

Interview mit Stephanie Cuff-Schöttle: Rassismussensible systemische Beratung und Therapie

Stephanie Cuff-Schöttle & Sabrina Saase

Dipl.-Psych. Stephanie Cuff-Schöttle ist systemische Familien- und Paartherapeutin in freier Praxis, spezialisiert auf rassismuskritische und rassismussensible Beratung und Therapie. Zusätzlich ist sie aktuell in Approbationsausbildung zur Systemischen Kinder- und Jugendtherapeutin. Mit dem von ihr mit-begründeten Unternehmen DE_CONSTRUCT, einer digitalen Weiterbildungsplattform zur Rassismussensibilisierung, schult und begleitet sie Fach- und Führungskräfte bei deren Sensibilisierungsreise.

Im Folgenden wird ein gekürztes und bearbeitetes Interview mit Dipl.-Psych. Stephanie Cuff-Schöttle wiedergegeben, damit möglichst viele Lesende von ihren Praxiserfahrungen als Schwarze¹ Therapeutin profitieren können und die eigene Therapie und Beratung weiter diskriminierungssensibel und intersektionalitätsinformiert gestalten können. Wir erfahren etwas über biografieorientierte, kreative Wege, diskriminierungssensible Angebote zu schaffen, über konkrete diskriminierungssensible therapeutische Herausforderungen und Methoden sowie über Ideen in Bezug auf eine intersektionale Kompetenz². Das Interview ist am 10.02.2022 während des wöchentlichen Seminars „Same same but different: Intersektionalität und Diversity in Forschung und Praxis“ von Dipl.-Psych. Sabrina Saase an der TU Braunschweig in Kooperation mit dem Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik (Prof. Beate Muschalla) und dem Braunschweiger Netzwerk für Gender und Diversity Studies entstanden, wo Dipl.-Psych. Stephanie Cuff-Schöttle eine von vier Expert:innen³ war, die auf Honorarbasis aus der konkreten Praxis berichteten und Studierende zu einer Diskussion einluden. Transkribiert wurde das Interview freundlicherweise von Marina Jurisic, einer Psychologiestu-

1 Großschreibung folgt der politischen Selbstbezeichnung Schwarzer Menschen (vgl. Eggers et al., 2009, S. 13).

2 Vgl. die qualitative Forschung zu intersektionalitätsinformierter therapeutischer Kompetenz (Saase, 2025; Saase et al., 2024).

3 Eine weitere Expert:in war Dipl.-Psych. Jessica Grafwallner. Vgl. den Beitrag von Grafwallner und Saase in diesem Band (Anm. d. Hrsg.).

dierenden der ZHAW Zürich, die unser Buchprojekt als Forschungspraktikantin unterstützt hat.

Biografie: Warum rassismussensible Therapie?

Interviewer:in:

Schön, dass du als Expertin für rassismussensible Beratung und Therapie heute da bist. Warum machst du das eigentlich?

Expertin:

Danke für diese spannende Frage nach meinem Warum und dem Weg, der sich daraus für mich ergeben hat. Als ich damals anfang, Psychologie zu studieren, habe ich überhaupt nicht geahnt, in welchem Feld bzw. zu welchem Themenkomplex ich zukünftig vornehmlich arbeiten würde. Zunächst hatte ich während des Studiums angefangen, im Kinder- und Jugendhilfereich zu arbeiten, und das dann auch knapp zehn Jahre über das Studium hinaus weitergeführt. Auch wenn ich in all diesen Kontexten selbst von Rassismus betroffen war und rassistische Strukturen und diesbezügliche Erfahrungen auch bei den zu betreuenden Familien, Kindern und Jugendlichen oftmals eine Rolle spielten, wurde Rassismus in diesen Kontexten niemals thematisiert. Es gab dafür keinen Raum und irgendwie auch keine Sprache. Vielleicht kam es gerade deshalb für mich zu einem großen Wendepunkt in meiner beruflichen Laufbahn, als ich 2016 über einen E-Mail-Verteiler eine Stellenausschreibung von OPRA, der bis heute in Deutschland einzigen explizit *psychologischen* Beratungsstelle für Opfer rassistischer *und* antisemitischer *und* rechter Gewalt, las, die explizit BI-PoC-Psycholog:innen mit eigenen Rassismuserfahrungen dazu einluden, sich zu bewerben. Das hatte ich so noch nie gelesen, und ich hatte das erste Mal in meinem Leben das Gefühl, dass hier einem großen Aspekt meiner Lebensrealität Rechnung getragen wurde, der sonst immer unsichtbar blieb. Ich weiß noch, wie ich damals dachte: „Wenn ich diese Stelle kriegen sollte, fühlt es sich für mich endlich rund an. Dann darf ich auch diesen Teil meiner Expertise, eine Expertise erwachsen aus dem Umgehenmüssen mit leidvollen Erfahrungen, zur Unterstützung anderer nutzen.“ Dieser Gedanke allein war schon entlastend. Als ich letztlich für die Stelle genommen wurde, wusste ich, dass etwas ganz Neues für mich beginnen würde, nämlich auch eine Reise in Richtung eigene Heilung in diesem Thema.

Als psychologische Beraterin bei OPRA arbeitete ich dann täglich mit Menschen aus Berlin, die sowohl psychische als auch oftmals körperliche Gewalt aus rassistischen Motiven heraus erlebt hatten. Gleichzeitig erreichte uns als Beratungsstelle und auch mich persönlich über die verschiedensten Kanäle eine hohe Anzahl an Anfragen aus ganz Deutschland, Österreich und der Schweiz: Rassismus erfahren(d)e Menschen suchten Therapie und Beratung. Ein Großteil davon beschrieb, aktuell keine körperlichen rassistischen Angriffe zu erleben, aber unter alltagsrassistischen Erfahrungen in den verschiedensten Lebensbereichen, oftmals schon seit Kindheitstagen an, zu leiden und diese Erfahrungen gerne be- oder aufarbeiten zu wollen. Damals gab es für diese Bedarfe wenige bis keine Angebote – wenige bis keine Adressen, an die ich hätte weiterleiten können. Deshalb entschied ich mich dazu, parallel zu meiner Arbeit bei OPRA in eigener Praxis ein Angebot für Rassismus erfahren(d)e Menschen zu schaffen. Die Arbeit in eigener Praxis führe ich neben meiner unternehmerischen Tätigkeit bei DE_CONSTRUCT zur Rassismussensibilisierung von Fach- und Führungskräften und meiner Mitarbeit in anderen antirassistischen und empowernden Projekten, wie beispielsweise Myurbanology.de⁴ oder Powerme⁵, bis heute fort.⁶

Rassismussensible Therapieausbildung? Eine Leer_Lehrstelle!

Interviewer:in:

Welche Erfahrungen hast du als Vorreiterin für antidiskriminierende Angebote in der therapeutischen Ausbildung gemacht?

Expertin:

Zuerst würde ich gerne betonen, dass meine Arbeit auf der Vorarbeit vieler anderer Vorreiter:innen beruht, ohne die ich gar keine Grundlage hätte, das zu tun, was ich heute tue. Dabei denke ich beispielsweise an die vielen Forscher:innen aus den USA, die schon seit Jahrzehnten zu dem Themenkomplex forschen, aber auch im deutschsprachigen Raum gibt es schon sehr lange sehr wichtige Stimmen zum Thema Rassismus und Psyche –

4 <https://myurbanology.de>.

