesem Sinne möchte ich auch Dr. Stefan Haase-Bergen als Leiter der DAAD Außenstelle in Hanoi für seine offene Unterstützung und professionelle Gastfreundschaft vor Ort bedanken.

Ein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Birgitt Röttger-Rössler, als Sprecherin des Sonderforschungsbereichs SFB 1171 – Affective Societies für ihre uneingeschränkte Unterstützung und ihre frischen Ideen, Impulse und Erfahrungen im Bereich der psychologisch-anthropologischen Forschung bedanken, welche uns neue Perspektiven auf das Verstehen von psychischen Symptomen und zur Analyse von qualitativen und quantitativen Daten ermöglichte. Weiterhin möchte ich mich bei unserem aktuellen und bisherigen Teammitgliedern des SFB Projekts A02 und hier ganz besonders der sozial- und kulturanthropologischen Teilprojektleiterin

Prof. Dr. Anita von Poser, für unsere Zusammenarbeit und die gemeinsame Weiterentwicklung unseres genuin interdisziplinären Projekts bedanken, dass sich nun schon mitten in der 2. Laufzeit des befindet. Außerdem möchte ich allen Kolleg*innen des SFB 1171 und allen beteiligten Wissenschaftler*innen für interdisziplinäre Anregungen und Einsichten danken.

Für den Aufbau eines Netzwerkes für vietnamesische Migrant*innen mit psychischen Störungen in Berlin und für die seitdem gewachsene Freundschaft gilt mein ganz besonderer Dank Prof. Dr. Albert Diefenbacher und Dr. Ronald Burian, sowie in besonderem Maße Frau Nozomi Spennemann von der VIA-Serviceestelle für Migrant*innenorganisationen Berlin / Brandenburg, die es immer wieder schafft ganz unterschiedliche Akteure langfristig auf gemeinsame Ziele zu vereinen. Zudem bin besonders Dr. Anselm Schneider, Ina Hammesfahr und Frau Carolin Okrent, stellvertretend für das gesamte engagierte Team der Klinikpartnerschaften bei der GIZ zu Dank verpflichtet. Der in unserer Zusammenarbeit spürbare Enthusiasmus, die Offenheit und Flexibilität bei der Entwicklung und Umsetzung zukünftiger Kooperationsprojekte wie zur Stärkung des psychiatrischen Versorgungssystems in Vietnam beizutragen, haben mir erst den Reiz einer Arbeit an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft, Klinik, Lehre und der konkreten Implementation vor Ort als Teil der internationalen Zusammenarbeit und GMH nähergebracht. Danken möchte ich auch Prof. Dr. Friedemann Paul von der Stabsstelle Internationales der Charité, der eine Kooperation mit der Hanoi Medical University auf Hochschulebene immer mit Vorschlägen und Tatkraft unterstützt hat.

Ich danke allen Freund*innen und Familienangehörigen die mich in den Jahren mit Freundschaft, inspirierenden Gesprächen und schönen Erlebnissen, gemeinsamen Feiern und Reisen außerhalb der konkreten klinischen und Forschungsarbeit unterstützt haben.

Schlussendlich danke ich besonders meinen Eltern Dr. Friedbert Hahn und Susanne Hahn, sowie meiner Schwester Dr. Constanze Hahn, sowie meinen Eltern und meiner wachsenden Familie in Vietnam und Deutschland.

Der größte Dank gilt jedoch meiner Frau Priv.-Doz. Dr. Thi Minh Tam Ta für das unschätzbare Geschenk einer liebevollen, ereignisreichen und immer optimistisch aufgeladenen gemeinsamen Zeit, die wir seit langem in unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbereichen miteinander verbringen.

Erklärung

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

Hiermit erkläre ich, dass

- weder früher noch gleichzeitig ein Habilitationsverfahren durchgeführt oder angemeldet wurde,
- die vorgelegte Habilitationsschrift ohne fremde Hilfe verfasst, die beschriebenen Ergebnisse selbst gewonnen sowie die verwendeten Hilfsmittel, die Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftler*innen und mit technischen Hilfskräften sowie die verwendete Literatur vollständig in der Habilitationsschrift angegeben wurden,
- mir die geltende Habilitationsordnung bekannt ist.

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

.....
Datum

.....
Eric Hahn