

Interview mit Jessica Grafwallner: Praxiserfahrungen aus der diskriminierungssensiblen Psychotherapie für kognitive Verhaltenstherapie

Jessica Grafwallner & Sabrina Saase

Dipl.-Psych. Jessica Grafwallner ist Psychologische Psychotherapeutin für kognitive Verhaltenstherapie (KVT), leistet intersektionalitätsinformierte Arbeit in einer eigenen Praxis mit ganz besonderer Achtsamkeit für Erfahrungen von Ausgrenzung, Mobbing, Beleidigung, Benachteiligung sowie Diskriminierung, die in unserer Gesellschaft erlebt wurden, insbesondere aufgrund der ethnischen Herkunft, Kultur, Sprache, Hautfarbe, Erkrankung, Religion oder Weltanschauung, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung oder einer Behinderung.

Im Folgenden wird ein gekürztes und bearbeitetes Interview mit Dipl.-Psych. Jessica Grafwallner wiedergegeben, sodass 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 individuelle Empowerment-Strategien sowie über Strategien für das therapeutische Setting. Das Interview ist am 17.02.2022 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 and Diversity Studies entstanden. Hier war Dipl.-Psych. Jessica Grafwallner eine von vier Expert:innen², die auf Honorarbasis aus der konkreten Praxis berichteten und Studierende zu einer Diskussion einluden. Transkribiert wurde das Interview freundlicherweise von Marina Jurisic, einer Psycholo-

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

2 Eine weitere Expert:in war Dipl.-Psych. Stefanie Cuff-Schöttle. Vgl. den Artikel von Cuff-Schöttle und Saase in diesem Band (Anm. d. Hrsg.).

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

Um das Dialogformat des Buches sowie Solidaritätsmomente und Perspektivenvielfalt zu fördern, wurde in den Fußnoten an prägnanten Textstellen vergleichend die Perspektive der Schwarzen Therapeutin xx³ mit systemischem Schwerpunkt eingeflochten. Diese Zitate stammen aus anonymisierten Interviews aus der Promotionsforschung⁴ von Sabrina Saase.

Biografie: Warum diskriminierungssensible Therapie?

Interviewer:in:

Schön, dass du da bist und uns etwas aus deiner Praxiserfahrung erzählst. Wie bist du überhaupt zu diskriminierungssensibler Therapie gekommen?

Expertin:

Vielen Dank für die Einladung. Ich freue mich darauf, mit euch zu sprechen und zu sehen, was euch interessiert. Um auf deine Frage einzugehen, möchte ich mit meinem persönlichen Hintergrund beginnen. Ich befinde mich derzeit in Elternzeit, betreibe seit etwa zwei Jahren meine Privatpraxis in Berlin und bin eine approbierte Psychologische Psychotherapeutin für Verhaltenstherapie bei Erwachsenen. Diese Arbeit bedeutet mir viel. Ich habe das Gefühl, etwas Sinnvolles und Wertvolles zu tun. Zudem gehen mit meiner Hautfarbe bestimmte Erfahrungen einher.

Ich beginne chronologisch bei meiner Kindheit. Ich bin in Heidelberg aufgewachsen, einer niedlichen Akademiker:innenstadt mit einem ausgezeichneten Ruf. Aber es gibt auch Stadtteile mit sozialen Herausforderungen; und aus einem dieser Stadtteile stamme ich (lacht). Schon früh war ich von vielen Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen

3 Selbstgewähltes Pseudonym.

4 Das Promotionsprojekt untersucht die Rolle von sozialen Ungleichheitserfahrungen (Diskriminierungs- und Privilegierungserfahrungen) im Therapiesetting. Dafür wurden u. a. in einer qualitativen Studie in Deutschland fünf intersektionalitätsinformierte Therapeut:innen verschiedener Therapieschulen mit halbstrukturierten Interviews befragt. Interviewthemen waren u. a. die Rolle sozialer Ungleichheitserfahrungen in der Therapieausbildung und im Therapiesetting, die Rolle von (intersektionaler) therapeutischer Selbstoffenbarung für die therapeutische Beziehung und für den Therapieprozess sowie Aspekte einer intersektionalitätsinformierten Therapieausbildung und Therapie.

umgeben. Es gab Armut und schwierige Situationen. In meiner Schulzeit habe ich oft erlebt, dass Auseinandersetzungen mit anderen Kindern mit rassistischen Beleidigungen endeten. Die Hautfarbe war dabei das offensichtlichste Merkmal, auf das Kinder im Streit schnell Bezug nahmen. Dass mir das ständig und überall passieren würde, war für mich irgendwann selbstverständlich.⁵ Als Kind fiel es mir nicht einfach, damit umzugehen, und ich dachte oft: „Aber alle Menschen sind doch gleich?!“

Als Kind musste ich viel allein bewältigen. Ich musste früh Verantwortung übernehmen und immer wieder üben, bei mir zu bleiben, um zu verstehen, was ich wirklich will und brauche. Ich habe mir früh ein bedeutsames, unterstützendes Netzwerk aus Freund:innen aufgebaut, die mir nahe sind und mir auch ehrlich beratend zur Seite standen. Ich habe immer versucht, mir positive Umgebungen zu schaffen. Ich denke, das half mir in meiner Resilienz.

Nach meinem Abitur dachte ich dann: „Was mache ich jetzt eigentlich?“ Als ich in der Berufsberatung ein Psychologiestudium erwähnte, wurde ich nicht ernst genommen und ‚verlacht‘. Ich habe mir das trotzdem in den Kopf gesetzt, bin immer drangeblieben und habe zunächst Psychologie im Nebenfach studiert und bin mit einer Portion Glück ins Hauptstudium gekommen.

Im Studium war ich dann unter einer sehr homogenen Gruppe mit *weißen*⁶, cis⁷-Akademikerfreund:innen mit sehr wenig Bezugspunkten zu BIPOCs⁸ oder weiteren Lebensrealitäten mit intersektionalen Diskriminierungserfahrungen. Es hat mich deshalb schon immer sehr angezogen ins Ausland zu gehen und Verschiedenartiges zu entdecken. Das ist auch darauf zurückzuführen, dass ich, neben meiner deutschen Sozialisation, durch meinen nigerianischen Vater immer einen Bezug zu einer anderen Kultur hatte. Dies brachte Herausforderungen und Bereicherungen. Nach einem Umweg über die Wirtschaft gelangte ich schließlich nach Ende des Studiums zur Psychotherapieausbildung. Hier fühlte ich mich beruflich angekommen. Es war für mich wichtig, direkt und eng mit Menschen zu arbeiten. Die Intersektionalität meines Hintergrunds, geprägt durch meine

5 Vgl. das Konzept *internalized oppression* (David, 2013).

6 Kursivschreibung, um der oft unsichtbaren *weißen* Norm vorzubeugen.

7 Cis-geschlechtlich bedeutet Identifikation mit dem bei der Geburt zugeordneten binären Geschlecht.

8 Black, Indigenous, and people of color. Der Begriff kommt aus dem US-amerikanischen Raum und wird auch in Deutschland als Selbstbezeichnung verwendet (Davidson, 2022).

Hautfarbe und meine sozialen Erfahrungen, konnte ich im Kontext des psychotherapeutischen Arbeitens viel wertvoller einbringen als in der Wirtschaft. Außerdem wurde für mich immer klarer, wie sehr unterversorgt BIPOCs hinsichtlich einer guten psychotherapeutischen Versorgung sind. Das wollte ich ändern und will es immer noch. Ich bleibe dran.