5 <https://www.powermeberlin.de>.

6 Vgl. Fall und Kirschbaum in diesem Band für weitere digitale antirassistische Plattformen (Anm. d. Hrsg.).

ich denke da beispielsweise an Grada Kilomba, Mark Terkessidis, Paul Mecheril, Dileta Fernandes Sequeira und viele mehr. Ich denke auch ganz praktisch an meinen Mentor Eben Louw, der OPRA über Jahre hin als psychologische Beratungsstelle aufgebaut und mich über die Jahre sehr viel gelehrt hat. Was meine Erfahrungen im Weiterbildungskontext betrifft, so haben sich meine Erfahrungen aus dem Studium einfach eingereiht und fortgesetzt – nämlich dass diese Themen weder im Studium noch in den unzähligen psychologischen und psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildungen einen Platz hatten. Als ich beispielsweise im Rahmen einer analytischen Ausbildung den Lehrtherapeuten darauf ansprach, inwieweit er sich bislang mit Rassismus, Sexismus und Co. im Therapieraum beschäftigt hatte, waren da erstmal große Fragezeichen. Ich habe damals dem Lehrtherapeuten Texte u. a. von Fakhry Davids (2019) zur Verfügung gestellt, was er dankend annahm. Daraufhin wurde Fakhry Davids tatsächlich auch in das Institut eingeladen, nur leider ohne mich darüber zu informieren. Ich weiß noch, wie ich damals total perplex darüber war. Mittlerweile habe ich verstanden, dass sein Verhalten nicht nur auf zwischenmenschlicher Ebene fragwürdig war, sondern sehr wohl auch strukturelle Machtdynamiken widerspiegelt.

Interviewer:in:

Was war also deine Gegenstrategie?

Expertin:

Wie bereits erwähnt, hatte ich großes Glück. Denn bei OPRA hatte ich meinen Projektleiter und Mentor Eben Louw und bei Reach Out, dem angebundenen Opferberatungsprojekt für Opfer rechter, rassistischer und antisemitischer Gewalt, meine Kollegin und Geschäftsführerin von OPRA und ReachOut, Sanchita Basu. Beide haben mich in den Themenkomplex eingeführt und mich so gestärkt, dass ich immer mehr verstehen und lernen wollte. Aufgrund der bereits erwähnten Forschungsarbeiten und Beiträge von marginalisierten und rassifizierten Personen, die umfangreiche und wertvolle Vorarbeit geleistet haben, bekam ich nach und nach ein größeres Verständnis über die Zusammenhänge und eine Idee davon, wie eine diskriminierungssensible, insbesondere rassismuskritische Beratung und Therapie, die Intersektionalität mitdenkt, überhaupt aussehen könnte. Mittlerweile gibt es glücklicherweise auch viele größere Studien, die wirksame Faktoren bei der Beratung und Therapie Rassismus erfahren(d)er Personen identifiziert haben. Diese Informationen und mein Erfahrungswissen gebe

ich mittlerweile selbst in Fortbildungen für verschiedenste Zielgruppen weiter.

Diskriminierungssensible und intersektionalitätsinformierte Therapie(ausbildung)

Interviewer:in:

Welche Wünsche hast du für eine diskriminierungssensible und intersektionalitätsinformierte Ausbildung, um zukünftige Therapeut:innen adäquat vorzubereiten?

Expertin:

In einem allerersten Schritt fände ich es wichtig, wenn (zukünftige) Therapeut:innen einen Ausflug in die Geschichte der Psychologie und Psychotherapie unternehmen würden. Im Studium gibt es oftmals keine kritische Aufarbeitung dessen, welche Perspektiven zu welcher Zeit die Disziplin sowie die Handlungs- und Forschungspraxen hauptsächlich geprägt haben, beispielsweise welche Rolle die Psychologie in der Kolonial- und NS-Zeit gespielt hat und welche Kontinuitäten daraus bis heute erwachsen sind (vgl. Saase, 2019). Ich glaube, dass ein Mehr an diesem Wissen und Verständnis einen erheblichen Beitrag für die Arbeit im Therapieraum leisten kann, wenn daraus die Möglichkeit erwächst, Patient:innen auch als Symptomträger:innen inmitten unterschiedlich wirksamer Machtstrukturen und der damit bedingten unterschiedlichen Barrieren und Lebensrealitäten anzuerkennen.

Für meine persönliche Arbeit habe ich aufgrund meiner Erfahrungen, aber auch evidenzbasiert, einen mehrdimensionalen Ansatz entwickelt, den ich auch oftmals in meinen Fortbildungen mit den Teilnehmer:innen teile. In der Forschungsliteratur, vornehmlich aus dem englischsprachigen Raum, gibt es mittlerweile Modelle für die Entwicklung rassismussensibler Ansätze für die Praxis. Diese sind darauf ausgerichtet, Strukturen und Prozesse zu schaffen, die darauf abzielen, Rassismus zu erkennen, zu benennen und ihm aktiv entgegenzuwirken. Sie betonen aufseiten der Berater:innen und Therapeut:innen die Notwendigkeit einer reflektierten und kritischen Auseinandersetzung mit Machtstrukturen, Stereotypen und Vorurteilen, die zu rassistischem Verhalten führen können. Wieder andere Studien weisen aus, welche konkreten Interventionen für Menschen mit Rassismuserfahrungen sich als hilfreich erwiesen haben.

Aus meiner Perspektive bedeutet dies für die Ausbildung und Praxis von (angehenden) Therapeut:innen verkürzt, dass 1) es ein Wissen über die Lebensrealitäten und die (potenziellen) Diskriminierungserfahrungen von Klient:innen wie auch über die als wirksam identifizierten Präventions- und Interventionsmethoden für das Einzel- oder Gruppensetting braucht, 2) Ideen benötigt werden, wie das Umfeld (also das nahe System aus Familie, Partner:in, Community etc.), in dem diese Machtstrukturen ebenfalls wirksam sind, wodurch sie spezifische zwischenmenschliche Dynamiken mitbedingen, einbezogen werden kann, 3) es einer Auseinandersetzung mit den eigenen sozialen Positionierungen in diesen Machtstrukturen und mit der Frage, wie diese die therapeutische Arbeit beeinflussen, bedarf und 4) es eine Reflexion darüber benötigt, wie eigene Privilegien dazu genutzt werden können, strukturelle Barrieren und Leerstellen sichtbar zu machen und abzubauen (vgl. Saase, 2020).

