

Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen in der Psychotherapie:

Das Dilemma der Kulturalisierung sozialer Unterschiede

Von Hannah Siegert

Triggerwarnung: Der Text thematisiert Gewalt- und Rassismuserfahrungen und psychische Erkrankungen und Suizid.

Einleitung: Zwischen Zugehörigkeit und Ausschluss: Rassismus in der psychischen Versorgung

Psychische Gesundheit ist nicht ausschließlich das Ergebnis individueller Eigenschaften oder biologischer Faktoren, sondern steht in engem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Machtverhältnissen, Zugehörigkeitsordnungen und historisch gewachsenen Wissensbeständen. In migrationsgesellschaftlichen Kontexten wird zunehmend sichtbar, dass Erfahrungen von Rassismus, institutionellen Ausschlüssen und die fortwährende Infragestellung von Zugehörigkeit erhebliche Auswirkungen auf psychisches Wohlbefinden und den Zugang zu psychosozialer Versorgung haben. Auch das deutsche Gesundheitssystem ist davon nicht ausgenommen und steht vor der Herausforderung, psychische Belastungen in einer vielfältigen Gesellschaft zu behandeln, ohne dabei rassifizierende Zuschreibungen oder koloniale Vorstellungen von Normalität und Gesundheit zu reproduzieren. Rassismusbezogene Erfahrungen werden in therapeutischen Kontexten zudem häufig individualisiert oder pathologisiert, während ihre strukturellen Ursachen unberücksichtigt bleiben. Koloniale Wissensordnungen wirken dabei bis heute in diagnostischen Kategorien, therapeutischen Beziehungen und institutionellen Routinen fort.

Vor diesem Hintergrund untersucht der vorliegende Beitrag aus einer kritisch-medizinethnologischen Perspektive, wie Rassismen psychotherapeutische Prozesse im deutschen Gesundheitssystem beeinflussen können. Die Analyse basiert auf meiner Masterforschung (2020–2021) an der Universität Hamburg unter Betreuung von Prof. Dr. Laila Prager. Im Mittelpunkt stehen die Auswirkungen von Rassismen auf psychische Gesundheit, therapeutische Beziehungen sowie auf Zugänge zu psychotherapeutischen Angeboten.¹

Die Analyse basiert auf digitalen ethnographischen Daten und anonymisierten Fallbesprechungen aus fünf Online-Veranstaltungen mit sieben Fachpersonen aus Psychologie und Psychotherapie. Um den Schutz der Betroffenen bestmöglich zu wahren, wurden keine eigenen Patient*innen-interviews oder Klinikbeobachtungen durchgeführt. Der Beitrag nimmt bewusst eine distanzierte Perspektive ein und konzentriert sich auf digitale Expert*innen-

¹ Siegert, H. (2023). *Whiteness als deutsche Wissenschaftspraxis: Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen in der Psychotherapie – Das Dilemma der Kulturalisierung sozialer Unterschiede* (Unveröffentlichte Masterarbeit). Universität Hamburg, Fakultät für Geisteswissenschaften, Institut für Ethnologie.

formate und auf die historische Analyse von Macht- und Wissensordnungen im Kontext psychischer Gesundheit. Als *weiß* positionierte Master-Absolventin bin ich selbst Teil dieser Machtverhältnisse. Mein akademisches Kapital hat durch die Forschung profitiert.

Der Beitrag versteht „*race*“ als sozial konstruiertes Konzept und fokussiert insbesondere auf Personen, die von der Mehrheitsgesellschaft als *nicht-weiß* gelesen werden und sich selbst als deutsch identifizieren.²

Der Artikel richtet sich an Fachkräfte in der psychosozialen Versorgung und möchte zu einer rassismuskritischen Reflexion professionellen Handelns anregen. Im weiteren Verlauf werden zentrale Zugangsbarrieren zur Versorgung sowie unterschiedliche Erfahrungsebenen von Rassismen aus Sicht von Patient*innen und Therapeut*innen diskutiert. Abschließend werden Ansätze vorgestellt, wie psychologische Praxis sensibler und inklusiver gestaltet werden kann.

Zentrale Zugangsbarrieren zu psychologischer Therapie für *nicht-weiß* gelesene Personen

Rassismus wirkt auf mehreren Ebenen und beeinflusst die psychische Gesundheit und den Zugang zu Therapie. Auf der interaktionellen Ebene erleben Betroffene Alltagsrassismus, Vorurteile, direkte Abwertung oder das Aberkennen von Zugehörigkeiten, die das Vertrauen in das Gesundheitssystem mindern und Erkrankungsrisiken fördern. Institutionelle Routinen, wie standardisierte Diagnoseverfahren, reproduzieren oft normative und verkürzte Vorstellungen von „Normalität“, die *weiß* markierte Standards zugrunde legen. Strukturell manifestiert sich Rassismus in gesellschaftlichen Machtverhältnissen, die den Zugang zu Ressourcen und Versorgung beeinflussen. Diese Ebenen von Rassismus wirken teils unsichtbar, was deren Identifikation und Bearbeitung im therapeutischen Kontext erschwert (Plümecke 17.06.2021).

Anspruch und Realität gleicher Versorgung im Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem verfolgt formal den Anspruch, allen Menschen gleiche medizinische Versorgung zu gewährleisten. In der Praxis zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede, die insbesondere *nicht-weiß* gelesene Personen betreffen. Die COVID-19-Pandemie hat diese Ungleichheiten sichtbar gemacht: Rassifizierte Gruppen sind überproportional von Erkrankung, Hospitalisierung und erhöhten Sterberaten betroffen, was nicht allein durch individuelle (Gesundheits-)Risikofaktoren erklärt werden kann, sondern strukturelle Diskriminierung und Benachteiligung widerspiegelt (Plümecke 08.06.2021).