Publikumsfrage 1:

Warum hast du dich für Psychologie als Studienfach interessiert?

Expertin:

Erst im Nachhinein ist mir aufgefallen, dass ich schon früh für andere Menschen da sein wollte und verstehen wollte, was in ihnen vorgeht. Ich erinnere mich, dass mich meine Grundschullehrerin um Unterstützung gebeten hat, als ein Kind nach einem Wutanfall den Klassenraum verlassen hat. Als Kind haben mich viele negative Erfahrungen geprägt, die ich nicht verstehen konnte. Daher hat mich sehr beschäftigt: Warum sind Menschen so, wie sie sind? Warum ist meine Hautfarbe für andere Menschen so oft so bedeutsam? Warum sind sie dann gemein? Warum sind andere dann nett? Warum fällt es einigen Menschen leichter, sich gegen Rassismus zu wehren, als anderen? Ich wollte das Erleben und Verhalten des Menschen unbedingt besser verstehen.

Leer_Lehrstelle: Die Rolle von Diskriminierungserfahrungen in der Ausbildung

Interviewer:in:

Und dann in der Therapieausbildung: Welche Rolle hat strukturelle Diskriminierung gespielt?

Expertin:

In meiner Ausbildung hatten die Stichworte Diskriminierung oder Intersektionalität keinen Raum. Im Psychologiestudium, in Sozialpsychologie, erinnere ich mich lediglich an ein gefilmtes Experiment zur Zivilcourage, in dem eine Szene mit einer rassistischen Beleidigung einer Schwarzen Person gezeigt wurde. Hier wurde jedoch nicht auf Rassismus in einer gesellschaftlichen, strukturellen Form Bezug genommen. Leider gab es auch keine Dozent:innen, von denen ich den Eindruck hatte, dass sie sich für die Herausforderungen intersektional diskriminierter Lebensrealitäten interes-

sieren. Und von der Psychotherapeut:innenausbildung habe ich dann auch nicht mehr erwartet.

Es gab eine weitere Schwarze auszubildende Person am Institut. Und es gab eine, die hatte einen BIPOC-Partner und durch ihn die Lebensrealität mit Rassismus kennengelernt. Und dann gab es eine lesbische Person, aber da haben wir nie darüber gesprochen, dass sie irgendwie mit Diskriminierung zu kämpfen hat. Es war eine recht homogene Gruppe, und Diskriminierung wurde auch nicht zum Thema gemacht. Als ich nach Berlin gewechselt bin, war die Gruppe von Auszubildenden etwas diverser. Trotzdem haben wir es nie zum konkreten Thema gemacht. Der Raum und die Energie waren dafür nicht gegeben. Die Zeit der Psychotherapieausbildung bedeutet für die meisten unglaublich viel Stress und Aufwand, vor allem auch finanziell. Das ist energetisch sehr, sehr viel über Jahre hinweg. Ich denke, sich mit Diskriminierungen zu beschäftigen, wird von Therapeut:innen oft als Mehraufwand verstanden. Außerdem denke ich, dass es viele nicht als Notwendigkeit erachten, sich damit wirklich zu beschäftigen. Daher habe ich versucht, das für mich persönlich nebenbei zu bearbeiten. Ich habe alte Freund:innen kontaktiert, die ich noch aus Schulzeiten kannte und mit denen ich vorher nie so darüber gesprochen habe. In meiner Familie habe ich noch mal mehr nachgefragt, um meine Prägungen hinsichtlich Rassismus besser verstehen und einordnen zu können. Was es in der Therapieausbildung aber gab, war ein Kurs zur interkulturellen Psychotherapie. Da ging es um Perspektivenübernahme für andere Kulturen. Aber Ismen, wie z. B. Klassismus, wurde nie als etwas, was vielleicht die Therapie beeinflussen könnte, besprochen. Auch Intersektionalität nicht. Dennoch bin ich zuversichtlich. Es wird langsam etwas aufgebaut, und vor allem seit der *Black-Lives-Matter*-Bewegung hat sich einiges getan. Betroffene Menschen fordern stärker ein, dass bestimmte Themen einen Raum finden. Auch in meiner Therapiepraxis sehe ich eine steigende Nachfrage nach Therapien mit Sensibilisierung für Diskriminierung und Intersektionalität.

Ideen: Diskriminierungssensible und intersektionalitätsinformierte Therapieausbildung

Interviewer:in:

Wie könnte eine Ausbildung hier in Deutschland aussehen, um sensibler auf den Umgang mit intersektionalen Diskriminierungen sowohl in der Gesellschaft als auch im Therapieraum vorzubereiten?

Expertin:

Es ist schwierig, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen, besonders in einer Gesellschaft, die stets nach greifbaren, wissenschaftlich fundierten Fakten sucht. Das bedeutet zunächst: Wir brauchen mehr Forschung auf diesem Gebiet, vor allem konkret auf den deutschen Raum bezogen. Wir stehen hierin noch am Anfang. Es sollte zumindest an der Universität Seminare dazu geben, idealerweise mit Expert:innen, die persönlich betroffen oder tief in der Materie versiert sind. Es fehlen auch Vorbilder,⁹ insbesondere Therapeut:innen, die in diesem Bereich arbeiten oder darüber sprechen. Hätte ich solche Vorbilder gehabt, wäre der Zugang zu diesem Thema für mich sicherlich einfacher gewesen.

Es ist wichtig, dass in den Ausbildungen Themen rund um soziale Ungleichheitserfahrungen vertreten sind. Grundsätzlich, nicht nur in den Ausbildungen, ist es für Menschen eine positive Erfahrung, Wissen über andere Menschen zu haben und uns darüber mit ihnen verbinden zu können. Zum Beispiel: Wie spreche ich mit einer queeren Person über ihre negativen Erfahrungen bezüglich Genderthemen oder Sexualität? Wie gehe ich mit Rassismuserfahrungen um?¹⁰ Wie kann ich behutsam sensible Themen ansprechen oder wie soll ich diese nicht ansprechen? Sich im Umgang damit sicher zu fühlen, gleichzeitig behutsam und demütig zu bleiben, hat einen positiven Effekt auf die Beziehungsgestaltung. Daher ist dies maßgeblich entscheidend für einen guten Therapieerfolg. Deshalb glaube ich, dass es wichtig ist, in der Ausbildung einen Raum dafür zu geben: Wie spreche ich darüber? Es könnten auch betroffene Personen als Gäste in die Ausbildung kommen.

So kam zum Beispiel beim Thema Sucht ein Ex-Suchtabhängiger, der uns seine Erfahrung und Lebensrealität erzählt hat, und wir durften ihm

9 Auch in der Promotionsforschung von Sabrina Saase wird der Mangel an Vorbildern bei der Schwarzen Therapeutin xx deutlich: „Wenn ich an Therapeuten denke, denke ich nicht an mich, die nicht *weiß* ist, im ersten Moment [...]. Ich hatte davor mal eine Psychotherapie für Kinder und Jugendliche angefangen und [da war] weit und breit kein ausländisches Geschöpf in Sicht. [In der anderen Ausbildung hatte] die Person, die das Institut leitet, [...] selber [ausländische] Wurzeln. Das fand ich irgendwie sofort angenehm. [...] Hat sich jetzt im Nachhinein nicht rausgestellt, dass es deswegen besonders empowernd in dieser Hinsicht war. [...] Und trotzdem gab es sozusagen eine Verbundenheit [v. a.] im einzelnen Gespräch“ (Interview xx, 20.06.2019).