Gern führe ich das noch etwas weiter aus. Befinden wir uns im klassischen Eins-zu-eins-Beratungs- oder -Therapiesetting, aber auch im Gruppensetting, braucht es zunächst in einem ersten Schritt Wissen und Anerkennung aufseiten der Therapeut:innen über die unterschiedlichen Lebensrealitäten und die damit einhergehenden (De-)Privilegierungen und Diskriminierungserfahrungen unserer Klient:innen. Des Weiteren braucht es Wissen über die Zusammenhänge von Denk- und Verhaltensmustern, Bewältigungsstrategien, Symptomen und Störungsbildern, die im Allgemeinen mit Rassismuserfahrungen, oder weiter gefasst Diskriminierungserfahrungen, und dem daraus resultierenden spezifischen Stress assoziiert sind. Mittlerweile zeigt eine profunde Forschungslandschaft, dass Diskriminierungserfahrungen, und auch im spezifischen Rassismuserfahrungen, Stress, von *emotional injury* bis hin zu Traumafolgestörungen, erzeugen können (vgl. Carter, 2007; Yeboah, 2017). Deshalb ist es wichtig, dass (angehende) Therapeut:innen die Möglichkeit bekommen zu erlernen, wie eine Diskriminierungs- und auch stress- und traumasensible Arbeit diesbezüglich aussehen kann. Dieses Wissen, welches das Individuum als in Systeme eingebettet begreift, bildet einerseits die Grundlage für eine erfahrungsvalidierende Grundhaltung den Klient:innen gegenüber und andererseits für eine diskriminierungssensible Anamnese und Psychoedukation, die selbst schon oftmals eine entlastende Intervention für sich darstellt. Dieses Wissen sollte bereits in der therapeutischen Ausbildung vermittelt werden.

Im zweiten Schritt finde ich es wichtig, das Umfeld der Klient:innen einzubeziehen. Familie, Beziehungen und *Communities* können einerseits als Ressourcen fungieren und Diskriminierungserfahrungen abpuffern.

Andererseits werden im Beratungs- und Therapiekontext oftmals interindividuelle Konflikte und diskriminierende Beziehungsdynamiken durch unterschiedlich wirkende Machtverhältnisse innerhalb von Beziehungen thematisiert. Ich verdeutliche dies kurz am Beispiel meiner jugendlichen Klient:innen. Viele jugendliche Klient:innen mit Rassismuserfahrungen haben enge Bezugspersonen, die nicht direkt negativ von Rassismus betroffen sind. Folgende Fragen können im Rahmen der Beratung/Therapie aufkommen und nach Bearbeitung drängen: Wie wirken die unterschiedlichen Erfahrungen mit Diskriminierung innerhalb des Familiensystems? Spielt beispielsweise *Colourism*, also die Tatsache, dass Menschen aufgrund ihrer unterschiedlichen Hautpigmentierungen unterschiedlich stark von Diskriminierung betroffen sind, eine Rolle innerhalb des Familiensystems? Was macht das gegebenenfalls mit dem Familiensystem? Gibt es eine Möglichkeit, einen Raum und eine gemeinsame Sprache zu schaffen, um über unterschiedliche Erfahrungen, Ungleichbehandlungen und Verletzungen zu sprechen? Welche Haltungen in Bezug auf das Thema lassen sich in der Familie finden? Wer ist wie belastet und wer wünscht und braucht welche Unterstützung? Das ist nur eins von vielen Beispielen, wo der Einbezug und gegebenenfalls eine Sensibilisierung der engen Bezugspersonen mitgedacht werden sollte. Kinder und Jugendliche profitieren von einem aktiven Coping der Eltern deutlich (O'Brien Caughy et al., 2004). Damit Bezugspersonen zur Ressource, zur unterstützenden Fachkraft für das eigene System werden können, ist eine informierte, wohlwollende und selbstreflexive Haltung der begleitenden Berater:innen und Therapeut:innen Voraussetzung, die meiner Meinung nach auch im Kontext von Aus- und Weiterbildung erarbeitet werden sollte.

Der dritte Schritt, also die Auseinandersetzung (angehender) Berater:innen und Therapeut:innen mit der eigenen Positionierung in den gesellschaftlichen Machtstrukturen und wie diese ihre Arbeit beeinflusst, sollte aus meiner Perspektive einen hohen Stellenwert in der Aus- und Weiterbildung haben. Es besteht die Gefahr, Klient:innen gleich zu Beginn von Beratungen und Therapien in *Fremdheit* oder *Andersartigkeit* zu verorten und sie zu stereotypisieren. Dieses fehlende kritische Bewusstsein über eigene Normalitätskonstruktionen und die Intransparenz über die eigenen Positionierungen in Relation zu Klient:innen manifestieren oftmals gesellschaftliche Ungleichheiten von Therapiebeginn an. Gerade im Kontext diskriminierungssensibler Beratung und Therapie ist dies besonders ungünstig. Deshalb ist es meiner Ansicht nach im Rahmen von Aus- und Weiterbildung wichtig, ein besonderes Augenmerk auf das Verstehen eigener

(De-)Privilegierungen, innerpsychischer Prozesse, Gefühle und Abwehrstrategien zu legen, wenn es um Diskriminierung im Therapieraum geht.

Im vierten Schritt finde ich es wichtig, auch die strukturell-diskursive Ebene immer wieder sichtbar zu machen und (angehende) Berater:innen und Therapeut:innen dazu zu ermutigen, ihre eigenen Privilegien auch zu nutzen, um strukturelle Veränderungen zu bewirken. Dabei denke ich zum Beispiel an 1) das Schaffen sensibilisierter Interventionsräume oder Supervisionsmöglichkeiten, 2) das Herantreten an Unis, Verbände, Gremien, Aus- und Weiterbildungsinstitute, um die Notwendigkeit dieser Lerninhalte zu formulieren, und 3) die Notwendigkeit internationaler Vernetzung, um eurozentrische Perspektiven um andere Perspektiven zu erweitern. Es gibt noch so viele strukturelle Leerstellen, die gefüllt werden können und sollten. (Angehende) Therapeut:innen und Berater:innen sollten lernen, dass sie diesbezüglich eine wichtige Rolle spielen können.

Ungleichheitsverhältnisse als Erklärungsmodell in der Psychoedukation?

Interviewer:in:

Du hast die Rolle von Psychoedukation betont, um Individuen in Systemen zu begreifen und den Zusammenhang zwischen (Stress-)Symptomen und Diskriminierungserfahrungen herzustellen. In welchem Verhältnis stehen für dich die individuelle und die strukturelle Ebene in Bezug auf Ungleichheitsverhältnisse beim Erarbeiten des Störungsmodells? Aus anderen Interviews weiß ich, dass Klient:innen auch mal sagen: „Es ist mir egal, ob viele andere das gleiche Problem haben. Jetzt geht es hier mal um mich“ (Saase, im Druck).