² Andere intersektionale Dimensionen wie Klasse, Gender oder Behinderung konnten aufgrund der begrenzten Länge nicht vertieft behandelt werden, müssen jedoch stets mitgedacht werden.

Auch in der psychotherapeutischen Versorgung zeigt sich, dass jene, die am stärksten von psychischen Belastungen betroffen sind, oft am wenigsten von entsprechenden Angeboten profitieren können (Davoudvandi; Maiwald 05.10.2020). Ein wesentlicher praktischer Zugangshemmnis sind die begrenzten Therapieplätze, lange Wartezeiten und restriktive Kassenzulassungen (Schipmann et al. 2023). Selbst wenn Bedarf besteht, müssen Patient*innen häufig mehrere Monate auf eine psychotherapeutische Behandlung warten (BPtK 2021).

Diese strukturellen Engpässe treffen marginalisierte Gruppen besonders hart, da zusätzliche Barrieren – wie höhere Arbeitsbelastungen oder lange Berufswege – die Inanspruchnahme erschweren (Yeboah & Lazaridou 2019).

Unsichtbarkeit rassifizierter Gruppen in Daten, Forschung und Versorgung

Das Gesundheitssystem erhebt Daten zu Gender, sozioökonomischem Status oder Alter, häufig jedoch nicht systematisch zu rassifizierten oder *nicht-weiß* gelesenen Gruppen. Diese Unsichtbarkeit erschwert die Planung zielgerichteter Angebote und das Monitoring von Versorgungsqualität. Für Betroffene führt dies dazu, dass ihre Bedürfnisse in Forschung und Praxis oft nicht berücksichtigt werden. Zusätzlich wird psychotherapeutische Versorgung als „*weißes Privileg*“ wahrgenommen, was Hemmungen für die Nutzung entsprechender Angebote weiter verstärkt (Yeboah 23.11.2020).

Erhöhtes Erkrankungsrisiko bei *nicht-weiß* gelesenen Personen und (Re-)Traumatisierungen in der psychotherapeutischen Beziehung

Neben strukturellen Hindernissen sind *nicht-weiß* gelesene Personen wiederholten Belastungen ausgesetzt, die aus alltäglicher Diskriminierung, der ständigen Bedrohung durch Gewalt und rassistischen Übergriffen in Deutschland – auch nach der NS-Zeit – resultieren (Louw 08.10.2021).

Fallbeispiel 1, Louw (08.10.2021): Was mich schwer beeindruckt hat, war ein Fall, den ich vor vielen Jahren hatte. Das war ein 60-jähriger BPoC-Mann [...]. [S]ein Entschluss eine Therapie aufzusuchen, war der Fall, dass ihm eine Dame auf einem Parkplatz – eine *weiße* alte Dame hat ihm den Mittelfinger gezeigt. Der hat so einen Zusammenbruch bekommen, aber seine Familie hat nicht verstanden, dass diese[s] Getriggert-Werden zur Re-Traumatisierung geführt hat.

[...] Er hat niemanden davon erzählt und er hat erzählt, er will es auch keinem *weißen* Menschen erzählen, [dass er einen] rassistische[n] Übergriff [...] [erlebt hat], [indem ihn] eine Gruppe von fünf oder sechs Neo-Nazis angegriffen hat in seinen ersten paar Wochen in Deutschland.

Da frage ich mich, wie viele Patienten gehen mit sowas etwas um, tragen so etwas mit sich, wo sie eigentlich im Alltag immer wieder bewusst oder unbewusst konfrontiert werden?

Durch eine Diskriminierungserfahrung wurde eine Schwarze Person re-traumatisiert. Die Person trug jahrelang eine traumatische Erfahrung von einem gewaltsamen Angriff unausgesprochen in sich.

[...] Menschen, die rassistische Diskriminierung im Alltag erfahren und in einer Schleife von Trauma, Erinnerung mehr oder weniger sich befinden. Das heißt sich immer wieder zu beziehen auf das Trauma Gedächtnis. Ein konkretes Beispiel: Das rassistische Erleben vor zwei Jahren wird hervorgerufen, wenn etwas heute passiert. Also, heute passiert etwas und ich merke, vor zwei Jahren ist das passiert, vor einem Monat ist das passiert, heute ist das passiert und dann war das mein Nachbar, das ist so eine Schleife und das ist natürlich eine enorme Stresssituation und ist auch hinderlich (Yeboah 23.11.2020).

Die tatsächliche Präsenz der allgegenwärtigen Gefahr durch physische, rassistisch motivierte Übergriffe und Gewalt kann bei Betroffenen ein enormes Stressgefühl auslösen (Yeboah 2015). Dieser Stress führt zu einer erhöhten Prävalenz, an schweren psychotischen Störungen und affektiven Störungen, insbesondere Angst und Depression, zu erkranken (ebd.).

Für Personen, die Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen und auch damit zusammenhängende gewaltvolle Angriffe erleben, finden häufiger Behandlungen in geschlossenen Abteilungen oder Zwangsbehandlungen statt. Ebenfalls besteht für sie eine erhöhte Suizidrate. Krankheits- und Todesraten sind bei historisch rassistisch diskriminierten Gruppen erhöht (ebd.). Dem steht auffallend gegenüber, dass es in diesen Gruppen selten ambulante Behandlungen und eine niedrigere Rate an Psychotherapien gibt (Yeboah 2015).

Louw (08.10.2021), zeigt auf, dass Psychotherapeut*innen sich mit der Frage befassen müssen, „was Haut bedeute“. Sie ist das größte Organ unseres Körpers, mit der wir mit der Außenwelt in Interaktion treten. Sie ist sichtbar und wir werden durch sie bewertet und eingeordnet. In der deutschen Gesellschaft, so Louws Beobachtung, gebe es einen Drang, Menschen zu labeln. Dieser Drang sei eine Urform des Kolonialismus (ebd., vgl. Kelly 2021).

