

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

PTBS bei asiatischen Migrant:innen der Zweiten Generation:
Eine qualitative Untersuchung kultureller Verständnisse und
diagnostischer Prozesse.

verfasst von | submitted by
Lisa Tiede B.A.

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2026

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 589

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Internationale Entwicklung

Betreut von | Supervisor:

Mag. Dr. Daniel Pateisky

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich für die Unterstützung in meinem Arbeitsprozess bedanken.

An erster Stelle möchte ich mich bei meinem Betreuer, Mag. Dr. Daniel Pateisky, bedanken, der mich fachlich konstruktiv und professionell betreut hat. Ich bin dankbar dafür, dass ich in meiner Themenwahl frei war und meinen Interessen nachgehen konnte.

Ich danke meiner ehemaligen Kinderärztin, die meinen ersten Schritt in die psychotherapeutische Behandlung vor fast 10 Jahren begleitete. Ohne die sensible Unterstützung wäre ich heute nicht da, wo ich jetzt stehe.

Ich bedanke mich bei meiner behandelnden Psychotherapeutin. Die Begleitung hat mich durch die Ankunft in Wien, das gesamte Masterstudium und schließlich auch durch das Abfassen der Masterarbeit gestärkt.

Herzlichen Dank an Nico, meine größte emotionale Stütze in meinem Alltag und an Lucia, für die emotionale und kollegiale Unterstützung in meinem Masterstudium.

Ein besonderer Dank gilt allen Teilnehmenden meiner Interviews, die das Herzstück dieser Arbeit ausmachen. Ich danke der Ehrlichkeit und dem Mut, dieses sensible Thema mit mir zu teilen. Ich bewundere jede dieser starken Frauen, die vieles erlebt und dennoch nie aufgegeben haben.

Abstract

Diese qualitative Studie untersucht, wie asiatische Migrant:innen der zweiten Generation im deutschsprachigen Raum die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kulturell verstehen, bewerten und in ihren Lebensrealitäten aushandeln. Vor dem Hintergrund einer dekolonialen und machtkritischen Theorieperspektive, die die universelle Geltung des westlichen PTBS-Konzepts als Ausdruck kultureller Hegemonie problematisiert, werden die subjektiven Erfahrungen von sechs betroffenen Frauen durch leitfadengestützte Interviews und eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring erschlossen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die PTBS-Diagnose ein zutiefst ambivalenter und politischer Aushandlungsgegenstand ist. Sie dient als Werkzeug der individuellen Selbstermächtigung, das langjähriges, unerklärliches Leiden erklärt und einen Rahmen für Bewältigung bietet. Andererseits führt sie zu multiplen Ausschlüssen: Im familiären Umfeld stößt die Diagnose auf sprachliche und konzeptionelle Unübersetzbarkeit sowie auf Stigmatisierung. Zudem trifft sie auf ein Gesundheitssystem, das von epistemischer Gewalt und strukturellen Barrieren geprägt ist. Die Betroffenen müssen die Diagnose vor dem Hintergrund einer hybriden Identität verhandeln, die permanent zwischen rassifizierendem Othering navigieren muss.

Die zentrale und herausragende empirische Erkenntnis der Studie liegt in der Dokumentation kreativer Aneignungs- und Sinnstiftungsprozesse. Die Teilnehmer:innen überschreiben die fremde Diagnose durch eigene sinnstiftende oder metaphorische Deutungen und verwandeln sie so von einem pathologisierenden Label in ein Instrument der Selbstermächtigung und biografischen Integration. Die Studie schließt mit der Forderung nach einer dekolonialen Wende in Forschung und Praxis, die solche widerständigen Wissensformen anerkennt und Räume für sie schafft, anstatt sich auf „Kultursensibilität“ zu beschränken.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Forschungsinteresse	1
2. Theoretische Rahmung und Forschungsstand.....	4
2.1. Kritische Perspektive auf PTBS und medizinische Systeme.....	4
2.2. Transdisziplinäre Ansätze in der Migrations- und Gesundheitsforschung.....	7
2.3. Psychische Gesundheit bei Migrations- und Fluchthintergrund	7
2.4. Die Aushandlung von Zugehörigkeit	8
2.5. „Asiatisch“ sein als politische Kategorie	10
2.6. Dekoloniale Perspektiven auf globale PTBS-Diagnostik	12
3. Forschungsinteresse und -ziele	14
4. Zentrale Begriffe und Definition	16
5. Methodik.....	19
5.1. Forschungsdesign und Begründung der Methode	19
5.2. Datenerhebung und Sample	20
5.3. Datenanalyse	23
5.4. Ethische Reflexion und Qualitätssicherung.....	29
6. Empirische Auswertung.....	31
6.1. Migration und Identität.....	31
6.2. Krankheitsverständnis.....	34
6.2.1. Medizinische und therapeutische Behandlung.....	34
6.2.2. Körperliche und emotionale Dimensionen	36
6.2.3. Bewertung der PTBS-Diagnose.....	37
6.3. Interkulturelle Aushandlung.....	38
6.4. Institutionelle Gewalt.....	42
6.5. Unerwartete Sinnzuschreibungen	45

7. Diskussion: Hybride Identitäten, transgenerationale Wunden, strukturelle Gewalt	48
7.1. Zentrale Diskussionsstränge	48
7.1.1. Vom pathologischen zum erkennenden Subjekt	48
7.1.2. Kulturelles Verstehen von PTBS	51
7.1.3. Bewertung im Spannungsfeld	53
7.1.4. Familie als transgenerationaler Konflikttraum	56
7.1.5. Dekoloniale und intersektionale Perspektiven auf das Hilfesystem	60
7.2. Beantwortung der Forschungsfrage: Drei Synthesen	63
7.3. Implikationen	68
8. Grenzen der Studie	72
9. Fazit	75
I. Quellenverzeichnis	79
II. Anhang	84
Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI)	84
Interviewleitfaden	85
Einverständniserklärung	89
Rekrutierungsflyer	90

Darstellungsverzeichnis

Tabelle 1: Codiertabelle	24
Abbildung 1: Die PTBS-Diagnose als Ort der Aushandlung und Zugehörigkeit	66

1. Einleitung und Forschungsinteresse

Psychische Erkrankungen, und somit auch die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), werden in westlichen Gesundheitssystemen häufig als universelle Phänomene betrachtet, deren Diagnostik und Behandlung auf standardisierten Kriterien beruhen. Diese angenommene Universalität wird jedoch zunehmend kritisch hinterfragt, insbesondere aus postkolonialen, dekolonialen und transkulturellen Perspektiven. Deutlich wird dabei, dass psychische Gesundheit und Krankheit stets tief in soziokulturelle Kontexte eingebettet sind und nicht losgelöst von globalen Machtverhältnissen, kolonialen Kontinuitäten und historischen Ungleichheiten analysiert werden können (Mills, 2013; Connell, 2011).

Für Personen mit familiärer Migrations- und Fluchtgeschichte können westliche Diagnosekategorien und Behandlungspraktiken unzureichend oder sogar gewaltvoll wirken. Der Grund: Sie lassen kulturelle Sinnsysteme, biografische Brüche und die komplexen Auswirkungen von Migrationserfahrungen über Generationen hinweg außer Acht (Schouler-Ocak et al., 2020; Hofmeister, 2015). Dabei ist hervorzuheben, dass sich viele der in der Forschung diskutierten migratorischen Belastungen, wie Krieg, Vertreibung oder politische Verfolgung, primär auf die Elterngeneration beziehen, jedoch in Form transgenerationaler Traumatisierungen, familialer Schweigepraktiken oder impliziter Erwartungshaltungen auch die Lebensrealitäten der nachfolgenden Generationen prägen können.

Die PTBS-Diagnose ist für diese Untersuchung von zentralem Interesse, da sie als Konzept gilt, das mit seinem spezifisch westlichen und individualistischen Grundgerüst auf unterschiedliche soziale und kulturelle Kontexte übertragen wird. Die Auseinandersetzung mit einer PTBS-Diagnose vollzieht sich in diesem Kontext nicht ausschließlich auf einer individuellen Ebene, sondern ist zugleich in kollektive, familiäre und gesellschaftliche Aushandlungsprozesse eingebettet. Diagnosen fungieren hier als Deutungsangebote, die zwischen Validierung, Stigmatisierung und kultureller Unübersetzbarkeit stehen und aktiv interpretiert, angepasst oder zurückgewiesen werden.

Vor diesem Hintergrund widmet sich die vorliegende Masterarbeit der empirischen Untersuchung der Aushandlung von PTBS-Diagnosen durch im deutschsprachigen Raum sozialisierte Personen mit asiatischer Migrationsgeschichte. Der Fokus liegt dabei auf Personen, deren Eltern aus unterschiedlichen Regionen des asiatischen Kontinents migriert sind, während die Befragten selbst in Österreich oder Deutschland aufgewachsen sind. Diese Personen bewegen sich häufig in einem Spannungsfeld zwischen den kulturellen Deutungsmustern ihrer Herkunftsfamilien und den normativen Erwartungen der Mehrheitsgesellschaft. Daraus ergeben sich spezifische Herausforderungen im Umgang mit psychischer Belastung, die durch Diskriminierungserfahrungen, rassistische Zuschreibungen sowie den Druck vermeintlich positiver Stereotype zusätzlich verstärkt werden können (Schindler, 2021).

Das Forschungsinteresse dieser Arbeit speist sich aus einem doppelten Hintergrund. Zum einen aus der persönlichen Beobachtung und Begleitung von Betroffenen im eigenen Umfeld, die den tiefgreifenden Konflikt zwischen der persönlichen Wahrnehmung einer medizinischen Diagnose und deren familiären und gesellschaftlichen Stigmatisierung erfahren haben. Zum anderen baut diese Arbeit auf einer bereits geleisteten theoretischen Vorarbeit auf. In einer früheren Seminararbeit im Rahmen des Seminars „Postkoloniale Kritik unter der größten Minderheit der Welt“ (Daniel Pateisky, 2024W) wurde die postkoloniale Kritik an der PTBS-Diagnose und ihrer globalen Hegemonie bereits umfassend von mir erarbeitet. Die vorliegende Masterarbeit führt diese theoretischen Überlegungen fort, indem sie sie empirisch vertieft und die subjektiven Aushandlungsprozesse der direkt Betroffenen in den Mittelpunkt stellt.

Ziel der Arbeit ist es folglich nicht, die klinische Angemessenheit der PTBS-Diagnose zu überprüfen, sondern diese als umkämpften Aushandlungsgegenstand in einem Feld gesellschaftlicher Machtverhältnisse zu analysieren. Im Zentrum stehen die epistemischen Spannungen zwischen westlich-psychiatrischem Wissen, familialen Deutungsrahmen und individuellen Sinnzuschreibungen sowie die widerständigen, transformierenden Aneignungsprozesse, durch die Betroffene hegemoniale Krankheitskonzepte für sich neu deuten. Die leitende Forschungsfrage lautet daher:

Wie werden PTBS-Diagnosen von im deutschsprachigen Raum sozialisierten Personen der zweiten Generation Migrationsgeschichte aus Asien kulturell verstanden, bewertet und in ihren Lebensrealitäten verhandelt, insbesondere im Spannungsfeld dominanter westlicher Krankheitskonzepte und unter Berücksichtigung dekolonialer Perspektiven?

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut: Nach der Entwicklung des kritisch-dekolonialen theoretischen Rahmens in Kapitel 2 werden das Forschungsdesign und die Zielsetzung in Kapitel 3 dargelegt. Basierend auf den zentralen Begriffen in Kapitel 4 werden schließlich die methodischen Grundlagen der qualitativen Interviewstudie in Kapitel 5 vorgestellt. Kapitel 6 präsentiert die empirischen Befunde zu den Aushandlungsprozessen entlang der Dimensionen Identität, Krankheitsverständnis, Familie und Institution. Diese werden in Kapitel 7 im Lichte der theoretischen Ansätze diskutiert, die Forschungsfrage beantwortet und in konkrete Implikationen für Forschung und Praxis überführt (Kapitel 7.4). Kapitel 8 reflektiert kritisch die Grenzen der Studie, bevor Kapitel 9 im Fazit die zentralen Erkenntnisse zusammenfasst.

2. Theoretische Rahmung und Forschungsstand

Dieses Kapitel entwickelt den kritisch-dekolonialen theoretischen Rahmen für die Analyse der Erfahrungen von Personen der zweiten Generation mit asiatischer Migrationsgeschichte im Umgang mit PTBS-Diagnosen. Es rekonstruiert zunächst die historische Entstehung und die problematische Universalitätsannahme der PTBS-Diagnose und arbeitet dessen Verschränkung mit gesellschaftlichen Macht- und Wissensstrukturen heraus. Dabei wird berücksichtigt, dass viele traumatische Erfahrungen, etwa Krieg, Flucht und politische Gewalt, primär die Elterngeneration betreffen, ihre psychosozialen Folgen jedoch transgenerational weiterwirken können.

Darauf aufbauend werden transdisziplinäre Ansätze sowie spezifische Risikofaktoren und kulturelle Einflüsse auf die psychische Gesundheit von Menschen mit familiärer Migrations- und Fluchtgeschichte diskutiert. Eine dekoloniale Perspektive dient dabei als grundlegende Kritik an der Hegemonie westlich-psychiatrischen Wissens. Als zentrales Analyseinstrument für die identitären und gesellschaftlichen Verortungsprozesse der zweiten Generation wird das Konzept der Aushandlung von Zugehörigkeit nach Yuval-Davis eingeführt. Abschließend erfolgt die konzeptionelle Klärung der politischen Kategorie „asiatisch sein“ sowie der damit verbundenen Erfahrungen von Rassifizierung und Diskriminierung.

2.1. Kritische Perspektive auf PTBS und medizinische Systeme

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wurde im westlichen Kontext ursprünglich als eine spezifische „Kriegs-Krankheit“ verstanden. Erste Beschreibungen finden sich im Zusammenhang mit dem Ersten Weltkrieg, in dem psychische Zusammenbrüche von Soldaten unter dem Begriff „Granatenschock“ gefasst wurden. Damit wurde ein medizinischer Deutungsrahmen geschaffen, der traumatische Reaktionen primär als Folge unmittelbarer Kriegseinwirkungen interpretierte. Als eigenständige psychiatrische Diagnose etablierte sich die PTBS jedoch erst später im medizinischen und gesellschaftlichen Diskurs, insbesondere durch die systematische Erforschung von Vietnamkriegsveteranen in den USA. In diesem Zusammenhang wurde sie als „Kriegsneurose“ diskutiert und wissenschaftlich weiter ausdifferenziert.

1980 wurde sie als eigenständige Diagnose mit den Kernkriterien Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal aufgenommen: Erst in das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III¹, später auch in die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10². Dieses Modell definiert Trauma als außergewöhnlich bedrohliches Ereignis, das individuelle psychopathologische Reaktionen auslöst. (Pausch & Matten 2018).

Aus transkultureller und dekolonialer Perspektive wird jedoch die Universalität dieses Konzepts kritisch hinterfragt. PTBS ist tief in der westlichen, individualistischen Krankheitslogik verwurzelt, die psychisches Leiden primär als biologische Dysfunktion des Einzelnen begreift (Mills, 2013; Connell, 2011). Diese Perspektive blendet sozioökonomische und historische Traumakontexte wie Kolonialgewalt aus und ordnet nicht-westliche Ausdrucksformen von Leid zwanghaft westlichen Diagnosekategorien unter (Antić, 2021; Connell, 2011). Beispielsweise verstehen viele indigene und afrikanische Gemeinschaften Trauma als kollektives, spirituelles Ungleichgewicht, das durch Gemeinschaftsrituale und nicht durch individuelle Psychotherapie behandelt wird (Ned et al., 2022). Die Globalisierung der PTBS-Diagnose durch Initiativen wie „Global Mental Health“ kann daher als eine Form des epistemischen Neokolonialismus betrachtet werden, bei der westliche Wissenssysteme hegemonial durchgesetzt und lokale Heilungstraditionen marginalisiert werden (Mills, 2013). Schon 1997 schrieb Pilgrim als praktizierender Psychiater die „defensive“ Psychiatrie, die Kritik von „Außenseitern“ oft als „Antipsychiatrie“ abtut und so die Deutungshoheit über psychisches Erleben allein für die medizinische Profession beansprucht. Für die vorliegende Arbeit ist dabei von besonderer Bedeutung, dass diese Kritik am PTBS-Konzept nicht ausschließlich Personen betrifft, die selbst direkte Krieg- oder Gewalterfahrungen gemacht haben. Vielmehr prägt die westlich-psychiatrische Deutung von Trauma auch die diagnostischen und gesellschaftlichen Rahmungen, innerhalb derer die psychische Belastung nachfolgender Generationen verstanden und verhandelt wird.

¹ DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, dritte Auflage) ist ein Klassifikationssystem der Amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft. Aktuell ist die Revision der fünften Auflage, DSM-5-TR, gültig. (American Psychiatric Association 2026)

² ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. Revision) ist ein weltweit genutztes Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen. Eine Weiterentwicklung, die ICD-11, ist darauf ausgelegt ist, Lücken in der Versorgung zu schließen und die diagnostische Trennschärfe zu erhöhen. Allerdings wird diese noch klinisch getestet und schrittweise eingeführt. (Di Vincenzo, 2023)

Die PTBS-Diagnose wirkt somit auch für deutschsprachig sozialisierte Personen der als machtvollles Deutungsangebot, das individuelles Leiden entweder anerkennbar macht oder zugleich entkontextualisiert und entpolitisiert. Medizinische Systeme im Globalen Norden sind in koloniale Macht- und Wissenshierarchien eingebettet, was für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung zu doppelten Ausschlussmechanismen führen kann. Erstens existieren strukturelle Barrieren wie eingeschränkter Zugang zu muttersprachlicher Therapie, kulturell unangemessene Diagnoseinstrumente und fehlende Kenntnisse über Traumakontexte wie Krieg oder Folter unter Behandelnden (Schouler-Ocak et al., 2020). Zweitens erfolgt eine epistemische und soziale Pathologisierung: Verhaltensweisen oder somatische Ausdrucksformen von Leid, die von der westlichen PTBS-Symptomatik abweichen, riskieren, fehldiagnostiziert oder als „kulturell bedingt“ und damit weniger ernsthaft abgetan zu werden (Hofmeister, 2015). Dies spiegelt historische Kontinuitäten wider, in denen Psychiatrie zur Pathologisierung und sozialen Kontrolle des „Anderen“ eingesetzt wurde, wie Jones (2012) am Beispiel der Apartheid in Südafrika zeigt. Die daraus resultierende Stigmatisierung kann den Hilfesuchprozess zusätzlich hemmen und so eine angemessene Versorgung verhindern.

Auch für im Aufnahmeland sozialisierte Personen der nachfolgenden Generation wirken diese strukturellen und epistemischen Machtverhältnisse fort. Zwar bestehen für sie häufig keine formalen Zugangshürden im Sinne aufenthaltsrechtlicher Einschränkungen, doch können institutioneller Rassismus, kulturell normierte Krankheitskonzepte sowie familial vermittelte Misstrauens- und Ausgrenzungserfahrungen den Umgang mit psychischer Belastung und den Zugang zu psychiatrischer Versorgung maßgeblich prägen. Medizinische Institutionen fungieren damit auch für die zweite Generation als Orte gesellschaftlicher Grenzziehung, an denen Zugehörigkeit, Normalität und Abweichung verhandelt werden. Diese komplexen Überschneidungen von medizinischer Institution, Machtstrukturen und individuellen Lebenskontexten machen eine transdisziplinäre Analyse erforderlich.

2.2. Transdisziplinäre Ansätze in der Migrations- und Gesundheitsforschung

Die komplexe Verwobenheit von Migration, Trauma und psychischer Gesundheit erfordert zwingend transdisziplinäre Forschungsansätze, die die Grenzen von Einzeldisziplinen überschreiten (Böddeker et al., 2025). Eine rein klinisch-psychologische oder medizinische Perspektive vernachlässigt die sozialen Determinanten von Gesundheit wie Rassismus, prekären Aufenthaltsstatus und sozioökonomische Ausgrenzung (Mills, 2013). Die Soziologie kann Macht- und Ungleichheitsverhältnisse analysieren, während die Ethnologie kulturelle Sinnsysteme und lokale Krankheitskonzepte entschlüsselt (vgl. die Beispiele in 2.1). Die historische Perspektive wiederum macht transgenerationale Traumata und koloniale Kontinuitäten sichtbar. Nur eine integrierende Herangehensweise, die biomedizinische, soziokulturelle, politische und historische Dimensionen verbindet, kann der Vielschichtigkeit der Lebensrealitäten von Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung gerecht werden und Grundlagen für wirklich kultursensible Versorgungsmodelle schaffen.

Für die vorliegende Arbeit bedeutet dies, dass psychische Belastungen nicht isoliert als individuelles Krankheitsgeschehen analysiert werden, sondern als Ergebnis verschränkter historischer, gesellschaftlicher und institutioneller Prozesse. Insbesondere bei Menschen der zweiten Generation ermöglicht ein transdisziplinärer Zugang, sowohl transgenerationale Weitergaben von Trauma als auch gegenwärtige Rassismus- und Zugehörigkeitserfahrungen in ihrer Wechselwirkung mit medizinischen Deutungs- und Versorgungssystemen sichtbar zu machen.

2.3. Psychische Gesundheit bei Migrations- und Fluchthintergrund

Die psychische Gesundheit von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund wird durch ein mehrphasiges Geflecht von Risikofaktoren beeinflusst. Prä-migratorisch wirken oft extreme Traumata wie Krieg, Verfolgung oder Folter, wobei Studien zeigen, dass 50-70% der Überlebenden von Krieg und Vertreibung PTBS-Symptome entwickeln können (Pausch & Matten, 2018). Während der Migration kommen Gefahren

durch Schlepper, Gewalt und Unsicherheit hinzu. Die post-migratorische Phase ist häufig geprägt von Akkulturationsstress, sozialer Isolation, Diskriminierung, rechtlicher Prekarität und sozioökonomischer Unsicherheit, die allesamt die psychische Belastung aufrechterhalten oder verstärken können (Mills, 2013).

Für die vorliegende Arbeit ist zentral, dass dieses mehrphasige Belastungsmodell primär die Erfahrungen der Elterngeneration abbildet. Für die zweite Generation wirken diese Faktoren hingegen häufig indirekt fort, etwa über transgenerationale Traumatisierungsprozesse und post-migratorische Belastungen wie Rassismus, deren Verständnis wiederum eine Reflexion der in 2.1 dargestellten Kategorien voraussetzt.

2.4. Die Aushandlung von Zugehörigkeit

Für die Analyse der Erfahrungen asiatischer Migrantinnen der zweiten Generation bietet das Konzept der Zugehörigkeit nach Yuval-Davis (2006) einen zentralen theoretischen Zugang. Zugehörigkeit wird hier nicht als gegeben oder statisch verstanden, sondern als ein vielschichtiger und kontextabhängiger Prozess, der das gesamte Leben eines Individuums prägt. Er umfasst das Selbstverständnis einer Person, ihre Werte, Überzeugungen und sozialen Rollen und vollzieht sich stets in Bezug zu anderen (Yuval-Davis, 2006). Dieser Prozess der Positionsbestimmung und Identitätsbildung erfolgt auf der Grundlage sozialer Kategorien wie Ethnizität, Geschlecht, Klasse, Religion oder Migrationserfahrung (Cabaniss & Cameron, 2018).

La Barbera (2015) hebt in diesem Zusammenhang zwei grundlegende Mechanismen hervor: den Prozess der Selbstdarstellung (self-presentation) und den der sozialen Kategorisierung (social categorization). Das Wechselspiel dieser Prozesse generiert einerseits Gefühle der Abgrenzung und individuellen Einzigartigkeit und fördert andererseits das Empfinden von Zugehörigkeit, wobei stets auch gesellschaftliche Inklusionsmechanismen und rechtliche Rahmenbedingungen mitwirken. Yuval-Davis (2006) wendet sich entschieden gegen eine romantisierende Vorstellung von Zugehörigkeit als positives Gefühl der Geborgenheit. Stattdessen argumentiert sie für ein politisches Verständnis von Zugehörigkeit, das sich auf drei analytisch unterscheidbaren, aber miteinander verwobenen Ebenen manifestiert.

Erstens die sozial-räumliche Verortung (Social Location): Diese Ebene beschreibt, wie Individuen oder Gruppen durch äußere Kategorisierungen, beispielsweise nach Klasse, Geschlecht oder Migrationsstatus, innerhalb gesellschaftlicher Hierarchien positioniert werden. Diese von außen vorgenommene Verortung, die oft mit Machtasymmetrien einhergeht, bestimmt maßgeblich den Zugang zu Ressourcen und Teilhabechancen. Sie kann als einschränkend oder ausschließend empfunden werden, selbst wenn sie der eigenen Selbstdefinition widerspricht

Darauf folgt der zweite Punkt der Individuelles Zugehörigkeitsgefühl (Identification and Emotional Attachment): Dies ist die subjektive und emotionale Dimension der Zugehörigkeit. Sie umfasst die aktive und oft bewusste Entscheidung eines Individuums, sich einer bestimmten Gemeinschaft oder Gruppe zuzurechnen, sich mit ihr zu identifizieren und ihre Praktiken zu übernehmen. Diese Identifikation kann hybride Formen annehmen und steht häufig in einem Spannungsverhältnis zur sozialen Verortung durch andere.

Der dritte Punkt wird nach Davis als Ethische und politische Grenzziehung (Ethical and Political Boundary Making) beschrieben: Auf dieser gesellschaftlichen Ebene wird Zugehörigkeit durch diskursive, rechtliche und alltagspraktische Aushandlungen definiert, verwehrt oder zugestanden. Politische Diskurse, Medien, Gesetze und soziale Normen ziehen dabei fortwährend Grenzen, die festlegen, wer dazugehört und wer nicht.

Für die vorliegende Arbeit ist entscheidend, dass diese theoretischen Ebenen auf die Erfahrungen der zweiten Generation übertragen werden können: Die sozial-räumliche Verortung umfasst sowohl die von außen erfahrene Fremdzuschreibung als auch institutionelle Machtasymmetrien, die Ressourcen und Teilhabe beeinflussen. Das individuelle Zugehörigkeitsgefühl beschreibt die aktive Selbstverortung der Personen, die hybride Identitäten entwickeln und zwischen familiären, kulturellen und gesellschaftlichen Erwartungen navigieren. Die ethische und politische Grenzziehung beleuchtet, wie Diskurse, Normen und Alltagspraktiken Grenzen ziehen, die Zugehörigkeit verwehren oder ermöglichen, und wie die Betroffenen diese Grenzen reflektieren, herausfordern oder kreativ überschreiten.