Expertin:

Die Frage ist, an welcher Stelle der Beratung/Therapie und auch mit welchem Nachdruck diese Themen platziert werden sollten oder könnten. Natürlich stehen zu jeder Zeit die von den Klient:innen im Rahmen der Auftragsklärung genannten Ziele im Fokus der Zusammenarbeit. Das heißt aber nicht, dass ich deshalb die Machtstrukturen und die daraus resultierenden Lebensrealitäten, in die das Individuum eingebettet ist, ausblende. Fachlich betrachtet gehen wir als Therapeut:innen in Abhängigkeit von der therapeutischen Ausrichtung mit den verschiedensten Störungs- und Erklärungsmodellen in die Sitzungen. Das heißt, wir nutzen diverse Modelle in der Psychoedukation, um Klient:innen bei der Einordnung

ihrer Symptome zu unterstützen. Dieses gesteigerte Verständnis ihrer innerpsychischen Prozesse kann ihr Selbstwirksamkeitserleben steigern. Viele dieser Modelle beziehen soziale Faktoren bereits mit ein, jedoch wird in der Realität oftmals höchstens die interindividuelle Ebene (Beziehungen in (Ursprungs-)Familien, Freundschaften, Arbeit) mit einbezogen. Meiner Einschätzung nach sollten Störungsmodelle noch mehr um die Wirkfaktoren auf struktureller Ebene ergänzt werden. Je nachdem, wo wir gesellschaftlich verortet werden, welche Wertschätzung wir erfahren, welche institutionellen und strukturellen Zugänge uns gewährt, verwehrt oder erschwert werden, was wir über uns und die konstruierten *Anderen* gelernt haben, welche Normen, Sprache(n) und Bilder wir verinnerlicht haben, all dies nimmt Einfluss auf unsere körperliche und mentale Gesundheit. Dies zu reflektieren, gegebenenfalls zu dekonstruieren und trotz oder gerade wegen der Komplexität eigene Lösungen zu generieren und anzuerkennen, kann aus meiner Perspektive einen Teil von Heilung ausmachen.

Anamnese und Diagnosevergabe bei Diskriminierungserfahrungen

Interviewer:in:

Beziehst du die Abfrage von Diskriminierungserfahrungen auch in die Anamnese mit ein? In meinen Interviews sagte eine transgeschlechtliche Therapeutin, dass sie jedes Mal bei der Anamnese Privilegierungs- oder Diskriminierungserfahrungen im Leben abfragt (Saase, im Druck).

Expertin:

Tatsächlich spreche ich mit meinem Angebot eine sehr spezifische Zielgruppe an, die eigentlich ausschließlich Rassismus- und intersektional verbundene Diskriminierungserfahrungen macht oder gemacht hat und mich aufgrund dieser Erfahrungen kontaktiert. Deshalb besteht oftmals von Beginn an der Wunsch, diese Erfahrungen zu thematisieren, und der Belastungsgrad wird oftmals schnell sichtbar. Generell sollte das Erfragen von Diskriminierungserfahrungen Standard sein. Gleichzeitig sollten diese Angaben als erweiterbar angesehen werden, da viele Menschen auch oftmals erst im Rahmen der Beratung/Therapie eine Sprache für ihre Erlebnisse finden und diese dann benennen, erkennen oder auch erst später zulassen können.

Es gibt einige Studien, die ausweisen, dass Personen oftmals angeben, keine Diskriminierungserfahrungen gemacht zu haben, weil diese Erfah-

rungen durch sie selbst und die Gesellschaft normalisiert werden. Kinder oder Jugendliche antworten beispielsweise auf allgemeine Fragen zu Diskriminierungserfahrungen eher mit Nein (Melter, 2006). Wenn es aber konkrete Beispiele gibt, sagen fast alle: „Oh, das kenne ich, und das kenne ich auch.“ Dies bedeutet aber nicht, wie oftmals von ignoranten Stimmen aus der Gesellschaft hervorgebracht, dass erst die Thematisierung das Problem erzeugt. Die Betroffenen erklären das Ungerechtigkeits erleben, aber ohne es in Worte fassen zu können. Diesen Beitrag kann die Anamnese und die spätere Psychoedukation in Teilen leisten. Deshalb ist es wichtig, Diskriminierungserfahrungen prozesshaft zu erfassen und nicht ausschließlich in der Anamnese zu thematisieren. Hier empfehle ich, innerhalb der Beratung/Therapie immer wieder zu schauen, welche Selbstbeschreibungen kommen und inwiefern diese mit Diskriminierungserfahrungen assoziiert sind.

Interviewer:in:

Und wie beziehst du Diskriminierungserfahrungen in die Diagnosevergabe mit ein? Einige NGOs fordern die Diagnose „Traumata durch Diskriminierungserfahrungen“.

Expertin:

Bei meinen Fortbildungen für (angehende) Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen wurde die Zusatzdiagnose Z60.5⁷ besprochen, um Diskriminierungserfahrung als Belastungsfaktor auszuweisen und sichtbarer zu machen. Im Rahmen meiner Arbeit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis hielt der behandelnde Psychiater diese Zusatzdiagnosen für sehr wichtig. Bei Kindern mit Diskriminierungserfahrungen und daraus entstehenden Belastungen konnten die gestellten Diagnosen und die Behandlungsplanung um diesen wichtigen Aspekt ergänzt und angepasst werden.

Dennoch glaube ich auch, dass eindeutigere Diagnosen diskutiert werden sollten. Dabei ist für mich ein Aspekt von entscheidender Bedeutung, der beispielsweise von Carter (2007) erwähnt wurde. Es ist wichtig, Belastungs- und komorbide Störungen, die in Zusammenhang mit rassistischer Diskriminierung auftreten können, vielmehr als Konsequenz soziopoliti-

7 Z60.5: „Zielscheibe feindlicher Diskriminierung und Verfolgung: Verfolgung oder Diskriminierung, vermutet oder real, aufgrund der Zugehörigkeit zu einer besonderen Gruppe (bestimmt durch Hautfarbe, Religion, ethnische Herkunft usw.) und nicht aufgrund von persönlichen Besonderheiten“ (Icdcode, o. D.).

scher Verletzungen, als *race-based traumatic stress injury* (ebd.), und somit als Lösungsversuche in Bezug auf die Verwundung zu verstehen und nicht als (prädispositionelle) Pathologie (ebd.). Dies lässt sich beispielsweise anhand eines Kindes mit ADHS veranschaulichen, das die Verhaltensauffälligkeit als Lösungsstrategie entwickelte, um mit den Rassismuserfahrungen im Schulalltag umzugehen. Über Zusatzdiagnosen hinausgehende Diskriminierung integrierende Diagnosen müssten besonders kritisch betrachtet werden im Hinblick auf mögliche weitere Diskriminierungen, Stigmatisierungen und Pathologisierungen marginalisierter und rassifizierter Menschen.

Nicht zuletzt bleibt zu erwähnen, dass Diskriminierungsschutz gleichermaßen im Deutschen Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz, im Grundgesetz und auch in anderen Menschenrechtsabkommen festgeschrieben und somit bindend ist. Um diesen Schutzauftrag auch in der Therapie realisieren zu können, müssen wir selbst diesen Schutzraum gewährleisten und bestenfalls so informiert sein, dass wir unsere Klient:innen auch diesbezüglich informieren und gegebenenfalls beim Erkennen und Durchsetzen dieser Rechte unterstützen können.

Interviewer:in:

Definitiv! In meinen Interviews (Saase, im Druck) sagte eine Therapeutin mit Migrationserfahrung: „Therapie ist eine Wiederholung des Lebens. Das Leben im Kleinform“ (Saase, im Druck). Alles, was in der Gesellschaft passiert, kann auch im Therapieraum passieren. Dazu gehören auch potenzielle Diskriminierungen und Retraumatisierungen von Klient:innen sowie Therapeut:innen. Wie gehst du damit um?