10 Vgl. diverse Artikel (Cuff-Schöttle & Saase; Fall & Kirschbaum; Gosteli & Türe; Hinterschwepfinger; Kreß; Mmari & Gold; Raj; Saad & Punkt; Schneller) in diesem Band zu rassismuskritischer Beratung und Therapie (Anm. d. Hrsg.).

in einem moderierten Setting Fragen stellen. Das macht wirklich einen großen Unterschied und gibt einem viel, wenn man in einer sicheren Umgebung Fragen stellen kann. Selbst wenn man Fehler macht, werden sie moderiert, und die eingeladene Person versteht, dass es ein Lernkontext ist und Fehler gemacht werden dürfen. Das hätte ich mir auch beim Thema Diskriminierungen gewünscht. Gleichzeitig muss ich aber sagen, dass solche Situationen für betroffene (auszubildende) Personen auch schambehaftet sein können. Als wir den vorhin erwähnten Film über Zivilcourage gesehen haben, erinnere ich mich, dass mir das auch sehr unangenehm und peinlich war, weil ich die einzige Schwarze Person im Raum war.¹¹ Und ich dachte: „Denken meine Kommiliton:innen jetzt, sie müssen besonders nett zu mir sein, oder fragen sie mich jetzt darüber aus?“ Es ist schwierig, aber es geht eigentlich nur darum, offen damit umgehen zu können. Dafür muss ein bestimmter Raum geschaffen werden, eine Art *safe space*¹² als gut moderierter Arbeitsraum.

Interviewer:in:

Du warst ja früher auch in der internationalen Zusammenarbeit, z. B. bei den Vereinten Nationen, tätig und bewegst dich auf den verschiedensten Ebenen vom Individuum bis ins Große und Ganze. Wie passt diese strukturelle Ebene sozialer Ungleichheiten in die Ausbildung für eine Grundsensibilität oder gar Grundkompetenz,¹³ ohne zu Überbelastungen zu führen?

Expertin:

Ich finde es wichtig, dass die guten Grundsätze und Werte menschlichen Zusammenlebens, wie sie beispielsweise von den Vereinten Nationen oder auch in unserem Grundgesetz offengelegt werden, möglichst in einer praxisnahen und konkreten Auseinandersetzung an Psychotherapeut:innen in Ausbildung herangetragen werden. Ich habe das Gefühl, dass sonst oftmals

-
- 11 In der Promotionsforschung von Sabrina Saase stimmt die Schwarze Therapeutin xx dem potenziellen Schamgefühl indirekt zu, denn sie empfindet in ihrer Ausbildung es „ein bisschen als Freude, ok, hier sind noch andere Außengeländer, die verstehen, wenn ich über irgendwas spreche“ (Interview xx, 20.06.2019).
 - 12 Vgl. die Wende von *safe spaces* zu *brave spaces* im öffentlichen, pädagogischen und aktivistischen Diskurs (Arao & Clemens, 2013) sowie im psychologischen Diskurs (Saase, 2020), um durch einen kritischen Dialog über Diversity und Social Justice im Sinne von Agency die Verantwortungsübernahme aller Beteiligten mit intersektionalen Diskriminierungs- und Privilegierungserfahrungen zu fördern (vgl. Saase, 2020).
 - 13 Vgl. die qualitative Forschung zu intersektionalitätsinformierter therapeutischer Kompetenz (Saase, 2025; Saase et al., 2024).

verloren geht, was es in der Praxis – wenn man einem anderen Menschen gegenüber sitzt – dann tatsächlich heißt. Zum Beispiel: Was heißt es, dass die Würde des Menschen unantastbar ist, und wann kann es auch dazu kommen, dass ich die Würde eines Menschen antaste? Denn das kann ja (selbst uns Psychotherapeut:innen) auch unbewusst geschehen.

Auch hier denke ich, dass der persönliche Kontakt mit von intersektionaler Diskriminierung betroffenen Menschen am effektivsten ist. Man behält Informationen besser und kann sofort Unklarheiten klären. In Seminaren werden oft Texte gelesen und diskutiert. Dabei gibt aber die Seminarleitung oft eine bestimmte Richtung vor und Potenzial kann verloren gehen.

Die Idee wäre, sich einzugestehen, dass zwar jede Person intersektional betrachtet verschiedene Realitäten teilt, jedoch manche Lebensrealitäten unterrepräsentiert sind in der Psychotherapieausbildung und es in diesem Beruf trotzdem oder gerade deshalb wichtig ist, auch diese zu verstehen. Ausbildungen müssten dahingehend offener und unbefangener gestaltet werden. Mich würde zum Beispiel interessieren, wie viele der Teilnehmer:innen hier heute z. B. enge Schwarze, queere oder trans*¹⁴ Freund:innen haben.¹⁵ Wahrscheinlich sind es sehr wenige. Vor diesem Hintergrund könnte man sich fragen: Was weiß ich über deren Nöte, Ängste, Erlebnisse usw.?

Sollte sich keine Person finden, dann kann man natürlich auch auf qualitative Forschungsberichte zurückgreifen. Mittlerweile tut sich dahingehend dankenswerterweise auch in Deutschland zunehmend etwas.

Strategie 1: Ungleichheitserfahrungen mit Verbundenheit begegnen

Interviewer:in:

Du hast Klassismus erwähnt. Wie denkst du, dass sich Klassismus oder auch andere soziale Ungleichheitserfahrungen auswirken können im therapeutischen Prozess – sowohl auf Therapeut:innen- als auch auf Klient:innenseite? Wie kann dem begegnet werden?

14 Transgeschlechtlich als Oberbegriff für Personen, die sich nicht oder nicht ganz mit dem Geschlecht identifizieren, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde.

15 Vgl. Schlögl in diesem Band für eine queere, trans- und intergeschlechtliche sowie *Non-binary*-Perspektive (Anm. d. Hrsg.).

Expertin:

Menschen empfinden oft, dass ihnen die Verbundenheit fehlt und dass sie aufgrund gesellschaftlicher Zuweisungen als anders wahrgenommen werden. Dies geht oft mit Gedanken einher wie: „Ich bin anders, ich bin weniger wert, ich bin ein Außenseiter, ich bin ein Mensch zweiter Klasse (aufgrund von irgendeinem mir zugeschriebenen, vermeintlichen Makel).“ Diese *Otherring*-Wahrnehmung wird gesellschaftlich oft durch eingeschränkten Zugang zu bestimmten Ressourcen oder durch erschwerte Bedingungen bestätigt. Das schafft Gefühle von Scham, Unterlegenheit und Isolation. Ich nehme wahr, dass es auch im therapeutischen Setting zu dieser Wahrnehmung kommen kann. In der Therapie ist es für mich grundlegend, dass sich Klient:innen in ihrer Einzigartigkeit und auch in ihren wahrgenommenen vermeintlichen Makeln gesehen und verbunden fühlen. Das schafft Sicherheit für Klient:innen, um sich in diesem Kontext öffnen zu können. Wenn beispielsweise eine Schwarze Frau zu mir kommt, besteht die Möglichkeit einer besonderen Verbundenheit aufgrund gemeinsamer Erfahrungen in unserer Gesellschaft.¹⁶ Diese Haltung versuche ich bereits auf meiner Webseite¹⁷ zu vermitteln.