2.5. „Asiatisch“ sein als politische Kategorie

Die vorliegende Forschung untersucht die Erfahrungen von asiatischen Migrant:innen der zweiten Generation im deutschsprachigen Raum. Eine konzeptionelle Klärung der Kategorie „asiatisch“ ist hierfür unerlässlich. Im Anschluss an die diskutierten Konzepte von Zugehörigkeit (Kap. 2.5) wird „asiatisch sein“ in dieser Arbeit nicht als essentialistische oder biologische Gegebenheit verstanden, sondern - in Anlehnung an Kien Nghi Ha - als eine politische und durch Rassismuserfahrungen konstituierte Kategorie. Die Bedeutung von „asiatisch sein“ im deutschsprachigen Kontext ist maßgeblich durch die Auseinandersetzung mit anti-asiatischem Rassismus und den daraus erwachsenden Identitätskonstruktionen geprägt (Ha, 2021). Die Konstruktion einer asiatisch-deutschen Identität erfolgt dabei in einem Spannungsfeld. Zum einen wird sie von außen durch kolonial-rassistische Zuschreibungen im deutschen Kontext herangetragen, die Menschen mit Herkunft aus verschiedenen Regionen Asiens als homogenes „asiatisches Ausland“ innerhalb struktureller Machtverhältnisse positionieren (Ha, 2021). Diese gemeinsame Erfahrung der Fremdzuschreibung und Diskriminierung bildet eine Grundlage für kollektive Identifikation. Zum anderen dient die Selbstbezeichnung als „asiatisch-deutsch“ oder das bewusste „Asiatisch-Sein“ als ein Angebot zur politischen Selbstpositionierung und Solidarität gegen anti-asiatischen Rassismus (ebd). Sie ist als eine politische Identität zu verstehen, die auf geteilten Erfahrungen und Wissen basiert und darauf abzielt, aus der spezifischen Form rassistischer Unterdrückung heraus Allianzen und Widerstand zu formen.

Für die zweite Generation ist „asiatisch“ oft eine Kategorie, die sie aktiv zur Selbstbeschreibung nutzen, auch wenn diese historisch und gesellschaftlich als Fremdzuschreibung entstanden ist. Dies ermöglicht es ihnen, Erfahrungen von Diskriminierung, Zugehörigkeitskonflikte und kulturelle Verortung sichtbar zu machen, ohne dass sie sich ausschließlich über die Migrationsgeschichte der Eltern definieren müssen. Zugleich bleibt die kritische Reflexion bestehen: In der Forschung gilt „Migrant:in der zweiten Generation“ oft als problematische Fremdkategorie, die rassistische Zuschreibungen reproduziert. (Söylemez, 2024) Die Arbeit erkennt diesen Spannungsbogen an und nutzt die Begriffe differenziert - als Selbstbezeichnung der Betroffenen einerseits, als kritische analytische Kategorie andererseits.

Inspiration für eine solche politische Kategorienbildung lieferte die US-amerikanische pan-asiatische Bewegung („Asian American“), die in den 1960er Jahren aus antirassistischen Kämpfen entstand. Dieser Begriff vereint Menschen unterschiedlicher ethnischer Herkunft (aus Ost-, Südost- und Südasien sowie dem Pazifikraum) und fungiert als Instrument der Kulturkritik und der Wiederaneignung („Reclaiming“) der eigenen Identität gegenüber dominanten, vereinnahmenden Narrativen (Ha, 2021). In diesem Sinne bedeutet „asiatisch sein“ im Forschungszusammenhang dieser Arbeit, sich innerhalb einer komplexen transnationalen Diaspora zu verorten und eine Identität zu entwickeln, die gemeinsame Rassismuserfahrungen benennt, um kulturelle und politische Selbstbestimmung jenseits monolithischer Klischees zu ermöglichen.

Ein zentrales, diese Fremdzuschreibung prägendes und die Gruppe hierarchisierendes Narrativ ist der „Model Minority“-Mythos. Er konstruiert asiatische Menschen als vermeintlich gut integrierte, bildungs- und erfolgsorientierte Minderheit, die sich durch Fleiß und angepasstes Verhalten („Quiet Integration“) auszeichne (Schindler, 2021). Dieser Mythos dient mehreren Funktionen: Erstens stereotypisiert und vereinheitlicht er eine heterogene Gruppe. Zweitens erzeugt er einen Anpassungsdruck auf die Individuen, der mit der Internalisierung von Stereotypen und der Erfüllung enger Verhaltenserwartungen einhergeht (Schindler, 2021). Drittens wirkt er hierarchisierend und unsichtbarmachend: Einerseits spielt er unterschiedliche diskriminierte Gruppen gegeneinander aus, andererseits delegitimiert er die Erfahrungen von anti-asiatischem Rassismus, indem er eine pauschale Erfolgsgeschichte behauptet und Leid sowie strukturelle Benachteiligung unsichtbar macht (Schindler, 2021).

Die kritische Dekonstruktion dieses Mythos (Schindler, 2021) ist für diese Arbeit fundamental, da er die spezifischen psychischen Belastungen der Zielgruppe direkt beeinflusst: Er erzeugt Leistungsdruck, erschwert die Thematisierung psychischer Probleme und überlagert die Anerkennung rassistischer Traumatisierungen. Die Kategorie „asiatisch sein“ wird somit in der vorliegenden Analyse als ein politisierter und umkämpfter Aushandlungsraum verstanden, der sich zwischen rassistischen Fremdzuschreibungen (wie dem „Model Minority“-Mythos) und emanzipatorischen Strategien der Selbstbehauptung und Solidarisierung bewegt. Für diese Arbeit wird daher bewusst auf eine Festlegung spezifischer Herkunftsländer oder phänotypischer Merkmale verzichtet; maßgeblich ist bereits die Bezugnahme auf den Kontinent Asien,

auch wenn bestimmte Regionen oder Länder gesellschaftlich nicht durchgängig als „asiatisch“ gelesen werden. Welche biografischen Erfahrungen, Migrationsgeschichten und Formen der Selbstverortung unter „asiatisch sein“ verstanden werden, bleibt somit den Betroffenen selbst überlassen. Vor diesem Hintergrund werden die psychosozialen Dynamiken und die daraus resultierenden Belastungen im Kontext der PTBS-Diagnose der zweiten Generation untersucht.

2.6. Dekoloniale Perspektiven auf globale PTBS-Diagnostik

Die dekoloniale Kritik entlarvt das westliche PTBS-Konzept als partikulares, machteladenes Wissenssystem. Sie macht sichtbar, was in standardisierten Diagnosemanualen systematisch ausgelassen wird: die historisch-politischen Kontexte von Migration, die Wirkung rassistischer und gender-spezifischer Strukturen sowie die subjektiven, kulturell geprägten Sinngebungen der Betroffenen (Mills, 2013; Connell, 2011). Genau diese Leerstellen und die daraus resultierenden spezifischen Komplexitäten stehen im Zentrum der vorliegenden Arbeit.

Für Menschen mit asiatischer Migrationsgeschichte sind diese Lücken besonders relevant. Die PTBS-Diagnose betrifft nicht nur individuelle psychische Erfahrungen, sondern interagiert mit gesellschaftlichen Zuschreibungen, Rassismus, familiären Erwartungen und der eigenen Selbstverortung innerhalb der transnationalen Diaspora (Ha, 2021). Sie fungiert somit als prismatischer Zugang, um historische Gewalt, gegenwärtige Diskriminierung und kulturelle Hegemonie gleichzeitig zu betrachten. Positive Stereotype, wie sie im „Model Minority“-Mythos enthalten sind, üben spezifischen Druck auf Individuen aus, akademische und berufliche Exzellenz zu erreichen, während psychische Belastungen und Probleme unsichtbar bleiben. Gleichzeitig erschweren sie die Suche nach Hilfe, da psychische Erkrankungen als Schwäche oder kulturell „unangemessen“ interpretiert werden (Schindler, 2021). Für die Zielgruppe der Studie bedeutet dies, dass ihre individuellen psychischen Belastungen häufig mit gesellschaftlichen Erwartungen kollidieren.

Traumaerfahrungen der Elterngeneration, etwa Krieg, Vertreibung oder Diskriminierung, wirken sich auch auf nachfolgende Generationen aus, selbst wenn diese die

ursprünglichen Ereignisse nicht direkt erlebt haben (Pausch & Matten, 2018). Ja nach kultureller Prägung und familiären Umständen der Person könnte das Verständnis von Trauma ein anderes sein, sowie die Erwartung an den Umgang damit. Für die nachfolgende Generation, die in dieser Arbeit untersucht wird, bedeutet dies, dass psychische Belastungen eng mit familiären Narrativen und intergenerationalen Erwartungen verknüpft sind. Die PTBS-Diagnose trifft somit auf bereits bestehende, durch Migration geprägte Traumakontexte.

Das Erleben von Rassismus, Xenophobie und anderen Formen der Diskriminierung, einschließlich Mikroaggressionen, trägt signifikant zur psychischen Belastung bei. Gleichzeitig kann das Vertrauen in Institutionen untergraben werden, etwa wenn Therapieangebote oder Diagnostik kulturell unangemessen sind oder stereotype Erwartungen reproduzieren (Schouler-Ocak et al., 2020; Hofmeister, 2015). Diese Machtasymmetrien können sich in institutioneller Gewalt im Gesundheitssystem manifestieren und verstärken die Notwendigkeit einer kritischen, transkulturellen Perspektive.

Die Analyse dieser Mechanismen zeigt, dass die PTBS-Diagnose nicht nur ein individuelles medizinisches Konzept ist, sondern in engem Wechselspiel mit gesellschaftlichen Zuschreibungen, Rassismuserfahrungen und familiären Kontexten wirkt. Sie eröffnet damit einen Zugang, um die spezifischen Herausforderungen und Aushandlungsprozesse von Menschen mit asiatischer Migrationsgeschichte zu verstehen.

3. Forschungsinteresse und -ziele

Die vorliegende Masterarbeit zielt darauf ab, ein vertieftes Verständnis der komplexen Zusammenhänge zwischen PTBS-Diagnosen, kulturellen Verständnissen und den Lebensrealitäten von asiatischen Migrant:innen der zweiten Generation zu erlangen. Angesichts der im theoretischen Rahmen dargelegten Kritik an universalistischen Krankheitsmodellen und der Bedeutung dekolonialer Perspektiven wird die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung dieser Thematik offensichtlich. Die Forschungsfrage ist so konzipiert, dass sie die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen in den Mittelpunkt rückt und gleichzeitig strukturelle sowie machtkritische Aspekte beleuchtet.

Die zentrale Forschungsfrage dieser qualitativen Untersuchung lautet:

Wie werden PTBS-Diagnosen von im deutschsprachigen Raum sozialisierten Personen der zweiten Generation Migrationsgeschichte aus Asien kulturell verstanden, bewertet und in ihren Lebensrealitäten verhandelt, insbesondere im Spannungsfeld dominanter westlicher Krankheitskonzepte und unter Berücksichtigung dekolonialer Perspektiven?

Zur detaillierten Beantwortung der Hauptforschungsfrage werden die folgenden Unterfragen explorativ bearbeitet:

Wie deuten asiatische Migrant:innen der zweiten Generation ihre psychischen Belastungen und welche Begriffe verwenden sie dafür jenseits westlicher medizinischer Terminologie?

Welche Rolle spielen familiäre, gemeinschaftliche und kulturelle Narrative sowie trans-generationale Traumata bei Verarbeitung und Ausdruck psychischer Belastung?

Wie erleben asiatische Migrant:innen der zweiten Generation die Konfrontation mit der Diagnose PTBS, sowohl hinsichtlich ihrer Selbstwahrnehmung als auch in Bezug auf ihre sozialen Beziehungen?

Welche Erfahrungen machen asiatische Migrant:innen der zweiten Generation mit dem Gesundheitssystem und dessen Diagnostik von PTBS, insbesondere im Hinblick auf sprachliche, kulturelle und strukturelle Barrieren?

Welche Coping-Strategien und Hilfsressourcen, sowohl innerhalb als auch außerhalb des formalen Gesundheitssystems, nutzen asiatische Migrant:innen der zweiten Generation im Umgang mit psychischer Belastung bzw. welchen Zugang haben sie?

Die Forschungsfrage und die Unterfragen sind bewusst in postkoloniale Theorien und Diskurse eingebettet. Dies ermöglicht eine kritische Auseinandersetzung mit der Hegemonie westlicher Psychologie und Psychiatrie. Es geht nicht nur darum, die Erfahrungen der Betroffenen zu erheben, sondern auch zu analysieren, wie globale und lokale Machtstrukturen die Kategorisierung, Pathologisierung und das Erleben von psychischer Gesundheit und Krankheit beeinflussen (Böddeker et al., 2025). Die Studie hinterfragt die Universalität des PTBS-Konzepts und sucht nach alternativen Verständnissen, die individuellen Lebenswelten gerecht werden. Die Einbettung in postkoloniale Theorien erlaubt es insbesondere, zwei zentrale analytische Ebenen zu verbinden: Erstens die epistemologische Kritik an der westlichen Hegemonie in der Wissensproduktion über psychische Gesundheit (Mills, 2013). Zweitens die Analyse der Ausschlussmechanismen, die im konkreten Handlungsfeld des Gesundheitssystems wirksam werden und die Lebensrealitäten der Befragten strukturieren (Jones, 2012; Schouler-Ocak et al., 2020). Dadurch wird die individuelle Aushandlung von Diagnosen als ein Akt innerhalb globaler Machtgefüge verstehbar.

Aus der Forschungsfrage und den Unterfragen ergeben sich folgende primäre Ziele der Studie: Die Studie soll zeigen, wie asiatische Migrant:innen der zweiten Generation psychische Belastungen kulturell interpretieren und welche alternativen Verständnisse zu westlichen Diagnosekonzepten existieren. Die Arbeit beabsichtigt, die individuellen und kollektiven Strategien im Umgang mit psychischer Belastung und der PTBS-Diagnose zu identifizieren. Die Ergebnisse sollen einen Beitrag zur Erweiterung der dekolonialen Psychologieforschung leisten, indem sie aufzeigen, wie globale und lokale Ungleichheiten die psychische Gesundheit und deren Versorgung von marginalisierten Gruppen prägen. Aus den gewonnenen Erkenntnissen sollen Implikationen und Empfehlungen für eine kultursensible und machtkritische Traumaversorgung sowie für die Gestaltung von psychosozialen Angeboten abgeleitet werden, die den Bedürfnissen von asiatischen Migrant:innen der zweiten Generation besser entsprechen.

4. Zentrale Begriffe und Definition

Die Kategorie „asiatische Migrant:innen zweiter Generation“ wird in dieser Arbeit als analytische Bezeichnung verwendet, um eine spezifische Bevölkerungsgruppe innerhalb der deutschsprachigen Gesellschaft zu erfassen. Die Definition erfolgt unter expliziter Berücksichtigung der zuvor herausgearbeiteten begriffskritischen und postkolonialen Perspektive (Niehr, 2020). Als „asiatische Migrant:innen zweiter Generation“ werden in dieser Arbeit Personen verstanden, die

- in Deutschland oder Österreich geboren und/oder hier aufgewachsen sind und
- deren Eltern, ein Elternteil oder beide, aus einem asiatischen Land nach Deutschland oder Österreich migriert sind (vgl. die Definition der „als Deutsche geborenen Nachkommen“ beim Statistischen Bundesamt 2019).

Diese Personen haben den Migrationsprozess selbst nicht durchlebt, sind jedoch durch die Migrationsgeschichte und kulturellen Erfahrungen der Eltern familiär sozialisiert. Die Befragten besitzen i.d.R. die deutsche oder österreichische Staatsbürgerschaft durch ius soli oder Einbürgerung (Faroutan, 2022) und sind in ihren Bildungsinstitutionen sozialisiert. Um Stigmatisierung und Homogenisierung zu vermeiden, werden die folgende Abgrenzungen vorgenommen.

Diese Forschungsarbeit setzt sich kritisch mit dem Begriff „Migrant:in“ auseinander. Der Terminus „Migrant:in“ wird bewusst nicht auf die zweite Generation angewendet (Yildirim 2018). Ihre Lebensrealität ist primär durch das Aufwachsen in Deutschland oder Österreich geprägt. Die Verwendung des Attributes „zweite Generation“ markiert diese Differenz und stellt die Verwurzelung in der deutschsprachigen Gesellschaft in den Vordergrund, analog zur gewählten Terminologie „Personen asiatischer Herkunft der zweiten Generation“.

Die Generationenzugehörigkeit „Zweite Generation“ wird als soziokulturelles Konzept verstanden. Im Fokus stehen die Erfahrungen des Aufwachsens in einem Umfeld, das von der Spannung zwischen der familiären Herkunft und der deutschsprachigen Gesellschaft geprägt ist. Die Definition zielt darauf ab, folgende für die Forschung zentrale Dimensionen der Lebensrealität dieser Gruppe zu erfassen:

Die Diskrepanz zwischen dem eigenen Selbstbild und der häufig ethnisierten Fremdwahrnehmung als „anders“ oder mit „Migrationshintergrund“ ist konstitutiv (Karabulut, 2022). Trotz formaler Inklusion durch den deutschen/österreichischen Pass erfahren viele Angehörige der zweiten Generation eine faktische Exklusion, da Zugehörigkeit weiterhin über ethnische Kategorien definiert wird (ebd). Während die Gruppe statistisch unter den „Migrationshintergrund“ fällt (Statistisches Bundesamt, 2019), dient dieser Begriff hier nur der groben Verortung. Die qualitative Untersuchung zielt darauf ab, die subjektiven und komplexen Identitäten und Zugehörigkeitserfahrungen jenseits dieser vereinfachenden Einordnung zu verstehen. Diese Definition unterstreicht, dass die Untersuchung einen integralen Teil der deutschsprachigen Gesellschaft untersucht, dessen Zugehörigkeit jedoch durch fremde Zuschreibungen mitbestimmt wird.

Der Begriff „asiatisch“ wird in dieser Arbeit als deskriptive, pan-ethnische Kategorie verwendet, die auf die geografische Herkunft der Elterngeneration verweist und den gesamten asiatischen Kontinent umfasst. Es wird anerkannt, dass diese Kategorie heterogene Gruppen vereint und bestehende Differenzen potenziell homogenisiert (Söylemez, 2024). Der Begriff dient daher nicht der Essentialisierung einer gemeinsamen Identität. Zugleich wird berücksichtigt, dass die soziale Fremdzuschreibung durch die Mehrheitsgesellschaft nicht einheitlich erfolgt, sondern je nach zugeschriebener Herkunft, Religion oder äußerer Wahrnehmung variiert. Die Verwendung des Begriffs erfolgt somit als analytische Klammer zur Untersuchung von Othering-Prozessen, ohne eine homogene Erfahrung oder Fremdzuschreibung zu unterstellen (Frenzel, 2021; Karabulut, 2022).

Im Rahmen dieser Arbeit wird die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nicht als objektive, rein biomedizinische Tatsache, sondern als ein kulturell und historisch spezifisches, westlich geprägtes Krankheitskonstrukt verstanden, das in gesellschaftliche Machtstrukturen eingebettet ist (Mills, 2013). Die Diagnose wird hier als ein sozialer und diskursiver Prozess betrachtet, durch den bestimmte Formen von Leid eine medizinisch legitimierte Benennung erhalten, während andere Ausdrucksweisen möglicherweise unsichtbar bleiben oder pathologisiert werden (Antić, 2021; Hofmeister, 2015).

Konkret bedeutet dies: Als „Person mit PTBS-Diagnose“ gilt in dieser Studie eine Person, der im klinisch-medizinischen Kontext des deutschen oder österreichischen Gesundheitssystems mindestens einmal die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ nach den Kriterien des ICD-10 gestellt wurde. Die Diagnose fungiert somit als analytischer Ankerpunkt, um den Zugang zu institutionellen Hilfesystemen, die Erfahrungen im klinischen Setting sowie die subjektive Aneignung und Bedeutung des Diagnose-Labels im Kontext von Migration, Kultur und Zugehörigkeit zu untersuchen (Schouler-Ocak et al., 2020).

Durch diese Perspektive wird die PTBS-Diagnose weniger als individuelles Pathologie-Siegel, sondern vielmehr als eine Schnittstelle verstanden, an der individuelles Leid, kulturelle Ausdrucksformen, klinische Praktiken und gesellschaftliche Machtverhältnisse, wie etwa rassistische Zuschreibungen oder koloniale Wissenshierarchien, zusammentreffen und verhandelt werden (Mills, 2013; Jones, 2012). Die Diagnose als Deutungsangebot zu verstehen, das die Betroffenen Patient:innen annehmen, interpretieren, verändern oder ablehnen können. Dieser Zugang erlaubt es, die Erfahrungen der interviewten Personen mit ihrer Diagnose vor dem Hintergrund der zuvor entwickelten kritischen und dekolonialen Perspektive auf das PTBS-Konzept zu analysieren.

5. Methodik

Für diese Studie wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um die komplexen, subjektiven Erfahrungen asiatischer Migrant:innen der zweiten Generation mit PTBS und deren kulturelle Deutungsmuster umfassend zu erfassen. Das Kapitel beginnt mit der Begründung des Forschungsdesigns und der Erhebungsmethode. Es folgen die Darstellung der Stichprobenziehung und des Erhebungsprozesses, die Erläuterung des analytischen Vorgehens sowie eine Reflexion ethischer Aspekte und der Forschungsqualität.

5.1. Forschungsdesign und Begründung der Methode

Um die Ziele der Studie in der notwendigen Tiefe zu explorieren, nutze ich ein qualitatives Forschungsdesign. Wie Clark et al. (2021) ausführen, fokussiert qualitative Forschung auf Sinn, Kontext und die fortwährende Entwicklung sozialer Phänomene durch gelebte Erfahrungen, im Gegensatz zu quantitativen Ansätzen, die eine messbare, statische Realität und numerische Daten betonen. Zudem zeichnet sich qualitative Forschung durch ihre Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an neue Themen und Erkenntnisse aus (Clark et al., 2021).

Dieser Ansatz ist für die vorliegende Studie besonders geeignet, da sie die kulturell geprägten Verständnisse von PTBS und die subjektiven Erfahrungen im diagnostischen Prozess untersucht. Das Thema ist hochkomplex, emotional und kontextabhängig, weshalb eine offene, interpretative Methode erforderlich ist, die individuelle Perspektiven und subtile Bedeutungszuschreibungen einfangen kann. Ein qualitatives Design erlaubt es, diese Erfahrungen aus der Perspektive der Betroffenen zu analysieren und nicht durch vorab definierte Kategorien einzuschränken (Clark et al., 2021).

Aufgrund des Fokus auf persönliche, möglicherweise traumatische Erfahrungen wurden leitfadengestützte Interviews als Erhebungsmethode gewählt. Sie sind besonders für sensible und subjektive Themen geeignet, da sie Flexibilität bieten und es den Teilnehmenden ermöglichen, ihre Erfahrungen und Perspektiven in eigenen Worten zu beschreiben (Denny & Weckesser, 2022; Knott et al., 2022). Konkret kamen semi-strukturierte Interviews zum Einsatz, die einen Satz vorformulierter, offener Fragen mit

der Flexibilität kombinieren, auf neu auftauchende Themen einzugehen (Denny & Weckesser, 2022). Dieses Format bot einen Mittelweg zwischen der festen Struktur vollstandardisierter und der vollständigen Offenheit unstrukturierter Interviews (Knott et al., 2022). Die Anpassungsfähigkeit im Gesprächsfluss, etwa durch Änderung der Fragenreihenfolge, Auslassungen oder Vertiefungen, war angesichts der sensiblen Thematik essentiell, um einen respektvollen und sicheren Gesprächsrahmen zu gewährleisten.

Der Interviewleitfaden orientierte sich an der zentralen Forschungsfrage und wurde mit Studienkolleg:innen sowie dem Betreuer der Masterarbeit überarbeitet. Somit sollten alle Regeln der wissenschaftlichen Praxis berücksichtigt werden. Zusätzlich wurde der finalisierte Leitfaden an eine Psychotherapeutin weitergeleitet, um sicherzustellen, dass keine potentiell retraumatisierenden Formulierungen vorhanden sind. Zudem gab sie mir konkrete Anweisungen zur traumasensiblen Durchführung des Interviews selbst.

5.2. Datenerhebung und Sample

Zur Rekrutierung der Interviewpartner:innen wurde ein gezieltes Sampling (Purposive Sampling) angewendet. Diese nicht-probabilistische Stichprobenmethode ist in der qualitativen Forschung verbreitet und wählt Teilnehmende basierend auf ihrer Relevanz für die Forschungsfrage aus (Clark et al., 2021; Knott et al., 2022). Es wurden Personen identifiziert, die über spezifische Erfahrungen verfügen, die tiefgehende Einblicke in den Untersuchungsgegenstand bieten können (Clark et al., 2021). Die Einschlusskriterien waren: Selbstidentifikation als asiatische Migrant:in der zweiten Generation, eine einmalig festgestellte PTBS-Diagnose und Wohnsitz im deutschsprachigen Raum.

Zur Identifizierung geeigneter Personen wurden gezielt Gemeinschaftsorganisationen und Vereine kontaktiert (z.B. Korientation e.V., Asian Germany, Mai Ling Vienna). Zusätzlich wurde Schneeball-Sampling (Snowball Sampling) eingesetzt, bei dem initiale Teilnehmende weitere Personen aus ihrem Netzwerk vorschlugen (Clark et al., 2021). Diese Kombination ermöglichte den Zugang zu einer vielfältigen Gruppe.