Expertin:

Ich selbst habe mich in diesem Kontext schon in vielen Rollen erlebt: als Hilfesuchende im Rahmen einer Beratung, in der ich rassistisch diskriminiert wurde, als Therapeutin, die durch einen Klienten rassistisch diskriminiert wurde, als Therapeutin, die selbst schon rassistisch diskriminiert hat, und als Therapeutin, deren Klient:innen von rassistischen Diskriminierungen in ihren Therapien berichteten und mich diesbezüglich um Rat fragten.

Mein Fazit nach all diesen Erfahrungen war, dass ich mir als Therapeutin mehr Verbundenheit und fachspezifischen Austausch gewünscht hätte. Deshalb gründete ich auf Facebook vor einigen Jahren eine Gruppe für Schwarze Therapeut:innen, Berater:innen und Coach:innen mit dem Ziel, mit all diesen Erfahrungen nicht allein zu bleiben, sondern gemeinsam

zu reflektieren und für den Arbeitskontext zu lernen. Daraus hat sich auf Initiative der Teilnehmer:innen im Nachgang eine Intervisionsgruppe aufgebaut, die bis heute stetig wächst und eine vorherige Leerstelle befüllt. Weiterhin nutze ich selbst Supervision und biete auch selbst sensibilisierte Supervisionen an. Leider ist es immer noch sehr schwierig, diskriminierungssensible Supervisor:innen zu finden. Um langfristig einen Beitrag zum Schließen dieser Lücke zu leisten, haben meine Kolleg:innen Anthony Owosekun und Mashanti Alina Hodzode und ich es uns mit unserem Unternehmen DE_CONSTRUCT zur Aufgabe gemacht, Berater:innen und therapeutisch arbeitende Fachkräfte so für Rassismus und seine Intersektionen zu sensibilisieren, dass sie Menschen, die sich gerade selbst auf den Weg der Rassismussensibilisierung machen oder selbst auch Rassismus- oder andere Diskriminierungserfahrungen im Arbeitskontext machen, einen sicheren Raum für Austausch und Heilung bieten können.

Im Hinblick auf meine Klient:innen lässt sich sagen, dass ein nicht unerheblicher Teil von diskriminierenden Erfahrungen im Therapieraum berichtet. Sie beschreiben beispielsweise: „Eigentlich war es echt gut in der Therapie, bis es zum Thema meiner Diskriminierungserfahrungen kam, bis ich das diskriminierende Verhalten der Therapeut:in ansprach. Plötzlich wurde abgeblockt, mir wurde meine Erfahrung abgesprochen oder kleingesprochen, oder wir begannen dann richtig zu streiten.“ Oftmals haben meine Klient:innen diese vorherigen (eigentlich auch oftmals gut laufenden) Beratungen/Therapien deshalb abgebrochen. Andere fragen mich um Rat, ob sie vielleicht diesen Inhaltsteil zu Diskriminierungserfahrungen an mich auslagern können oder ob sie ihre andere Therapie abbrechen sollen. Therapieabbrüche sind aus sehr vielen Gründen, wie Schwierigkeiten, einen neuen Therapieplatz zu finden, oder Verstärkung von Symptomen, sehr besorgniserregend und ärgerlich.⁸ Ist die Therapie/Beratung noch nicht abgebrochen, versuche ich mit den Klient:innen einen lösungsorientierten Blick zu entwickeln, um zu fragen, ob und unter welchen Bedingungen dort die Beratung/Therapie weiterlaufen könnte, wenn sie dies wünschen. Dabei geht es nicht darum, das Verhalten der Fachkraft zu entschuldigen, sondern unter dem Aspekt der Selbstwirksamkeit für sich gute Entscheidungen zu treffen und das eigene *Investment* zu prüfen. Diese Entscheidungen der Klient:innen können auch nach einer lösungsorientierten Betrachtung vielfältig sein, sind dann aber eher eine selbstbestimmte Aktion als nur eine

8 Vgl. den Artikel von Dücker in diesem Band zu (fehlenden) Beschwerdemöglichkeiten in der Therapie (Anm. d. Hrsg.).

Reaktion. Wurde die besprochene Beratung/Therapie abgebrochen, geht es bei mir oftmals darum, sich von diesem Schock erstmal wieder zu erholen. Einen Therapieplatz zu ergattern, dann aber dort als hilfeschuchende Person zu erfahren, dass der vermeintlich sichere Ort (wieder) ein Ort der Bedrohung/Verletzung ist, erschüttert oft zutiefst. Inhaltlich unterstützt es die Klient:innen, gemeinsam zu reflektieren, was im Therapie-/Beratungsraum eigentlich passiert ist und welche Dynamiken und Themen wirkmächtig waren. Dabei stellt der Wissensaustausch über Machtdynamiken, Abwehrstrategien und Mikroaggressionen oftmals eine wichtige Ressource bei der Besprechung dieser Erfahrungen dar, um diese Erfahrungen aus der Verinselung zu holen, denn solche Erfahrungen sind für rassifizierte und marginalisierte Personen im Therapieraum leider keine Zufalls- oder Einzelfallerfahrungen. Für (angehende) Berater:innen und Therapeut:innen finde ich es enorm hilfreich, sich damit auseinanderzusetzen, welche Mikroaggressionen wir vielleicht selbst schon, oftmals auch im Rahmen von Abwehr, platziert haben. Dabei geht es nicht um Schuld, sondern vielmehr darum zu verstehen, wann ich sie platziert habe, warum und wie sie sich im Inneren angekündigt haben. Es geht darum, die Wahrnehmung für die eigene verinnerlichte rassistische Organisation zu schärfen.

Therapeutische Selbstoffenbarung

Interviewer:in:

Wissen ist wichtig. Wie viel dürfen Klient:innen über dich wissen? In der Literatur wird beispielsweise die Methode Location of Self (Watts-Jones, 2010) verwendet – ich nenne das in meiner Promotionsforschung intersektionale therapeutische Selbstoffenbarung (Saase, im Druck). Äußerst du dich über deine Identitäten in der Therapie, und wenn ja, ist das abhängig von den Zugehörigkeiten deiner Klient:innen?

Expertin:

Also die erste Selbstoffenbarung passiert oftmals schon vor dem ersten Gespräch, indem ich in der Kommunikation per E-Mail zum Beispiel meine Geschlechtsidentität in Form von Pronomen nenne. Auf meiner Homepage positioniere ich mich selbst als Schwarze Deutsche oder Afrodeutsche Frau. Einige meiner Identitätsmerkmale, beispielsweise mein Alter, meine Religionszugehörigkeit oder meine sexuelle Orientierung, beziehe ich tatsächlich in Abhängigkeit von den Klient:innen, von der Situation und oftmals erst

im Laufe der Sitzungen mit ein. Letztlich sind Ziele der Selbstoffenbarung, Machtungleichgewichte im Raum zu reduzieren, Transparenz zu schaffen und eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Das geht damit einher, dass nicht nur die Klient:innen sich exponieren, sondern sich beide Personen im Raum sichtbar machen. Das kann Vertrauen und tatsächlich das Verständnis über sich selbst (auf beiden Seiten) als Individuum im Kontext von Mikro- und Makrosystemen befruchten und dadurch den Beratungs- und Therapieaum größer machen.