Ebenfalls kolonial geprägt ist, dass Identitätsanteile *nicht-weiß* gelesener Personen immer wieder infrage gestellt werden, da Deutsch-Sein häufig mit *weiß*-Sein gleichgesetzt wird. Dies kann zu einem Bruch im Selbst- und Zugehörigkeitsgefühl führen, den Yeboah und Lazaridou (2019) als „Alien in own home“ beschreiben, und psychisch stark belasten. Fallbeispiele vom Psychoanalytiker Davids (2019) zeigen, wie scheinbar beiläufige Kommentare das Selbstgefühl spalten und Menschen als „Andere“ markieren.

Fallbeispiel 2, Davids et al. (2019: 23-25): Mit einer Gruppe von Freunden war Bhaskar in einem *traditionellen* britischen Curry House in Hatfield essen. Nachdem die Speisekarten herübergereicht wurden, richtete sich die Aufmerksamkeit der Gruppe auf die einzige *nicht-weiße* Person im Raum, die nicht der Kellner war – Sanjeev Bhaskar. „Du wirst bestimmt das schärfste Gericht auf der Karte bestellen“.

Er fühlte sich darauf genötigt, dies auch zu tun. Für ihn war er ein Besucher in einem indischen Restaurant, aber für die Gruppe seiner Freunde war er „der Inder in einem indischen Restaurant.“

Im Gespräch mit Davids et al. (2019) beschreibt Bhaskar, wie eine vermeintlich beiläufige Bemerkung einen Bruch in seinem Selbstempfinden und Zugehörigkeitsgefühl auslöst. Durch diese Situation wird er subtil auf seinen Platz als „schwarzer Ausländer in einem weißen Land“ verwiesen (Davids et al. 2019: 24) und beginnt, seine zuvor selbstverständliche Identifikation

als Engländer infrage zu stellen. Während die *weiß* positionierten Anwesenden die Situation unbeachtet lassen, erlebt Bhaskar eine innere Verunsicherung. Davids et al. (2019) lesen diese Erfahrung als einen Moment des Bruchs in der Kontinuität des Selbst, der sich wie ein psychotischer Moment anfühlt: als ein anhaltendes Gefühl, dass andere Kontrolle über das eigene Innere gewinnen (ebd.: 25).

Yeboah (2015) kritisiert, dass die WHO-Definition von psychischer Gesundheit Personen ausschließt, die von Rassismus betroffen sind, weil sie zusätzliche Belastungen ignoriert. Rassismus und Diskriminierung erschweren die Bewältigung alltäglicher Lebensbelastungen und den Zugang zu gesellschaftlicher und beruflicher Teilhabe und psychologischer Versorgung. Diese erhöhten psychosozialen Belastungen, die durch das „Alien in own home“-Empfinden noch verstärkt werden können.

Die sogenannte „Colour-blindness“ als therapeutische Barriere

Fallbeispiel 3, Wachendorfer (2000:55): Wissen Sie, wir sind doch alle gleich. Ich sehe Sie überhaupt nicht als Schwarze Person an. Sie sind einfach ein Mensch wie jeder andere für mich. Es ist einfach so, wie wenn Sie *weiß* wären.

In der anglo-amerikanischen Literatur wird das Leugnen rassifizierter Differenz durch *weiß* positionierte Personen als *Colour-blindness* beschrieben (Wachendorfer 2000). Während rassifizierte Personen kulturalisiert werden, erscheint *weiß*-Sein dabei als neutraler, universeller und machtfreier Zustand. Gleichheit wird nicht als Gegebenheit oder reziproker Aushandlungsprozess verstanden, sondern als eine von der *weißen* Mehrheitsgesellschaft zu gewährender Gunst, die Differenz lediglich toleriert. Dadurch bleiben strukturelle Ungleichheiten sowie rassistische Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen unsichtbar (ebd.).

Diese Perspektive verlangt von Schwarzen Personen, ihre spezifischen Erfahrungen auszublenden und sich einer vermeintlich neutralen Welt anzupassen. Wird Rassismus dennoch benannt, drohen Zuschreibungen wie Überempfindlichkeit oder Paranoia. In therapeutischen Kontexten hat dies zur Folge, dass die Bedeutung von *Schwarz*-Sein für die Identitätsentwicklung und konkrete Rassismuserfahrungen von Patient*innen entwertet oder individualisiert werden. Anstatt als strukturelle Realität anerkannt zu werden, erscheinen sie als persönliche Probleme oder als allgemeine Gewalterfahrungen, die prinzipiell jede Person betreffen könnten (ebd.).

In der aktuellsten Studie dieser Art, der „Afrozensus“, die von 2020 ist, weil das Projekt nicht mehr gefördert wird, bestätigen empirische Befunde dieses Problem. Im Afrozensus 2020 gaben 62 % der befragten *Schwarzen*, afrikanischen und afrodiasporischen Menschen an, dass ihre Rassismuserfahrungen in der Psychotherapie nicht ernst genommen würden (Aikins et al. 2021). Viele Betroffene berichten, dass sie aufgrund fehlender rassismussensibler Angebote auf therapeutische Hilfe gänzlich verzichten oder Behandlungen abbrechen müssen.