Im Einklang mit dem explorativen Zweck der Studie war das Ziel, Code-Sättigung zu erreichen. Also bis zu dem Punkt, an dem aus zusätzlichen Interviews keine neuen thematischen Codes mehr hervorgehen (Hennink et al., 2017). Es wurden insgesamt 6 Interviews geführt. Das Sample umfasste ausschließlich weiblich gelesene Personen im Alter von Mitte 20 bis Mitte 30. Alle verfügten über einen mindestens ersten akademischen Abschluss (Bachelor oder gleichwertig) oder befanden sich im Studium. Die angegebenen Staatsangehörigkeiten bzw. Herkunftsländer der Großeltern- und Elterngeneration umfassten China, Vietnam, Kasachstan und die Türkei. Diese Angaben beziehen sich auf heutige Staatsgrenzen und implizieren keine spezifische ethnische Zugehörigkeit. Alle Teilnehmenden hatten eine PTBS-Diagnose erhalten, teilweise lagen komorbide weitere Diagnosen vor. Es ist anzumerken, dass die Rekrutierung über akademische und aktivistische Netzwerke eine gewisse Selektivität bedingt, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt wird (Hennink et al., 2020).

Vor jedem Interview wurde ein ausführliches Vorgespräch zur Aufklärung, zum Screening der aktuellen psychischen Stabilität und zum Vertrauensaufbau geführt. Alle Teilnehmenden gaben ihr schriftliches und mündliches Einverständnis. Die Interviews wurden je nach Präferenz online oder in Präsenz durchgeführt, aufgezeichnet, vollständig anonymisiert transkribiert und die Audiodateien nach Abschluss der Analyse gelöscht. Eine wichtige methodische und forschungsethische Grenze dieser Arbeit liegt darin, dass die Selbstauskunft der Teilnehmenden über eine klinisch gestellte PTBS-Diagnose als hinreichend angesehen wird. Es wurden keine medizinischen Dokumente, wie Diagnoseberichte, eingefordert. Diese Entscheidung dient dem Schutz der Privatsphäre und der Würde der Teilnehmenden, da die Aufforderung zur Vorlage persönlicher Patientendaten als intrusiv und potenziell retraumatisierend hätte empfunden werden können (Böddeker et al., 2025).

Dies bedeutet, dass die Studie auf der subjektiven Gewissheit und dem Erfahrungsbericht der interviewten Personen basiert. Diese Herangehensweise ist für die Forschungsfrage konsequent, da nicht die medizinische „Objektivität“ der Diagnose, sondern ihre subjektive Realität und soziale Wirksamkeit im Leben der Betroffenen im Mittelpunkt steht. Es wird somit analysiert, welche Bedeutung und welchen Stellenwert

das Label „PTBS“ für die Identitäts- und Zugehörigkeitskonstruktion der zweiten Generation erlangt, unabhängig von seiner formalen klinischen Validierung. Diese Perspektive unterstreicht den dekolonialen Ansatz der Arbeit, der westliche, institutionell autorisierte Wissensformen, wie diese Diagnose, nicht unkritisch über die Selbstdeutungen der Betroffenen stellt (Mills, 2013; Antić, 2021). Als methodische Einschränkung wird dabei anerkannt, dass das Vorliegen einer klinischen Diagnose damit nicht unabhängig verifiziert ist. Dieser Verzicht auf externe Validierung wird jedoch als notwendige und begründete Abwägung zugunsten des ethischen Forschungsgebots des „do no harm“ und der Fokussierung auf die lebensweltliche Perspektive der Teilnehmenden vorgenommen.

Zentral für das Sampling und die ethische Grundhaltung war das Vertrauen in die Selbstauskunft der Teilnehmenden. Dies galt nicht nur für die PTBS-Diagnose, sondern auch auf die Familien- und Migrationsgeschichte. Es erfolgte keine Überprüfung von Geburtsorten der Eltern oder Großeltern, Aufenthaltsdokumenten oder anderen familiären Hintergrunddaten. Menschen, die sich selbst als „asiatische Migrant:innen der zweiten Generation“ identifizierten und angaben, dass mindestens ein Elternteil aus einem asiatischen Land nach Deutschland oder Österreich migriert sei, wurden in die Stichprobe aufgenommen. Diese Inklusion erfolgte bewusst unabhängig von ihrem spezifischen Phänotyp oder der detaillierten geografischen Herkunft der Vorfahren.

Dieses Vorgehen orientiert sich an einem subjektivitätszentrierten und konstruktivistischen Forschungsverständnis, bei dem die Selbstverortung und -definition der Interviewten den Ausgangspunkt bildet. Es anerkennt, dass Kategorien wie „asiatisch sein“ oder „zweite Generation“ soziale und identitäre Zugehörigkeiten beschreiben, die nicht allein durch objektive biografische Daten erfassbar sind, sondern durch die Betroffenen selbst ausgehandelt und gelebt werden (Pfaff 2020). Folglich wird die empfundene und erzählte Zugehörigkeit zum primären Kriterium der Analyse. Dies entspricht der dekolonialen Kritik an der Kategorisierung durch äußere Autoritäten (Niehr 2020: 22) und stellt das Selbstverständnis der Teilnehmenden ins Zentrum der Untersuchung ihrer Zugehörigkeitserfahrungen.

5.3. Datenanalyse

Zur systematischen Auswertung der Interviewdaten wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) gewählt. Sein strukturierender Ansatz ermöglicht ein regelgeleitetes, theorieinformiertes und transparentes Verfahren der Kategorienbildung. Diese Methodik eignet sich besonders gut um komplexe, subjektive Sinnzusammenhänge zu erfassen und die Interpretation mit der Theorie zu verbinden.

Gestützt durch die Software MAXQDA, wurde in Anlehnung an Mayrings (2022) deduktiv-induktives Verfahren vorgegangen. Auf Basis des theoretischen Rahmens und des Interviewleitfadens wurde zunächst ein deduktives, vorläufiges Kategoriensystem entwickelt. Aufgrund des explorativen Charakters der Studie und der Vielschichtigkeit der Daten wurde dieses System im Analyseprozess durch induktiv gebildete Kategorien aus dem Material ergänzt und verfeinert. Diese kombinierte Vorgehensweise ist angezeigt, wenn sowohl theoretische Leitlinien als auch Offenheit für die Daten erforderlich sind (Mayring, 2022).

Die Anwendung dieses Verfahrens mündete in der untenstehenden Tabelle, dem dargestellten finalen Kategoriensystem. Dieses besteht aus den vier deduktiv angelegten Hauptkategorien Migration und Identität, Krankheitsverständnis, Interkulturelle Auseinandersetzung und Institutionelle Gewalt. Diese wurden im Zuge der Datenanalyse durch zahlreiche, induktiv aus den Interviews gewonnene Subcodes ausdifferenziert und mit konkreten Definitionen sowie Ankerbeispielen versehen. So wurden beispielsweise innerhalb der Kategorie Krankheitsverständnis datengeleitete Unterscheidungen nach der zeitlichen Dimension und der subjektiven Bewertung getroffen. Um der Offenheit für unerwartete Sinnzusammenhänge gerecht zu werden, wurde zudem eine fünfte, rein induktive Offene Kategorie etabliert.

Der gesamte Prozess der Kategorienbildung wurde in enger Abstimmung mit der betreuenden Person durchgeführt. Das sich entwickelnde Kategoriensystem wurde in mehreren Feedback-Schleifen diskutiert, überprüft und präzisiert. Diese Reflexion diente der Sicherung der analytischen Schärfe, der Konsistenz der Kodierregeln und der Validität der Kategorien im Hinblick auf die Forschungsfrage. Die finale Struktur des Kategoriensystems stellt somit das Ergebnis eines systematischen, theorie- und datengeleiteten sowie durch Supervision begleiteten Analyseprozesses dar.

Jede Kategorie, von Kategorie 1 (K1) bis Kategorie 5 (K5) wurde klar definiert und mit Kodierregeln versehen. Nicht alle theoretischen Konzepte wurden direkt als Codes operationalisiert, Einige dienten als analytische Referenzpunkte für die spätere Diskussion. Zur Sicherung der Nachvollziehbarkeit und zur Reflexion des analytischen Prozesses wurden durchgehend reflexive Memos geführt, die eigene Vorannahmen, Interpretationsentscheidungen und die Entwicklung des Kategoriensystems dokumentieren (Kuckartz & Rädiker, 2023; Tracy, 2010).

Codiertabelle

K1. Migration und Identität

Code Name	Definition	Ankerbeispiel
K1.1. Migrationsgeschichte	Familiäre und eigene Migrationserfahrung	„Also meinem Vater war sehr klar, er möchte nicht in Vietnam Kinder großziehen. Und dann haben sie eben zusammen beschlossen, dass sie nach Deutschland migrieren, versuchen, hier Asylantrag zu stellen.“
K1.2. Identität	Identität nach Yuval Davis (2006)	
K1.2.1 sozialräumliche Verortung	Communities und Erfahrungen im Umfeld	„Ich bin im östlichen Teil von Berlin aufgewachsen und da habe ich gar keine Vietnamesinnen, Asiatinnen oder ähm Menschen mit Migrationshintergrund gehabt. Deswegen habe ich mich immer anders gefühlt...“ (Person 6)
K1.2.2. emotionale Verbundenheit	eigene Entscheidung und emotionale Bewertung	„Vietnamesisches Essen ist für mich immer zu Hause.“ (Person 4)
K1.2.3. Gesellschaftliche und politische Barrieren	Gesellschaftliche Aushandlung, Politik, Medien	„Allein, dass man in Deutschland ständig daran erinnert wird, nicht deutsch zu sein, dass ich Angst habe auf der Straße.“ (Person 5)

K2. Krankheitsverständnis

Code Name	Definition	Ankerbeispiel
K2.1. Medizinische und therapeutische Behandlung	Jegliche Erlebnisse in medizinischen und psychotherapeutischen Kontexten; in positive (+) und negative (-) Erfahrung, auch Rassismuserfahrungen	„Also ich hatte einen ganz tollen Hausarzt, der auch sehr schnell erkannt hat, dass ich da mehr brauche als nur 'Ja, ich brauche gerade mal eine Woche Krankschreibung'." (+) (Person 4) „Und ich habe halt während des Therapieprozess (...) gemerkt, (...) wenn ich es ihr nicht extra erkläre, auf jeden Fall nicht ganz nachvollziehen kann, wie es ist, wenn du halt mit zwei Kulturen aufwächst." (-) (Person 6)
K2.2. Körper/Emotion/Widerstand	Unterscheidung in Ausdrücke und Symptome vor (0), während (1), nach (2) der Behandlung. Welche Begriffe werden wann verwendet?	
K2.2.1. körperliche Dimension	Körperliche Dimension von Heilung und Trauma	„Wenn ich meine Hand so auf den Tisch gelegt habe, und ein Finger angehoben habe, hat er so gezittert." (0) (Person 2) „Einfach innerhalb von dieser einen Session, (...) wirklich die Hälfte von meinen Spannungsschmerzen (...), die war(en) wie weggeblasen." (1) (Person 1) „Nicht einfach aufzugeben, nur weil einer sagt (...), das wäre dann nur in deinem Kopf. Weil wenn dein Körper so auf etwas stark reagiert, dann ist es definitiv nicht in deinem Kopf und würde dir eher etwas wichtiges mitteilen." (2) (Person 1)
K2.2.2. emotionale Dimension	Emotionale Dimension von Heilung und Trauma	„Ich dachte: 'ja, das kriege ich hin' oder so, so, 'Andere haben es schlimmer'. Und dadurch

		war mir, war mir das tatsächlich gar nicht so bewusst, dass ich therapeutische Hilfe brauche." (0) (Person 6) „Ich fand nichts an mir komisch. Ich habe da echt nichts gemerkt." (0) (Person 5) „Ich habe das überhaupt nicht ernst genommen. Also wenn da irgendwas stand mit Depression, bla bla bla. Ich war so: whatever" (1) (Person 5) „Ich habe plötzlich auch verstanden, also warum ich in der Vergangenheit so viel durchs Tanzen kompensiert habe." (2) (Person 1)
K2.3. Bewertung der PTBS Diagnose	Diagnose wirkt als Belastung oder Entlastung? Welche Worte?	
K2.3.1. persönliche Bewertung	Vor der Diagnose (0), unmittelbar zur Diagnose (1), nach der Diagnose (2)	„Ich bin doch nicht falsch und es ist doch in Ordnung" (1) (Person 2)
K2.3.2. Bewertung durch das Umfeld	Aussagen und Handlungen durch das Umfeld, aber auch persönliche Einschätzung	„Aber ich hatte halt so Panik, dass meine Eltern mich dann verstoßen". (Person 1) „Und es ist nicht nur etwas, worüber man nicht redet. Es ist auch etwas, worüber man sich schämt." (Person 3)

K3. Interkulturelle Aushandlung

Code Name	Definition	Ankerbeispiel
K3.1. Beziehungsdynamik mit der (interkulturellen) Familie	Wie stehen die Interviewpartnerinnen zu ihrer Familie, wie ist die Beziehung? (Achtung: Muss nicht zwingend mit Interkulturalität verknüpft sein)	„Ich hatte halt schon damals, also schon lange Zeit, ein sehr distanziertes Verhältnis mit meinen Eltern.“ (Person 1) „Und dass ich jetzt von meiner Familie nie umarmt wurde, das fand ich jetzt auch nicht komisch.“ (Person 4)
K3.2. Sprachliche Barrieren	Sprachlich Kommunikations- oder Verständnisschwierigkeiten	„Also mein Papa konnte nicht [Zum Elternabend in der Schule], der hat halt gearbeitet und meine Mama, selbst wenn sie konnte, war es für sie sprachlich nicht verständlich, was sie da soll.“ (Person 4) „Und ich habe Google Übersetzer gehabt für einzelne Wörter, die ich dann übersetzen muss, damit [meine Mutter] mich besser versteht.“ (Person 3)
K3.3. Alltagsverständnis	(Kulturelle) Missverständnisse im alltäglichen Leben	„Also für die gibt es psychische Erkrankungen nicht. Sie verstehen das Konzept davon nicht.“ (Person 4) „Und [die Lebenserfahrung der Eltern] ist aber nicht meine Lebensrealität. (...) Ich habe andere Sachen erlebt. Auf der Arbeit, auf der Straße, im Schulkontext.“ (Person 2)
K3.3. Intergenerationale Differenzen	Verschiedenes Verständnis aufgrund der Generation	„Was ich noch spannend fand, (...) war zu checken: ‘Ach Moment mal, meine Eltern sind ja selber Kriegskinder’.“ (Person 4)

K4. Institutionelle Gewalt

Code Name	Definition	Ankerbeispiel
K4. Institutionelle Gewalt	Institutionelle Diskriminierung aufgrund von der Herkunft oder der Ethnie; Machtasymmetrien	„Ich habe offiziell nachgeschaut, was (...) laut dem österreichischen Gesetz als 50 % Behinderung gilt. Hatte alle Kriterien erreicht. Habe meine Anfrage geschickt, wurde abgelehnt, habe eine Beschwerde eingereicht, habe nochmal das einreichen lassen und dann hat mich Österreich sechs Monate, wenn nicht länger, warten lassen. (...) Habe ich österreichische weiße Freunde, die keinen Migrationshintergrund haben, die innerhalb von zwei, drei Wochen ihre fixe Antwort bekommen haben, mit weitaus milderer Diagnosen? Ja.“ (Person 3)

K5. Offene Kategorie

Code Name	Definition	Ankerbeispiel
K5. offene Kategorie: unerwartete Sinnzuschreibungen	Alle Aussagen, die keiner vorherigen Kategorie zugeordnet werden können, allerdings inhaltlich zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen könnten	„Da habe ich mir das auch, glaub ich, selber überhaupt nicht eingestehen wollen, dass [unsere Eltern] komisch sind. Und jetzt ist es, hilft es so, nicht ganz alleine damit zu sein.“ (Person 5)

5.4. Ethische Reflexion und Qualitätssicherung

Die vorliegende Studie befasst sich mit hochsensiblen Themen wie Trauma, Migration, Rassismus und psychische Gesundheit. Die Forschung ist sich ihrer besonderen ethischen Verantwortung gegenüber den Teilnehmenden und der Integrität des Forschungsprozesses bewusst. Um dieser Verantwortung gerecht zu werden, wurden ethische Prinzipien und Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Beginn an integriert und fortlaufend reflektiert. Zur systematischen Gewährleistung der Vertrauenswürdigkeit (Trustworthiness) der Studie wurden die acht „big-tent“-Kriterien für exzellente qualitative Forschung von Tracy (2010) zugrunde gelegt.

Die informierte Einwilligung war aufgrund der persönlichen und potenziell retraumatisierenden Natur des Themas von zentraler Bedeutung. Alle Teilnehmenden wurden in einem mehrstufigen Prozess umfassend über Ziele, Datenverwendung, Anonymisierung und ihr jederzeitiges Widerrufsrecht ohne Angabe von Gründen aufgeklärt. Zur Gewährleistung einer traumasensiblen Interviewführung wurden, in Absprache mit einer Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision, umfassende Vorkehrungen getroffen: Ein Vorgespräch diente dem Vertrauensaufbau, dem Screening der aktuellen psychischen Stabilität und der Klärung von Unterstützungsmöglichkeiten. Während des Interviews wurden Vereinbarungen zu nonverbalen Unterbrechungssignalen getroffen, sensible Fragen angekündigt und Pausen aktiv angeboten. Ein definiertes Notfallprotokoll lag vor. Alle Audioaufnahmen wurden nach der Transkription gelöscht. Die anonymisierten Transkripte lassen keinerlei Rückschlüsse auf die Personen zu.

Die eigene Position als Forscherin mit Migrationshintergrund und eigenen Erfahrungen im psychiatrischen System prägte die Studie in mehrfacher Hinsicht und erforderte eine kontinuierliche, kritische Selbstreflexion. Dieser persönliche Hintergrund ermöglichte einerseits einen empathischen Zugang und ein schnelleres Vertrauen, was tiefe, nuancenreiche Einblicke begünstigte. Andererseits bestand die Gefahr der Überidentifikation oder der unbewussten Projektion eigener Erfahrungen. Um diese Herausforderung methodisch zu adressieren, wurden folgende Maßnahmen ergriffen:

In der Datenanalyse wurde strikt zwischen der persönlichen Betroffenheit der Forscherin und der analytischen Kategorienbildung unterschieden. Interviewaussagen wurden mehrfach mit theoretischen Konzepten abgeglichen, um die Interpretation in den Daten zu verankern. Der Forschungsprozess wurde durch regelmäßigen Austausch mit dem Betreuer und nahestehenden Studienkolleg:innen begleitet. Potenziell belastende Interviewinhalte wurden zudem mit einer Psychotherapeutin besprochen. Dies diente sowohl zum Schutz der Teilnehmenden als auch zum eigenen Schutz der Forscherin. Die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse wurde durch methodische Transparenz und Gründlichkeit in allen Phasen angestrebt. Das gezielte und bewusste Sampling (Purposive und Snowball Sampling) sicherte die Relevanz der Teilnehmenden für die Forschungsfrage. Die Entwicklung des Interviewleitfadens erfolgte theoriebasiert und wurde traumasensibel geschärft.

Die Datenanalyse folgte dem systematischen, regelgeleiteten Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022), was die Nachvollziehbarkeit der Kategorienbildung sicherstellt. Die Kombination aus deduktiven und induktiven Codierverfahren gewährleistete sowohl theoriegeleitete Schärfe als auch Offenheit für die unerwarteten Nuancen der erzählten Erfahrungen. Die Studie zielt darauf ab, Resonanz zu erzeugen, indem sie die Stimmen der Teilnehmenden durch direkte, kontextualisierte Zitate in den Vordergrund stellt und ihre Handlungsmacht (Agency) im Umgang mit der Diagnose betont. Sie möchte einen bedeutsamen Beitrag für Theorie und Praxis leisten, indem sie kultursensible und intersektionale Perspektiven in die Traumaforschung und -diagnostik einbringt und so zu einer verbesserten, unterstützenden Versorgung von marginalisierten Gruppen beiträgt.

Abschließend erfüllt die Studie das Kriterium der sinnhaften Kohärenz (Tracy, 2010): Forschungsfrage, theoretischer Rahmen, methodisches Vorgehen und ethisch-reflexive Haltung bilden einen konsistenten und schlüssigen Gesamtzusammenhang. Die dargestellten Maßnahmen zur ethischen Reflexion und Qualitätssicherung sind kein nachträglicher Anhang, sondern ein integraler Bestandteil des gesamten Forschungsdesigns, das darauf abzielt, wissenschaftliche Strenge mit einer Ethik der Fürsorge und Verantwortung zu verbinden. Mögliche Limitationen, wie die soziale Selektivität des Samples, werden im Diskussionskapitel kritisch erörtert.

6. Empirische Auswertung

Dieses Kapitel präsentiert die zentralen Befunde aus den Interviews mit asiatischen Migrantinnen der zweiten Generation im deutschsprachigen Raum. Die Auswertung basiert auf der qualitativen Inhaltsanalyse der Gespräche mit sechs Teilnehmerinnen. Die Darstellung folgt der entwickelten Kategorienstruktur und veranschaulicht jede Kategorie durch zentrale Erfahrungsmuster und Deutungen der Teilnehmerinnen, die mit Originalzitaten belegt werden. Ziel ist es, die subjektiven Bedeutungen und Handlungsstrategien im Kontext der PTBS-Diagnose verdichtet abzubilden. Die analytische Interpretation und theoretische Kontextualisierung erfolgt im anschließenden Diskussionskapitel 7.

6.1. Migration und Identität

Die Kategorie „Migration und Identität“ bildet den biografischen Rahmen für die Erfahrungen mit der PTBS-Diagnose. Die Interviewanalyse zeigt, dass die subjektive Traumaverarbeitung untrennbar mit den Migrationsgeschichten der Elterngeneration sowie den daraus folgenden Aushandlungen von Zugehörigkeit verbunden ist. Die Darstellung folgt der Drei-Ebenen-Struktur sozialer Zugehörigkeit nach Yuval-Davis (2006) und wird durch die Konzepte der politischen Kategorie „asiatisch sein“ (Ha, 2021) sowie des „Model Minority“-Mythos (Schindler, 2021) konturiert.

Die elterlichen Migrationsmotive konstituieren einen familialen Narrativ- und Erwartungshorizont. Person 5 berichtet, dass ihr Vater nicht in Vietnam Kinder großziehen wollte und die Eltern gemeinsam beschlossen, nach Deutschland zu migrieren und hier einen Asylantrag zu stellen. Person 1 hingegen beschreibt, dass der Traum ihrer Mutter eigentlich immer war, in die USA zu gehen, sie aber für ihren Vater nach Deutschland gegangen ist.

Die Ebene der sozialräumlichen Verortung bezeichnet nach Yuval-Davis (2006) gesellschaftlich zugeschriebene Positionen in Machtverhältnissen, nicht individuelle Selbstverortung. Die Teilnehmerinnen navigieren zwischen Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft; zentral ist dabei die gesellschaftliche Hierarchisierung der Sprachen. Person 5 beschreibt: „Ich spreche fließend Deutsch und habe, glaube ich, so eloquenter als andere. Und Chinesisch eher aus so einem Grundschulniveau. Und ich kann auch nicht lesen und schreiben. Also ich kann nur sprechen.“ Person 4 bekräftigt: „Deutsch ist halt die Sprache, in der ich denke, rede und mich am besten ausdrücken kann. Merke ich dann auch natürlich im Kontakt mit Vietnames:innen.“

Die Suche nach Community mit ähnlichen Erfahrungen wird als biografisch bedeutsam geschildert. Person 1: „Bis vor kurzem habe ich mir sehr wenig Mühe gegeben mit meiner asiatischen Community. [...] Jetzt in Leipzig bin ich da reingestolpert und habe angefangen, mich mehr zu engagieren.“ Das Ideal multipler Zugehörigkeiten formuliert sie: „Für mich passt es am besten, wenn ich Freundeskreise in beiden Welten habe.“ Dieses Ideal steht jedoch im Spannungsfeld mangelnder Authentizität. Person 2 beschreibt: „Ich spreche verschiedene Sprachen und bewege mich in sehr verschiedenen Kulturräumen. [...] Wenn ich etwas anderes anziehe oder mich anders bewege, werde ich komplett anderen Ländern zugeordnet.“

Die zweite Ebene, die emotionale Verbundenheit, umfasst affektive Bindungen, Identifikation und Sympathie gegenüber Orten, Gruppen oder Themen (Yuval-Davis, 2006). Die emotionale Bindung ist fluide, situativ und durch ein Dazwischen-Sein gekennzeichnet.

Reisen in die Herkunftsländer ermöglichen differenzierte Selbstverhältnisse. Person 5 reflektiert: „Je mehr asiatische Länder ich bereist habe, desto mehr habe ich diesen Unterschied bemerkt zwischen Asien und Deutschland. [...] Ganzheitliches körperliches Denken kommt schon aus dem Chinesischen, auch wie man groß geworden ist.“

Eine eindeutige nationale Kategorisierung wird mehrheitlich abgelehnt. Person 5: „Früher habe ich immer gesagt, ich fühle mich überhaupt nicht chinesisch, sondern voll deutsch. Das würde ich jetzt nicht mehr so behaupten. Ich würde sagen weder noch.“ Person 3: „Zu 100 % österreichisch kann ich mich nicht fühlen und ich kann mich auch nicht zu 100 % türkisch fühlen, weil ich nicht in der Türkei aufgewachsen bin, sondern

hier.“ Sie präzisiert: „Ich bin dazwischen. Egal in welchem von zweien ich bin, bin ich ein Ausländer und fühle mich nicht wirklich zu einer Nationalität hingezogen.“

Gleichzeitig fungieren kulturell kodierte Praktiken als stabile Bezugspunkte. Person 5: „Mein ganz natürliches Bewusstsein für Ernährung: Brot ist für mich kein Essen. [...] Ich habe von beiden Kulturen auf jeden Fall etwas.“ Person 4 bekräftigt: „Vietnamesisches Essen ist für mich immer zu Hause.“

Die Anerkennung hybrider Identität durch professionelle Akteure wird als wirksam beschrieben. Für Person 1 war ausschlaggebend: „Die Therapeutin hat auch Projekte in China gehabt.“ Person 6: „Ich hatte voll die Phase: wohin gehöre ich eigentlich und wollte immer dazugehören. [...] Ich fühle mich vietnamesisch-deutsch.“ Diese Entwicklung unterstreicht den prozesshaften Charakter emotionaler Verbundenheit.

Yuval-Davis dritte Ebene beschreibt die gesellschaftlichen und politischen Barrieren. In dieser Dimension der politischen Grenzziehung erfahren die Teilnehmerinnen institutionell, rechtlich oder diskursiv verankerte Hindernisse. Diese sind verwoben mit anti-asiatischem Rassismus (Ha, 2021) und dem Model Minority-Mythos (Schindler, 2021).