Im Rahmen der Fortbildungen ermutige ich deshalb die therapeutisch und beraterisch arbeitenden Fachkräfte dazu, sich mit ihren Identitätsmerkmalen und eigenen Diskriminierungsmerkmalen auseinanderzusetzen, um selbst ein Verständnis dafür zu entwickeln, wer sie im Raum, in der konkreten Beziehungsdynamik sind, was ihnen möglicherweise zugeschrieben wird und wie sie sich dazu positionieren. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass diese Praxis Sicherheit und Normalisierung für alle mit sich bringt. Therapeutische Selbstoffenbarung verstehe ich als Einladung für einen gemeinsamen Prozess, der die jeweilige Entwicklungsstufe bezüglich eigener Identitäten und bisherige Auseinandersetzungen der Klient:innen mitdenkt.

Interviewer:in:

Es gibt ja Gemeinsamkeiten in erlebten Rassismus- oder Sexismuserfahrungen, aber auch Unterschiede. Welche Rolle spielen für dich (vermeintlich) geteilte Diskriminierungs- und Privilegierungserfahrungen in der Dynamik mit deinem Gegenüber?

Expertin:

Natürlich stellen geteilte Erfahrungen oftmals Nähe und das Gefühl der Verbundenheit her. Der Gedanke „Oh ja, das kenne ich auch“ liegt oftmals nah und schafft Gemeinsamkeiten. Gleichzeitig finde ich es wichtig, sich als Berater:in/Therapeut:in immer wieder bewusst zu machen, dass ich erstmal nichts weiß.⁹ Meine Erfahrungen und meine Wahrnehmung dieser

9 Hier gibt es Parallelen zu Paul Mecherils (2010) Konzept der Kompetenzlosigkeitskompetenz als Voraussetzung für professionelles pädagogisches Handeln. In kritischer Abgrenzung zur interkulturellen Kompetenz gehöre zur transkulturell kompetenten Interaktion die Akzeptanz des eigenen Nicht-Wissens und ein grundlegendes reflexives Verhältnis zum eigenen Handeln (ebd.). Transkulturell meint hier jede intra- und interindividuelle Kommunikation, da jede Person Expert:in der eigenen Erfahrungen ist, z. B. durch situiertes Wissen nach Haraway (1988). (Vgl. Burgermeister et al., Goste-

Erfahrungen sind in meiner Historie verankert und diesbezüglich auch auf individuelle Art internalisiert. Es ist hilfreich, die Konstruktionen, die jede Person im Zuge eigener Erfahrungen aufbaut, genauer zu beleuchten und gegebenenfalls ein *Reframing* zu ermöglichen. Die Kontexte und Erfahrungen in Bezug auf verschiedene Diskriminierungsdimensionen sind so unterschiedlich, dass es durchweg wichtig bleibt, genau hinzuhören, wer im Raum was und wie versteht, wahrnimmt und für sich einordnet.

Intersektionale Kompetenz?

Interviewer:in:

Wir haben über viele diskriminierungssensible Methoden gesprochen. Lässt sich daraus eine Art intersektionale Kompetenz ableiten, die an therapeutischen Ausbildungsinstituten erlernt werden könnte?

Expertin:

Ich denke schon. Letztlich bezieht sich intersektionale Kompetenz auf viele der Aspekte, die wir gerade besprochen haben, nämlich:

1. dass sich Therapeut:innen und Berater:innen ihrer eigenen sozialen Identitäten, deren Intersektionen, (zugeschriebenen) Positionierungen und damit einhergehenden (De-)Privilegierungen bewusst sein sollten und
2. dass die Heterogenität der sozialen Identitäten und die daraus erwachsenen diversen Lebensrealitäten, Erfahrungen und Herausforderungen der Klient:innen (an-)erkannt, verstanden und einbezogen werden sollten.
3. Weiterhin sollten sie eine Gesprächskompetenz aufbauen. Das heißt, die Berater:innen und Therapeut:innen sollten in der Lage sein selbst eine diskriminierungsfreie Sprache und Gesprächsführung anzuwenden, um erneute Verletzungen im Raum zu vermeiden, aber auch, um Klient:innen Worte für ihre Erfahrungen zur Verfügung zu stellen.
4. Auch die Bereitschaft, sich Wissen und Verständnis anzueignen, einerseits über strukturelle Ungleichheiten und wie diese innerhalb der Beratungsräume wirkmächtig sind, andererseits über spezifische Präventions-

li & Türe sowie Saad & Punkt in diesem Band mit Referenzen zu Haraways (2008) situiertem Wissen; Anm. d. Hrsg.) Kompetenzlosigkeitskompetenz wurde bereits auf psychotherapeutische Kompetenzen übertragen (vgl. Steinhäuser, 2021).

und Interventionsansätze, die Diskriminierung als Belastungsfaktor anerkennen, stellt eine Basiskompetenz dar.

5. Letztlich sollte auch die Bereitschaft, eigene Privilegien im Sinne sozialer Gerechtigkeit einzubringen, sich zu vernetzen, sich für weniger Barrieren und für bessere Zugänge starkzumachen, als wesentlicher Bestandteil intersektionaler Kompetenz angesehen werden.

Intersektionale Kompetenz beinhaltet letztlich, eine offene Haltung gegenüber Veränderungen zu bewahren, da sich sowohl die Bedürfnisse von Klient:innen inter- und intraindividuell verändern als auch Antidiskriminierungspolitiken, die Weltlage und so Diskriminierungs- und Privilegierungserfahrungen sich je nach zeitlichem und geopolitischem Kontext im Wandel befinden. Die intersektionale Kompetenz sollte dann für die jeweiligen Identitätskategorien ausdifferenziert werden. Speziell für rassismusfokussierte Beratung/Therapie wurde von Malott und Schaeffle (2015) ein Vier-Stufen-Modell für die klinische Praxis entwickelt, das ich als Orientierung gern empfehle:

1. Counselor Multicultural and Racial Competencies (Awareness, Knowledge, and Skills Domains)
2. Counselling Frameworks that Recognize Racism's Role in the Etiology of Clients' Concerns: Biopsychosocial, Feminist (Relational-cultural Therapy), and Trauma-informed Therapy (Knowledge Domain)
3. Skills in Initiating the Conversation: Eliciting and Broaching (Skills Domain)
4. Interventions: Enhancing Identity, Specific Coping Strategies, Trauma-informed Care (Skills Domains).

Interviewer:in:

Vielen Dank für deine Offenheit, deine Erfahrungen mit uns zu teilen. Gibt es Fragen aus dem Publikum?

Machtgefälle zwischen Therapeut:innen und Klient:innen

Publikumsfrage 1:

Mich interessiert das Machtgefälle zwischen Therapeut:innen und Klient:innen, das wird ja noch verstärkt, wenn Therapeut:innen nicht von Rassismus betroffen sind und von Rassismus betroffene Klient:innen haben. Ich frage mich, wie man dieses Gefälle abbauen kann? Du hattest

schon *Location of Self*/therapeutische Selbstoffenbarung angesprochen. Fallen dir noch weitere Strategien ein?