Othering in der therapeutischen Beziehung

Neben der sogenannten „*Colour-blindness*“ wird in therapeutischen Settings häufig das Phänomen des *Otherring* sichtbar. Der Begriff „*Otherring*“ entstammt dem Englischen „*other*“ oder „*otherness*“, was so viel wie anders oder andersartig bedeutet (vgl. Sharifi et al 2020, Staszak 2008). Im Deutschen wird manchmal der Begriff Fremd-Machung gebraucht (ebd.). *Otherring* beschreibt die Grenzziehung/Abgrenzung einer einzelnen Person oder Gruppe (Wir) von einer anderen Gruppe (die Anderen) (ebd.). Dabei wird die nicht-eigene Gruppe als anders und fremd kategorisiert. Sie weicht von der vermeintlichen Norm ab und wird somit ausgegrenzt (ebd.).

Im psychotherapeutischen Zusammenhang bedeutet das, Patient*innen werden aufgrund von äußerlichen Merkmalen, vermeintlicher kultureller Zugehörigkeit oder Namen als „Andere“ und einer Gruppe zugehörig markiert, die mit vermeintlichem Wissen gefüllt wird, welches bis auf koloniale Wissensbestände zurück gehen kann (Spivak 1985; Germaná 2013).

Fallbeispiel 3, Udeogu-Gözzalan (08.10.2021): 2012 hat mir auch eine ärztliche Kollegin eine Patientin vermittelt von der Institutsambulanz und hat gesagt: ‚Ja, ich habe Sie angerufen, ich wollte sie zu Ihnen schicken, weil Sie kennen sich da aus.‘ Und ich so, [...] oh, vielleicht etwas Medizinisches, und sagte so: ‚Ja, erzählen Sie mal.‘

Und sie fing an: ‚Das ist eine Patientin, die ist auf jeden Fall Schwarz, aber sie will’s nicht zugeben. Man sieht sofort, dass sie Schwarz ist, ein Elternteil muss unbedingt Schwarzsein.‘ ‚Ah, okay, kennt sie einen Elternteil nicht?‘ ‚Nein, nein, sie besteht darauf, beide Elternteile sind weiß.‘

Die Therapeutin war frustriert und überzeugt, die Patientin sei *Schwarz* und erkenne dies nicht, dass sie sie einer *Schwarzen* Kollegin übergab, die dadurch eine Kränkung erfuhr. Deutlich wird hier der Akt der gewaltvollen Zuweisung (Spivak 1988) durch die *weiß* positionierte Therapeutin. So werden Personen als die *Anderen* konstruiert und klassifiziert und schließlich auch sichtbar gemacht, während eigene Subjektpositionen unberührt und unsichtbar bleiben (Germaná 2013).

Die vorherigen Fallbeispiele zeigen, dass selbst (unbewusste) Zuschreibungen, die patientenbezogene Erfahrung von Differenz und Diskriminierung reproduzieren (Udeogu-Gözzalan 2021). Diese Mechanismen können innere Konflikte verstärken, traumatische Erinnerungen aktivieren und die therapeutische Beziehung grundlegend belasten.

Kulturalisierung als Vermeidung von Rassismusanalyse

Ein weiterer problematischer Mechanismus besteht in der Kulturalisierung von psychischem Leid. Häufig wird bei *nicht-weiß* gelesene Patient*innen kulturelle Differenz als Ursache für psychische Symptome interpretiert, während die Auswirkungen von Rassismus und Diskriminierung ausgeblendet werden (Yeboah 2020). Dies kann sowohl Homogenisierungseffekte hervorrufen – bei marginalisierten Gruppen wird das Verhalten einer Einzelperson auf die gesamte Gruppe übertragen – als auch die tatsächlichen Ursachen von Leid und Erkrankungen verschleiern, so dass hier Fehlinterpretationen entstehen können.

Die Verknüpfung der Unisichtbarmachung sogenannter deutscher Kultur und die Vernachlässigung transgenerationaler Traumaerlebnisse in Form des Nationalsozialismus, konkretistischer Vernichtung und schließlich Rassismus benennt Yeboah (23.11.2020) als „deutsche Besonderheit“. Dies bedeutet, dass es der deutschen *weißen* Bevölkerung schwerfalle, eine Affekt- und Dialogkompetenz aufzubauen, wenn es um eigenen Rassismus gehe.

Ich spreche jetzt nicht über Denkmäler, das können wir gut. Wir können gut Hände schütteln und uns fotografieren lassen, das heißt die symbolische Veränderung. Aber die affektive Kompetenz, die wissensbasierte Dialogkompetenz, das haben wir noch nicht erlernt. Wir in Deutschland sind bei Weitem noch nicht so weit, dass wir im gesamtgesellschaftlichen Kontext, aber auch in Zweiergesprächen ganz privat gelassen über Rassismus reden können.

Dieses Wir möchte ich spezifizieren.

Es ist ganz klar, dass Menschen, die rassistische Diskriminierung erfahren, sehr wohl wahrscheinlich tagtäglich über Rassismus sprechen, aber wenn ich von Wir spreche, dann meine ich als Gesamtgesellschaft all diejenigen, die in Deutschland leben, ob die nun von rassistischer Diskriminierung betroffen sind oder nicht. Wir haben noch nicht gelernt, in diesen Dialog zu gehen. Das ist ein wichtiger Punkt, weshalb wir in den Forschungsinstitutionen diese Fragestellung erst einmal nicht erforschen, obwohl die Fragen ja da sind (Yeboah 23.11.2020).

Schuld- und Schamgefühle spielen dabei eine Rolle, aber auch die Verdrängung oder Unbesprechbarkeit, dass der deutsche Rassismus mit konkretistischer Vernichtung nicht erst im Nationalsozialismus begonnen hat (ebd., Kelly 2021). Yeboah fordert wie viele andere *nicht-weiß* positionierte Expert*innen, nicht nur über Nationalsozialismus zu reden, sondern Kolonialismus anzusprechen, wenn es um die Geschichte von medizinischen Wissensarchiven und der Gesundheitsversorgung gehe, da dieser im deutschen Kontext fast vollständig verleugnet wird. Die Aufarbeitung des Kolonialismus hat Folgen für die *weiß* dominierte und privilegierte Gesellschaft, an der wir teilhaben.