Die Markierung als fremd durch Name oder Aussehen ist alltäglich. Person 5 berichtet: „Im Alltag spielt das eine Rolle, weil mein Name, mein Nachname aus China ist. Sobald der Name genannt wird, wird immer gefragt, woher er kommt. Und ich habe schon schlechte Erfahrungen gemacht.“ Diese Erfahrungen führen zu internalisierten Ängsten: „Jedes Mal, wenn ich einen weißen, alten Menschen sehe, habe ich Angst, dass ich angepöbelt werde. Das liegt so verwurzelt überall drin.“

Als Antwort auf Ausschluss formulieren die Interviewten performative Anpassungsleistungen. Person 5: „Ich fühle mich unter nicht-Deutschen viel wohler und unter Deutschen muss ich schon ein bisschen die Schippe drauflegen, von wegen ich verdiene Geld und spreche besonders gut Deutsch, um akzeptiert zu werden.“ Diese Strategie spiegelt exakt den Mechanismus des Model Minority-Mythos wider, der Erfolg und sprachliche Assimilation zur Voraussetzung für bedingte Akzeptanz macht.

Ein wiederkehrender Konflikt ist die Vermittlung zwischen widersprüchlichen kulturellen Normen. Person 5 pointiert: „In der Therapie lernst du Grenzen zu setzen, aber du

kannst deiner Ausländerfamilie nicht sagen, ich setze jetzt meine Grenze. Das geht nicht so.“ Person 4 benennt die grundlegende Schwierigkeit: „Man muss eine Kultur erklären, deren Teile man nur selbst erlebt, und das ist schwierig, bevor andere überhaupt ein Problem verstehen.“ Diese normative Überlastung wird in allgemeinen Modellen postmigratorischen Stresses (Mills, 2013) oft unzureichend abgebildet.

Als entlastend und legitimierend wird professionelle Unterstützung erlebt, die diese Verortungskomplexität anerkennt. Person 1 betont: „Es hat geholfen, dass meine Therapeutin Migrationserfahrung hatte. Dadurch konnte sie nachvollziehen, was ich erlebt habe.“ Person 6 merkt an: „In der Charité gibt es explizit Angebote für vietnamesische Migrant:innen.“ Die Befunde verweisen damit sowohl auf strukturelle Barrieren im Gesundheitssystem (Schouler-Ocak et al., 2020) als auch auf konkrete Ansatzpunkte für anerkennende Praxis.

6.2. Krankheitsverständnis

Die Kategorie „Krankheitsverständnis“ analysiert, wie die Teilnehmerinnen ihre PTBS-Symptomatik erleben, deuten und innerhalb medizinischer sowie sozialer Kontexte verhandeln. Die Befunde offenbaren eine fundamentale Ambivalenz: Die Diagnose kann einerseits ein validierendes und entlastendes Erklärungsmodell sein, das die Deutungshoheit über chaotische Erfahrungen zurückgibt. Andererseits ist ihr Erwerb und ihre soziale Verwaltung oft mit strukturellen Barrieren im Gesundheitssystem, der Notwendigkeit kultureller Übersetzungsarbeit und der Konfrontation mit tief verwurzelter Stigmatisierung verbunden. Diese Aushandlungen werden vor dem Hintergrund der kritischen Perspektive auf die Universalität des westlichen PTBS-Konzepts (Mills, 2013; Connell, 2011) und der darin eingeschriebenen epistemischen Machtverhältnisse sichtbar.

6.2.1. Medizinische und therapeutische Behandlung

Die Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem sind durch eine starke Polarisierung gekennzeichnet. Positive Verläufe sind möglich, wenn das System zugänglich ist und professionelle Kompetenz mit einer Form kultursensibler Anerkennung zusammen-

fällt. Negative Verläufe hingegen sind geprägt von den strukturellen und epistemischen Barrieren, die in der Literatur für Menschen mit Migrationshintergrund beschrieben werden (Schouler-Ocak et al., 2020; Hofmeister, 2015).

Ein funktionierender, klarer Weg durch das System wird als lebenswichtig erlebt. Entscheidend für ein positives therapeutisches Bündnis ist dabei weniger die ethnische Herkunft der Therapeutin als vielmehr deren professionelle Haltung und die wahrgenommene Fähigkeit, komplexe, kulturell geprägte Realitäten anzuerkennen. Person 2 beschrieb ihre Erfahrung: „Ich hatte einfach das Glück, dass es auch ein empathischer Mensch war, der mich begleitet hat. [...] Es hat sich kultursensibel angefühlt, ohne dass dieser Begriff hier gefallen ist.“

Person 5 beschreibt hingegen die aktive Suche nach einer rassismuskritischen Therapie: „Als ich anfangs Therapiesuche hatte, war mir immer wichtig, dass ich jemanden habe, der auch sensibel ist, was Rassismus angeht.“

Die positive Erfahrung von Person 5 ist das empirische Gegenbeispiel zu dem von Mills theoretisch kritisierten Regelfall. Während die universalistische Praxis scheitert, weil sie kulturelle Spezifikationen ausblendet, gelingt hier Therapie, weil kulturelle Missverständnisse durch Neugierde und Offenheit beseitigt werden.

Die überwiegend berichteten Hürden entsprechen den in der Theorie beschriebenen doppelten Ausschlussmechanismen. Diese reichen von mangelnder Professionalität, etwa „mit der bin ich leider auseinander gegangen, weil sie dann doch nicht so professionell war“ (Person 5), über die Invalidierung des Leidens, „Ich habe mich so gefühlt, als wäre es [...] nicht schlimm genug“ (Person 2), bis hin zum konstanten Rechtfertigungsdruck. Person 3 beschreibt: „Ich musste aber schon mich sehr oft rechtfertigen in dem Sinne, warum ich gewisse Sachen so empfinde und erwähne.“

Ein zentrales Defizit ist die Abwesenheit genuiner kultureller oder migrationsspezifischer Kompetenz. Die Teilnehmerinnen müssen dabei die emotionale und kognitive Arbeit der Übersetzung leisten. Person 4 reflektiert: „Da merke [ich.] dass sie weiß ist und eben keinen asiatischen Background hat. Und dass ich [ihr] Familienstrukturen erklären musste.“ Diese erforderliche permanente Erklärungsarbeit stellt eine spezifische Belastung dar und reproduziert das von Hofmeister (2015) beschriebene Muster,

bei dem nicht-westliche Ausdrucksformen als erklärungsbedürftig und damit als defizitär markiert werden.

Der systemische Mangel wird explizit benannt und mit einem Appell an Erfahrungswissen verbunden. Person 3 wünscht sich: „mehr solche Ärzte, die den Migrationshintergrund kennen. [Nicht nur aus dem Buch], sondern halt auch aus Erfahrung kennen.“ Diese Aussage unterstreicht die Forderung nach psychotherapeutischem und medizinischem Personal mit verschiedenen kulturellen Erfahrungen.

6.2.2. Körperliche und emotionale Dimensionen

Diese Kategorie umfasst das Verständnis und die Wahrnehmung von Symptomen in ihrer körperlichen und emotionalen Ausprägung. Die Analyse zeigt, dass die PTBS-Erfahrung eine tiefgreifende Entfremdung von Körper und Gefühl mit sich bringen kann, die jedoch durch den Prozess der Diagnose und Auseinandersetzung einer charakteristischen, wenn auch nicht linearen, Transformation unterliegt. Während das biomedizinische Modell der PTBS diese Bereiche in distinkte Symptomkategorien trennt, offenbart das Erleben der Teilnehmerinnen deren untrennbare Verschränkung.

In der Phase vor der Diagnose existiert eine fundamentale Kluft zwischen körperlichen Signalen und ihrer emotionalen Einordnung. Person 1 berichtet von „somatischen Beschwerden“. Person 2 beschreibt massive physiologische Dysregulation: „Ich dachte, es ist irgendeine Form von Epilepsie“ und schildert ein „komplettes Nervensystem [das] einfach nicht mehr mitgemacht“ habe. Person 5 beschreibt einen akuten Suizidversuch als rein körperlichen, unkontrollierbaren Drang: „ich hatte einfach einen ganz, ganz sehnlichen Drang zu sterben“. Parallel dazu werden emotionale Zustände personalisiert. Person 5 deutete ihr jahrelanges Muster der Überforderung als charakterliche Gegebenheit: „Dieses ganze Thema ‚wird zu viel‘ das hat mich schon immer begleitet.“

Der Erhalt der Diagnose wirkt als katalytisches Ereignis. Die somatischen Symptome werden erstmals als Teil eines syndromalen Zusammenhangs verstanden. Person 1 beschreibt, wie therapeutische Techniken direkt körperliche Entlastung schufen: „Die Hälfte von meinen Spannungsschmerzen [war] einfach weg ... Und die hatte ich davor

jahrelang.“ Emotional löst die Diagnose intensive Ambivalenz aus. Person 5 beschreibt: „Das war sowohl erleichternd. ‚Oh, endlich habe ich dann eine Erklärung dafür‘ und gleichzeitig aber ein ‚Oh Shit, jetzt bin ich psychisch krank‘.“

In der fortlaufenden Auseinandersetzung entwickelt sich ein Prozess der aktiven Aneignung. Der Körper wird nun als wertvolles Resonanzsystem rekonzeptualisiert. Person 1 formuliert: „Wenn dein Körper so [...] reagiert, dann ist es definitiv nicht nur in deinem Kopf.“ Es findet eine Aufwertung der eigenen Emotionalität statt. Person 5 beschreibt: „Emotionen sind nichts Falsches. Alle Emotionen sind gut. [...] Du hast es trotzdem verdient, ein wunderschönes Leben zu leben.“

6.2.3. Bewertung der PTBS-Diagnose

Die PTBS-Diagnose stellt für die Teilnehmerinnen kein feststehendes Faktum dar, sondern wird zu einem umkämpften Aushandlungsgegenstand zwischen innerer, persönlicher Bewertung und äußeren, sozialen Zuschreibungen durch Familie, medizinisches System und Gesellschaft. Die Betroffenen entwickeln aktive, oft widerständige Strategien, um die Deutungshoheit über ihre eigene Erfahrung zu wahren.

Die subjektive Aneignung der Diagnose transformiert das fremde, biomedizinische Konzept und verwandelt sie in ein personales, sinnstiftendes Erklärungsmodell. Die zentrale initiale Funktion ist die legitimierende Validierung. Person 5 beschreibt: „ich bin nicht einfach nur sensibel und übertreibe nicht“. Die Diagnose habe ihr „auch ein bisschen geholfen, ein bisschen gnädiger mit mir selbst zu sein.“ Für Person 1 bedeutete die Diagnose den inneren Frieden und nicht länger ‚falsch‘ zu sein. Die Diagnose wird zudem in ein Werkzeug der Selbsthilfe umgewandelt. So beschreibt Person 5: „Jetzt [...] kann ich es googeln oder mir Methodiken entwickeln.“

Ein eindrücklicher Schritt der Aneignung ist die Übersetzung des klinischen Begriffs in eigene Metaphern. Person 5 beschreibt: „[Das] Gehirn ist wie ein Schrank. Wenn aber eine Erinnerung [...] zu heftig war [...] dann kann dieses nicht automatisch [...] einsortiert werden.“ Person 6 spricht von Trauma als Wunden, die irgendwann im Leben passiert sind. Die endgültige Bewertung mündet in eine reflektierte Ambivalenz. Person 5 ordnet die Wirkung der Diagnose ein: „So 70 % entlastend und 30 % belastend.“ Während die Diagnose innerlich angeeignet wird, stößt sie im familiären Kontext auf massive Barrieren. Person 3 beschreibt psychische Probleme als „Schand-Thema“

und führt das Konzept der kollektiven Scham ein: „Und dessen Verwandte und vor allem Elternteile schämen sich auch dafür, dass die Person krank ist. [...] Die Person, die krank ist, ist schuld an allem.“ Person 6 ergänzt: „Für [meine Mutter] ist es so: [Eine psychische Erkrankung ist] Charaktersache.“

Als Reaktion entwickeln die Teilnehmerinnen die Praxis der strategischen Geheimhaltung. Person 1 beschreibt: „Als asiatisches Migrantenkinder denke ich mir natürlich, ich werde alles auf dieser Welt daran setzen, dass meine Eltern nichts von diesem Problem mitbekommen.“ Denn sie hatte Angst, „dass meine Eltern mich dann verstoßen.“ Person 3 begann ihre Therapie explizit „ohne dass meine Eltern davon wissen“. Eine bedingte Anerkennung kann im familiären Kontext manchmal nur durch die Vermittlung einer autoritativen Instanz erzwungen werden. Person 1 schildert, der Vater musste es „von einer Ärztin wirklich gehört haben, damit er es wirklich ernst nimmt.“ In diesem Spannungsfeld entwickeln die Teilnehmerinnen komplexe Aushandlungsstrategien. Während vor der Familie das Leiden verborgen wird, wird es in ausgewählten Peer-Groups gezielt geteilt. Person 5 spricht mit ihren Freund:innen über die Diagnose. „Mir hilft es total, das zu sagen.“

Die metaphorische Neudeutung sowie die pragmatische Aneignung durch Selbsthilfe sind weitere Strategien, um die Kontrolle über den eigenen Heilungsprozess zurückzugewinnen. Zusammenfassend zeigt die Aushandlung der PTBS-Diagnose, wie die Teilnehmerinnen in einem Kräftefeld widerstreitender Deutungsmacht agieren: dem biomedizinischen System, der Herkunftsfamilie mit ihren kulturellen Stigmata und den eigenen Bedürfnissen nach Authentizität und Heilung. Ihre Antwort ist eine aktive, situative und reflexive Praxis des Aneignens, Übersetzens, Verbergens und Behauptens.

6.3. Interkulturelle Aushandlung

Diese Kategorie erfasst Aussagen über das Spannungsfeld zwischen der kulturellen Lebensrealität der Elterngeneration und dem Individuum. Die interkulturelle Aushandlung erweist sich als das zentrale, konfliktreiche Terrain, auf dem die PTBS-Erfahrung der zweiten Generation auf die unverarbeiteten historischen Lasten und kulturellen Logiken der Eltern trifft. Verhandelt wird nicht über Symptome im klinischen Sinne,

sondern über die grundlegende Anerkennung von Leid, die Legitimität psychologischer Deutungen und die Möglichkeit geteilter Wirklichkeit innerhalb der Familie. Die Aushandlung vollzieht sich entlang dreier verwobener Achsen:

- der generationellen Kluft, die in kollektiven Traumata wurzelt,
- der sprachlich-epistemischen Barriere, die ein gemeinsames Vokabular verunmöglicht,
- und der Divergenz im Krankheitsverständnis, die auf unterschiedlichen kulturellen Modellen von Selbst, Gesundheit und Familie basiert.

Die Diagnose der Töchter landet in einem familiären Ökosystem, das selbst von den Nachwirkungen gewaltsamer historischer Brüche geformt ist. Person 4 bringt diese reflexive Einsicht präzise auf den Punkt: „Was ich noch spannend fand [...] war zu checken 'Ach Moment mal, meine Eltern sind ja selber Kriegskinder'.“ Das eigene Leiden wird als Echo eines nie ausgesprochenen elterlichen Leidens lesbar. Dies ist ein Zusammenhang, der in der westlichen Individualdiagnostik marginal bleibt.

Diese Geschichte äußert sich nicht als offenes Gespräch, sondern in dysfunktionalen Interaktionsmustern von Verleugnung und abwertender Relativierung. Person 5 schildert den Versuch, erlittene Gewalt anzusprechen: „'Mama, du hast uns geschlagen als Kinder.' [...] - 'ich erinnere mich nicht'. Es ist faktisch nicht passiert und meine Mutter war eine ganz tolle Mutter.“ Die Abwehr setzt sich in der Invalidierung des Leidens der Tochter fort. Person 6 beschreibt: „Und dadurch ist das so ziemlich krass zu hören, [...] da ist unglaublich viel Unverständnis, weil [...] ihre Kindheit war durchaus schlimmer und dadurch relativieren die das.“

Dieser „Wettbewerb des Leidens“ illustriert exakt die dekoloniale Kritik (Antić, 2021; Connell, 2011): Wenn kollektive Traumata der Eltern im dominanten Diskurs keinen Platz haben und innerhalb der Familie tabuisiert bleiben, kann das individuelle Leiden der Nachgeborenen nicht als legitime psychische Verletzung anerkannt werden. Es wird als Charakterschwäche, Undankbarkeit oder Übertreibung angesichts der vermeintlich größeren Opfer der Eltern gedeutet.

Diese generationelle Asymmetrie wird durch die sozial-räumliche Verortung der Töchter als „älteste Kinder“ der Migration verstärkt und in eine überfordernde Rolle über-

setzt. Sie werden zu Vermittlerfiguren ernannt, deren Bürde weit über ihre Kräfte hinausgeht. Person 4 beschreibt die Zuschreibung multipler Verantwortung: „Da ist meine erste Schwester geboren worden und da hieß es 'Du bist jetzt die große Schwester, du bist ein Vorbild, du musst dies und du musst jenes'. ... das älteste Kind ist halt sowohl quasi eigentlich ein drittes Elternteil, als auch Vorbild.“ Person 2 beschreibt ihre Rolle als „Chief of Staff“ und musste bei behördlichen und organisatorischen Problemen helfen. Diese Position ist mit einem dauerhaften Spannungsverhältnis verbunden: hier die elterlichen Erwartungen an Zusammenhalt, Leistung und Ansehen, dort die individuellen Bedürfnisse nach emotionaler Autonomie und psychischem Wohlbefinden. Person 1 verdichtet diesen Grundkonflikt in der Gegenüberstellung des elterlichen Erziehungsstils: „meine Eltern halt super Controlling, [...] die irgendwie so voll hohe Ansprüche haben und emotional sehr kühl sind“. Sie grenzt sich allerdings davon ab: „ich gleichzeitig halt so jemand bin, der so voll mit Leben ist [...] und einfach sehr viel Freiraum eigentlich gebraucht hat.“

Diese ohnehin belastete Beziehungsebene wird durch eine tiefgreifende sprachlich-konzeptionelle Kluft nahezu unüberbrückbar. Die Barriere ist nicht nur eine der Wortwahl, sondern der grundlegenden Epistemologie. Das Vokabular der PTBS, Trauma, Trigger, Dissoziation, existiert im Bedeutungsuniversum der Eltern oft nicht. Person 5 äußert „Ich weiß nicht, ob es den chinesischen Begriff Trauma gibt.“ Person 3 erklärt ihre Geheimhaltung damit, dass die Diagnose für die Eltern „Fremdsprache“ sei. Diese konzeptionelle Leerstelle ist ein direktes Indiz für die partikulare, kulturell eingebettete Natur des westlichen psychiatrischen Wissens (Mills, 2013). Die verzweifelten Übersetzungsversuche mit ChatGPT oder Google Translate scheitern an der Unmöglichkeit, emotionale Tiefenstruktur und kulturelle Subtexte zu übertragen. Die daraus resultierende Verunsicherung reflektiert Person 3: „Da bin ich ja wieder der Fisch im Wasser und kann nicht [...] unterscheiden, was davon jetzt meine Eltern als Menschen sind. Was davon ist die Kultur? [...] Was davon ist die Sprache, die bei uns nicht funktioniert?“ Diese sprachliche Barriere wirkt generationenübergreifend als Verstärker institutioneller Exklusion. Sie hat die Eltern früh von den Institutionen und potenziellen Unterstützungsangeboten abgeschnitten. Person 4 berichtet, die Eltern haben in der Schule nie einen Elternabend besucht und auch keine Notwendigkeit dazu gesehen. Dieses Erbe der Marginalisierung schmälert die familialen Ressourcen im Umgang mit psychischen Krisen zusätzlich.

Die kumulative Wirkung dieser Faktoren verdichtet sich in einem familiären Alltagsverständnis, in dem psychisches Leiden konzeptionell keinen Ort hat und praktisch unsichtbar bleibt. Person 4 stellt kategorisch fest: „Für die ist es sehr, sehr schwer zu verstehen. Also für die gibt es psychische Erkrankungen nicht. Sie verstehen das Konzept davon nicht.“ Gesundheit und Krankheit werden in einem rein somatischen Modell verortet: „Das, was gesund und krank sein kann, ist der Körper.“ Während Person 4 krankgeschrieben war, besuchte sie regelmäßig Yogakurse. Die Gedanken des Vaters darüber gab sie wieder: „Wenn ich ins Yoga gehen kann, kann ich doch auch arbeiten gehen.“ Vor diesem Hintergrund wird die eigene, unsichtbare PTBS-Erkrankung nicht nur nicht anerkannt, sondern aktiv negiert. Person 5 berichtet, dass ihre Eltern den realen Suizidversuch bis heute nicht begriffen haben: „Ich war ja auch in der Klinik und ich glaube, meine Eltern haben bis heute nicht verstanden, dass ich einen Suizidversuch hatte. [...] Es existiert nicht.“

Diese fundamentale Erfahrung epistemischer und emotionaler Invalidierung zwingt die Teilnehmerinnen zu radikalen Strategien der Selbstbehauptung und des Selbstschutzes. Diese reichen von früher, konsequenter Distanzierung im Jugendalter: „Ich bin wirklich [...] nur zum Schlafen und Duschen nach Hause gekommen“ (Person 1), über bewusste strategische Geheimhaltung: „Sie wissen nicht, dass ich PTSD habe. Es ist auch nicht unbedingt etwas, was ich Ihnen erwähnen kann.“ (Person 4), bis hin zum radikalen Akt der Autonomieerlangung durch vollständigen Auszug: „Ich bin komplett ohne irgendwas, ohne irgendwen, einfach ausgezogen.“ (Person 3).

Bemerkenswert ist, dass eine Anerkennung des Leidens innerhalb der Familie manchmal nur durch die Autorität der westlichen Medizin erzwungen werden kann. Person 1 beschreibt, wie erst die Intervention einer Ärztin den Vater dazu brachte, die Ernsthaftigkeit der Lage anzuerkennen. Diese paradoxe Abhängigkeit von einem System, das gleichzeitig Ursprung von Pathologisierungsrissen ist, unterstreicht die prekäre Lage der Betroffenen.

Trotz aller Schutzmauern und Verletzungen bleibt die Beziehung ambivalent und von einem tiefen Bedürfnis nach einer heilsameren Verbindung geprägt. Die eigene therapeutische Arbeit kann transformative Kraft entfalten. Person 1 schildert: „Durch diese tiefenpsychologische Therapie hat sich angefangen, unsere Familiendynamik zu verändern, weil ich angefangen habe zu heilen. [...] Diese ganze wirklich krisenhafte Zeit [...] hat uns drei [Geschwister] irgendwie das erste Mal auch wieder näher zusammengebracht.“ Geschwister werden zu unverzichtbaren Komplizen. Person 5 berichtet, dass sie ihren Bruder selbst in Therapie brachte und mit ihm über Gefühle sprechen kann.

Die interkulturelle Aushandlung erweist sich als permanenter, schmerzhafter Prozess, in dem die Teilnehmerinnen nicht nur ihre Erkrankung bewältigen, sondern ihr Leiden über einen Abgrund aus historischem Schweigen, kultureller Missverständnisse und epistemischer Ungleichheit hinweg kommunizieren müssen. Sie stehen vor der Aufgabe, sich in einem Raum zu behaupten und zu heilen, in dem ihre zentrale Erfahrung von den nächsten Angehörigen weder sprachlich gefasst, noch konzeptionell anerkannt, noch emotional validiert werden kann, eine Erfahrung, die die strukturellen und epistemischen Ausschlüsse im Gesundheitssystem (Schouler-Ocak et al., 2020; Hofmeister, 2015) in die intimste Sphäre der Familie hinein verlängert und individualisiert.

6.4. Institutionelle Gewalt

Diese Kategorie verdichtet die Erfahrungen der Teilnehmerinnen mit strukturellen und systemischen Hindernissen, die in den Institutionen des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystems des deutschsprachigen Raums eingelassen sind. Es handelt sich nicht um Einzelfälle oder technische Mängel, sondern um ein systemisches Versagen, das entlang der Achsen von Rassismus, Klassismus und kultureller Hegemonie verläuft und damit die kolonialen Macht- und Wissenshierarchien im globalen Norden (Connell, 2011; Mills, 2013) in der konkreten Versorgungspraxis reproduziert. Die Gewalt ist selten offen und direkt, sondern äußert sich als Folge von Vernachlässigungen, Invalidierungen und bürokratischen Schikanen, die den ohnehin eingeschränkten Zugang zu angemessener Versorgung systematisch erschweren und Individuen in prekären Situationen zusätzlich belastet.

Eine der grundlegendsten Formen dieser Gewalt ist die strukturelle Unterfinanzierung und Überlastung des Systems, die Betroffene in kritischen Momenten im Stich lässt. Person 1 schildert einen abrupten Therapieabbruch, der nicht auf therapeutischen Erwägungen, sondern auf budgetären Limitierungen beruhte: „Es [musste] enden, weil die Stunden aufgebraucht waren. Aber wir waren eigentlich noch mitten im Prozess.“ Die administrative Verstoßung aus dem Hilfesystem wird durch die Notwendigkeit zur Selbstfinanzierung verschärft: „Du musst dich auf jeden Fall jetzt um Therapieplatz irgendwie kümmern [...] dann halt auf Selbstzahler Basis.“ (Person 1). Diese ökonomische Hürde schafft eine sozioökonomische Schranke.

Darüber hinaus erfahren die Teilnehmerinnen eine tiefgreifende Form epistemischer und professioneller Gewalt, die sich in systematischer Diskriminierung äußert. Diese fundamentale Nicht-Anerkennung ihrer subjektiven Leidenswirklichkeit wird von Person 3 bestätigt: „Ich wurde auch sehr oft nicht ernst genommen bei Psychiaterinnen.“ Das Muster spiegelt die historische Kontinuität wider, in der Psychiatrie zur Pathologisierung und sozialen Kontrolle marginalisierter Gruppen eingesetzt wurde.