Manche Unterschiede und Gemeinsamkeiten sind offensichtlicher, während andere weniger sichtbar sind. Vielleicht denkt man als Klient:in über Therapeut:innen, dass diese mehr Geld zur Verfügung haben, mehr Chancen im Leben hatten, Akademiker:innen sind, reiche, heterosexuelle Eltern haben etc. Ich denke, wenn es viele offensichtliche Unterschiede in den Lebensrealitäten gibt, ist es besonders wichtig, Ebenen zu finden, auf denen Verbindungen hergestellt werden können.

Dieser Prozess sollte nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch auf gesellschaftlicher Ebene stattfinden. Es ist wichtig, positive Verbindungen

16 Ergänzende Sichtweise der Schwarzen Therapeutin xx aus der Promotionsforschung von Sabrina Saase: „Gerade auch bei vermeintlicher Gleichheit. [Viele] sagen: ‚Ich würde nur zu einer Schwarzen Therapeutin gehen oder [zu] jemandem, der auch Unterdrückungserfahrungen gemacht hat‘. [Das] ist gar nicht unbedingt immer produktiv. Es kann auch zwischen einem stehen. Es kann auch blockierend sein [...], dass ich eine ähnliche Erfahrung gemacht habe. Aber dann trotzdem besser verstehen möchte, was ist die Erfahrung der anderen Person [oder] was ist anders bei der Person. [Aber auch] sichtbar zu machen, dass man als Therapeut auch am Rand stehen kann in verschiedener Hinsicht, ist glaub ich ganz wertvoll für Leute. Also dann würden vielleicht auch andere Leute sagen ‚Ok ich wage mich auch in die Therapie, weil ich zu jemandem gehe, der auch weiß, was es heißt, am Rand zu stehen‘“ (Interview xx, 20.06.2019).

17 www.jessica-grafwallner.de.

zu anderen Menschen im sozialen Umfeld herzustellen. In der Therapie versuche ich, subtil oder auch mal weniger subtil (lacht) zu vermitteln, dass diese Verbindung wichtig ist und Raum für Akzeptanz schafft.

Interviewer:in:

Darf ich nachfragen, wie du das „weniger subtil“ meinst?

Expertin:

Ich denke daran, dass das in der Praxis bedeutet, dass ich dann manchmal als Therapeutin darauf zurückgreife, etwas Persönliches von mir preiszugeben – gerne auch mal von meiner gar nicht perfekten Seite. Ein Beispiel: Wenn eine Person erzählt, dass sie sich in einer prekären Lage befindet und darunter leidet, wenig Geld zur Verfügung zu haben, dann könnte ich mich öffnen und mitteilen, dass ich im Leben ähnliche Situationen durchgemacht habe und was ich an der Situation kenne.

Oft fühlen sich Klient:innen dann schnell verbunden und möchten gar nicht viele private Details wissen. Je nach Therapieform oder persönlicher Haltung mag das aber auch nicht so einfach sein, seine Verbundenheit über therapeutische Selbstoffenbarung herzustellen (vgl. Saase, im Druck). Bei den klassischen Analytiker:innen sagen Therapeut:innen ja quasi nichts, was kaum Austausch ermöglicht. Ich höre von Klient:innen mit Analyseerfahrung oft, dass sie das als verunsichernd oder sogar abschreckend empfunden haben und so wichtige Elemente für die Therapie, wie Vertrauen zu schaffen und sich zu öffnen, dadurch verhindert wurden. Ich empfinde es als entscheidend, in einer komplementären Beziehungsgestaltung zu agieren, bei der man die Bedürfnisse der Person erkennt und ihr das gibt, was sie benötigt, um sich auf einer Wohlfühlebene zu öffnen und eine tragfähige Bindung entstehen zu lassen. Dies erzeugt das Gefühl, verstanden und gesehen zu werden, was eine Grundlage für die eigentliche therapeutische Arbeit darstellt. Verbindungen offensichtlich zu machen, erleichtert es mir enorm, schnell eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen. Dabei ist es natürlich ein großer Vorteil, wenn man eine offensichtliche Verbindung hat. Ich würde sogar behaupten, dass es für mich als Zugehörige einer marginalisierten Gruppe einfacher ist, zu bestimmten Personen eine schnelle Beziehung, also eine tragfähige therapeutische Beziehung

aufzubauen.¹⁸ Einfach aus dem Aspekt heraus, dass wir in unserer Lebensrealität eine deutliche Schnittmenge aufweisen.

Interviewer:in:

Fällt es dir leichter, bei vermeintlicher Nähe oder bei vermeintlichen Unterschieden in euren Erfahrungen Kontakt aufzubauen?

Expertin:

Kontakt aufzubauen, fällt mir bei vermeintlicher Nähe leichter. Ich schätze Unterschiede aber auch als Herausforderungen und finde sie interessant, und sie bergen ja meist auch Lernerfahrungen. In meiner Therapieausbildung gab es eine spannende Situation: Als junge Schwarze Therapeutin wurde mir eine *weiße* Ü-50-Dame zugeteilt, die in Ostberlin geboren und aufgewachsen war. Anfangs fragte sie: „Meinen Sie eigentlich, dass Sie das mit mir hinbekommen?“, und machte Anspielungen auf unsere unterschiedlichen Lebensrealitäten. Solche Herausforderungen mag ich sehr, da gerade sie die Möglichkeit bieten, eine starke Bindung aufzubauen, indem man ganz offen über die Unterschiede spricht und gemeinsam herausfindet, was von Klient:innenseite benötigt wird. Man muss dabei jedoch etwas robust sein und bei sich bleiben können, um sich nicht irritiert oder verunsichert zu fühlen.¹⁹

Ich habe in meinem Leben oft erlebt, dass mir Dinge, vor allem auch Kompetenz, abgesprochen oder Stereotype zugeschrieben wurden. Zum Beispiel passiert es mir sehr häufig, wenn ich sage, dass ich Psychotherapeutin sei, dass automatisch davon ausgegangen wird, ich meine Physiotherapeutin²⁰. Solche Situationen erfordern ein Stück Gelassenheit und gleichzeitig den Mut, das selbstbewusst wieder richtigzustellen. Ähnliche

18 Die (kommunizierte) Zugehörigkeit zu einer marginalisierten Gruppe fördert die Beziehung sowohl zu marginalisierten Gruppen, z. B. durch leichteres Verständnis für andere Marginalisierungsformen (Case, 2012) oder durch Reduzierung von kulturellem Misstrauen (Burkard et al., 2006), als auch zu privilegierten Gruppen, etwa durch erhöhtes Bewusstsein für eigene Privilegien (Case, 2012; Rosette & Tost, 2013), was neue Gemeinsamkeiten schafft.