Die beschriebenen Dynamiken – der sogenannten „*Colour-blindness*“, *Othring* und Kulturalisierung – verdeutlichen, dass die therapeutische Arbeit mit *nicht-weiß* gelesenen Personen nicht nur fachliches Wissen, sondern auch eine kritische Reflexion der eigenen Positionierung und gesellschaftlicher Machtstrukturen erfordert. Eine rassismussensible Praxis erfordert daher die Anerkennung von Rassismuserfahrungen, die Berücksichtigung struktureller Benachteiligungen und die Bereitschaft, Macht- und Differenzverhältnisse in die therapeutische Arbeit einzubeziehen (Aikins et al. 2021; Wachendorfer 2000).

Rolle der*die Therapeut*in und rassismuskritische Praxis

Folglich ist die Rolle der Therapeut*in zentral, insbesondere im Kontext rassismuskritischer Therapie. Im Folgenden werden Erfahrungen von Therapeut*innen, die sich selbst als *nicht-*

weiß identifizieren, sowie die Perspektive von Patient*innen auf rassismuskritischer Angebote untersucht.

Zwischen Exotismus und Expertentum

Nicht-weiß gelesene Therapeut*innen berichten, dass sie häufig als Expert*innen für ihre vermeintliche Herkunft oder auch anderer homogenisierter Herkunft positioniert werden, was eine zusätzliche Belastung darstellen kann (Eraslan 08.10.2021). Dieser Exotismus ist selbst eine Form des *Otherring*, die situativ, aber auch strukturell in Ausbildungsinstituten und Universitäten vorkommen kann. Eraslan beschreibt, dass sein Name und seine Identität symbolisch für diese Zuschreibungen stehen und die Erwartungen an ihn sowohl fachlich als auch rassismuskritisch belastend sein können, da er, trotz eigener Betroffenheiten, immer auch als sogenannter „Kommissar für Rassismus“ auftreten muss.

Yeboah (2020) berichtet, dass Patient*innen häufig traumatische Erfahrungen durch Rassismus machen, die von *weiß*-positionierten Therapeut*innen schwer eingeordnet werden können. *Nicht-weiß* gelesene Therapeut*innen übernehmen daher oft die Aufgabe, Rassismuserfahrungen zu validieren, ohne diese zu pathologisieren. Zusätzlich würde rassismuskritisches Arbeiten in der Psychotherapie erfordern, „*race*“ nicht als Ursache psychischer Erkrankungen zu betrachten, sondern Patient*innen als Expert*innen ihrer eigenen Erfahrungen anerkannt und respektiert werden.

Zwischen Exklusivität und Kompetenzen: Lehre und Studieninhalte

Yeboah (23.11.2020) beobachtet mit einem Blick auf die Psychologie, dass diese Wissenschaft auch heute noch „doch sehr elitär und elitistisch positioniert ist“. Im europäischen Kontext gelte Psychologie als Luxusfach und wäre „weiß, männlich, Mittel- oder Upperclass“ (ebd.) dominiert und so nicht allen Menschen zugänglich. Dies führt zu weiter greifenden Problematiken: Wer darf Wissen produzieren und was wird als wissenschaftlich anerkannt? Wer ist in Studien repräsentiert, was wird überhaupt abgefragt und wie werden Ergebnisse kontextualisiert und interpretiert?

Rassismuskritische Inhalte sind daher kaum institutionalisiert, und Seminare zu Diversität oder Antidiskriminierung sind eher selten. Dies zeigt sich auch in medizinischen Lehrinhalten, z. B. die fehlende institutionalisierte Forschung in Deutschland zu psychischen Folgen rassistischer Diskriminierung erschwert evidenzbasiertes Handeln. Dies führt zu Lücken in Wissen und Praxis, die von angehenden Fachkräften extra curricular kompensiert werden müsste (Khan-Gökkaya 28.06.2021). Die Implementierung von *Black Studies* wird als zentraler Schritt gesehen, um strukturelle und wissenschaftliche Lücken zu schließen (Kelly 2021, Yeboah 08.10.2021).

Ein*e Psychotherapeut*in aus dem Symposium der HU Berlin ergänzt:

In der Ausbildung gibt es vielleicht eine, wenn es hochkommt, zwei Veranstaltungen zum Thema z.B. hybride Identität, psychotherapeutische Behandlung von Geflüchteten. Punkt. Aber

mittlerweile ... in Deutschland wir sind 25% der Bevölkerung mit Migrationsvordergrund, -hintergrund“, wie auch immer.

Wie kommt es, dass es zu Freud 20 Seminare sind, aber Rassismus in Psychotherapie, kultursensible Therapie [...] zumindest fünf Seminare sind?

Dass sich Auszubildende, Dozierende [...] gemeinsam diesem Thema annehmen, ohne jetzt Anspruch zu haben auf eine Korrektheit, ein Narrativ, dass wir jetzt alles auswendig lernen müssen, sondern wie kann man das zu einer Normalität in einem psychotherapeutischen Institut machen? (Diskussionsfrage aus dem Publikum, 08.10.2021).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass rassismuskritische Perspektiven in der psychotherapeutischen Ausbildung in Deutschland bislang kaum strukturell verankert sind. Insbesondere existieren derzeit keine institutionalisierten Seminare oder Studienangebote, die *Black Studies* systematisch mit Psychotherapie verbinden. Entsprechende Inhalte bleiben meist punktuell, fakultativ oder auf das Engagement einzelner Dozierender und außeruniversitäre Initiativen beschränkt.