Besonders offensichtlich wird die Diskriminierung in der Verschränkung mit bürokratischem Rassismus. Person 3 schildert einen aufschlussreichen Vergleich: Während ihre eigenen, vollständig berechtigten Anträge auf Behindertenleistungen trotz schwerwiegender Diagnosen abgelehnt oder verschleppt wurden, erhielten ihre „österreichische, weiße Freunde, die keinen Migrationshintergrund haben, [...] innerhalb von zwei, drei Wochen ihre fixe Antwort [...] mit weitaus mildereren Diagnosen.“ Diese Ungleichbehandlung führt zu quälender Unsicherheit: „...liegt es daran, dass es einfach nicht geht? Oder liegt es daran, dass diese Person meinen Nachnamen nicht mag?“ (Person 3). Institutioneller Rassismus materialisiert sich hier nicht als offenes Vorurteil, sondern als statistische Diskriminierung und bürokratische Willkür, die den Zugang zu existenziell wichtigen Ressourcen strukturiert.

Ein weiterer zentraler Kritikpunkt, der direkt an die dekoloniale Kritik am Universalitätsanspruch westlicher Psychologie anknüpft (Mills, 2013; Antić, 2021), ist der eklatante Mangel an genuiner kultureller und migrationssensitiver Kompetenz. Person 5 äußert grundsätzliche Skepsis an der Übertragbarkeit gelehrter Modelle: „Das sagt ja auch keiner, dass die Psychologie [...] für alle funktioniert. [...] Es ist halt alles Indivi-

dualpsychologie.[...] ich bin da schon skeptisch.“ Person 4 fordert kritische Selbstreflexion der Fachkräfte: „Es würde einfach helfen, dass Fachpersonen sich da auch einfach ein bisschen weiterbilden Richtung Kultur.“

Statt dieser geforderten dekolonialen Praxis werden die Betroffenen durch exklusive Sprache und akademische Wissenshierarchien zusätzlich ausgegrenzt. Person 5 kritisiert: „Warum muss das alles in deutsch und komplizierter Sprache sein? [...] Es sind nur deutsche Akademiker, denen der Zugang dazu ermöglicht wird.“ Diese sprachliche und bildungsbezogene Exklusion verwehrt insbesondere Eltern der ersten Generation den Zugang zu Informationen und Unterstützung, überträgt die Last auf die zweite Generation und verhindert frühe Hilfen.

Das Versagen ist bereits im Bildungssystem strukturell angelegt. Person 2 fordert deutlich frühere Interventionen: „Kindergarten, Grundschule [...] sollte mehr pädagogisches oder spezielleres Fachpersonal haben.“ Person 4 thematisiert das strukturelle Wissensdefizit in Migrantenfamilien: „Mir war damals nicht klar, dass ich auch irgendwie ein Stipendium [...] hätte bekommen können. [...] Bei uns [war] das Wissen nicht vorhanden.“ Dieses institutionalisierte Nicht-Wissen über Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten reproduziert soziale Ungleichheit.

Schließlich artikulieren die Teilnehmerinnen einen Mangel an Repräsentation und community-basierten Alternativen. Person 6 vermisst niedrigschwellige, peer-gestützte Angebote: „Ich finde, wie so eine Art Selbsthilfegruppe hätte schon viel geholfen.“ Zugleich kritisiert sie die soziale Homogenität der Therapeut:innenschaft: „Da sehe ich irgendwie wenig Leute, die Migrationserfahrung haben. [...] ich habe schon das Gefühl, dass gutbürgerliche sich hier ausbilden lassen.“ (Person 6). Das Feld der psychosozialen Versorgung bleibt ein Raum sozialer Privilegien, der für Menschen mit eigenen Rassismus- und Migrationserfahrungen schwer zugänglich ist. Die Perspektive der Betroffenen bleibt aus der professionellen Wissensproduktion und -anwendung ausgeblendet.

Zusammenfassend manifestiert sich institutionelle Gewalt gegen die Befragten als ein mehrdimensionales, sich wechselseitig verstärkendes Geflecht aus ökonomisch-struktureller Unterversorgung, epistemischer und professioneller Gewalt durch Gaslighting und mangelnde kulturelle Kompetenz, bürokratischem Rassismus, sprachlich-

akademischer Exklusion und struktureller Vernachlässigung im präventiven Bildungssystem. Das System agiert nicht als neutraler Dienstleister, sondern als Agent der sozialen Ordnung, der bestehende Macht- und Wissenshierarchien entlang der Linien von Race, Klasse und Migrationsstatus stabilisiert und reproduziert. Es versagt darin, die spezifischen, durch Rassismus und Migration geprägten Belastungsrealitäten der Betroffenen überhaupt zu erkennen, geschweige denn angemessen zu adressieren.

Die Folge ist eine enorme Belastung durch das Hilfesystem selbst. Die Bewältigungslast der Suche, Finanzierung, Aufklärung über kulturelle Unterschiede, Bürokratische Abwicklung, liegt auf den Schultern der bereits erkrankten und erschöpften Individuen. Die Erfahrung institutioneller Gewalt ist kein begleitendes Problem, sondern ein konstitutiver Teil der Erfahrung der asiatischer Migrantinnen der zweiten Generation im deutschsprachigen Versorgungssystem.

6.5. Unerwartete Sinnzuschreibungen

Die Kategorie der unerwarteten Sinnzuschreibungen ist eine offene Kategorie, die erst im Auswertungsprozess emergierte. Ihre Einführung ist aus zwei Gründen methodisch und analytisch notwendig: Erstens versammelt sie jene Deutungen, die sich in den vorab definierten Kategorien nicht hinreichend abbilden ließen, aber ein konsistentes, übergreifendes Muster bilden. Zweitens setzt sie einen notwendigen analytischen Kontrapunkt zu den stark auf strukturelle Hindernisse, konflikthafte Aushandlungen und institutionelles Versagen fokussierten Befunden. Ohne diese Kategorie würde ein verzerrtes Bild entstehen: Die Teilnehmerinnen erschienen nur als leidend, kämpfend und von Systemen verletzt. Die Aussagen in dieser Kategorie belegen jedoch, dass sie auch aktiv sinnstiftend, kreativ und transformativ handeln.

Ein zentrales Muster ist die Konzeptualisierung des Traumas als Weg der Erkenntnis. Die Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung und ihrer Diagnose wird zum epistemologischen Instrument, das ein neuartiges Verständnis der familiären und persönlichen Geschichte ermöglicht. Person 5 beschreibt diesen Prozess: „[Mein Bruder und ich] reden darüber, dass unsere Eltern verrückt sind. Wir merken schon wie, wie krank die eigentlich ist. [...] Meine Mum ist halt eher schon wie so ein Kind.“

Diese Aussage teilte sie im Interview uns bezeichnete das Interview als „Open Space“. Die Metapher des „Open Space“ bezeichnet einen mentalen und emotionalen Raum der unverstellten Wahrnehmung, in dem zuvor tabuisierte Realitäten endlich benannt werden können, ohne Angst vor Verurteilung oder Stigmatisierung.

Mehrere Teilnehmerinnen schilderten wie konventionelle, am individualistischen westlichen Selbstmodell ausgerichtete Therapieangebote an der Realität ihrer lebensweltlichen Verpflichtungen scheitern. Person 5 bringt diesen Konflikt pointiert auf den Punkt: „In der Therapie lernst du Grenzen zu setzen, aber du kannst deiner Ausländerfamilie nicht sagen, ich setze jetzt meine Grenze. Das geht nicht so.“ Diese Aussage verdeutlicht, was die dekoloniale Kritik (Mills, 2013; Connell, 2011) als problematische Universalität westlicher Psychologie benennt: Ein therapeutisches Modell, das auf der Vorstellung eines autarken Individuums basiert, wird den relationalen, pflichtengebundenen Identitätskonstruktionen in diasporischen Kontexten nicht gerecht. Es riskiert, kulturell verwurzelte Werte zu pathologisieren und die Betroffenen in einen weiteren inneren Konflikt zu stürzen.

Vor diesem Hintergrund gewinnen die unerwarteten Sinnzuschreibungen emanzipatorisches Potenzial: Sie stellen einen Ausweg aus dem Dilemma dar, sich zwischen „gesunder Individualisierung“ und „krankhafter familialer Bindung“ entscheiden zu müssen. Die persönlichen Trauma-Philosophien, Trauma als „nicht einsortierbare Erinnerung“ in einem mentalen Schrank (Person 5) oder als „Wunde“ (Person 6), ermöglichen es, das Leiden zu benennen und zu verstehen, ohne die fundamentalen kulturellen und familiären Bindungen infrage stellen oder aufbrechen zu müssen. Diese Sinnstiftungen fungieren als widerständige Praxis der Subjektivierung gegen die vereinnahmende Logik sowohl des stigmatisierenden familiären Diskurses als auch des kulturalistisch blinden therapeutischen Modells. Durch die Communities, in den diese tabuisierten Themen benannt werden dürfen, sogenannte Open Spaces, erfahren die Individuen Selbstwirksamkeit und Anerkennung. Sie verwandeln die Erfahrung der Störung in eine Erzählung der Transformation, der Erkenntnis und der intentionalen Selbstwerdung, die die kollektive Dimension des Seins integriert, anstatt sie zu negieren.

Methodologisch unterstreicht die Emergenz dieser Kategorie den explorativen Charakter der qualitativen Forschung. Sie macht sichtbar, welche Bedeutungsdimensionen sich erst aus der Tiefe der narrativen Daten erschließen und die von vornherein festgelegten theoretischen Kategorien ergänzen und überschreiten. Die Befunde zeigen, dass die Bewältigung der PTBS für asiatische Migrantinnen der zweiten Generation nicht nur in der Überwindung von Barrieren oder der Anpassung an therapeutische Angebote besteht, sondern wesentlich auch in der aktiven Kreation neuer, hybrider Bedeutungen liegt. Diese speisen sich aus der Verletzung selbst und münden in einem neu justierten Lebensentwurf, der die Spannungen zwischen individueller Heilung und kultureller Zugehörigkeit auf einer eigenen, dritten Ebene zu synthetisieren versucht.

7. Diskussion: Hybride Identitäten, transgenerationale Wunden, strukturelle Gewalt

Die Aufgabe des vorliegenden Diskussionskapitels ist es, die empirischen Befunde aus ihrer deskriptiven Dichte zu lösen und in einen interpretativen und theoretisch reflektierten Dialog zu überführen. Dies geschieht in vier Schritten: Zunächst werden in Kapitel 7.1 die zentralen Diskussionsstränge herausgearbeitet, die sich aus der Verdichtung der Ergebnisse ergeben und die spezifischen Spannungsfelder der zweiten Generation markieren. Darauf aufbauend wird in Kapitel 7.2 die leitende Forschungsfrage systematisch beantwortet und der Beitrag der Studie zum wissenschaftlichen Diskurs umrissen. In Kapitel 7.3 werden die daraus abzuleitenden theoretischen, methodischen und vor allem praktischen Implikationen für Forschung und Versorgungspraxis entwickelt. Den Abschluss der Arbeit bilden eine kritische Reflexion der Grenzen der Studie (Kapitel 8) und ein zusammenfassendes Fazit (Kapitel 9).

Ziel der Diskussion ist es, die konkreten Erfahrungen der Interviewpartnerinnen als paradigmatische Fälle für größere, strukturelle Dynamiken lesbar zu machen: für die Wirkmächtigkeit rassistischer und kulturalisierender Zuschreibungen, für die fortwährende Hegemonie westlichen psychiatrischen Wissens und nicht zuletzt für die widerständigen und sinnstiftenden Praktiken der Subjekte, die sich in diesen Machtgefügen zu behaupten suchen.

7.1. Zentrale Diskussionsstränge

7.1.1. Vom pathologischen zum erkennenden Subjekt

Die empirische Analyse hat ein komplexes Geflecht aus Belastungen, Barrieren und Verletzungen offengelegt. Zugleich hat sie eine durchgängige, gegenläufige Bewegungsrichtung sichtbar gemacht: Die Teilnehmerinnen sind nicht nur leidende, kämpfende und von Systemen verletzte Subjekte. Sie sind zugleich aktiv sinnstiftende, kreative Übersetzerinnen und epistemisch Handelnde. Dass diese Kategorie erst im Auswertungsprozess emergierte, ist methodologisch signifikant: Sie verweist auf eine Bedeutungsdimension, die sich den vorab festgelegten theoretischen Kategorien entzog

und erst aus der Tiefe der narrativen Daten erschlossen werden musste. Diese produktive Dimension der Krankheitsverarbeitung ist kein „Trostpreis“ angesichts der dokumentierten Belastungen. Sie ist das analytische Zentrum, von dem aus die folgenden Konflikte überhaupt erst in ihrer Tiefe verstanden werden können.

Die metaphorische Arbeit der Teilnehmerinnen ist ein zentraler Akt epistemischer Agency. Person 5 entwickelt die Vorstellung des Gehirns als Schrank, in dem traumatische Erinnerungen nicht einsortierbar sind, und bezeichnet dies explizit als „meine Traumadefinition“. Person 6 spricht von Trauma als „Wunden, die irgendwann im Leben passiert sind“. Diese Übersetzungsleistung ist mehr als eine didaktische Vereinfachung oder therapeutische Eselsbrücke. Sie beansprucht das Recht, die Bedeutung der eigenen Erfahrung selbst zu definieren, und setzt sich gegen eine vollständige Fremdbestimmung durch das medizinische Vokabular zur Wehr. Die Diagnose wird vom autoritativen Label, zu einem Rohstoff, den man bearbeitet, formt und in das eigene Selbstverständnis integriert. Mills (2013) und Connell (2011) kritisieren die universellen Wahrheitsansprüche der westlichen Psychotraumatologie und fordern die Anerkennung lokaler, subalternen Wissensbestände. Die Teilnehmerinnen setzen diese Forderung in ihrer metaphorischen Arbeit praktisch um, ohne dass sie dafür auf das theoretische Vokabular der Dekolonialität angewiesen wären.

Bemerkenswert ist, dass diese Subjektwerdung durch die methodische Anlage der Studie selbst gefördert wird. Die Entscheidung, die Teilnehmerinnen als Expertinnen ihrer eigenen Erfahrung zu befragen und ihnen die narrative Autorität über ihre Biografie zu übertragen, verschiebt die Deutungshoheit vom institutionellen System hin zur erfahrungsbasierten Autorität der Leidenden. Auf diese Weise wird die epistemische Wende, die die Teilnehmerinnen individuell vollziehen, auch auf der Ebene der Wissensproduktion sichtbar und anerkennbar (Connell, 2011; Mills, 2013). Das Interview wird selbst zu einem Raum der Sinnstiftung. Person 5 beschreibt es als einen „Open Space“, in dem zuvor tabuisierte familiäre Realitäten benannt werden können, ein Akt der Wahrheitsfindung, den das Trauma selbst erst ermöglicht hat.

Diese Sinnproduktion bleibt nicht privat. Die Teilnehmerinnen entwickeln Strategien, um ihre narrative Autorität im intersubjektiven Raum zu teilen und zu validieren. Person 5 schickte ihren Freunden einen Text mit der Diagnose: „mir hilft es total, das zu

sagen.“ In unterstützenden Communities und Peer-Zusammenhängen wird das erkennende Subjekt nicht nur individuell, sondern kollektiv sichtbar. Hier entstehen Gegenwelten zu den Räumen der Stigmatisierung und Entmündigung, die in den folgenden Strängen analysiert werden. Die Deutungsmacht über das eigene Leiden wird nicht allein, sondern im Austausch mit anderen zurückgewonnen.

Die Diagnose wird dabei nicht nur sinnstiftend umgedeutet, sondern auch pragmatisch als Werkzeug angeeignet. Person 5 beschreibt dies als „Bereicherung“. Die Diagnose wird ent-medikalisiert und zu einem praktischen Instrument der Selbstregulation in einem als mangelhaft erfahrenen Versorgungssystem. Sie ist nicht mehr nur das, was Expert:innen einem auferlegen, sondern ein Deutungsangebot, welches man formen kann.

Theoretisch lässt sich diese Praxis als konkrete Umsetzung dekolonialer Selbstermächtigung fassen. Indem die Teilnehmerinnen alternative Sinnrahmen schaffen, unterlaufen sie die hegemoniale Universalität westlicher Diagnosekonzepte und erzeugen eine Form von Wissen, das weder im medizinischen Lehrbuch noch im familiären Schweigen aufgeht. Dieses Wissen ist hybrid: Es speist sich aus klinischen Kategorien, kulturellen Bildern, existenziellen Erfahrungen und dem kreativen Vermögen der Subjekte. Es ist nicht reiner Widerstand, nicht bloße Anpassung, sondern produktive Übersetzung. Die Teilnehmerinnen werden hier nicht zu Patientinnen, die korrekt behandelt werden müssen, sondern zu epistemischen Subjekten, die an der Bedeutung ihrer Erfahrung mitarbeiten. Diese Einsicht ist für die folgenden Diskussionsstränge grundlegend: Die Konflikte, die in der Familie, im Bewertungsprozess und im Gesundheitssystem aufbrechen, sind nicht nur Konflikte um Ressourcen oder Anerkennung, sondern auch Konflikte um die Deutungshoheit über das eigene Leiden. Die Teilnehmerinnen treten in diese Aushandlungen nicht als passive Opfer ein, sondern als Subjekte, die bereits begonnen haben, ihre eigene Sprache für das zu finden, was ihnen widerfahren ist.

7.1.2. Kulturelles Verstehen von PTBS

Die Analyse der subjektiven Krankheitsverständnisse zeigt, dass das „kulturelle Verstehen“ der PTBS-Diagnose bei den Teilnehmerinnen kein einheitlicher, passiver Übernahmeprozess ist. Die Studie arbeitet bewusst mit der geografischen Klammer „asiatisch“, die sich über den gesamten Kontinent spannt und vielfältige Herkunftskontexte umfasst. Dementsprechend existiert „das asiatische Krankheitsverständnis“ nicht. Die Befunde zeigen vielmehr ein Spektrum hybrider Wissenspraktiken an der Schnittstelle von Körper, Biografie und spezifischen kulturellen Deutungsressourcen. Diese Erkenntnis vertieft die im theoretischen Rahmen formulierte Kritik an der Universalität des westlichen PTBS-Konzepts (Mills, 2013; Connell, 2011) und spezifiziert sie um die Dimension der subjektiven Aneignung und der somatischen Manifestation.

Die empirischen Befunde belegen eine starke Prävalenz von somatischen Erfahrungsmustern und Deutungsmustern. Diese korrespondieren mit der in der Literatur für viele nicht-westliche Kontexte beschriebenen Somatisierung psychischen Leids (Antić, 2021; Kleinman, 1988). Doch die Gemeinsamkeit liegt eher in der Differenz zum westlichen Psychomodell als in einer Einheitlichkeit. Die Teilnehmerinnen beschreiben ihre Symptomatik anfänglich als unerklärliche körperliche Krisen: Person 2 berichtet von dem Verdacht auf Epilepsie, und von einem Nervensystem, das nicht mehr mitgemacht habe. Person 1 schildert somatische Beschwerden und Spannungsschmerzen, die erst durch die Diagnose als psychisch bedingt erkennbar wurden. Diese somatische Erstmanifestation steht in einem signifikanten Spannungsverhältnis zum dominanten psychopathologischen Modell der PTBS, das in Manualen wie dem ICD-10 und DSM auf internalisierende Symptomtriaden fokussiert (Pausch & Matten, 2018).

Die von den Teilnehmerinnen geschilderte Dimension des Traumas riskiert im standardisierten diagnostischen Akt fehlinterpretiert oder als „unerklärt“ pathologisiert zu werden. Hofmeisters (2015) Kritik an der kulturalisierenden Pathologisierung im Gesundheitssystem erfährt hier ihre empirische Konkretion: Nicht-westliche Ausdrucksformen psychischen Leids werden nicht als legitime Variationen, sondern als defizitäre Abweichungen von der Norm behandelt. Dabei gerät aus dem Blick, dass diese Ausdrucksformen innerhalb ihrer jeweiligen kulturellen Kontexte durchaus kohärent und kommunizierbar sind, nur nicht innerhalb des westlich-psychiatrischen Bezugsrahmens.

Die Eltern der Teilnehmerinnen operieren innerhalb von Wissensordnungen, die psychisches Leiden häufig kollektiv, somatisch oder als Charakterschwache verstehen. Doch auch hier verbietet sich jede Verallgemeinerung. Die türkischstämmige Mutter, die auf das Leiden der Tochter mit „Dir geht es nicht gut? Wie muss es dann mir gehen?“ reagiert (Person 3), die chinesische Mutter, die die Schläge gegen die Kinder vollständig verleugnet (Person 5), und die vietnamesischen Eltern, die von den therapeutischen Angeboten der Charité erreicht werden (Person 6), sie alle teilen keine „asiatische“ Krankheitskonzeption. Gemeinsam ist ihnen vielmehr, dass das individualistische, psychiatrische Krankheitsmodell ihrer Töchter in ihren jeweiligen epistemischen Universen keine Anerkennung finden kann. Person 3 bezeichnet die Diagnose als „Fremdsprache“ für ihre Eltern. Solche Leerstellen sind kein Indiz für einen einheitlichen asiatischen Kulturraum, sondern für die partikulare, historisch gewachsene Natur jedes Krankheitsverständnisses, einschließlich des westlichen.

Die Teilnehmerinnen begegnen dieser potenziellen Nicht-Anerkennung nicht passiv. Sie eignen sich das medizinische Vokabular an und übersetzen es in eigene, handlungsleitende Narrative, eine Praxis, die bereits in 7.1.1 als epistemische Selbstermächtigung analysiert wurde. Die Diagnose wird vom Label zum Werkzeug der Selbsthilfe. Doch diese Aneignung ist gespalten. Während die Diagnose im therapeutischen Raum als erlösende Erklärung fungiert („Ah, okay, das erklärt es jetzt“, Person 4), stößt sie im familiären Nahraum auf absolute Unübersetzbarkeit. Diese ist nicht nur sprachlich bedingt, sondern vor allem konzeptionell: Das individualistische Krankheitsmodell der PTBS setzt ein Subjekt voraus, das sich als psychisch krank erkennen und behandeln lassen kann, ohne dadurch seine soziale Position zu gefährden. In familiären Kontexten, in denen das Kollektiv den primären Bezugspunkt darstellt und psychisches Leiden als moralisches Versagen codiert ist, ist diese Subjektposition nicht verfügbar. Hier wird die dekoloniale Kritik an der kulturellen Hegemonie westlichen Wissens (Mills, 2013) in ihrer beziehungszerstörenden Wirkung sichtbar: Das PTBS-Konzept setzt sich als autoritatives Deutungsmuster durch, kann aber die lokalen, familiären Wissensformen nicht integrieren und erzeugt so eine kommunikative Isolation der Betroffenen.

Für die Beantwortung der Forschungsfrage bedeutet dies: Das „kulturelle Verstehen“ der PTBS-Diagnose durch asiatische Migrantinnen der zweiten Generation ist kein einheitlicher Prozess und lässt sich nicht auf eine Formel bringen. Es oszilliert zwischen der kreativen Aneignung als persönlichem Sinn- und Handlungswerkzeug und der epistemischen Ohnmacht. Diese zeigt sich darin, dass dieses Verständnis im primären kulturellen Bezugssystem, der Familie, nicht mitgeteilt oder nicht validiert werden kann. Die geografische Klammer „asiatisch“ in dieser Studie markiert daher weniger eine geteilte kulturelle Identität als vielmehr eine gemeinsame strukturelle Position: die Position derer, deren Wissensbestände und Ausdrucksformen im deutschsprachigen Versorgungssystem als erklärungsbedürftig und damit als defizitär markiert werden. Die Aufgabe therapeutischer Praxis kann es vor diesem Hintergrund nicht sein, „asiatische Krankheitskonzepte“ zu lernen, das wäre eine neue Form der Kulturalisierung. Sie muss vielmehr darin bestehen, die eigene epistemische Position zu historisieren und Räume zu öffnen, in denen hybride, situative und werdende Krankheitsverständnisse überhaupt erst artikulierbar werden.

7.1.3. Bewertung im Spannungsfeld

Die empirische Analyse der Bewertungsprozesse verdeutlicht, dass die PTBS-Diagnose für die Teilnehmerinnen kein statisches medizinisches Label darstellt, sondern ein fundamental ambivalentes und relationales Objekt, dessen Bedeutung, Wert und soziale Lesbarkeit sich je nach Kontext verschieben. Die Diagnose ist nicht nur Gegenstand individueller Selbstdeutung, sondern wird in unterschiedlichen sozialen Räumen entlang divergierender Bewertungslogiken verhandelt. Diese Ambivalenz entsteht aus dem Aufeinandertreffen einer individualisierenden und legitimierenden Logik des therapeutischen Systems mit einer kollektivistisch geprägten Logik des familiären und gesellschaftlichen Umfelds, in der soziale Harmonie, Leistungsfähigkeit und Unauffälligkeit zentrale normative Bezugspunkte darstellen. Die Bewertung der Diagnose wird damit zu einem zentralen Ort der Aushandlung von Zugehörigkeit im Sinne Yuval-Davis' (2006).

Im individuell-therapeutischen Kontext fungiert die PTBS-Diagnose primär als Instrument der Validierung und Entpathologisierung. Sie markiert für viele Teilnehmerinnen das Ende einer langjährigen Phase unerklärlichen Leidens, das zuvor nicht nur von

außen, sondern auch durch die Betroffenen selbst infrage gestellt und moralisch bewertet wurde. Aussagen wie „ich bin nicht einfach nur sensibel und übertreibe nicht“ (Person 5) oder die Beschreibung eines neu gewonnenen „inneren Friedens“ (Person 1) machen deutlich, dass psychisches Leiden zuvor entlang internalisierter Leistungs- und Normalitätsvorstellungen interpretiert wurde. Diese Vorstellungen sind nicht bloß individuelle Haltungen, sondern Ausdruck sozialer Erwartungsstrukturen, die Stärke, Kontrolle und emotionale Selbstdisziplinierung privilegieren und Verletzlichkeit delegitimieren.

Die Diagnose wirkt in diesem Kontext als epistemische Intervention: Sie verschiebt die Deutungshoheit über das eigene Leiden und unterbricht jene internalisierten Bewertungsmuster, in denen Abweichung von Leistungsfähigkeit als persönliches Versagen gelesen wird. Durch die medizinische Autorisierung des Leids wird eine Gegenerzählung möglich, die es den Betroffenen erlaubt, eine andere Beziehung zu sich selbst zu entwickeln. Die häufig beschriebene Möglichkeit, „gnädiger“ mit sich zu sein, verweist auf einen Prozess der Re-Normalisierung von Verletzlichkeit. Die Diagnose eröffnet dabei nicht nur affektive Entlastung, sondern auch konkrete Handlungsspielräume, etwa durch Wissensaneignung, Selbsthilfestrategien und therapeutische Orientierung. In dieser Perspektive erscheint sie als Werkzeug der Selbstermächtigung gegenüber internalisierten Unterdrückungs- und Anpassungsanforderungen, die zuvor das Selbstverständnis der Teilnehmerinnen strukturierten.