19 Vgl. Roberts (2005) und Saase (im Druck) für die Rolle emotionaler Stabilität bei therapeutischer Selbstoffenbarung.

20 In Deutschland gilt der Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten als gesellschaftlich privilegiert angesehen, da er mit einem hohen akademischen Abschluss verbunden ist, einen langjährigen, selektiven Ausbildungsweg mit hohen Investitionskosten erfordert und vor allem kognitiv, sprachlich-interaktive Kompetenzen zur Ausübung erfordert. Im Unterschied dazu ist der Zugang zum Beruf des Physiotherapeuten niedrigschwelliger, beruht auf einer primär praktischen, schulischen Ausbil-

Situationen könnten sich auch für Schwarze Menschen ergeben, die bei weißen Therapeut:innen sind. Diese sind aber nochmals ganz besonders herausfordernd.

Verbundenheit kann sich auch ganz überraschend einstellen. Weiße Klient:innen könnten sich fragen, ob ich ihren Hintergrund verstehe, da ich offensichtlich einen anderen habe. Zum Beispiel: „Weiß die, wie wir in der DDR²¹ großgeworden sind?“ Dabei können sie ja nicht wissen, dass auch ein ganzer Teil meiner Familie in der DDR gelebt hat und dass das meine Familiengeschichte geprägt hat.²²

Strategie 2: (Intersektionale) Therapeutische Selbstoffenbarung anwenden?

Interviewer:in:

Du hast beschrieben, u. a. Verbundenheit über therapeutische Selbstoffenbarung herzustellen. Diese therapeutische Technik ist international schon recht etabliert (vgl. Saase, im Druck), gerade im englischsprachigen Raum. Hier werden verschiedene Begriffe verwendet, z. B. *therapeutic self-disclosure* (TSD) (Hill et al., 2018) oder *location of self* (Watts-Jones, 2010). Auch auf neuen analytischen Kongressen wird immer häufiger für TSD plädiert. In Deutschland ist das Konzept noch wenig verbreitet. Ich habe Interviews geführt mit Therapeut:innen, und manche sagen: „So ein standardisierter Prozess ist gut, ich sage am Anfang gleich ich bin queer, ich bin kink, ich bin das und das, oder ich komme da und da her.“ Andere machen es situativ. Du hast vorhin gesagt, du machst das abhängig von deinem Gegenüber. Gibt es hier bestimmte Gesprächsthemen oder Identitätsdimensionen als Auslöser für die Selbstoffenbarungstechnik? Was sind deine Erfahrungen mit therapeutischer Selbstoffenbarung? Ist es immer förderlich oder auch mal blockierend?

dung und geht vor allem von manuellen therapeutischen Fertigkeiten zur Ausübung aus.

21 Vgl. in diesem Band die Artikel von Czollek sowie Fall und Kirschbaum, die ostdeutsche Sozialität als soziale Kategorie für intersektionale Perspektiven berücksichtigen (Anm. d. Hrsg.).

22 Beispielhafte Einblicke in strukturelle Gewalt und in antipsychiatrischen Widerstand sind zu finden bei Saase (2024) und in Schwarze, lesbische Lebensrealitäten bei Ah et al. (2019).

Expertin:

In Bezug auf therapeutische Selbstoffenbarung halte ich mich eher zurück, obwohl ich persönlich finde, dass es sinnvoll und bereichernd sein kann. Ich verstehe jedoch auch, dass nicht alle Therapeut:innen diesen Ansatz bevorzugen.

In der therapeutischen Beziehung, die eine bestimmte Dynamik hat, kann es schwierig sein, die möglichen Schlüsse zu überblicken, die Klient:innen aus der Selbstoffenbarung ziehen könnten. Krisen sind in jeder guten Beziehung, auch in der therapeutischen, normal und tragen Potenzial. Manche Menschen bewältigen Krisen jedoch weniger gut, und es besteht die Gefahr, dass zu viel persönliche Information dann in einer Beziehungskrise gegen Therapeut:innen verwendet wird. Ich denke, dass manche Therapeut:innen befürchten, dann vielleicht zu sehr im Fokus zu stehen oder sich zu interessant zu machen, sodass Klient:innen dann immer mehr wissen möchten. Dann wird es vielleicht schwer, eine Grenze zu setzen. Das kann ich nachvollziehen, denn ich habe zum Beispiel von einer Therapeutin gehört, die von einem Klienten gestalkt wurde. Es ist eine Gratwanderung zwischen Verbundenheit und Nähe, die für den therapeutischen Prozess wichtig ist, und dem Risiko, persönliche Informationen zu teilen.²³ Auch ich habe mich da schon unsicher erlebt: „Ist das jetzt okay oder war es jetzt doch zu viel, was bringt das denn jetzt eigentlich, wenn ich das erzähle?“²⁴

Ein weiterer, intensiver Aspekt der Selbstoffenbarung ist das Zeigen von Gefühlen. In einer Geschichte von einem rassistischen, gewaltvollen Übergriff, die mir eine Klientin sehr sachlich erzählte, übertrug sich die emotionale Intensität der Situation auf mich und ich musste weinen.²⁵ Es ist

23 Nicht alle Therapeut:innen können auf jeder Identitätsdimension (das Privileg der Unsichtbarkeit, Nicht-Selbstoffenbarung wählen. Die Schwarze Therapeutin xx in der Promotionsforschung von Sabrina Saase kann sich diese Nicht-Selbstoffenbarung nicht aussuchen: „Krass, ja stimmt, du [als Klient:in] nimmst mich als Schwarz wahr. Da habe ich kein Mal dran gedacht“ (Interview xx, 20.06.2019). Andere haben eine Wahl: „Being able to pass as White had given me ‘White privilege.’ [As a therapist] I had a choice to make: keep my pseudo-White privilege or acknowledge my Mexican ethnicity and face the negative assumptions that some clients made about Mexicans“ (Roberts, 2005, S. 54).

24 Vgl. Klient:innenzentriertheit als Bedingung für therapeutische Selbstoffenbarung (Roberts, 2005; Saase, im Druck).

25 Ähnlich ging es der Schwarzen Therapeutin xx in der Promotionsforschung von Sabrina Saase: „Mir fällt es jetzt leicht. Aber ich hatte schon das Gefühl, ich muss das erst noch ausprobieren, wie ich was formuliere bei Selbstoffenbarung. Weil am Anfang hat es mich dann eher so paralyisiert. [...] Oder dass es mich auch selber so

eine tiefere Ebene der Offenbarung und Menschlichkeit. Es ist wichtig, sich bewusst zu sein, wie man mit eigenen Emotionen umgeht, und in einem Lernmodus zu bleiben, um bei sich zu bleiben.²⁶