Black Studies sind bislang nicht in die psychotherapeutische Ausbildung integriert, und entsprechende Seminare existieren nicht. Rassismuskritische Inhalte bleiben vereinzelt und unverbindlich, was strukturelle Defizite in Lehre, Forschung und therapeutischer Praxis fortschreibt.

Ausblick – „race“ als strukturelle Ungleichheit

Die bisherigen Ergebnisse verdeutlichen, dass Rassismus und Diskriminierung nicht nur gesellschaftlich verankert, sondern auch gesundheitlich relevant sind. „Race“ als soziales Konstrukt ist keine biologische Realität, ruft dennoch reale gesundheitliche Konsequenzen hervor. Internationale Forschung zeigt, dass der Einsatz von „race“ als Variable in klinischer Praxis und Epidemiologie trotz Kritik zugenommen hat, dabei aber rassifizierende Effekte hervorrufen kann (Cerdeña et al. 2020). Für eine rassismuskritische und gerechte Versorgung schlagen Cerdeña et al. (2020) vor, „race“ nicht als diagnostische Kategorie zu verwenden, sondern strukturelle Vulnerabilitäten, Diskriminierungserfahrungen und sozioökonomische Faktoren in den Fokus zu stellen. „Race“-basierte Unterschiede in Erkrankungsrisiken sollten als Folgen struktureller Ungleichheiten verstanden werden.

Dies erfordert bereits in der Ausbildung die Vermittlung eines Verständnisses für die sozialen Determinanten von Gesundheit, gekoppelt mit der Reflexion eigener Positionierungen. Therapeut*innen müssen nicht nur über theoretisches Wissen verfügen, sondern auch die Fähigkeit entwickeln, in rassismuserfahrenen Kontexten Beziehungen zu sich selbst und zu Patient*innen stabil zu halten. Dazu gehört die Entwicklung von Affektkompetenz, Sprache und Besprechbarkeit im therapeutischen Raum. Langfristig bedarf es einer Professionalisierung, in der rassismuskritische Versorgungsstrukturen und die Auseinandersetzung mit strukturellen Machtverhältnissen integraler Bestandteil der Gesundheitskompetenz werden.

Solange rassismuskritische Versorgungsstrukturen nicht verankert sind, kann ich aus meiner Forschung verschiedene Handlungsmöglichkeiten ableiten. Die folgenden Empfehlungen verstehen sich nicht als Ersatz für notwendige strukturelle Reformen.

Handlungsspielräume für Patient*innen

Für rassismuserfahrene Patient*innen kann der therapeutische Raum zugleich Ort der Unterstützung und der Reproduktion von Verletzungen sein. Bis rassismussensible Versorgung flächendeckend verfügbar ist, lassen sich folgende Strategien benennen:

- Patient*innen sollten ermutigt werden, Rassismuserfahrungen explizit als solche zu benennen und deren psychische Relevanz zu markieren. Die Benennung wirkt der Individualisierung und Pathologisierung entgegen.
- Es ist legitim, therapeutische Beziehungen zu beenden, wenn Rassismuserfahrungen systematisch entwertet, relativiert oder kulturalisiert werden. Therapieabbrüche sind in diesem Kontext als Selbstschutz zu verstehen, nicht als persönliches Versagen.
- Selbstorganisierte Gruppen, Community-basierte Angebote oder rassismuskritische Beratungsstellen können Räume bieten, in denen Erfahrungen validiert werden, wenn dies in der Therapie nicht möglich ist. Die Webseite <https://www.rassismuskritische-psychotherapie.de/betroffene/> finde ich auch als Anlaufpunkt für Betroffene hilfreich

Handlungsempfehlungen für Therapeut*innen

Therapeutische Praxis ist untrennbar in gesellschaftliche Macht- und Ungleichheitsverhältnisse eingebettet, weshalb Rassismus als strukturell wirksame Belastungs- und potenziell traumatisierende Erfahrung fachlich anzuerkennen ist und nicht auf subjektives Erleben oder kulturelle Differenzen reduziert werden darf. Therapeutische Neutralität ist dabei nicht als gesellschaftliche Kontextlosigkeit zu verstehen, sondern erfordert eine reflektierte Auseinandersetzung mit Differenzen, Privilegien und professioneller Macht. Fachliche Kompetenz umfasst in diesem Zusammenhang sowohl die kontinuierliche rassismuskritische Selbstreflexion – einschließlich der Auseinandersetzung mit *weiß*-Sein sowie den eigenen Wissens- und Erfahrungsgrenzen – als auch die Fähigkeit, rassismusbezogene Dynamiken im therapeutischen Prozess wahrzunehmen, zu benennen und zu bearbeiten.

Vor dem Hintergrund begrenzter institutioneller Fortbildungsstrukturen kommt der eigenständigen fachlichen Weiterbildung, der Rezeption einschlägiger Literatur sowie dem kollegialen Austausch besondere Bedeutung zu. Ein rassismuskritischer therapeutischer Raum entsteht dort, wo Rassismus als mögliches Hemmnis im Beziehungsgeschehen besprechbar ist, affektive Reaktionen ausgehalten und reflektiert werden können und dialogische Kompetenzen es erlauben, auch unter Bedingungen von Unsicherheit relational stabil zu arbeiten. Diese Fähigkeiten stellen kein Zusatzwissen dar, sondern sind integraler Bestandteil allgemeiner therapeutischer Professionalität.