Diese entlastende Wirkung bleibt jedoch auf den therapeutischen Raum beschränkt und erweist sich als kontextuell fragil. Im familiären und teilweise gesellschaftlichen Umfeld wird die Diagnose häufig entlang gänzlich anderer Bewertungsmaßstäbe gelesen. Psychische Erkrankungen werden hier nicht als erklärungsbedürftige Leiden anerkannt, sondern als Makel, der das Ansehen des Individuums und der gesamten Familie gefährden kann. Das von einer Teilnehmerin eingeführte Konzept der „kollektiven Scham“ verdeutlicht, dass individuelles Leiden als potenzielle Bedrohung sozialer Ordnung und familiären Zusammenhalts verstanden wird. Typische Reaktionen wie Tabuisierung, Bagatellisierung oder die Rückführung des Leids auf Charakter-schwäche machen deutlich, dass die Diagnose in diesem Kontext ihre legitimierende Funktion verliert und stattdessen soziale Devianz markiert.

Als Reaktion auf diese abwertenden Zuschreibungen entwickeln die Teilnehmerinnen Strategien der Anpassung, Selbstdisziplinierung und Geheimhaltung. Die bewusste Entscheidung, die Diagnose vor den Eltern zu verbergen, ist dabei weniger Ausdruck individueller Distanzierung als vielmehr ein Akt des sozialen Selbstschutzes. Die Angst vor Zurückweisung oder Verstoßung von Person 1 „Ich hatte halt so Panik, dass meine Eltern mich dann verstoßen“ verweist auf die hohen sozialen Kosten, die mit der Sichtbarmachung psychischen Leids verbunden sind. Diese Praxis erzeugt eine dauerhafte Spannung zwischen innerer Selbstwahrnehmung und äußerer Performanz und zwingt die Betroffenen dazu, unterschiedliche Versionen ihrer selbst situationsabhängig zu verwalten.

Aus diesen Befunden lässt sich das Phänomen einer kontextuellen Bewertungsspaltung als konstitutives Merkmal der Erfahrung der zweiten Generation ableiten. Die Teilnehmerinnen sind gezwungen, parallel zwei widersprüchliche Bedeutungen derselben Diagnose aufrechtzuerhalten: eine private, in der die Diagnose Entlastung, Sinnstiftung und Selbstverständnis ermöglicht, und eine öffentliche, in der sie Scham, Schweigen und Anpassungsdruck produziert. Diese Spaltung ist nicht nur psychisch belastend, sondern reproduziert auf der Mikroebene jene epistemische Gewalt, die postkoloniale Theorien beschreiben (Hofmeister, 2015). Das hegemoniale therapeutische Wissen wird im privaten Raum als hilfreich und wahr anerkannt, muss im kulturellen Herkunftskontext jedoch verleugnet oder verborgen werden, um soziale Zugehörigkeit nicht zu gefährden.

Die Bewertung der PTBS-Diagnose wird damit zu einem performativen Akt der Zugehörigkeitsverwaltung. Sie zeigt, dass Zugehörigkeit nicht allein durch formale Anerkennung oder medizinische Legitimation gesichert ist, sondern kontinuierlich entlang kultureller Normen, Loyalitätsanforderungen und affektiver Bindungen ausgehandelt werden muss. Für die Beantwortung der Forschungsfrage bedeutet dies, dass die „Bewertung“ der Diagnose kein stabiles Urteil darstellt, sondern einen fortlaufenden, konflikthaften und relationalen Prozess.

Analytisch aussagekräftig ist weniger die Frage, ob die Diagnose als positiv oder negativ erlebt wird, als vielmehr das Oszillieren zwischen Entlastung und Stigmatisierung, zwischen Selbstermächtigung und sozialer Sanktionierung.

Die Teilnehmerinnen der Interviews müssen parallel zwei widersprüchliche Realitäten verwalten. Dies erzwingt Strategien der Geheimhaltung und Performanz, was eine immense psychische Last darstellt. Diese Forschungsarbeit macht damit die sozialen Kosten einer Diagnose im migrantischen Kontext empirisch sichtbar und verbindet sie theoretisch mit Konzepten epistemischer Gewalt und Zugehörigkeit. Das Phänomen der kontextuellen Bewertungsspaltung wirkt hier als konstitutiver Mechanismus. Die Bewertung ist kein stabiles Urteil, sondern ein performativer Akt der Zugehörigkeitsverwaltung.

Für die Praxis impliziert diese Analyse, dass kultursensible Versorgung nicht bei der Vermittlung von Krankheitswissen stehen bleiben darf. Sie muss die sozialen und relationalen Bedingungen berücksichtigen, unter denen Diagnosen gelebt, verborgen oder strategisch eingesetzt werden. Therapeutische Erfolge, die ausschließlich auf individueller Stabilisierung beruhen, bleiben unvollständig, solange Betroffene im familiären und sozialen Kontext weiterhin gezwungen sind, für dieselbe Diagnose Scham, Loyalitätskonflikte und soziale Kosten zu tragen.

7.1.4. Familie als transgenerationaler Konfliktraum

Die empirische Analyse zeigt, dass die Auseinandersetzung mit der eigenen PTBS-Diagnose untrennbar mit der familiären Herkunftsgeschichte verwoben ist. Die Familie erscheint dabei nicht primär als unterstützender Rückzugsraum, sondern als ein transgenerational aufgeladener Konfliktraum, in dem das individuelle Leiden der zweiten Generation auf unverarbeitete, häufig verleugnete Traumata der Elterngeneration trifft. Dieses Spannungsfeld konkretisiert das im theoretischen Rahmen eingeführte Konzept des transgenerationalen Traumas und verdeutlicht zugleich die Grenzen westlich geprägter Therapiekonzepte, die familiäre Geschichte häufig nur als biographischen Hintergrund, nicht aber als strukturierende historische Ordnung begreifen (Mills, 2013; Connell, 2011).

Zentral ist dabei das familiäre Schweigen, das sich nicht als bloßes Defizit oder kommunikatives Versagen erweist, sondern als aktive Strategie des Umgangs mit erlittenem Leid. Die drastische Abwehr einer Mutter, „Es ist faktisch nicht passiert“ (Person 5), ist paradigmatisch für einen Mechanismus transgenerationaler Amnesie. Dieses Schweigen fungiert als Schutzstrategie, die es der Elterngeneration ermöglicht, die eigene Überlebensgeschichte aufrechtzuerhalten, ohne sich erneut mit Verlust, Schuld oder Ohnmacht konfrontieren zu müssen. In diesem Sinne ist Verleugnung nicht Ausdruck von Gleichgültigkeit, sondern Teil einer historisch gewachsenen Bewältigungslogik.

Für die zweite Generation hat diese Strategie jedoch gravierende Konsequenzen. Das eigene Leid kann innerhalb des familialen Deutungssystems nicht als legitim anerkannt werden, da es in Konkurrenz zu den oftmals als „schwerwiegender“ wahrgenommenen Erfahrungen der Eltern tritt. Person 6 beschreibt diese Dynamik eindrücklich: „Da ist unglaublich viel Unverständnis, weil [...] ihre Kindheit war durchaus schlimmer und dadurch relativieren die das.“ Die individuelle PTBS-Diagnose wird so zum Störmoment, das das fragile Gleichgewicht des Schweigens bedroht. Sie erscheint nicht als medizinische Realität, sondern als moralischer Affront, als Undankbarkeit gegenüber elterlichen Opfern oder als Infragestellung einer kollektiven Leidenshierarchie.

Diese Konflikthaftigkeit ist eng mit kollektivistischen Ordnungen von Zugehörigkeit und Verantwortung verbunden, die für viele Familien der Teilnehmenden strukturierend sind. Bereits hier wird deutlich, dass Kollektivismus nicht lediglich ein „kultureller Wert“, sondern eine historisch gewachsene soziale Überlebenslogik darstellt, insbesondere im Kontext von Krieg, Flucht und struktureller Marginalisierung. Das Wohlergehen des Kollektivs, der Familie, hat Vorrang vor individuellen Bedürfnissen; Loyalität, Aufopferung und Anpassung gelten als moralische Imperative. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, warum das individualistische therapeutische Paradigma, das auf Selbstabgrenzung, Autonomie und das Benennen eigener Grenzen abzielt, nicht nur als unpassend, sondern als potenziell zerstörerisch wahrgenommen wird.

Diese Spannung wird durch geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen weiter verschärft. Die wiederholten Selbstbeschreibungen als „älteste Tochter“, „Vorbild“, „drittes Elternteil“ (Person 4) oder „Chief of Staff der Familie“ (Person 2) verweisen auf

Prozesse der Parentifizierung. Parentifizierung bezeichnet einen Rollentausch innerhalb der Familie, bei dem Kinder, häufig Töchter, frühzeitig emotionale und praktische Verantwortlichkeiten übernehmen, die eigentlich den Eltern zukämen (Ciarico, 2024). Insbesondere älteste Töchter sind davon in besonderem Maße betroffen, da sie sowohl implizite geschlechtliche Erwartungen als auch die Verantwortung für jüngere Geschwister internalisieren. Diese Arbeit bleibt häufig unsichtbar, da Fürsorge und emotionale Regulation gesellschaftlich als „natürliche“ weibliche Eigenschaften gelten.

Die Folge ist eine systematische Selbstverleugnung, die durch den Mechanismus des *Self-Silencing* beschrieben werden kann: Eigene Bedürfnisse, Erschöpfung oder psychisches Leiden werden zurückgestellt, um das familiäre Gefüge zu stabilisieren. Die normative Überforderung, die daraus resultiert, bringt Person 5 prägnant auf den Punkt: „In der Therapie lernst du Grenzen zu setzen, aber du kannst deiner Ausländerfamilie nicht sagen, ich setze jetzt meine Grenze. Das geht nicht so.“ Hier zeigt sich die Schwere der Konsequenzen, wenn individualistische Handlungsideale auf kollektivistisch strukturierte Lebensrealitäten treffen. Das Setzen von Grenzen bedeutet nicht Selbstfürsorge, sondern Loyalitätsbruch.

Besonders deutlich werden diese Spannungen in Bezug auf sprachliche Barrieren. Das von den Teilnehmerinnen beschriebene Fehlen zentraler Begriffe wie „Trauma“ in der Herkunftssprache (Person 5) ist nicht nur ein linguistisches Problem, sondern hat tiefgreifende Auswirkungen auf das Selbstverhältnis der Betroffenen. Wenn Leiden nicht benennbar ist, kann es weder kommuniziert noch sozial legitimiert werden. Für die Individuen bedeutet dies eine doppelte Isolation: Sie sind einerseits innerhalb der Familie sprachlos, andererseits gezwungen, ihre Erfahrungen ausschließlich im therapeutischen oder institutionellen Raum zu artikulieren. Die Diagnose bleibt damit kontextlos, verstehbar für Fachpersonen, aber nicht integrierbar in das eigene soziale Leben. Dies verstärkt Gefühle von Entfremdung, Schuld und innerer Zerrissenheit.

In analytischer Verdichtung lässt sich diese Konstellation als transgenerational vermittelte epistemische Gewalt fassen. Die Unmöglichkeit, das eigene Leiden sprachlich und sozial anzuerkennen, ist nicht zufällig, sondern Ergebnis historischer Macht- und

Gewaltverhältnisse, die bestimmte Formen von Leid unsagbar machen. Das Schweigen der Eltern blockiert nicht nur das Erzählen der Vergangenheit, sondern auch das Verstehen der Gegenwart der Kinder.

Für die Beantwortung der Forschungsfrage bedeutet dies: Die Verhandlung der PTBS-Diagnose ist in der Lebensrealität der zweiten Generation immer auch eine Verhandlung mit der eigenen Familiengeschichte, Loyalität und individueller Zugehörigkeit. „Kulturelles Verstehen“ erweist sich hier als ein historisches Verstehen. Für die therapeutische Praxis folgt daraus eine zentrale Implikation:

Eine kultursensible Therapie muss transgenerationale Dynamiken und kollektivistische Ordnungen ernst nehmen, ohne sie zu romantisieren oder zu pathologisieren. Sie muss Räume eröffnen, in denen die Spannung zwischen individueller Heilung und familiärer Loyalität reflektierbar wird. Die Familie erscheint damit weder eindeutig als Ressource noch als Belastung, sondern als zentraler historischer Resonanzraum, in dem die Bedeutung der Diagnose ihre volle, widersprüchliche Tiefe entfaltet. Hierfür müssen Wissenslücken über unterschiedliche kulturelle Verständnisse abgebaut werden, ohne zu generalisieren.

Die Forschung dieser Arbeit konkretisiert das Konzept des transgenerationalen Traumas durch die Analyse der Familie als epistemischen Konfliktraum, in dem das Schweigen der Eltern eine aktive Überlebensstrategie ist, die für die Kinder jedoch zur Blockade der eigenen Anerkennung wird. Das bedeutet, dass der Konflikt nicht einfach zwischen "Kulturen", sondern zwischen unterschiedlichen historisch gewachsenen Bewältigungslogiken stattfindet. Besonders neu ist die Herausarbeitung der geschlechtsspezifischen Verschränkung dieses Konflikts durch die Rolle der ältesten Tochter (Parentifizierung). Die normative Überforderung wird als zentrale Belastungsquelle empirisch belegt. In Abgrenzung zur bestehenden Literatur ist die Verbindung von transgeneracionalem Trauma, kollektivistischen Loyalitätserwartungen und der spezifischen Gender-Rolle der ältesten Tochter als "drittes Elternteil" neu. Es stellt eine präzise Analyse eines spezifischen Belastungsmusters für Frauen der zweiten Generation dar, die so in der Literatur selten herausgearbeitet wurde.

7.1.5. Dekoloniale und intersektionale Perspektiven auf das Hilfesystem

Die Analyse der Erfahrungen der Teilnehmerinnen mit dem deutschsprachigen Gesundheitssystem verdeutlicht, dass der Universalismus westlicher Psychotherapiekonzepte (Mills, 2013; Connell, 2011) für die zweite Generation migrantischer Frauen keine neutrale Basis darstellt, sondern verschiedene Dimensionen struktureller Gewalt zusammenführt. Das System operiert als Feld, in dem Rassismus, Sexismus und Klassismus kumulativ wirken und die in der Theorie beschriebene doppelte Ausschließung (Schouler-Ocak et al., 2020) in konkrete Erlebnisse übersetzt wird. Die Gewalt ist selten offen, sondern manifestiert sich subtil über bürokratische Hürden, epistemische Herabwürdigung und die Infragestellung subjektiver Leidenswahrnehmung.

Ein zentrales Phänomen ist das, was die Teilnehmerinnen als intersektionales „Medical Gaslighting“ beschreiben. Person 1 formuliert: „Medical Gaslighting ist einfach so verbreitet in Deutschland. [...] Dass Frauen öfters nicht ernst genommen werden und dann als hysterisch [...] abgetan werden.“ Diese Zuschreibung verweist auf historische Mechanismen der Pathologisierung weiblicher Subjektivität, die in Verbindung mit Rassifizierung eine systemische De-Validierung migrantischer Frauen bewirken (Jones, 2012). Person 3 ergänzt, dass ihr Suchtverhalten pauschal unterstellt wurde. Es ist ein wiederkehrendes Muster, das epistemische Gewalt mit bürokratischem Abschluss verzahnt.

Die entscheidende, praxisrelevante Erkenntnis aus der Gegenüberstellung negativer und positiver Erfahrungen liegt jedoch in der Klärung der Bedingungen gelingender Anerkennung jenseits von Identitätsgleichheit. Positive Therapieerfahrungen waren nicht automatisch an eine ethnische Übereinstimmung gebunden. Entscheidend war vielmehr eine bestimmte professionelle dekoloniale Haltung. Diese konnte sich in einer geteilten Migrationserfahrung zeigen, die ein implizites Verständnis für bestimmte Lebensrealitäten voraussetzt (Person 1). Sie konnte sich aber ebenso, wie im Fall der zunächst abgelehnten „Alman“-Therapeutin³, in einer Haltung der kritischen Selbstreflexion, empathischen Offenheit und professionellen Neugier manifestieren, die die

³ „Alman“ ist ein umgangssprachlicher Begriff türkischen Ursprungs und bedeutet wörtlich „deutsch“. In Jugend- und Alltagsdiskursen wird er ironisch oder spöttisch verwendet, um typisch deutsch wahrgenommene Verhaltensweisen zu markieren. Der Begriff wird als Ausdruck von Selbstermächtigung marginalisierter Gruppen diskutiert, jedoch aufgrund fehlender struktureller Machtasymmetrie gegenüber der Mehrheitsgesellschaft nicht als rassistisch im engeren Sinne eingeordnet. (Voigt, 2018) Wissenschaftliche Abhandlungen des Begriffs fand ich keine.

hegemoniale Normativität der eigenen Disziplin suspendiert und die Klientin nicht von vornherein in ein rassifizierendes oder gendered Kategoriensystem einordnet. Diese Haltung demaskiert den oft oberflächlich verwendeten Begriff der „Kultursensibilität“: Entscheidend ist nicht das Abhaken Faktenwissens, sondern die grundlegende Bereitschaft, Macht- und Wissenshierarchien konsequent zu reflektieren und abzubauen.

Die Analyse der Teilnehmerinnen verdeutlicht, dass Skepsis gegenüber weiß-gelesenen Therapeut:innen kein Vorurteil, sondern eine realistische Risikoabschätzung darstellt, die auf gesammelten Erfahrungen von Othering, Diskriminierung und systematischer Marginalisierung basiert (Pattillo, Stieglitz & Angoumis, 2023). Diese anfängliche Ambivalenz und Ablehnung resultiert aus der Vorwegnahme rassistischer Behandlung: Wiederholte Erfahrungen mit Missachtung, Ignorieren von Beschwerden oder längeren Wartezeiten erzeugen ein chronisches Misstrauen gegenüber dem System und seinen Repräsentant:innen. Mitglieder rassifizierter Gruppen entwickeln dadurch strategische Distanzierung, vermeiden institutionelle Kontakte oder gehen selektiv auf Angebote ein, ein Schutzmechanismus, um erneuter Traumatisierung vorzubeugen. Dieses Verhalten zeigt die Vernetzung individueller Erfahrungen mit institutionellen Machtstrukturen: Die Ablehnung oder Skepsis gegenüber Therapeut:innen reflektiert die intersektionale Realität der Teilnehmerinnen, in der kulturelle, geschlechtliche und rassifizierende Zuschreibungen das Erleben und die Handlungsoptionen im Gesundheitssystem strukturieren. Die Erfahrung zeigt zugleich die Grenzen des westlichen Universalismus: Therapeutische Konzepte, die individuell-autonomes Handeln voraussetzen, stoßen auf einen Kontext, in dem die Wahrung familiärer und sozialer Zugehörigkeit eine zentrale normative Rolle spielt.

Institutionelle Gewalt zeigt sich zusätzlich in bürokratischer Diskriminierung. Die Teilnehmerinnen berichten von abgelehnten oder verzögerten Anträgen auf Leistungen, während weiße, nicht-migrantische Vergleichsgruppen schneller bedient werden. Ta (2020) belegt dies quantitativ: In Berlin-Lichtenberg lag der Anteil vietnamesischer Migrant:innen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung bei 0,3 %, trotz eines Bevölkerungsanteils von 16,2 % und häufig chronifizierten Krankheitsverläufen. Diese Diskrepanz zeigt die Notwendigkeit kultursensibler Angebote.

Tatsächlich eröffnete die Charité Berlin 2010 eine spezialisierte ambulante psychiatrische Einheit für vietnamesische Migrant:innen (Ta, 2020). Dieses Angebot, das auf

Sprach- und Kulturmittlung sowie niedrigschwelligen Zugang setzt, adressiert explizit Barrieren wie mangelnde Sprachkenntnisse, fehlendes Wissen über das Versorgungssystem oder die Sorge vor Stigmatisierung. Die Praxis zeigt, dass derartige spezialisierten Angebote angenommen werden: Eine Interviewteilnehmerin vermittelte ihre eigene Mutter an die Charité-Vietnamesisch-Ambulanz, was die Wirksamkeit der Maßnahme zur Senkung der Zugangsschwelle illustriert. Ergänzend entstand ein Netzwerk „Seelische Gesundheit für vietnamesische Migrant*innen“, das über niederschwellige psychosoziale Komplementärangebote, Netzwerktreffen und eine bilinguale Internetpräsenz interkulturellen Austausch fördert.

Positive Therapieerfahrungen hingegen sind weniger an ethnische Übereinstimmung gebunden, sondern an eine professionelle dekoloniale Haltung: Empathische Offenheit, kritische Selbstreflexion und die Bereitschaft, Macht- und Wissenshierarchien zu hinterfragen, sind entscheidend (Ta, 2020). Sie ermöglichen, dass die Diagnose als Werkzeug der Heilung und nicht der sekundären Traumatisierung wirkt.

Für die Beantwortung der Forschungsfrage bedeutet dies: Der „Kontext dominanter westlicher Krankheitskonzepte“ wird für die Teilnehmerinnen zu einem Feld intersektional strukturierter institutioneller Macht. Das System kann entweder durch validierende und machtkritische Anerkennung unterstützen oder durch Gaslighting, sexualisierte Stigmatisierung und bürokratischen Ausschluss traumatisieren. Eine dekoloniale Praxis erfordert daher mehr als die Addition kulturellen Wissens; sie verlangt eine radikale, intersektional informierte Selbstreflexion, institutionellen Aktivismus und den Aufbau kultursensibler Angebote, wie sie Ta (2020) exemplarisch für vietnamesische Migrant:innen beschreibt. Aus der Gegenüberstellung positiver und negativer Erfahrungen leitet die Forschung eine praxisrelevante, differenzierte Erkenntnis ab: Entscheidend für gelingende Therapie ist nicht primär ethnische Übereinstimmung, sondern eine professionelle dekoloniale Haltung. Diese Haltung umfasst: Kritische Selbstreflexion, Suspendierung hegemonialer Normativität, empathische Offenheit und die Bereitschaft, Macht hierarchien abzubauen. Die Forderung dieser Forschungsarbeit geht über die allgemeine Forderung nach "Kultursensibilität" hinaus und benennt konkrete, übertragbare Haltungsmerkmale. Es belegt auch, dass die Skepsis der Patientinnen gegenüber weiß-gelesenen Therapeut:innen eine realistische Risikoabschätzung ist, keine irrationale Abwehr.

7.2. Beantwortung der Forschungsfrage: Drei Synthesen

Die leitende Forschungsfrage dieser Arbeit lautete: Wie werden PTBS-Diagnosen von asiatischen Migrant:innen der zweiten Generation im deutschsprachigen Raum kulturell verstanden, bewertet und in ihren Lebensrealitäten verhandelt, insbesondere im Kontext von dominanten westlichen Krankheitskonzepten und unter Berücksichtigung dekolonialer Perspektiven?

Die qualitative Analyse zeigt, dass diese Verhandlung ein hochgradig ambivalenter, durch Machtverhältnisse strukturierter und letztlich politischer Prozess ist. Er kann als eine Aushandlung von Zugehörigkeit im Spannungsfeld epistemischer Hegemonien verstanden werden. Die empirischen Befunde verdichten sich in einer dreifachen Synthese, die die spezifische Lage der zweiten Generation zwischen und innerhalb unterschiedlicher Wissensordnungen, sozialer Räume und politischer Projektionen sichtbar macht.

Die erste Synthese dieser Forschungsarbeit ist die Verhandlung der PTBS-Diagnose als hybride Sinnproduktion. Die Teilnehmerinnen stehen im Zentrum eines Konflikts zwischen dem universalistischen Anspruch des westlichen PTBS-Konzepts, einer zentralen „Technologie der Seele“ im Sinne der dekolonialen Psychiatriekritik (Mills, 2013), und den lokalen, familiären Wissensbeständen, die oft auf Somatisierung, moralische Zuschreibung oder kollektives Schweigen setzen. Die Studie belegt, dass die zweite Generation diesem Konflikt nicht passiv ausgeliefert ist. Vielmehr entwickeln sie eine hybride Wissenspraxis (Antić, 2021): Sie eignen sich die medizinische Diagnose aktiv an, übersetzen sie in persönliche Metaphern (z.B. Gehirn als „Schrank“) und funktionale Selbsthilfenarrative und schaffen so eine dritte, eigenständige Bedeutungsebene. Dieser kreative Akt der epistemischen agency stellt eine konkrete Form des Widerstands gegen die vollständige Pathologisierung und Entmündigung durch hegemoniales Wissen dar. Er bestätigt und spezifiziert damit die dekoloniale Forderung, Subjekte nicht als passive Opfer, sondern als aktive Produzent:innen von Gegenwissen zu begreifen (Mills, 2013; Connell, 2011). Das „kulturelle Verstehen“ ist somit kein passives Übernehmen, sondern ein aktives, kreatives und notwendig hybrides Neu-Verstehen an der Schnittstelle divergierender Systeme.

Die zweite Synthese ist die Verhandlung als performative Verwaltung von Zugehörigkeit. Die Bewertung der Diagnose kann als fortlaufende, performative Verwaltung von Zugehörigkeit analysiert werden, wie sie Nira Yuval-Davis (2006) konzeptualisiert. Zugehörigkeit wird hier nicht als fixer Status, sondern als emotionaler, sozialer und politischer Aushandlungsprozess verstanden. Die Analyse zeigt eine tiefgreifende kontextuelle Bewertungsspaltung:

Im therapeutischen Raum wird die Diagnose zum Vehikel für eine Zugehörigkeit zum anerkannten Leidenden. Sie ermöglicht Validierung, entlastet von internalisierter Selbstzweifel und eröffnet den Zugang zu legitimierten Hilfsressourcen. Sie stiftet eine, wenn auch prekäre, Zugehörigkeit zur Kategorie der „Behandelbaren“ innerhalb des westlichen Systems.