Expertin:

Danke für diese interessante Frage. Eigentlich knüpft die Antwort an die Frage nach der intersektionalen Kompetenz an. Es geht darum, einen kollaborativen und empowernden Raum für Klient:innen zu schaffen, um das Gefühl der Selbstbestimmung und Autonomie der Klient:innen zu stärken und das Machtgefälle zu reduzieren. Dazu haben wir einige Dinge gehört, wie das gehen kann, von der intersektionalen Reflexivität der Therapeut:innen/Berater:innen über eine sensible Gesprächsführung bis hin zu Wissensvermittlung und *Wissenssharing* beider Parteien. Es geht darum, Deutungshoheit loszulassen und Raum für unsere Klient:innen zu schaffen. Für mich gehört aber auch die kritische Auseinandersetzung der Berater:innen/Therapeut:innen hinsichtlich der therapeutischen Modelle dazu, die möglicherweise Machtgefälle verstärken oder marginalisieren können. Hier macht es Sinn, sich mit dekolonialisierenden Therapie-/Beratungsansätzen auseinanderzusetzen, zu verstehen, dass wir eine sehr eurozentrische Perspektive auf Heilung, Störungen und Normalität haben. Wenn wir das beginnen zu hinterfragen, öffnet sich der Raum mit und für unsere Klient:innen oftmals auf ganz neue Weise. Auf jeden Fall lohnt es sich: Indem wir als Therapeut:innen aktiv an der Reduzierung von Machtgefällen arbeiten und uns für eine gerechte und respektvolle therapeutische Praxis einsetzen, können wir dazu beitragen, die Wirksamkeit und Zugänglichkeit für alle Klient:innen zu verbessern.

Als Therapeut:in auf diskriminierende Klient:innen reagieren?

Publikumsfrage 2:

Wenn es gut ist, sich sehr an den Klient:innen zu orientieren, frage ich mich als Psychotherapeut:in, wie mit Situationen umgehen, wo sich Klient:innen diskriminierend verhalten, sich beispielsweise rassistisch, sexistisch äußern? Hier hat man doch auch eine gewisse Lehrfunktion. Oder hast du da eine andere Meinung? Auch wenn dann Unverständnis kommt oder vielleicht auch ein Unwissen. Dann ist die Frage, wie viel Arbeit kann ich als Therapeut:in leisten, da ein Wissen aufzubauen, damit wir überhaupt erst eine Ebene haben, auf der ich mich wohlfühle, auch zusammenzuarbeiten.

Expertin:

Also ich sehe uns nicht in einer Lehrfunktion, gleichzeitig teile ich gern mein Wissen, wenn ich das Gefühl habe, dass hier eine gute Arbeitsbeziehung entstehen kann. Für eine gute Beziehung tragen wir beide ein Stück der Verantwortung. Ich lade Klient:innen dazu ein, authentisch zu sein, gleichzeitig möchte auch ich authentisch sein und teilen, was ich für eine gute Arbeitsbeziehung brauche. Kommt es zu diskriminierenden Äußerungen, kann ich wohlwollend und mit dem Hintergrundwissen über unterschiedliche Wissensstände und Abwehrstrategien, wenn es zu inneren Dissonanzen kommt, formulieren, was ich mir diesbezüglich wünsche. Mir persönlich ist es wichtig, dass es eine Offenheit gibt zum gemeinsamen respektvollen Austausch über Gelerntes und die damit einhergehenden Gefühle und Verhaltensweisen. Gern teile ich dazu auch eigene Beispiele oder Erfahrungen aus der Praxis, aber auch konkrete Literaturempfehlungen und motiviere, sich auf den Weg zu machen, den auch ich als Rassismus Erfahren(d)e irgendwann begonnen habe zu gehen. Lernen ist Teil des Sensibilisierungsprozesses. Das haben wir gemeinsam, das können wir teilen. Gleichzeitig ist es natürlich auch Teil des Prozesses, sich auch selbst und durch externe Ressourcen mit den eigenen Fragen und Gefühlen in Bezug auf diese Themen auseinanderzusetzen und sich darin zu entwickeln. Wenn es nicht Teil des gemeinsam abgestimmten Auftrages war, sehe ich das aber nicht primär als meine Aufgabe.

Gesellschaftliches Transformationspotential therapeutischer Arbeit?

Publikumsfrage 3:

In unserem Seminar hat Sabrina Psychologie als Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft beschrieben. Du, Stephanie, setzt dich auch berufspolitisch ein für gesellschaftliche, strukturelle Transformationen. Gleichzeitig ist es dir wichtig, nah am Individuum und an konkreten Situationen zu bleiben. Siehst du auch in der konkreten therapeutischen Arbeit irgendein transformatorisches Potenzial für die Gesellschaft?

Expertin:

Ja, immer mehr. Ich glaube, je länger ich Beraterisch und therapeutisch arbeite, desto mehr sehe ich diese Zusammenhänge. Ich habe mich im Rahmen meiner Auseinandersetzung damit, was eigentlich dekolonialisiertere Beratung/Therapie bedeuten kann, viel mit den Regeln, der konstruierten

Distanz zwischen Therapeut:in und Klient:in und der Angst vor Machtmissbrauch beschäftigt. Ich finde es superspannend zu untersuchen, vor welchem Hintergrund sich gängige Praxen entwickelt haben und warum. Im Kern sind das für mich auch alles Themen, die gesamtgesellschaftlich relevant sind und die ich beispielsweise auch in meine Supervisionen, die ich gebe, mit einfließen lasse.

Aber auch in Therapien selbst sehe ich das Potenzial. Oftmals habe ich Paare, bei denen Rassismus in der Paartherapie ein Thema ist. Der Therapieraum ist dann oftmals der Raum, in dem eine neue gemeinsame Sprache und neue Lösungen als Paar für den Umgang mit Verletzungen, unterschiedlichen Privilegien und Machtverhältnissen und den unterschiedlichen Reflexionen darüber erprobt werden. Dazu nutze ich gern systemische Skulpturarbeit (von Schlippe & Schweitzer, 1996) um uns und alles, was in bestimmten Situationen, wenn Rassismus die Situation verändert, zum Tragen kommt, auch sichtbar zu machen. Das hilft den Beteiligten oftmals enorm. Ich bin der Überzeugung, dass wir die konstruktiven Wege, die wir mit Partner:innen, Freund:innen und Familienmitgliedern gemeinsam erarbeitet haben, auf größere Kontexte übertragen sollten.¹⁰

Internalisierter Rassismus

Publikumsfrage 4:

Du hast im Vortrag verinnerlichte Rassismen erwähnt. Was genau meinst du damit?