Diese emotionale Selbstöffnung geht nochmals in eine tiefere Ebene der Selbstoffenbarung. Grundsätzlich ist es für mich ein ganz natürliches, menschliches Bedürfnis oder ein Automatismus, dass ich Anteil nehme, wenn ich so eine schreckliche Geschichte höre.²⁷ Für mich würde es sich falsch anfühlen, diese Emotionen wegzuregulieren. Gleichzeitig muss darauf geachtet werden, Klient:innen damit nicht zu überfordern und zu schauen, was meine emotionale Reaktion in ihnen auslöst.²⁸ Es kann auch sein, dass sie meine Reaktion nicht einordnen können. Das sollte in jedem Fall nochmals offen besprochen werden.²⁹ In der Ausbildung habe ich gelernt, und so finde ich es auch gut, wenn es geht, es in derselben Sitzung noch zu besprechen, wie man sich dabei gefühlt hat und ob es hier in der Biografie der Person ähnliche Momente und Reaktionsmuster gibt. Wenn man sich danach als Therapeut:in noch unsicher oder unwohl fühlt, dann sollte man es wohl in der nächsten Stunde, falls die Person wiederkommt, noch einmal zum Thema machen. Eine solche Situation kann auch Anlass für eine Selbsterfahrung für Therapeut:innen sein, denn vielleicht gibt es einen Zusammenhang mit einem Trigger eines eigenen Traumas. Dabei ist

berührt hat, dass ich mich auch gar nicht so beziehen konnte. [...] Ich hatte mal einen Fall, wo es mir schwer gefallen ist, weil eine Person Diskriminierungserfahrungen gemacht hat oder auch Schwarz war und ich das Gefühl hatte, das steht irgendwie so ein bisschen zwischen uns, weil ich nicht wusste, „ok wie benenne ich das jetzt, ohne meine Erfahrungen zum Thema zu machen und gleichzeitig zu vermeiden, dass es so unausgesprochen da steht“. [...] Da musste ich erstmal einen Umgang für mich finden. Aber das habe ich auf jeden Fall aus der Supervision gelernt [und] aus solchen Diskussionen kam das eher raus. Aus so Fallbesprechungen“ (Interview xx, 20.06.2019).

- 26 Vgl. emotionale Stabilität als Bedingung für therapeutische Selbstoffenbarung (Roberts, 2005; Saase, im Druck).
- 27 Diese Erfahrungsvalidierung wird insbesondere in der Traumatherapie als Zeug:inenschaft bezeichnet und als Technik benutzt, um den Schmerz der Klient:innen zu bezeugen, zu zeigen, dass sie hier gesehen werden und nicht an ihrer Realität gezweifelt wird, sodass neue Reaktionsmuster und heilende Prozesse möglich werden. Ausgegangen wird hier davon, dass oft der (fehlende) Umgang, z. B. fehlende Unterstützung in Gewaltsituationen oder ein Schweigen auf das Erzählen ebendieser oder ein „Ist doch nicht so schlimm“ oder gar ein Negieren der Situation, bedeutsamer sein kann als das Trauma selbst.
- 28 Vgl. schrittweiser Prozess als Bedingung für therapeutische Selbstoffenbarung (Roberts, 2005; Saase, im Druck).
- 29 Vgl. den Artikel von Cuff-Schöttle und Saase in diesem Band (Anm. d. Hrsg.).

es wichtig, dass man als Therapeut:in offen und im lernenden Modus bleibt und gewillt ist, sich mit sich selbst zu beschäftigen.

Mein Ansatz ist es, von Herzen mein Bestes zu geben, authentisch zu sein und gemeinsam mit der Person durch den Therapieprozess zu gehen. Die Selbstoffenbarung in der Therapie ist ein umstrittenes Feld. Mir ist es dabei wichtig, sich auf einer authentischen, menschlichen Ebene zu begegnen.

Diskriminierungserfahrung im Kontext von Anamnese und Diagnosevergabe

Interviewer:in:

Ich würde gern beim Therapiesetting bleiben. Wie beziehst du Diskriminierungserfahrungen in die Anamnese und Diagnosevergabe mit ein?

Expertin:

Die meisten Personen, die mich kontaktieren, kommen auf Empfehlung oder haben bereits durch meinen Internetauftritt Informationen zu meiner antidiskriminierenden Haltung. Sie suchen mich oft gezielt auf, um ihren Diskriminierungserfahrungen Raum geben zu können.

Trotzdem ist das Vorgehen sehr unterschiedlich, da die Menschen Diskriminierungen sehr unterschiedlich empfinden und erfahren haben. Damit meine ich zum Beispiel: Der eine erfährt sehr punktuell in der Arbeit Diskriminierung. Eine andere erzählt, dass sie als einzige Schwarze in der *weißen* Familie (ohne das Schwarze Elternteil) aufgewachsen ist und dort Diskriminierung erfährt, und jemand anderes wiederum erzählt: „Eigentlich war das für mich nie ein Thema, und ich war bei einer *weißen* Therapeutin und habe dort Diskriminierung erfahren.“ Wieder eine andere Person sagt: „Die Symptomatik entstand durch die Erfahrung von Mikroaggressionen und Rassismus in der Gesellschaft.“ Daher lasse ich es zunächst meist die Klient:innen selbst zum Thema machen, betrachte Diskriminierung aber stets im Hintergrund zumindest als potenziellen Risikofaktor, auch wenn es nicht sofort zur Sprache kommt.

Zur ersten Anamnese nehme ich den Görlitz-Fragebogen. Leider fragt dieser keinerlei Diskriminierungserfahrungen ab und ist auch nicht genderneutral geschrieben und geht von Cis-Klient:innen aus. Es wäre sinnvoll, Diskriminierungserfahrungen bereits im Anamnesebogen explizit zu Therapieanfang abzufragen, da manche Menschen dabei nachfragende Unterstützung brauchen. Beispielsweise meinte eine Schwarz gelesene Person am Anfang der Therapie, nie Rassismuserfahrungen gemacht zu haben.

Ich fragte nach: „Also auch als Kind keine?“ „Nö, ich war immer total privilegiert“, war die Antwort. Erst nach 20 Stunden sagte die Person: „Oh mein Gott, ich habe es die ganze Zeit einfach krass ausgeblendet und jetzt erst fallen mir so viele Sachen auf.“ Manchmal ist es also wichtig, das erstmal stehen zu lassen und erstmal auf der Beziehungsebene zueinander zu finden. Das kann natürlich auch etwas ganz anderes sein, was zu einer guten Arbeitsbeziehung führt. Die Gemeinsamkeit, Rassismuserfahrungen zu erleben, ist kein ausreichender Faktor für eine gute therapeutische Beziehung. Es muss auch nicht jede:r Klient:in zu mir passen, nur weil wir beide teilen, dass wir Schwarz sind.

Bezüglich der Diagnose bespreche ich mit meinen Klient:innen, ob sie es für sinnvoll erachten, die Diskriminierungserfahrungen mit einer Zusatzcodierung festzuhalten für das (Krankenkassen-)System. Das wäre dann die Z60.5 „Zielscheibe feindlicher Diskriminierung und Verfolgung“ im ICD-10, die ich oft hinzuziehe. Man muss nur aufpassen, dass es nicht mit der F60.5 verwechselt wird, denn das meint eine völlig andere Diagnose.

Ich könnte jedoch noch so viel mehr machen, um das Thema Diskriminierungserfahrung zu integrieren. Zum Beispiel in der Gestaltung der Praxisräume gäbe es viel Raum für Verbesserung, damit sich ganz unterschiedliche Menschen wohlfühlen. Dies könnte beispielsweise verändert werden durch das Aufhängen bestimmter Bilder.

Interviewer:in:

Manche antirassistischen NGOs fordern eine Diagnose *Trauma durch Diskriminierungserfahrungen* (Mader, 2015).³⁰ Wie stehst du dazu?

Expertin:

Sehr, sehr schwierige Frage, zu der ich mir noch keine klare Meinung gebildet habe.³¹ Spontan würde ich Diskriminierungserfahrungen eher für einen Risikofaktor halten.