Im familiären und community-bezogenen Raum droht dieselbe Diagnose jedoch, die Zugehörigkeit zur Herkunftsfamilie und -community zu gefährden. Wo psychisches Leiden als Charaktermakel oder Undankbarkeit gelesen wird („Was? Wie muss es dann mir gehen?“), markiert die offene Diagnose soziale Devianz und riskiert Ausschluss. Die Folge sind Strategien der Geheimhaltung, der doppelten Performanz und der emotionalen Abschottung, allesamt Praktiken des „Boundary Making“ (Yuval-Davis, 2006), um unterschiedliche Zugehörigkeiten in verschiedenen sozialen Räumen gleichzeitig aufrechtzuerhalten. Diese permanente Navigation zwischen sich widersprechenden Anerkennungslogiken stellt eine spezifische, chronische Belastung der zweiten Generation dar, die über die individuelle Symptomatik hinausgeht.

Die dritte und letzte Synthese ist die Auseinandersetzung mit rassifizierender und entmündigender Strukturalität. Der institutionelle und gesellschaftliche Kontext, in dem diese Verhandlungen stattfinden, ist von einer spezifischen rassifizierenden Strukturalität geprägt. Die Erfahrungen der Teilnehmerinnen mit „Medical Gaslighting“, exotisierenden Zuschreibungen und bürokratischer Diskriminierung sind keine Einzelfälle, und Ausrutscher des Systems, sondern sie sind Ausdruck dessen, was Kien Nghi Ha (2021) und Schindler (2021) als den „unsichtbaren“ bzw. de-thematisierten anti-asiatischen Rassismus im deutschen Kontext beschreiben. Dieser Rassismus wirkt nicht nur als zwischenmenschliche Erwartungshaltung oder Feindseligkeit, sondern vor allem als struktureller Filter im, der den Zugang erschwert, die Glaubwürdigkeit der Patientinnen untergräbt und ihre Leiden kulturalisiert statt ernst nimmt.

Die daraus resultierende strategische Skepsis der Teilnehmerinnen gegenüber dem Hilfesystem ist daher keine pathologische Abwehr, sondern eine realistische epistemische Vorsicht. Sie antizipieren die Möglichkeit, erneut durch den Filter rassistischer und gendered Stereotype (z.B. der „lautlosen Minderheit“ oder der „hysterischen Frau“) wahrgenommen und entmündigt zu werden. Die positive Kehrseite dieser Analyse ist die klare Identifikation der Bedingungen gelingender Anerkennung: Entscheidend ist nicht ethnische Übereinstimmung, sondern eine dekoloniale professionelle Haltung, die diese Macht- und Wahrheitsregime reflektiert und in der therapeutischen Beziehung aktiv suspendiert. Dies ist eine direkte praktische Konsequenz aus der dekolonialen Kritik an der vermeintlichen Neutralität westlicher Therapie (Mills, 2013).

Die hier ausgearbeiteten Ergebnisse verdichten sich in einem Oszillationsmodell (siehe Abbildung 1), das die spezifische Lage der zweiten Generation visualisiert.

Die PTBS-Diagnose als Ort der Aushandlung und Zugehörigkeit: ein Oszillationsmodell für asiatische Migrant:innen der zweiten Generation im deutschsprachigen Raum:

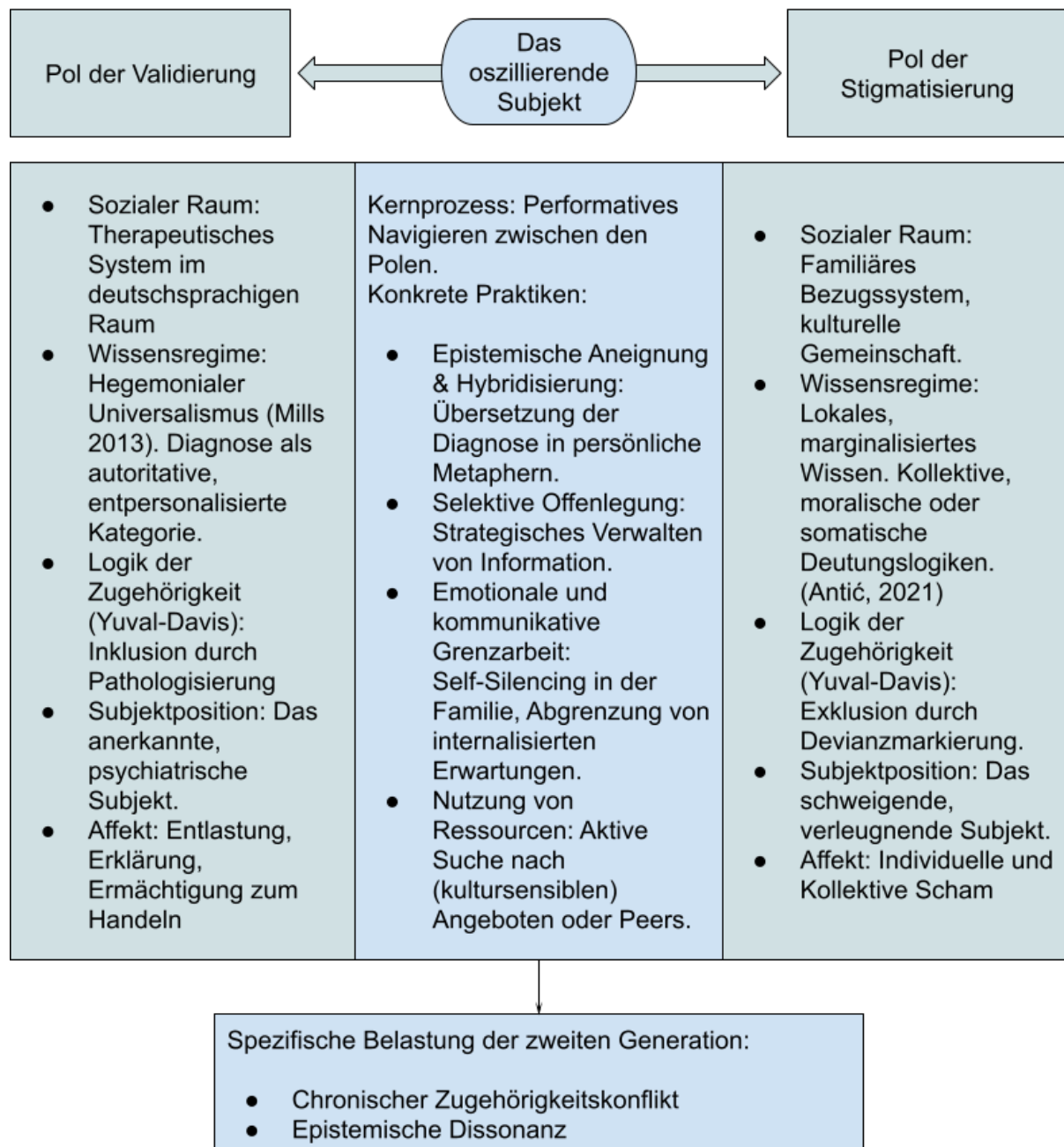


Abbildung 1: Die PTBS-Diagnose als Ort der Aushandlung und Zugehörigkeit

Die theoretische Synthese der empirischen Befunde lässt sich in einem Oszillationsmodell verdichten (s. Abb. 1). Dieses Modell fasst zusammen, dass die Verhandlung der PTBS-Diagnose für asiatische Migrantinnen der zweiten Generation wesentlich ein performativer Akt der Verwaltung von Zugehörigkeit im Spannungsfeld zweier Wissens- und Anerkennungsregime darstellt. Auf der einen Seite steht das hegemoniale, universalistische Wissensregime der westlichen Psychiatrie (Mills, 2013), das durch die Diagnose eine prekäre formale Anerkennung bietet. Auf der anderen Seite steht das marginalisierte, kollektivistische Wissensregime der Herkunftsfamilie, in dem dieselbe Diagnose soziale Devianz und die Gefährdung primärer Bindungen markiert. Die beforschten Subjekte oszillieren nicht passiv zwischen diesen Polen, sondern navigieren sie aktiv durch Praktiken der epistemischen Aneignung, strategischen Geheimhaltung und hybriden Sinnbildung. Diese permanente Navigationsarbeit konstituiert die chronische Belastungslage der zweiten Generation, die über die individuelle Psychopathologie hinausweist. Die Analyse zeigt somit, dass die Diagnose im familiären Raum ein hochriskantes, aber nicht deterministisches Potenzial birgt. Allerdings gab es auch einen Fall, in dem ein initialer Bruch mit der Familie in einen Prozess der Annäherung und der Entwicklung eines verständnisvolleren Umgangs mündete. Das unterstreicht, dass der Ausgang dieser Aushandlung offen und kontingent ist. Er wird nicht allein durch Kultur vorgezeichnet, sondern ist das Produkt einer komplexen Interaktion aus kulturellen Normvorstellungen, individueller Persönlichkeitsmerkmalen, generationellen Differenzen und der spezifischen Geschichte der jeweiligen Beziehungen.

Die Verhandlung der PTBS-Diagnose ist weder ein rein klinischer noch ein privater Prozess. Sie ist vielmehr ein mikropolitisches Handlungsfeld, in dem sich grundlegende Machtfragen bündeln: die Auseinandersetzung mit der epistemischen Hegemonie der westlichen Psychiatrie, die performative Navigation von Zugehörigkeiten in fragmentierten sozialen Welten und der Widerstand gegen eine rassifizierende und entmündigende Strukturalität im Gesundheitssystem. Die Teilnehmerinnen bewegen sich in diesem Feld nicht als bloße „Patientinnen“, sondern als epistemische Subjekte, die zwischen den verfügbaren Wissensordnungen navigieren, hybride Sinnangebote schaffen und ihre agency gegen multiple Formen der Entmächtigung behaupten. Ihre Praxis des Verhandelns ist damit selbst ein Akt der Dekolonisierung des Selbst in einem nach wie vor kolonial strukturierten Feld der Psyche.

7.3. Implikationen

Die in Kapitel 6.3 dargestellten Verhandlungsprozesse der PTBS-Diagnose zeigen, dass die Erfahrungen der asiatischen Migrantinnen der zweiten Generation nicht auf individuelle Aneignung oder familiäre Dynamiken beschränkt bleiben, sondern tief in strukturelle Macht- und Wissensverhältnisse eingebettet sind. Die Analyse hat deutlich gemacht, dass die PTBS-Diagnose gleichzeitig ein Instrument der Selbstermächtigung und ein Marker institutioneller Ausschlüsse ist. Vor diesem Hintergrund lassen sich die Befunde nicht auf rein klinische Anpassungsmaßnahmen reduzieren, sondern erfordern eine konsequente Übertragung auf Praxis, Community-Engagement und wissenschaftliche Forschung. Die folgenden Implikationen konkretisieren daher, wie die Erkenntnisse aus der Verhandlung der Diagnose in konkrete Handlungsempfehlungen für klinische Praxis, Community-Strukturen und die wissenschaftliche Wissensproduktion überführt werden können.

Um der in der Studie dokumentierten doppelten Ausschließung (Schouler-Ocak et al., 2020) wirksam zu begegnen und sich der Kritik an postkolonialen Machtverhältnissen (Mills, 2013; Connell, 2011) innerhalb des eigenen Feldes zu stellen, ergeben sich drei zentrale Handlungsfelder für die Praxis.

Statt oberflächlicher „Kultursensibilität“ braucht es die verpflichtende Etablierung von „Cultural Humility“ als Grundhaltung in allen Aus- und Weiterbildungen von Gesundheitsberufen. Dies beinhaltet die kritische und permanente Reflexion der eigenen, hegemonialen, westlichen, weißen, deutschsprachigen, akademischen Normen in Diagnostik und Therapie (vgl. die Kritik am universalistischen PTBS-Diskurs, 2.1, 2.5). Eine solche Haltung muss durch verpflichtende Curricula zu Rassismus und intersektionaler Diskriminierung als klinisch hochrelevante Faktoren untermauert werden. Therapeut:innen müssen befähigt werden, die von Person 3 erlebten exotisierenden Zuschreibungen, den unerwünschten Assoziationen zu Lotusfüßen aufgrund einer asiatischen Herkunftsgeschichte, nicht nur zu vermeiden, sondern in ihrer strukturellen Verankerung zu verstehen und zu adressieren.

Die Ergebnisse zeigen den enormen Unterschied, den Fachpersonen mit eigener Migrations- oder Rassismuserfahrung machen können. Daher müssen konkrete, finanzierte Programme geschaffen werden, um den Zugang von People of Color und Menschen mit Migrationserfahrung zu psychotherapeutischen und psychiatrischen Ausbildungsgängen systematisch zu fördern und strukturelle Hürden abzubauen.

Diese Förderung muss jedoch über bloße Symbolpolitik hinausgehen und die spezifischen, Exklusionsmechanismen der Psychotherapieausbildung adressieren. So stellte Reiter (2026) fest, dass die Ausbildung in Österreich durch private Vorfinanzierungspflicht, fehlende Ausbildungsvergütungen und informelle Netzwerke („Vitamin B“) bei der Vergabe von Praktikumsplätzen gekennzeichnet sind. Für Menschen aus der Arbeiterklasse und solche, deren Familien nicht über akademisches oder fachkulturelles Kapital verfügen, wirken diese Mechanismen als unsichtbare Schranke.

Konkret bedarf es daher einkommensabhängiger Ausbildungsförderungen und öffentlich finanzierter Ausbildungsplätze, um die Privatfinanzierungspflicht zu durchbrechen. Zudem wird eine zentralisierte, öffentlich getragene Koordinationsstelle für Praktika und Berufseinstieg gefordert, um die Abhängigkeit von individuellen Netzwerken zu reduzieren. Des Weiteren ist eine Erhebung sozioökonomischer und migrationsbezogener Daten im Ausbildungsverlauf wünschenswert, um soziale Selektivität sichtbar und evidenzbasiert korrigierbar zu machen.

Ohne diesen materiellen Unterbau bleibt die Forderung nach mehr Repräsentation eine Appellstruktur. Erst die finanzielle und institutionelle Absicherung des Ausbildungsweges ermöglicht jene Diversität, die für eine diskriminierungssensible Versorgung unverzichtbar ist.

Um der kulturellen und sprachlichen Unübersetzbarkeit der PTBS-Diagnose zu begegnen, müssen komplizierte Fachtexte auch in einfacher Sprache ausgestellt werden. Zudem bedarf es einer Anlaufstation für sprachliche Unterstützung, die nicht nur die Wörter übersetzt, sondern auch kulturell inhaltlich die Brücken bauen kann.

Es bedarf zudem an muttersprachliche Selbsthilfegruppen, empowernde Peer-Beratungsprojekte und aufsuchernde psychosoziale Arbeit in den Communities deutlich

ausgebaut und dauerhaft finanziert werden. Solche Räume, wie sie sich Teilnehmerinnen explizit wünschten, ermöglichen erst jene Formen des epistemischen Widerstands und der eigenständigen Sinnstiftung, die für die Heilungsprozesse der Teilnehmerinnen zentral waren. Eine Interviewteilnehmerin hatte auch ihre eigene Mutter zu einer vietnamesischen Therapie an der Charité Berlin vermittelt. Dies zeigt, dass derartige Angebote genutzt werden, wenn sie vorhanden sind.

Diese community-basierten Angebote dürfen nicht marginalisiert bleiben, sondern müssen als gleichberechtigte Partner in die Regelversorgung eingebunden werden, um lebendige Brücken zwischen klinischem und erfahrungsbasiertem, community-getragtem Wissen zu schlagen.

Sämtliche administrativen Verfahren der Krankenkassen, Sozialämter und Behörden, beispielsweise Anträge auf Kostenübernahme, Erwerbsminderungsrenten, Feststellung des Grades der Behinderung, müssen in verbindlichen Audits auf indirekt diskriminierende Effekte überprüft und konsequent barrierearm sowie transparenter gestaltet werden. Die von Person 3 geschilderte Erfahrung unterschiedlicher Bearbeitungszeiten und -ergebnisse bei vergleichbaren Diagnosen belegt, dass diese bürokratischen Hürden eine eigene, wirksame Form der strukturellen Gewalt und Versorgungsverweigerung darstellen. Zudem bedarf es der Schaffung niedrigschwellig zugänglicher, unabhängiger Beschwerdestellen speziell für Diskriminierung und Fehlbehandlung im Gesundheitswesen, begleitet von einem verbindlichen, disaggregierten Monitoring von Versorgungsungerechtigkeiten entlang der Kategorien Migrationshintergrund, Sprache und wahrgenommener Ethnizität.

Zusammen führen die drei Handlungsfelder zu einer Praxis und Forschung, die strukturelle Machtasymmetrien erkennt, Selbstermächtigung der Betroffenen fördert und die epistemische Dominanz westlicher Krankheitskonzepte kritisch hinterfragt. Die Forschungslandschaft muss sich selbstkritisch mit ihrer Rolle in der Reproduktion hegemonialen Wissens auseinandersetzen und ihre Methoden in Richtung größerer Gerechtigkeit und Komplexität weiterentwickeln.

Weitere Forschung muss die enormen Unterschiede zwischen verschiedenen asiatischen Diaspora-Gruppen (z.B. vietnamesisch-deutsch, chinesisch-deutsch, türkisch-deutsch, kasachstanisch-deutsch) in Bezug auf spezifische Migrationsgeschichten, sozioökonomische Lagen, koloniale Bezüge und kulturelle Krankheitskonzepte systematisch untersuchen, um pauschalisierenden Zuschreibungen entgegenzuwirken. Es braucht Längsschnittstudien, die die langfristigen, dynamischen Verläufe der Krankheitsbewältigung, Diagnose-Aneignung und insbesondere der Entwicklung „unerwarteter Sinnzuschreibungen“ nachzeichnen. Diese Forschung muss konsequent eine intersektionale Perspektive einnehmen und die Verschränkung von race, Gender, Klasse, sexueller Orientierung und Migrationsstatus in den Blick nehmen, wie es die komplexen Lebensrealitäten der Teilnehmerinnen erfordern.

Zukünftige Forschung muss die betroffenen Communities über die Rolle der „Beforschten“ hinausheben und als gleichberechtigte Ko-Produzent:innen von Wissen von der Formulierung der Forschungsfrage über die Methodenentwicklung bis zur Interpretation und Dissemination der Ergebnisse einbeziehen. Nur so kann die in dieser Studie kritisierte hegemoniale und oft extrahierende Logik der Wissensproduktion (vgl. 2.4, 2.5) fundamental hinterfragt und für die Communities wirklich relevantes, empowerndes Wissen generiert werden. Die Forschungsförderung und -community sollte dekoloniale Methodologien gezielt fördern. Diese reflektieren Machtverhältnisse in der Forschungssituation selbst, zielen auf Reziprozität ab und produzieren Wissen explizit für die empowernde Selbstverständigung der Communities und für strukturellen Wandel, nicht lediglich für akademischen Diskurs.

8. Grenzen der Studie

Jede wissenschaftliche Untersuchung ist durch ihre methodischen Entscheidungen, ihren theoretischen Rahmen und ihre praktische Durchführung begrenzt. Die bewusste Reflexion dieser Grenzen ist für die kritische Einordnung der Ergebnisse unerlässlich. Im Sinne wissenschaftlicher Redlichkeit werden im Folgenden konzeptionelle, methodische und forschungspragmatische Limitationen dieser Arbeit systematisch benannt und in ihrer Bedeutung für die Interpretation der Ergebnisse gewürdigt.

Die Studie ist durch ihren postkolonialen und machtkritischen Fokus konzeptionell gerahmt. Dieser Fokus eröffnet eine analytisch scharfe Lesart der Daten und ist für die Beantwortung der Forschungsfrage konstitutiv. Als Grenze ist jedoch anzuerkennen, dass er andere, möglicherweise komplementäre Interpretationen nicht ausschließt, aber in der Analyse notwendigerweise in den Hintergrund treten lässt. Der Einfluss dieser theoretischen Perspektive auf die Fragestellung, die Interviewführung und die interpretative Synthesis ist somit eine produktive, aber dennoch zu benennende konstitutive Eingrenzung des Blickfeldes.

Als qualitative Studie zielt diese Arbeit nicht auf statistische Repräsentativität, sondern auf Tiefe und kontextuelle Dichte. Eine zentrale methodische Grenze dieser Studie liegt in der Konstitution des Samples und dem Verzicht auf externe Validierung. Die Auswahl der Interviewpartner:innen basierte ausschließlich auf deren Selbstidentifikation als asiatische Migrant:innen der zweiten Generation mit einer PTBS-Diagnose. Es erfolgte bewusst keine Überprüfung medizinischer Dokumente zur Diagnose, der genauen Herkunftsorte der Eltern oder des familiären Migrationsweges. Menschen wurden in die Stichprobe aufgenommen, die diese Kategorien für sich beanspruchten, unabhängig von ihrem Phänotyp oder der Familienbiografie. Diese Entscheidung folgte dem ethischen Prinzip des Vertrauens und der Vermeidung von Retraumatisierung (siehe 5.4), sowie dem theoretischen Fokus auf die subjektive Verortung und Aushandlung von Zugehörigkeit (vgl. 2.5). Als Konsequenz ist das Sample jedoch nicht objektiv überprüfbar und basiert auf dem Vertrauen gegenüber den befragten Personen.

Trotz des Einsatzes von gezieltem und Schneeball-Sampling weist die Stichprobe einen inhärenten Bias der Sichtbarkeit und Reflexivität auf. Die Teilnehmerinnen waren überwiegend hochreflektiert, in therapeutischer Behandlung und über akademische oder aktivistische Netzwerke erreichbar. Folglich sind Perspektiven unterrepräsentiert, die für das Gesamtphänomen von großer Relevanz wären: die von Personen ohne Therapieerfahrung, mit geringeren Deutschkenntnissen, in prekären sozioökonomischen Lagen oder mit einer fundamentalen Ablehnung der westlichen PTBS-Diagnose. Zwar wurde auf Diversität in Bezug auf elterliche Herkunftskontexte geachtet, die enorme Heterogenität der „asiatischen Diaspora“ kann in einer Studie dieses Umfangs nicht abgebildet werden. Die notwendig offenen Einschlusskriterien („zweite Generation“, „asiatische Herkunft“) führen zu einer gewissen konzeptionellen Unschärfe der untersuchten Gruppe. Die daraus resultierende kulturelle Deutung ist somit heterogen.

Ein weiterer Grenzpunkt der Studie liegt in der geschlechtsspezifischen Zusammensetzung des Samples. Die Teilnehmerinnen waren Frauen, was einerseits die Realität der Inanspruchnahme von Psychotherapie widerspiegelt, andererseits bestimmte Perspektiven systematisch ausschließt. Wie Schigl (2022) aufzeigt, sind in Deutschland und Österreich die psychotherapeutischen Berufe stark weiblich geprägt, und auch die Hilfesuchenden sind überwiegend weiblich. Frauen sind in ihrer Sozialisation stärker dazu befähigt, psychische Belastungen zu erkennen, darüber zu sprechen und Hilfe zu suchen, während Männer oft einem zusätzlichen Stigma ausgesetzt sind, wenn sie psychotherapeutische Unterstützung benötigen. Dies führt dazu, dass männliche Perspektiven und Erfahrungen mit PTBS-Diagnosen in der Stichprobe unterrepräsentiert sind. Die Dominanz weiblicher Stimmen in der Studie kann somit als eine Folge sowohl der sozialen und kulturellen Bedingungen der Hilfesuche als auch der geschlechtsspezifischen Dynamiken im Gesundheitssystem verstanden werden. Gleichzeitig reflektiert die Stichprobe indirekt die intersektionalen Barrieren, die Männer mit Migrationshintergrund daran hindern, Zugang zu Therapieangeboten zu erhalten. Die Strategien der Aneignung, Sinnstiftung und des Umgangs mit der PTBS-Diagnose, die in der Analyse beschrieben werden, spiegeln folglich primär weibliche Erfahrungen wider, während die Sichtweisen von Männern, die möglicherweise andere Mechanismen der Verarbeitung oder andere Zugangsbarrieren entwickeln, nicht abgebildet sind.

Die geschlechtsspezifische Verzerrung des Samples ist damit nicht nur eine methodische Limitation, sondern selbst ein Spiegel der gesellschaftlichen und strukturellen Bedingungen, die das Hilfesuchverhalten und die therapeutische Beziehung prägen. Die Erkenntnisse der Studie müssen vor diesem Hintergrund als primär weiblich geprägte Perspektiven gelesen werden, die das Spektrum der Erfahrungen mit PTBS-Diagnosen in der zweiten Generation asiatischer Migrant:innen ergänzen, aber nicht vollständig abbilden.

Die reflexive Thematisierung der eigenen Positionalität (vgl. 5.4) kann den Einfluss der subjektiven und theoretischen Prägung auf die Interpretation zwar bewusst machen, aber nicht vollständig neutralisieren. Schließlich positioniert die explizit dekoloniale und hegemoniekritische Ausrichtung die Studie in einem spannungsreichen Verhältnis zu etablierten, universalistischen Diskursen in Psychiatrie und Psychologie, was ihre Rezeption in diesen Feldern potentiell beeinflussen kann.

Zusammenfassend markieren diese Grenzen den spezifischen Geltungsbereich der Studie. Sie schärfen den Blick dafür, dass die gewonnenen Erkenntnisse als dichte, kontextspezifische und theoriegeleitete Verdichtungen zu verstehen sind, die ein komplexes Feld aus einer bewusst eingenommenen Perspektive erhellen. Sie fordern zugleich dazu auf, die hier begonnene Analyse durch Forschung zu ergänzen, die andere methodische Zugänge wählt und die identifizierten blinden Flecken gezielt adressiert.

9. Fazit

Ausgehend von der kritischen Infragestellung der Universalität des westlichen PTBS-Konzepts hat diese Studie untersucht, wie asiatische Migrantinnen der zweiten Generation ihre PTBS-Diagnose kulturell verstehen, bewerten und verhandeln. Die zentrale, empirisch belegte Erkenntnis lautet: Die PTBS-Diagnose ist in diesem Kontext kein rein medizinisches Faktum, sondern ein dynamischer Aushandlungsgegenstand innerhalb eines Feldes gesellschaftlicher Machtverhältnisse.