Schlusswort

Bis strukturelle Veränderungen greifen, bleibt rassismuskritische Praxis auf individuelle Verantwortung und situative Aushandlung angewiesen. Diese Übergangslösungen dürfen jedoch nicht zur Normalität werden. Vielmehr verweisen sie auf ein institutionelles Versäumnis, das langfristig nur durch verbindliche Curricula, Forschung zu rassismusbedingten Gesundheitsfolgen und die Integration von *Black Studies* in Psychotherapie und Medizin adressiert werden kann. Erst dann kann psychische Versorgung ihrem Anspruch gerecht werden, zugänglich und wirksam zu sein.

Quellenverzeichnis:

Primärquellen:

Erst werden die Expert*innen genannt, danach folgen die Vorträge. Die Nummerierung erfolgt in dieser Reihenfolge.

Expert*innen:

(1) Amma Yeboah (1/1,2,3): Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mit langjähriger klinischer Tätigkeit. Forschungsschwerpunkte sind unter anderem die Folgen rassistischer und sexistischer Diskriminierung für die psychische Gesundheit. Amma Yeboah bietet Empowerment-Trainings für Schwarze Personen und *Critical Whiteness* Workshops an und ist als psychodynamische Supervisorin und Coach tätig. Sie bezeichnet sich als Spezialistin für diskriminierungskritische Arbeit. Vortrag 1, 2 und 3

(2) Sahap Eraslan (2/3): Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut (PA). Er verbindet psychoanalytische und ethnologische Perspektiven mit Konzepten der Interkulturalität und Transkulturalität. Vortrag 3

(3) Christiana Udeogu-Gözalan (3/3): Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse. Vortrag 3

(4) Eben Louw (4/3): Masterabschluss in Gesundheitspsychologie, Heilpraktiker für Psychotherapie (HPG). Er ist Fachberater für Psychotraumatologie (DeGPT), Paartherapie (EFT) und bietet rassismussensible Supervision und Beratung im beruflichen Kontext an. Vortrag 3

(5) Tino Plümecke (5/4): Arbeitet gemeinsam mit Nils Ellebrecht und Andrea zur Nieden in der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsgruppe „[Human Diversity in the New Life Sciences: Social and Scientific Effects of Biological Differentiations](#)“. Vortrag 4

(6) Houda Hallal (6/4): Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Studiendekanat der Medizinischen Fakultät der Uni Köln. Sie promovierte 2015 zu „Diversität in der humanmedizinischen Ausbildung – Eine empirische Rekonstruktion kollektiver Orientierungen in den institutionellen Erfahrungsräumen des Medizinstudiums“. Vortrag 4

(7) Sidra Khan-Gökkaya (7/5): Beauftragte für Migration, Integration und Anti-Rassismus im Universitätsklinikum Eppendorf. Sidra Kahn Gökkaya hat Internationale Migrationsforschung und Interkulturelle Beziehungen studiert und ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Sie promovierte zum Thema „Berufliche Integration von Geflüchteten in Gesundheitsberufe“ und ist systemische Beraterin in der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF). Vortrag 5

Veranstaltungen:

(1) Kampnagel Podcast „Stay in Touch“, 2020: Gespräch mit Dramaturgin Alina Buchberger über soziale Ungleichheit während der Corona-Krise. Leider online nicht mehr verfügbar, <https://www.kampnagel.de/de/programm/podcast-stay-in-touch/>.

(2) „Therapie im Kontext“-Symposium, 23.11.2020: Von fünf Masterstudierenden der Psychologie und Gender Studies der Humboldt Universität zu Berlin organisiertes Online-Symposium, <https://www.hug-berlin.de/projects/symposium-therapie-im-kontext/>.

(3) „Wie sollen/können/müssen wir über Rassismus in der Psychotherapie sprechen“, Podiumsdiskussion, 08.10.2021: Von der AG Psychoanalyse und Gesellschaft: Arbeitsgesellschaft für Psychotherapie und Psychoanalyse Berlin organisierte Online-Podiumsdiskussion, <https://www.aai.berlin/details-veranstaltung/wie-wollen-koennen-muessen-wir-ueber-rassismus-in-der-psychotherapie-sprechen.html>.

(4) „Rassismus in der Medizin“, 08.06.2021: Die AG Antirassismus in der Medizin der Fachschaft Münster organisierte den Vortrag „Wahrnehmung und Umgang mit Diversität: Eine systemanalytische und soziologische Perspektive auf das Gesundheitssystem“ und am 17.06.2021 „Dis/Kontinuitäten von Humanklassifikation in Forschung und Praxis“.

(5) Round-Table: Collective Responsibility, 28.06.2021: Cornelia Springer, Johanna Seibert und Franziska Nitsche erarbeiteten im Projekt „Collective Responsibility: Rassismus(kritik) an deutschen Hochschulen“ eine Vortragsreihe zum Thema Rassismus(kritik) und lud Interessierte aller Statusgruppen der Fakultät für Geisteswissenschaften zur Mitgestaltung ein, <https://www.gw.uni-hamburg.de/studium/aktuelles/reihe-collective-responsibility-4-roundtable.html>

Literaturverzeichnis

Aikins, M., Bremberger, A., Aikins, T.; Kwesi, J.; Gyamerah, D., Yildirim-Caliman, D. (2021): *Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland*, Berlin. <https://afrozensus.de/reports/2020/Afrozensus-2020.pdf>, letzter Zugang: 30.08.2023.

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2021, 29.03): *Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten* [Pressemitteilung]. <https://bptk.de/pressemitteilungen/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/>, letzter Zugang: 17.10.2023.