Expertin:

Ich habe damit das interessante Konzept von dem in England lebenden Psychoanalytiker Fakhry Davids (2019)¹¹ angesprochen, das er in seinem Buch zum inneren Rassismus besprochen hat. Demnach haben wir, hat jede Person rassistische Stereotypen und Vorurteile verinnerlicht, woraus eine innere rassistische Organisation resultiert (ebd.). Treffen wir auf Personen, die wir als fremd markieren, wird diese innere rassistische Or-

10 Vgl. zur Frage der Politisierung von Therapie den Artikel von Dücker in diesem Band (Anm. d. Hrsg.).

11 Vgl. den Artikel von Burgermeister et al. in diesem Band zu psychoanalytischen Konzepten im Kontext des inneren Rassismus mit Verweis auf Davids (2019) (Anm. d. Hrsg.).

ganisation wie ein Abwehrsystem¹² aktiviert (ebd.). Zeigt sich dann das Gegenüber in seiner ganzen Individualität, löst dies eine Diskrepanz zu den verinnerlichten und sehr vereinfachenden Vorurteilen und Stereotypen aus (ebd.). Die innere rassistische Organisation versucht, die Person weiterhin in der bisherigen stereotypen Vorstellung zu halten (ebd.). Oftmals werden dazu Mikroaggressionen als Strategien eingesetzt, diese innere Dissonanz (vgl. Festinger, 1957) dadurch aufzulösen, dass Personen mittels Mikroaggressionen wieder ihres Platzes verwiesen werden.

Hier hilft es wieder, sich selbst als Berater:in/Therapeut:in zu fragen: Welche Bilder werden bei mir im therapeutischen Raum aktiv? Welche Gefühle, Gedanken und Handlungen schließen sich diesen Bildern an? Wie gehe ich mit Dissonanzgefühlen um? Fakhry Davids fordert sowohl intellektuelle Aufarbeitung, also das genaue Verstehen der eigenen rassistischen Organisation, als auch emotionale Aufarbeitung. Er konstatiert, da die rassistische Organisation in der *normalen Psyche* stattfindet, würden uns alle notwendigen Ressourcen (auch wenn es schmerzlich sei) zur Verfügung stehen, um zu verstehen, dass wir Menschen durch unsere Projektionen einschränken (Davids, 2019). Erst die Auseinandersetzung mit dem eigenen inneren Rassismus und die daraus gewonnenen Einsichten können für die Klient:innen spürbar in der Beziehung zur Vertrauensbildung beitragen. Und wir brauchen dieses Vertrauen und diese Aufarbeitung bezüglich Rassismus und aller anderen Diskriminierungsformen und ihren intersektionalen Verschränkungen – Nicht nur im therapeutischen, sondern auch im gesamtgesellschaftlichen Raum. Immer reden wir über die Gesellschaft, aber jede:r von uns ist die Gesellschaft. Wir bilden diese Gesellschaft. Mit jeder Person, mit der wir uns wertschätzend und bewusst austauschen, mit jeder sensibilisierten Interaktion leisten wir einen Beitrag zur Gesellschaft. Jede:r Einzelne von uns und jede:r, d* erreicht wird, macht den Unterschied.

Literatur

Carter, R. T. (2007). Racism and Psychological and Emotional Injury: Recognizing and Assessing Race-Based Traumatic Stress. *The Counseling Psychologist*, 35(1), 13–105. <https://doi.org/10.1177/0011000006292033>

12 Diese Abwehrmechanismen, um ein stabiles Selbstbild zu erhalten, wurden in vielen Theorien beschrieben, etwa in der kognitiven Dissonanztheorie nach Festinger (1957) oder als Sturz aus *Happyland* (Ogette, 2019) oder *motivated blindness and herd invisibility* (Phillips & Lowery, 2015, 2018). Einen Überblick gibt Saase (2020).

- Davids, M. F. (2019). *Innerer Rassismus. Eine psychoanalytische Annäherung an race und Differenz*. Psychosozial-Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837974072>
- Eggers, M. M., Kilomba, G., Piesche, P., & Arndt, S. (2009). *Mythen, Masken und Subjekte. Kritische Weißseinsforschung in Deutschland*. Unrast.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Icdcode (o. D.). Z60.5 – Zielscheibe feindlicher Diskriminierung und Verfolgung. Icd-code. <https://icdcode.info/deutsch/icd-10-gm/code-z60.5.html>
- Malott, K. M., & Schaeffe, S. (2015). Addressing clients' experiences of racism: A model for clinical practice. *Journal of Counseling & Development*, 93(3), 361–369.
- Mecheril, P. (2010). „Kompetenzlosigkeitskompetenz“. Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (3. Aufl., S. 15–34). VS.
- Melter, C. (2006). *Rassismuserfahrungen in der Jugendhilfe. Eine empirische Studie zu Kommunikationspraxen in der Sozialen Arbeit*. Waxmann.
- O'Brien Caughy, M., O'Campo, P. J., & Muntaner, C. (2004). Experiences of Racism Among African American Parents and the Mental Health of Their Preschool-Aged Children. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2118–2124. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.12.2118>
- Ogette, T. (2019). *exit Racism. rassismuskritisch denken lernen*. Unrast.
- Phillips, L. T., & Lowery, B. (2015). The hard-knock life? Whites claim hardships in response to racial inequity. *Journal of Experimental Social Psychology*, 61, 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2015.06.008>
- Phillips, L. T., & Lowery, B. (2018): Herd Invisibility: The Psychology of Racial Privilege. *Psychological Science*, 27(3), 1–7. <https://doi.org/10.1177/0963721417753600>
- Saase, S. (2019). Augen auf! – Zur historischen Ver(antw)ortung intersektional zu denken. In E. Mader, C. Schmechel, K. Kawalska & A. Steinweg (Hrsg.), *Gegendiagnose II. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie* (S. 201–213). edition assemblage.
- Saase, S. (2020). Intersectional privilege awareness traveling into psychology – an unsafe travel or a potential for social justice? In E. Gerbsch, L. Junker, F. Nastold, M. Hawel, J. Schmidt, S. Seefelder, F. Werner, & C. Wimmer (Hrsg.), *Work in progress. Work on progress* (S. 181–194). VSA.
- Saase, S. (2025). Intersektionalitätsinformierte Kompetenzen für Therapie und Coaching: Vorteile, Erkenntnisse und ein konkretes Kompetenzmodell. OSC – Organisationsberatung, Supervision, Coaching, 32(3), 403–417. <https://doi.org/10.1007/s11613-025-00925-2>
- Saase, S. (im Druck). When Therapists Need to Be Their Own Clients: The influence of Intersectional Privilege and Discrimination on Therapy and the Need to Talk about It Through Therapeutic Self-disclosure. In A. Namdiero-Walsh (Hrsg.), *Cultural Psychology in Clinical Research and Practice (Advances in Cultural Psychology*, Hrsg. J. Valsiner). Emerald.

- Saase, S., Kreß, L., & Kauffeld, S. (2024). *Psychotherapy as an evolving field of HRD. A qualitative study of intersectional psychotherapist competence development*. Manuscript submitted for publication.
- Steinhäuser, T., von Agris, AS., Büssemeier, C., Schödwel, S. & Auckenthaler, A. (2021). Transkulturelle Kompetenz: Spezialkompetenz oder psychotherapeutische Kernkompetenz?. *Psychotherapeut* 66, 46–53 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00456-4>
- Von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Watts-Jones, T. D. (2010). Location of Self: Opening the Door to Dialogue on Intersectionality in the Therapy Process. *Family Process*, 49(3), 405–420. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01330.x>
- Wirtz, M. A. (o. D.). *Dyade*. Dorsch. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/dyade>
- Yeboah, A. (2017). Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. In K. Fereidooni & M. El (Hrsg.), *Rassismuskritik und Widerstandsformen* (S. 143–161). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-14721-1_9