Dieser wäre dann ein Faktor, der mitverantwortlich dafür ist, dass sich eine Symptomatik beispielsweise als Trauma, Depression oder Angststö-

30 Vgl. den Artikel von Cuff-Schöttle und Saase in diesem Band (Anm. d. Hrsg.).

31 Ähnlich geht es der Schwarzen Therapeutin xx aus der Promotionsforschung von Sabrina Saase: „Steh ich irgendwie ambivalent davor. Einerseits denke ich mir, ja, das kann wirklich traumatisch sein [mit] disempowernde[m] Charakter. [Andererseits] es würde vielleicht Aufmerksamkeit auf sich lenken in einem System, was es sonst vielleicht so ein bisschen übersieht. [Aber] als [nicht approbierte] systemische Therapeutin darf ich auch gar nicht [Diagnosen vergeben]“ (Interview xx, 20.06.2019).

rung herausbildet. Und dieses Leiden wäre dann nach den Diagnosesystemen zu kodieren, eben mit der Zusatzdiagnose (Z60.5). Die Forderung nach einer weiteren Diagnosemöglichkeit entspringt meines Erachtens aus dem Bedürfnis nach mehr Sichtbarkeit und Anerkennung für die Auswirkungen von Diskriminierungserfahrungen. Leider passiert es oft, dass Diskriminierungserfahrungen nicht als Risikofaktoren gewertet werden oder nicht ernst genommen werden und meines Erachtens dadurch Fehldiagnosen entstehen können.

Ich fände es wichtig, mehr Sichtbarkeit im Gesundheitssystem herzustellen, beispielsweise bei der Vergabe von Kassensitzen. Hierbei könnte die Verteilung von Zulassungen teilweise nach Therapieschwerpunkten erfolgen, z. B. extra Kassensitze für Therapie spezialisiert auf Umgang mit Diskriminierungserfahrungen im Allgemeinen oder spezialisiert für bestimmte Formen wie die Arbeit mit trans* Personen. Ich denke, das Zusatzwissen, das es benötigt, um bestimmte Gruppen zu behandeln, müsste gesehen und wertgeschätzt werden.

Interviewer:in:

Gibt es im Publikum Fragen zu dem spannenden Vortrag? Dir erstmal danke, dass du so mutig und frei erzählst über deine Erfahrungen und ein Vorbild für uns bist.

Expertin:

Schön! Ich freue mich, durch unser Gespräch Verbundenheit hergestellt zu haben.

Rassismussensible Behandlungsmethoden?

Publikumsfrage 2:

Inwieweit passt du Behandlungsmethoden an Diskriminierungserfahrungen an, oder nimmst du das in das individuelle Störungsmodell mit auf? Im Studium hatten wir z. B. verhaltenstherapeutische Listen von dysfunktionalen Gedanken. Diese könnten vielleicht bzgl. Rassismus ergänzt werden?

Expertin:

Bei der Anwendung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Modelle lasse ich Diskriminierungserfahrungen für mich grundsätzlich im Hintergrund mitschwingen, und bei Gelegenheit biete ich eine Arbeit damit an. Gleich zu

Anfang der Therapie, bei der Einführung des Vulnerabilität-Stress-Modells beispielsweise, kann ich Diskriminierung als einen Risikofaktor zur Sprache bringen. Allerdings ist es wichtig zu berücksichtigen, dass jeder Mensch Diskriminierung als Stressor unterschiedlich erlebt. Daher muss ich hier eine individuelle Anpassung der Behandlung vornehmen. Mithilfe des ABC-Modells (Ellis, 1985) lassen sich gut die Auswirkungen und der Umgang mit Rassismuserfahrungen auf individueller Ebene analysieren und bearbeiten.

Das Thema kann auch recht plötzlich im Therapieverlauf relevanter werden, beispielsweise durch gesellschaftliche Veränderungen, wie durch einen starken Zuwachs einer rechtsextremen Partei, wie momentan bei der AFD in Deutschland, durch eine Gegenbewegung wie *Black Lives Matter* oder durch Gesetzesänderungen wie bezüglich des geschlechtlichen Selbstbestimmungsrechts³². Insgesamt betrachte ich Diskriminierung als einen von vielen Faktoren und integriere diesen Faktor flexibel in den (verhaltens-)therapeutischen Prozess.

Was können weiße Therapeut:innen tun?

Publikumsfrage 3:

Du nanntest BIPoC-Klient:innen, die vorher bei *weißen* Psychotherapeut:innen waren, wo es nicht so gut funktioniert hat. Hast du Ideen, warum nicht?

Expertin:

Ich habe das Gefühl, dass es manchmal recht diffus zu Ablehnungen bei *weißen* Therapeut:innen kommt. Zum Beispiel, wenn der Grund der Geruch der Haarprodukte von Schwarzen Menschen sei. Aber oft sind es mehrere Kleinigkeiten, Mikroaggressionen, wodurch sich die Person dann ein paar Mal abgelehnt oder gar nicht gesehen fühlt. Ein Beispiel ist, sich immer wieder als exotisiert wahrgenommen zu sehen. Manchmal sagen Therapeut:innen, dass sie sich nicht mit Rassismus auskennen und die Therapie daher nicht machen könnten. Oft werden Diskriminierungserfahrungen als negative Erfahrungen auch schlichtweg aberkannt. Diese

32 Seit 2018 ist in Deutschland und seit 2019 in Österreich der Geschlechtseintrag divers neben weiblich und männlich rechtlich möglich, sofern bestimmte Bedingungen erfüllt sind.

Mikroaggressionen bleiben dann oft unbearbeitet zwischen Therapeut:in und Klient:in stehen.

Publikumsfrage 4:

Hast du eine Idee, wie *weiße* Psychotherapeut:innen am besten mit BIPoC-Klient:innen umgehen? Wäre es hilfreich, von Anfang an zu sagen: „Hey, ich versuche, hier das mit aufzufangen, und hoffe, dass ich das auch kann“?

Expertin:

Eine gute therapeutische Beziehung kann auf verschiedenen Ebenen und durch verschiedene Themen aufgebaut werden. Als *weiße:r* Therapeut:in ist es wichtig, sich auf Bereiche zu konzentrieren, in denen Verbindung hergestellt werden kann. Bei Themen, bei denen man weniger Erfahrung hat, ist eine behutsame Neugier und Offenheit gefragt. Auch sollte man Acht geben, sich nicht in diese „Ich will verstehen und ich will lernen“-Position zu begeben. Als Klient:in möchte ich meist keine Aufklärungsarbeit leisten müssen. Es geht darum, behutsam nachzufragen, wenn es passt. Ich ermutige Klient:innen immer dazu, Diskriminierungserfahrungen in der Therapie früh zum Thema zu machen, um die Reaktion und den Umgang des:der Therapeut:in damit zu erfahren. So kann dann umso schneller entschieden werden, ob sie sich die Therapie mit dem:der Therapeut:in vorstellen können oder ob sie gehen möchten oder ob sie versuchen, erst einmal zu bleiben, und dem:der Therapeut:in nochmals eine Chance geben. Die meisten Schwarzen Menschen wünschen sich einen *safe space*, würden es aber auch verzeihen, wenn man einmal nicht so gut reagiert hat. Auf der Seite des:der Therapeut:in ist es dann wiederum wichtig, das einzusehen und sich zu entschuldigen.