- Cerdeña, J. P., Plaisime, M. V., & Tsai, J. (2020). "From race-based to race-conscious medicine: how anti-racist uprisings call us to act." In *Lancet (London, England)*, 396(10257), S.: 1125–1128. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32076-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32076-6).
- Davids, M. F. (2019). *Innerer Rassismus: Eine psychoanalytische Annäherung an Race und Differenz*. Psychosozial-Verlag.
- Germaná, C. (2013): „Eine Epistemologie der anderen Art“. In P. Quintero & S. Garbe (Hrsg.), *Kolonialität der Macht* (S.: 71-92). Münster: Unrast Verlag.
- Kelly, N. (2021): *Rassismus* (1. Auflage). Atrium Verlag.
- Lerch, L. (2019): „Psychotherapie im Kontext von Differenz, (Macht-) Ungleichheit und globaler Verantwortung.“ In: *Psychotherapie Forum*, 23, S.: 51–58. <https://doi.org/10.1007/s00729-019-0117-y>.
- Luhrmann, T. M. (2012): „Beyond the brain.“ In *Wilson Quarterly*, Summer, S.: 28-34.
- Ridley, C. R., & Tan, S-Y. (1986): "Unintentional paradoxes and potential pitfalls in paradoxical psychotherapy." In: *The Counselling Psychologist*, 14(2), S.: 303-308.
- Sharifi,B; Kehr,C.; Ngô, A.; Huth, C.; Sengezer, E.; Micossé-Aikins, S.; Scheibner,L.; Ramezani; N (2023, 05.10.): *Diversity Arts Culture*. <https://diversity-arts-culture.berlin/diversity-arts-culture/woerterbuch>.
- Spivak, G. C. (1985): "The Rani of Sirmur: An Essay in Reading the Archives." In: *History and Theory*, 24(3), S.: 247–272. <https://doi.org/10.2307/2505169>.
- Staszak, J.F. (2009): "Other/Otherness". In: R. Kitchin, N. Thrift (Hrsg.), *International Encyclopaedia of Human Geography*, Oxford, Elsevier, vol. 8, S.: 43-47.
- Wachendorfer, U. (2000): „Weiß-sein - (k)eine Variable in der Therapie.“ In: *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 24(1), S.: 55-68. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-290408>.
- Yeboah, A. (2015): „Rassismus und psychische Gesundheit.“ In J.K. Aikins; C. Barskanmaz, C.; J. Brandstätter; E.B. Jones (Hrsg.) *Rassistische Diskriminierung in Deutschland: Erscheinungsformen und menschenrechtliche Verpflichtungen zum Schutz vor rassistischer Diskriminierung*. Parallelbericht an den UN-Antirassismusausschuss zum 19. – 22. Juni 2015, 2. Auflage Zentraler Vertrieb des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e. V. der Bundesrepublik Deutschland nach Artikel 9 des Internationalen Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von rassistischer Diskriminierung.
- Yeboah, A.; Lazaridou, F.B. (2019): "Black women at the Intersection of Mental Health, Disability, Gender, Racialisation and Class in Germany." Conference: *An intersectional perspective on old and new inequalities: Traditional and alternative concepts of personal relationships and communities*. University of Vechta 18.-19. Juni 2019.

Onlinequellen

Maiwald, C. (2020, 05.10): „*Mentale Gesundheit: Ein Privileg der Mittelklasse?*“ In: *Politik & Gesellschaft*. <https://editionf.com/mentale-gesundheit-ein-privileg-der-mittelklasse/>, letzter Zugang: 28.11.2023.

Schipmann, J.; Abboud, A.; & Reichelt, V. (2023) in „*die da oben*“ In *FUNK* ist ein Gemeinschaftsangebot der Arbeitsgemeinschaft der Rundfunkanstalten Deutschlands (ARD) und des Zweiten Deutschen Fernsehens (ZDF), <https://www.funk.net/impressum>, letzter Zugang 11.09.2023.

Glossar

Afrozensus: Ende 2017 hat sich *Each One Teach One (EOTO) e.V.* in Kooperation mit anderen Schwarzen Organisationen sowie 20 unabhängigen Schwarzen Forscher*innen aus unterschiedlichen Disziplinen die institutionelle Verankerung Schwarzer Perspektiven in der deutschen Wissenschafts- und Forschungslandschaft als einen Arbeitsschwerpunkt gesetzt.

Exotismus: gilt als Sonderform eines europäisch dominierten epistemologischen Imperialismus, des fundamentalen Überlegenheitsanspruchs der Kolonialmächte, der sich aus rassistischen Voraussetzungen ableitete. Charakteristika vermeintlicher „*exotischer*“ menschlicher Verhaltensweisen, Architektur, Kleidung, Gegenstände, religiöser Riten etc. werden mit deutlicher Betonung des Kulturkontrastes zwischen Herkunfts- und fremdem Raum als Faszinosum dargestellt. Dabei kann „*das Exotische*“ als das moralisch Bessere, Unschuldige, dem zuzugehören man sich sehnt, oder als das Primitive und (sexuell) Bedrohliche, das es zu überwinden gilt, erscheinen (Keiz 2022).

Schwarz: ist eine Selbstbezeichnung, die parallel zu „Afrodeutsch“ Mitte der 1980er- Jahre in Deutschland entstanden ist, um sämtliche rassistischen Fremdbezeichnungen abzulösen. Der Begriff markiert die sozialpolitische Position und die soziale Realität von Personen und Personengruppen, die in der afrikanischen Diaspora geboren sind und/oder sozialisiert wurden. Die Selbstbezeichnung wird mit großem „S“ geschrieben, auch in der adjektivischen Verwendung, um mit der biologistischen Vorstellung von „Rasse“ zu brechen, die mit (Haut-)Farbe einhergeht (Kelly 2021: 107).

weiß: Die Grundlage des Begriffs ist wie bei „*race*“ und „Schwarz“ biologistisch. Weiß bezeichnet eine historisch unmarkierte Position, die mit Privilegien ausgestattet ist und die unsichtbar herrschende Norm in Deutschland darstellt (Kelly 2021: 108).