Wie in Kapitel 7.3 gezeigt, vollzieht sich die Verhandlung der Diagnose auf den Ebenen Individuum, Familie und Versorgungssystem; die daraus abgeleiteten Handlungsfelder (Kapitel 7.4) bieten konkrete Ansatzpunkte, diese Spannungen zu adressieren. Die Diagnose wird von den Betroffenen als wichtiges Werkzeug der Selbstermächtigung angeeignet, um eigenes Leiden zu benennen und zu legitimieren. Gleichzeitig erweist sie sich als Marker multipler Ausschlüsse: Sie ist im familiären Umfeld oft nicht kommunizierbar, trifft auf ein Gesundheitssystem, das von kultureller Hegemonie und struktureller Gewalt geprägt ist, und wird vor dem Hintergrund einer hybriden Identität verhandelt, die ständig zwischen Zugehörigkeit und rassifizierendem Othering navigieren muss.

Die vielleicht bedeutsamste empirische Einsicht der Studie liegt jedoch in der dokumentierten Fähigkeit der Teilnehmerinnen, diese widersprüchliche Position nicht nur auszuhalten, sondern kreativ zu überschreiten. Die Entwicklung eigener, spiritueller, existenzieller oder metaphorischer „Unerwarteter Sinnzuschreibungen“ (6.5) stellt den entscheidenden Akt der Verhandlung dar: die aktive Rückeroberung der Deutungshoheit und die Transformation vom pathologischen Objekt zum erkennenden Subjekt.

Aus der konsequenten Anwendung einer dekolonialen und machtkritischen Perspektive (vgl. Kapitel 2.3, 2.4, 2.7) folgt eine grundlegende theoretische Schlussfolgerung: Die hier untersuchten Erfahrungen mit PTBS sind nicht als individuelle Pathologien, sondern als gesellschaftliche Einschreibungen zu verstehen. In ihnen verdichten sich historische Gewalt (transgenerationale Traumata), gegenwärtige rassistische Strukturen (Othering, Model Minority-Mythos) und die Hegemonie westlich-medizinischen Wissens.

Die Diagnose fungiert als ein Prisma, denn in ihr brechen sich die größeren Macht- und Wissensordnungen und werden auf der Mikroebene des Subjekts erfahrbar. Dabei ist die oft beschriebene 'Ambivalenz' der Diagnose ist kein Zufall, sondern der notwendige Effekt ihrer Position in diesem Spannungsfeld. Entsprechend erweist sich die dokumentierte Sinnstiftung als subjektive Antwort darauf.

Vor diesem Hintergrund mündet die Studie in die übergreifende Forderung nach einer dekolonialen Wende in der psychosozialen Versorgung und Forschung. Die detaillierten Handlungsempfehlungen für Praxis, Politik und Wissenschaft (vgl. Kapitel 7.4.) lassen sich daher in diesem Licht als konkrete Schritte hin zu einer radikalen Kontextualisierung und Enthegemonialisierung verstehen. Folglich geht es nicht mehr nur um „Kultursensibilität“ als additive Kompetenz, sondern um die grundsätzliche Infragestellung der impliziten Normen, nach denen psychische Gesundheit definiert, Leid anerkannt und Hilfe organisiert wird. Eine wirklich inklusive Praxis muss vielmehr die Verwobenheit von Psyche, Geschichte und Macht zum Ausgangspunkt nehmen und zugleich Räume für eben jenen epistemischen Widerstand und jene selbstbestimmte Sinnstiftung, wie sie die Teilnehmerinnen bereits praktizieren, aktiv unterstützen und wertschätzen.

Insgesamt hat diese Arbeit den komplexen Raum vermessen, in dem die PTBS-Diagnose zu einem Kristallisationspunkt für die zentralen Konflikte postmigrantischer Realitäten wird. Dabei zeigt sie, dass eine adäquate Antwort auf psychisches Leiden in der Migrationsgesellschaft eine doppelte Bewegung erfordert: die kritische Reflexion der eigenen hegemonialen Position (des Systems, der Klinik, der Forschung) einerseits und die radikale Öffnung für die Perspektiven und Wissensformen derer, die an den Schnittstellen dieser Konflikte leben, andererseits. Die in dieser Studie dokumentierten Stimmen und Sinngestaltungen sind somit nicht nur Zeugnis einer bestehenden Krise, sondern weisen zugleich den Weg zu ihrer Überwindung. Zwar sind die hier präsentierten Erkenntnisse kontext- und stichprobenbedingt, doch liefern sie wertvolle Hinweise auf die Dynamiken der Diagnoseaneignung und die strukturellen Herausforderungen für asiatische Migrantinnen der zweiten Generation im deutschsprachigen Raum.

Zukünftige Forschung sollte die rekonstruierten Diagnoseaneignungsprozesse systematisch weiterverfolgen und auf breiterer empirischer Basis prüfen. Insbesondere erscheinen Mixed-Methods-Designs sinnvoll, die qualitative Tiefenanalysen subjektiver Sinnstiftungen mit quantitativen Erhebungen zu Anerkennungs- und Marginalisierungserfahrungen verbinden. Dadurch ließe sich untersuchen, wie verbreitet die hier identifizierten Dynamiken epistemischer Ambivalenz in unterschiedlichen migrantischen Kontexten tatsächlich sind und welche strukturellen Faktoren sie begünstigen oder abschwächen. Darüber hinaus bedarf es vergleichender Studien zur praktischen Anwendung diagnostischer Klassifikationssysteme, um zu analysieren, inwiefern kategoriale Veränderungen auch zu veränderten Anerkennungs- und Behandlungspraxen führen oder bestehende Machtasymmetrien fortschreiben. Des Weiteren ist eine vertiefte disziplinspezifische Auseinandersetzung erforderlich: Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie müssen migrationsbezogene Kontexte von PTBS systematisch in Diagnostik, Behandlung und Ausbildung integrieren und die historischen sowie machtstrukturellen Dimensionen der Diagnose reflektieren. Zugleich reicht eine isolierte Weiterentwicklung einzelner Disziplinen nicht aus. Erforderlich ist eine transdisziplinäre Forschungsperspektive, die medizinische, psychologische, sozialwissenschaftliche, kulturtheoretische und postkoloniale Zugänge miteinander verschränkt. Nur durch eine solche Verknüpfung lässt sich die Verwobenheit von individueller Symptomatik, gesellschaftlichen Machtverhältnissen und globalhistorischen Kontexten adäquat erfassen.

Dennoch ist festzuhalten, dass sich bereits bedeutsame Verschiebungen abzeichnen. Die vorliegende Arbeit steht für eine zunehmende wissenschaftliche Anerkennung postmigrantischer Perspektiven in der Wissenschaft. Auch die Interviews zeigen, dass Betroffene nicht nur Marginalisierung erfahren, sondern auch Anerkennung, Unterstützung und professionelle Sensibilität erfahren konnten. Diese ambivalenten Befunde verweisen darauf, dass Transformation nicht erst bevorsteht, sondern bereits im Gange ist, wenn auch bislang ungleich verteilt und institutionell noch nicht hinreichend abgesichert. Zukünftige Forschung sollte daher nicht nur Defizite analysieren, sondern ebenso jene bestehenden Praktiken identifizieren, stärken und verbreiten, die eine gerechtere und reflexivere Versorgung bereits heute ermöglichen.

Abschließend möchte ich meinen tiefen Respekt und Dank gegenüber allen Teilnehmerinnen dieser Studie zum Ausdruck bringen. Ihre Bereitschaft, sehr persönliche und prägende Erfahrungen zu teilen, war nicht nur die Grundlage dieser Arbeit. Sie ist selbst ein bedeutender Akt der Entstigmatisierung und Selbstermächtigung. Jedes dieser Gespräche war ein Schritt dahin, psychisches Leiden und migrantische Erfahrungen aus der Sprachlosigkeit und dem Schatten der Stigmatisierung herauszuholen und der Anerkennung zugänglich zu machen. In ihren Stimmen und ihrem Mut liegt der wichtigste Impuls für die in dieser Arbeit geforderte dekoloniale Wende.

I. Quellenverzeichnis

American Psychiatric Association (2026). "History of the DSM." *Psychiatry.org*. Zugriff am 24. Februar 2026. <https://www.psychiatry.org/Psychiatrists/Practice/DSM/About-DSM/History-of-the-DSM>

Antić, A. (2021). Transcultural Psychiatry: Cultural Difference, Universalism and Social Psychiatry in the Age of Decolonisation. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 45, 359–384. <https://doi.org/10.1007/s11013-021-09719-4>

Bhugra, D., & Bhui, K. (2018). *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge University Press.

Böddeker, M., Hehlmann, T., & Arndt, M. (2025). *Gesundheit in der Postmoderne: Transdisziplinäre Perspektiven auf Public Health* (1. Aufl.). transcript Verlag.

Bourke, L., & Waite, C. (2013). "It's not like I have a disability or anything!" Perceptions of impairment and disability among rural, young people. *Disability Studies Quarterly*, 33(3). <https://doi.org/10.18061/dsq.v33i3.3261>

Brundle, C. (2023). *Facing the challenge of understanding how Northern biases and assumptions impact the research process: Considering the researcher positionality in exploring local practice of disability-inclusive education in Uganda*. *Disability and the Global South*, 10(1), 2210–2231. <https://www.dgsjournal.org>

Charité – Universitätsmedizin Berlin. (o. J.). *Ambulanz für Patient:innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund*. Abgerufen am 19. Januar 2026 von https://psychiatrie.charite.de/behandlungsangebot/ambulanzbereich/ambulanz_fuer_patientinnen_mit_vietnamesischem_migrationshintergrund/

Ciarico, I. (2024). *he parentification of eldest daughters* (Master's thesis, University of South Dakota). RED Institutional Repository. <https://red.library.usd.edu/diss-thesis/244/>

Clark, T., Foster, L., Sloan, L., & Bryman, A. (2021). *Social research methods* (6. Aufl.). Oxford University Press.

Connell, R. (2011). Southern Bodies and Disability: Re-Thinking Concepts. *Third World Quarterly*, 32(8), 1369–1381. <https://doi.org/10.1080/01436597.2011.614799>

Denny, E., & Weckesser, A. (2022). How to do qualitative research?: Qualitative research methods. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(6), 642–643. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17150>

Di Vincenzo, M. (2023). New research on validity and clinical utility of ICD-11 vs. ICD-10 and DSM-5 diagnostic categories. *World Psychiatry*, 22(1), 171–172. <https://doi.org/10.1002/wps.21053>

Fegert, J. M., & Schlaegel, K. (2024). Krise der Psychischen Gesundheit in Europa – Agendasetting für belastete Kinder und Jugendliche: Mental Health Crisis in Europe – Agenda Setting for Youth Mental Health. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 52*(3), 145–149. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000974>

Foroutan, N. (2014). Beyond Integration? Postmigrantische Perspektiven in Deutschland. In Rat für Migration (Hrsg.), *Dokumentation der Tagung "Migrations- und Integrationspolitik heute"* (S. 35-46). Rat für Migration.

Frenzel, S. (2021). *Lebenswelten Jenseits Der Parallelgesellschaft*. transcript Verlag.

Genkova, P., & Zichy, M. (2024). Individualismus und Kollektivismus. In *Handbuch Menschenbilder* (S. 563–580). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32128-4_37

Gonzalez-Juanes Roig, M. I. (2024). *Undokumentierte Migrantinnen in Wien: Analyse der Vulnerabilität im Kontext psychischer Gesundheitsversorgung* [Hochschulschrift]. Universität Wien.

Götz, I. (2016). Mobility and Immobility - Background of the Project. In M. Gutekunst, A. Hackl, S. Leoncini, J. S. Schwarz & I. Götz (Hrsg.), *Bounded Mobilities* (S. 9–12). transcript Verlag.

Ha, K. N. (2021). Gegenwart und Konzeption asiatisch-deutscher Präsenzen. In IDA-NRW (Hrsg.), *Überblick: (De)Thematisierungen von anti-asiatischem Rassismus – Asiatisch-deutsche Repräsentationen und Widerstandsformen* (S. 3–9). Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung in Nordrhein-Westfalen. <https://www.ida-nrw.de/publikationen/ueberblick/>

Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative Research Methods* (2. Aufl.). SAGE Publications.

Herold, R., Feißt, M., Morawa, E., Hondong, S., Rothermund, E., Waldmann, T., Heming, M., Weber, J., Hander, N. R., Mulfinger, N., Kröger, C., & Erim, Y. (2024). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz – Welche Rolle spielen sozioökonomische, geschlechterspezifische und migrationsbedingte Ungleichheiten? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 67*(7), 783–795. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03766-3>

Hofmeister, C. (2015). *Hat Migration Auswirkung auf den psychischen Gesundheitszustand?* Diplomica Verlag.

IDA-NRW (Hrsg.). (2021). *Überblick: (De)Thematisierungen von anti-asiatischem Rassismus – Asiatisch-deutsche Repräsentationen und Widerstandsformen* (2/2021). Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung in Nordrhein-Westfalen. <https://www.ida-nrw.de/publikationen/ueberblick/>

Jones, T. F. (2012). *Psychiatry, Mental Institutions, and the Mad in Apartheid South Africa*. Routledge.

Karabulut, A. (2022). *Schulische Rassismuskritik - Zur Überwindung Des Artikulations- tabus in Schulischen Organisationsmilieus*. Springer VS.

Kirmayer, L. J., & Valaskakis, G. G. (Hrsg.). (2009). *Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada*. UBC Press.

Kirsch, H. (2016). Migration und psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 41(2), 147–159. <https://doi.org/10.13109/zind.2016.41.2.147>

Kluge, U., Rapp, M. A., Mehran, N., Jumaa, J., & Aichberger, M. C. (2019). Armut, Migration und psychische Gesundheit. *Der Nervenarzt*, 90(11), 1103–1108. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00779-w>

Knott, E., Rao, A., Summers, K., & Teeger, C. (2022). Interviews in the social sciences. *Nature Reviews Methods Primers*, 2, Artikel 27. <https://doi.org/10.1038/s43586-022-00150-6>

Kuckartz, U., & Radiker, S. (2023). *Qualitative Content Analysis: Methods, Practice and Software* (2. Aufl.). SAGE Publications.

Lalvani, P., & Polvere, L. (2013). Historical perspectives on studying families of children with disabilities: A case for critical research. *Disability Studies Quarterly*, 33(3). <https://doi.org/10.18061/dsq.v33i3.3209>

Laux, H. D., & Thieme, G. (2017). Asian Americans – von einer verachteten Minderheit zur Model Minority? In W. Gamerith & U. Gerhard (Hrsg.), *Kulturgeographie der USA* (S. 261–280). Springer Spektrum. https://doi.org/10.1007/978-3-662-48238-4_14

Lersner, U. von, Pleger, M., Baschin, K., Morina, N., & Fydrich, T. (2015). Psychische Belastung von Jugendlichen: Welchen Einfluss haben ein türkischer Migrationshintergrund, Akkulturationsstress und wahrgenommene Diskriminierung? *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 44(3), 147–158. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000306>

Link, J. (2004). From the ‘Power of the Norm’ to ‘Flexible Normalism’. In *Cultural Studies: Interdisciplinarity and translation* (S. 175–189). Rodopi.

Mayring, P., & Fenzl, T. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 691–706). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_48

Mills, C. (2013). *Decolonizing Global Mental Health: The psychiatrization of the majority world* (1. Aufl.). Routledge.

Morawa, E., Senf, W., & Erim, Y. (2013). Die psychische Gesundheit polnisch-stämmiger Migranten im Vergleich zur polnischen und deutschen Bevölkerung. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 59(2), 209–217. <http://www.jstor.org/stable/23871460>

Müller, T. (2020). *Methode der Systematischen Literaturrecherche*. Justus-Liebig-Universität Gießen. <https://jlupub.ub.uni-giessen.de/items/271a34c1-06e0-4719-b633-4955a708b203>

- Ned, L., Kpobi, L., & Ohajunwa, C. (2022). Thinking about mental health and spirituality from the Indigenous knowledge systems frame of reference. *Disability Studies Quarterly*, 41(4). <https://doi.org/10.18061/dsq.v41i4.8450>
- Niehr, T. (2020). Migrationsdiskurs. In T. Niehr, J. Kilian & J. Schiewe (Hrsg.), *Handbuch Sprachkritik* (S. 225–232). J.B.Metzler Verlag.
- Pattillo, M., Stieglitz, S., Angoumis, K., et al. (2023). Racism against racialized migrants in healthcare in Europe: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), Artikel 201. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02014-1>
- Pausch, M. J., & Matten, S. J. (2018). *Trauma und Traumafolgestörung: In Medien, Management und Öffentlichkeit*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Pilgrim, D. (1997). [Review of the book *Aliens and Alienists: Ethnic Minorities and Psychiatry*, by R. Littlewood & M. Lipsedge. *Sociology (Oxford)*, 31(4), 821–822.
- Reiter, J. (2026). *Gesundheitsreformen in der psychotherapeutischen Versorgung innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems und deren wahrgenommenen Auswirkungen – Eine Mixed-Methods-Studie*. Universität Wien.
- Repnik, U., & Schulz-Zak, D. (Hrsg.). (2020). *Frauengesundheit und Corona: Sammelband des Wiener Programms für Frauengesundheit*. Stadt Wien.
- Schigl, B. (2022). Gender als maßgebliche Perspektive in der Psychotherapie. *Die Psychotherapie*, 67, 283–287. <https://doi.org/10.1007/s00278-022-00598-7>
- Schindler, S. (2021). Asiatische Menschen in Deutschland: Wenn selbst der Rassismus 'unsichtbar' bleibt... In IDA-NRW (Hrsg.), *Überblick: (De)Thematisierungen von anti-asiatischem Rassismus – Asiatisch-deutsche Repräsentationen und Widerstandsformen* (S. 10–13). Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung in Nordrhein-Westfalen. <https://www.ida-nrw.de/publikationen/ueberblick/>
- Schouler-Ocak, M., Riecken, A., & Genkova, P. (2020). Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in Deutschland. In P. Genkova & M. Siegl (Hrsg.), *Handbuch Migration und Erfolg* (S. 567–587). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-28398-3_27
- Söylemez, S. (2024). Brüche Und Kontinuitäten Im Migrationsdiskurs. In A. Gampe & S. Söylemez (Hrsg.), *Weltoffenheit, Toleranz Und Gemeinsinn - Chancen Und Herausforderungen in Der Gegenwartsgesellschaft* (S. 151–180). transcript Verlag.
- Statistisches Bundesamt. (2019, 2. Oktober). *Migrationshintergrund*. Zugriff am 24.04.2026. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html>
- Stefan, H. C. (2021). Review of the book *Literatures of Madness: Disability Studies and Mental Health*, edited by Elizabeth J. Donaldson. *Disability Studies Quarterly*, 41(1). <https://doi.org/10.18061/dsq.v41i1.7848>
- Summerfield, D. (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *BMJ*, 336(7651), 992–994. <https://doi.org/10.1136/bmj.39513.441030.AD>

Ta, T. M. T. (2020). *Kultur- und migrationsbezogene Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Menschen mit vietnamesischem Migrationshintergrund* (Habilitationsschrift, Charité – Universitätsmedizin Berlin). <https://doi.org/10.17169/refubium-27784>

Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>

Yildirim, L. (2018). *Der Diasporakomplex*. transcript Verlag.

Yuval-Davis, N. (2006). Belonging and the Politics of Belonging. *Patterns of Prejudice*, 40(3), 197–214. <https://doi.org/10.1080/00313220600769331>

II. Anhang

Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI)

Im Zuge der Erstellung dieser wissenschaftlichen Arbeit wurden KI-gestützte Anwendungen als Hilfsmittel verwendet. Dies betraf folgende Teilbereiche:

- Transkription von Interviewdaten: Zur effizienten Erstellung von Roh-Transkripten wurde das Tool Sonix.ai eingesetzt. Diese automatisierten Transkripte wurden anschließend in Gänze angehört, überprüft und manuell korrigiert, um Genauigkeit und Validität der qualitativen Datenbasis sicherzustellen.
- Sprachliche Präzisierung: Für die sprachliche Überarbeitung und Optimierung der Formulierung in Teilen des Manuskripts wurde der Dienst DeepL genutzt.
- Methodische und redaktionelle Unterstützung: Die KI-Chatsysteme DeepSeek und ChatGPT dienten als Dialogpartner für Fragen zur strukturellen Kohärenz der Arbeit sowie zur Einhaltung formaler Vorgaben, beispielsweise der konsistente Zitierweise.

Es wird ausdrücklich betont, dass alle inhaltlichen, analytischen und interpretatorischen Leistungen sowie die finale Zusammenstellung und Bewertung der Ergebnisse von der Autorin eigenständig erbracht wurden.

Interviewleitfaden

Hauptfragen	Subfragen
1. Einstieg & Kontextualisierung 1.1. Skizziere bitte kurz die Migrationsbiographie von dir und deiner Familie.	1.1.1. Wo sind deine Eltern geboren und aufgewachsen? 1.1.2. Wie und warum haben sie ihre Heimat verlassen?
1.2. Fühlst du dich der einen/anderen Kultur zugehörig, bzw. wo spürst du manchmal Widerstand?	1.2.1. Kulturell, geografisch oder auch sprachlich? 1.2.2. Wie äußert sich die Zugehörigkeit in deinem Alltag?
1.3. Wie ist deine individuelle Erfahrung mit der PTBS-Diagnose?	1.3.1. Wann hast du das erste Mal gemerkt, dass du psychische Belastung spürst? 1.3.2. Welche Art von Unterstützung hast du erhalten? Welche Art von Unterstützung erhältst du jetzt? 1.3.3. Wie war dein Kontakt zu medizinischem und psychotherapeutischem Personal? 1.3.4. Gab es spezifische kulturelle Barrieren?

2. Individuelles und kulturelles Verständnis von Trauma & Leid 2.1. Was bedeutet das Wort „Trauma“ für dich persönlich?	2.1.1. Wie würdest du es in deinen eigenen Worten beschreiben? 2.1.2. Von welchen Quellen ist dein Verständnis beeinflusst?
2.2. Wie wird, falls überhaupt, in deinem familiären Umfeld über psychische Belastung gesprochen?	2.2.1. Warum wird darüber (nicht) gesprochen)? 2.2.2. Gibt es spezifische Worte? 2.2.3. Gibt es spezifische kulturelle und sprachliche Umgangsweisen?
3. Interaktionen mit dem Gesundheitssystem und Unterstützungsangeboten 3.1. Wie hast du erlebt, wie dein Leiden von Ärzt:innen, Therapeut:innen oder anderen Fachkräften wahrgenommen wurde?	3.1.1. Gab es Momente, in denen du dich missverstanden oder nicht gesehen gefühlt hast? Woran lag das? An deiner Herkunft? An deinem Geschlecht oder deiner Geschlechtsidentität? An deiner sexuellen Orientierung? An sozioökonomischen Faktoren? An anderen Aspekten deiner Identität?

3.2. Gab es spezifische kultursensible Angebote oder Ressourcen?	Wenn ja, konntest du sie nutzen? Wenn nein, hättest du sie dir gewünscht?
4. Checkliste	4.1. Was bedeutet die Diagnose PTBS für dich persönlich? ○ Ist sie eine Entlastung, eine Belastung oder beides? ○ Welche Auswirkungen hat sie auf dein Selbstbild, deine Beziehungen oder deinen Alltag? 4.2. Hast du die Diagnose aktiv genutzt, verändert oder sogar abgelehnt? 4.3. Gab es Situationen, in denen die Diagnose dir geholfen hat, Ressourcen zu sichern oder Anerkennung zu finden? 4.4. Gab es Situationen, in denen du dich dagegen gewehrt hast, auf die Diagnose reduziert zu werden? ● Was müsste sich deiner Meinung nach ändern, damit Migrant:innen mit PTBS besser unterstützt und verstanden werden?

5. Abschluss

- 5.1. Gibt es etwas, das du mir noch sagen möchtest, das im Gespräch bisher nicht zur Sprache kam, dir aber wichtig ist?
- 5.2. Wenn du anderen Menschen mit ähnlichen Erfahrungen etwas mitgeben könntest – was wäre das?

Einverständniserklärung

Einverständniserklärung zur Masterarbeit: PTBS bei asiatischen Migrantinnen der 2. Generation: Eine qualitative Untersuchung kultureller Verständnisse und diagnostischer Prozesse.

Interviewerin: Lisa Tiede, Studentin der Universität Wien im Masterstudium Internationale Entwicklung

Ich erkläre mich bereit, im Rahmen des oben genannten Forschungsprojekts an einem qualitativen Interview teilzunehmen. Ich wurde über Ziel, Inhalt und Ablauf des Projekts umfassend informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert wird. Die Audioaufnahmen werden nach Abschluss des Projekts gelöscht. Die Transkripte werden anonymisiert, d. h. ohne Nennung von Namen oder anderen personenbezogenen Angaben, gespeichert und verwendet.

Meine Teilnahme am Interview sowie meine Zustimmung zur Verarbeitung der erhobenen Daten erfolgt freiwillig. Ich habe jederzeit das Recht, meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich wurde darüber informiert, dass ich gemäß der Datenschutz- Grundverordnung folgende Rechte habe: Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten, Berichtigung unrichtiger Daten, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung sowie Widerspruch gegen die weitere Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten.

Mir ist bewusst, dass das Interview potenziell belastende Themen im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen beinhalten kann. Ich bestätige hiermit, dass ich aktuell keine akuten Symptome wie Dissoziationen, Flashbacks oder Panikattacken erlebe und mich psychisch stabil genug fühle, um am Interview teilzunehmen. Im Falle einer emotionalen Belastung nach dem Interview werde ich mich eigenständig an eine unterstützende oder professionelle Ansprechperson wenden. Sollte es während oder unmittelbar nach dem Gespräch zu einer akuten psychischen Krise kommen, darf folgende Notfallkontakt benachrichtigt werden:

Notfallkontakt: _____

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben.

Ort, Datum, Unterschrift Interviewte_r

INTERVIEWPARTNER:IN GESUCHT

“TRAUMA UND MIGRATION”

Eine qualitative Untersuchung
zur subjektive Wahrnehmung der
PTBS Diagnose von asiatischen
Migrant:innen in zweiter Generation:
Wie wird die PTBS Diagnose mit dem
eigenen kulturellen Hintergrund
verhandelt?

ZIEL DER FORSCHUNG

Handlungspraxen für eine
machtkritische, rassismuskritische
und dekoloniale Traumaversorgung
finden

MELDE DICH

Wenn du asiatische
Migrationsbiographie und eine PTBS-
Diagnose hast! Bei Fragen einfach
anschreiben!

Insta liti.x / Mail:
a12002899@unet.univie.ac.at



universität
wien