Wenn also ein wunder Punkt getroffen wurde, sollte nicht mit Abwehr reagiert werden. Man wünscht sich eine rassismusfreie Welt, aber die gibt es aktuell nicht. Therapeut:innen mögen denken: „Ich lebe hier in Berlin, und das gibt es hier nicht.“ Und eine durch Haltung transportierte Negierung von Rassismuserfahrungen ist, glaube ich, das Schlimmste für Klient:innen. Wichtig sind kontinuierliche interpersonelle Metagespräche, um sich zu entschuldigen oder zu offenbaren, wie sich beide gefühlt haben. Diese können z. B. folgendermaßen eingeleitet werden: „Ich habe das Gefühl, wir hatten echt eine schwierige Sitzung letztes Mal und ich habe Dinge nicht gut gestaltet. War es für Sie auch so?“ Um zu verzeihen, muss man Raum dafür geben.

Ich denke, das Beste, was *weiße* Therapeut:innen machen können, ist, sich persönlich fortzubilden, z. B. Bücher zu lesen wie *Exit Racism* (Ogette, 2019), und wirklich offen damit umzugehen. Beispielsweise zu fragen, welche Worte eine Schwarzen Person als Selbstbezeichnung nutzt und welche Worte oder Pronomen ich als Therapeutin nutzen soll. Als *weiße:r* Therapeut:in weiß ich natürlich niemals so viel darüber wie von Rassismus Betroffene und kann es selber auch nicht erleben, aber es sollte für mich wichtig sein, dass ich für sie da sein kann. Ich muss nicht unbedingt jegliche traumatischen Erfahrungen selber durchgemacht haben, um das dann trotzdem für Klient:innen mitzutragen. Das Allerwichtigste ist, dass diese Person sich dann angenommen fühlt. Wir sind diesbezüglich alle noch am Entwickeln, Lernen und Forschen.

Publikumsfrage 5:

Schön zu hören, dass du Geduld hast und viel Toleranz mit uns *weißen* Therapeut:innen. Für mich schließt daran eine Frage zu therapeutischer Selbstoffenbarung an. Macht es Sinn für *weiße* Berater:innen und Therapeut:innen, einfach klar zu formulieren, dass sie gegen Rassismus sind, dass sie versuchen, sich antirassistisch oder antidiskriminierend in der Welt einzusetzen? Dass sie sich bewusst sind, dass sie selber verinnerlichte Rassismen haben, weil sie selber in einer stark rassistischen Welt groß geworden sind, und dass sie bestimmt auch schon rassistische Handlungen unbewusst, ohne Absicht gemacht haben? Meinst du, das hilft Klient:innen, wenn Therapeut:innen sich klar positionieren, auch bevor Klient:innen das selber ansprechen? Oder ist das zu viel Raum nehmen als *weiße:r* Therapeut:in?

Expertin:

Ich denke, eine klare Haltung offen zu zeigen, macht auf jeden Fall Sinn. Wenn man unsicher ist, kann man fragen, ob das okay ist, dem kurz Raum zu geben. Grundsätzlich macht es meines Erachtens Sinn, sich auch als Therapeut:in mit gesellschaftlich-politischen Geschehnissen auseinanderzusetzen und zumindest zu versuchen, dazu eine Haltung einzunehmen. Denn für andere Personengruppen mögen diese Geschehnisse unausblendbar relevant sein. Das heißt, es ist ein Privileg, gesellschaftlich-politische Geschehnisse ausblenden zu können. Und die eigenen Privilegien zu hinterfragen bzw. sich ihrer möglichst bewusst zu sein, ist immer wichtig. Wenn die Haltung grundsätzlich eine wohlwollende, menschenwürdigende ist, dann ist es für Klient:innen hilfreich, wenn sie im Hinterkopf behalten

können: „Okay, auch wenn du einen Fehler machst, eigentlich bin ich hier sicher.“ Es entsteht ein emotionales Sicherheitsnetz, das auffangen kann. Und das führt dazu, dass man etwas lockerer im Umgang sein kann und besser verzeihen kann, wenn etwas Negatives passiert. Ich würde davon ausgehen, dass irgendwann etwas passiert. Auch ich als BIPOC in Deutschland bin in einer *weißen* Umgebung aufgewachsen und sozialisiert worden. Auch ich habe Rassismus oder andere Ismen verinnerlicht und muss immer wieder aktiv üben, mich davon frei zu machen und achtsam für Fehler zu bleiben.

Literatur

- Ah, E., Saase, S. & Stevens, L. (2019). gemeinsam unerträglich. ein dokumentarisches Mosaik. In E. Rosenfeld & S. Husse (Hrsg.), *wildes wiederholen, material von unten – Dissidente Geschichten zwischen DDR und pOstdeutschland* #1 (S. 40–67). District.
- Arao, B. & Clemens, K. (2013). From safe spaces to brave spaces: A new way to frame dialogue around diversity and social justice. In L. M. Landreman (Hrsg.), *The art of effective facilitation. Reflections from social justice educators* (S. 135–150). Sterling.
- Burkard, A. W., Knox, S., Groen, M., Perez, M., & Hess, S. A. (2006). European American therapist self-disclosure in cross-cultural counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 15–25. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.15>
- Case, K. A. (2012). Discovering the Privilege of Whiteness: White Women’s Reflections on Anti-racist Identity and Ally Behavior. *Journal of Social Issues*, 68(1), 78–96. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2011.01737.x>
- David, E. J. R. (2013). *Internalized Oppression. The Psychology of Marginalized Groups*. Springer.
- Davidson, K. (2022, 6. April). *Why we use BIPOC*. Ywcaworks. <https://www.ywcaworks.org/blogs/ywca/wed-04062022-0913/why-we-use-bipoc>
- Eggers, M. M., Kilomba, G., Piesche, P., & Arndt, S. (2009). *Mythen, Masken und Subjekte. Kritische Weißseinsforschung in Deutschland*. Unrast.
- Ellis, A. (1985). Expanding the ABCs of rational-emotive therapy. In M. J. Mahoney & A. Freeman (Hrsg.), *Cognition and psychotherapy* (S. 313–323). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-7562-3_13
- Hill, C. E., Knox, S., & Pinto-Coelho, K. G. (2018). Therapist Self-Disclosure and Immediacy: A qualitative Meta-Analysis. *Psychotherapy*, 55 (4), 445–460. <https://doi.org/10.1037/pst0000182>
- Mader, E. (2015). Psychopathologisierung und Rassismus in Deutschland – eine feministische Perspektive. In C. Schmechel, F. Dion, K. Dudek & M. Roßmöller (Hrsg.), *Gegendiagnose. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie* (S. 76–101). edition assemblage.
- Ogette, T. (2019). *exit Racism. rassismuskritisch denken lernen*. Unrast.

- Roberts, J. (2005). Transparency and self-disclosure in family therapy: Dangers and possibilities. *Family Process*, 44(1), 45–63. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00041.x>
- Rosette, A. S. & Tost, L. P. (2013). Perceiving Social Inequity: When Subordinate-Group Positioning on One Dimension of Social Hierarchy Enhances Privilege Recognition on Another. *Psychological Science*, 24(8), 1420–1427. <https://doi.org/10.1177/0956797612473608>
- 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. (2024). Kollektive Strategien in einem verkollektivierenden Staat – Antipsychiatrische Strategien aus (queer-)feministischer und lesbischer Perspektive in der ehemaligen DDR. In K. Wichera, A. Steinweg, E. Mader, & C. Schmechel (Hrsg.), *Gegendiagnose III. Kollektive Krisensitzung und psy-kritische Perspektiven* (S. 432–448). edition assemblage.
- 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.
- 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>