

Un_Möglichkeiten einer diskriminierungssensiblen Psychotherapie

Kira Dücker

Wie kann eine Disziplin wie die hiesige Psychotherapie, die die Definitionsmacht besitzt, in *krank* und *gesund* zu unterscheiden, und demnach Normalität „gewissermaßen schafft und gesellschaftlich durchsetzt“ (Castro Varela, 1998, S. 118), ihrem ethischen Anspruch von *Gerechtigkeit* und *Diskriminierungsfreiheit* (vgl. Margraf & Schneider, 2018; Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, 2025) gerecht werden? Ist dies nicht gar ein Widerspruch und demnach unmöglich? Oder können Möglichkeiten einer Annäherung geschaffen werden? Wie könnten solche Annäherungsversuche aussehen und was wäre dafür erforderlich? Diese Fragen stellen das Hintergrundinteresse des vorliegenden Artikels dar.

Dabei fokussiere ich in meinem Beitrag die Un_Möglichkeiten einer diskriminierungssensiblen psychotherapeutischen Praxis mithilfe von soziologischen und psychologischen theoretischen Zugängen. Beginnend werde ich dabei die Herausforderungen und Unmöglichkeiten des psychotherapeutischen Kontextes anhand von drei Dimensionen analysieren: (1.) Psychotherapie als Institution: Machtstrukturen und ihre kritische Hinterfragung, (2.) Diskriminierung in der Psychotherapie: Eine kritische Reflexion diskriminierungssensibler Überlegungen, und (3.) Von Regeln zur Realität: Herausforderungen im Umgang mit Diskriminierung und Beschwerden in der Psychotherapie. Den zweiten Teil der theoretischen Analyse bilden Annäherungsversuche an und Überlegungen zu einer diskriminierungssensiblen psychotherapeutischen Praxis, die im Fazit weiter von mir ausdifferenziert und mit Implikationen für das theoretische und praktische Feld verbunden werden.

1. Herausforderungen und Unmöglichkeiten des psychotherapeutischen Kontextes

1.1 Psychotherapie als Institution: Machtstrukturen und ihre kritische Hinterfragung

Psychotherapie wird in deutschen Publikationen als „die gezielte professionelle Behandlung psychischer und/oder psychisch bedingter körperlicher Störungen mit psychologischen Mitteln“ definiert (Caspar et al., 2018, S. 9). Sie ist jedoch nicht nur eine Methode, sondern auch eine professionelle Institution, eine „institutionalisierte Situation mit einer Beziehung, die durch formale Rollen definiert ist“ (Habermas, 2019, S. 276). Institutionen sind gesellschaftlich legitimierte Regelsysteme, die das Handeln von Individuen formen und beschränken (Häußling, 2018). In diesem Sinne ist die Psychotherapie Teil eines Systems, das Normen vorgibt und Werte etabliert (ebd.). Die Institution Psychotherapie steht also im Spannungsfeld zwischen der individuellen Behandlung und den gesellschaftlichen Normen, die sie prägen.

María do Mar Castro Varela (1998) kritisiert die Institution Psychotherapie, sofern sie sich als rigide und kritikunfähig erweist und demzufolge mit einer „Normalisierungsanstalt“ (ebd., S. 125) gleichzusetzen sei. Sie warnt davor, dass Institutionen wie diese den „Schmerzen, die diese Gesellschaft verursacht“, nicht gerecht werden (ebd.). Michel Foucault (1976) beschreibt, dass die Wissensstrukturen von Professionen wie der Psychotherapie als Ausdruck historisch-gesellschaftlicher Entwicklungen zu verstehen sind. Die sich etablierende Wissensstruktur der Profession zeichnet sich jedoch nicht durch eine Anhäufung von Informationen aus, sondern durch eine institutionalisierte Routine. Psychotherapie schafft durch Diagnosen und Behandlungskonzepte ein System von *Wahrheiten* über Individuen, was ihr Macht verleiht (ebd.; Hanses, 2007). Diese Macht wird durch das spezialisierte Wissen der Therapeut:innen gestützt, was für die Betroffenen oft zu Ohnmacht führen kann.

Psychotherapie kann demnach als ein von *Dominanz*¹ durchzogener Raum verstanden werden, der die einen (die vermeintlich professionellen und gesunden Therapeut:innen) ermächtigt und die anderen (die als krank und unprofessionell Betrachteten) entmächtigt. So plädiert Eva Georg

1 Der Begriff Dominanz bezieht sich auf Birgit Rommelspachers (1995) Konzept der *Dominanzkultur*. Es beschreibt die subtile Verfestigung sozialer und politischer Ungleichheiten durch internalisierte Normen und kulturelle Praktiken, die die bestehende

(2019) dafür, auch im Zuge einer Professionalität „die verborgenen Grundannahmen europäischen, universalistischen Denkens und dessen Folgen für beraterische und psychotherapeutische Kontexte offen zu legen und die Frage zu stellen, wie, warum und ob wir (so) arbeiten wollen“ (S. 181).

In diesem Zusammenhang stellt sich folglich die Frage, wie sich diese Machtstrukturen in der Psychotherapie in Form von Diskriminierungen auswirken und wie diese Machtstrukturen hinterfragt und gegebenenfalls verändert werden können.

1.2 Diskriminierung in der Psychotherapie: Eine kritische Reflexion diskriminierungssensibler Überlegungen

Untersuchungen zeigen, dass Diskriminierungserfahrungen wie Rassismus und Queerfeindlichkeit Risikofaktoren für psychische Störungen sind (Afrozensus, 2020; Kasproski et al., 2021; Pascoe et al., 2022; Yeboah, 2017). Dennoch erfahren insbesondere Menschen mit sogenanntem Migrationshintergrund eine psychosoziale Fehlversorgung, mit einer Überversorgung in forensischen und stationären Behandlungen und einer Unterversorgung in psychosomatischen und ambulanten Angeboten (Faissner & Braun, 2024; Steinhäuser et al., 2016). Turner (2018) erklärt, dass in dieser Gruppe zusätzlich eine verminderte Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote besteht und dies unter anderem darauf zurückzuführen ist, dass Psychotherapie als ein *weißer* Mittelstandsberuf wahrgenommen wird.² Viele Klient:innen haben die Vorstellung, sie müssten ihre „kulturelle Identität“ im Therapieraum hinter sich lassen oder der:die Therapeut:in würde sie nicht verstehen (ebd., S. 10). Diese Barrieren führen entweder zu einem Verzicht auf Therapie oder zu einer eingeschränkten Nutzbarkeit der Angebote.

Pinderhughes (1989) beschreibt, dass Klient:innen, die alltäglichen Rassismuserfahrungen ausgesetzt sind, ihre Therapeut:innen zunächst austesten, wie diese auf ihre Identität reagieren. Rommelspacher (2003) bezeichnet dieses Austesten als „völlig normal [und als eine] notwendige Überle-

gesellschaftliche Ordnung unterstützen, ohne offene Repression oder Verbote (vgl. Rommelspacher, 1995).

2 Vgl. in diesem Band den Artikel von Zacharia zu Klassendifferenz im psychotherapeutischen Setting und von Saase et al. zum Erheben von Privilegienbewusstsein u. a. in Bezug auf Klassendifferenz bei Therapeut:innen (Anm. d. Hrsg.).

bensstrategie“ (S.142) für von Diskriminierung betroffene Klient:innen. Dies erfordert eine erhöhte Sensibilität von Therapeut:innen, um frühzeitig zu erkennen, bei wem Klient:innen sich öffnen können und bei wem sie sich eher zurückhalten müssen, um weiteren potenziellen rassistischen Erfahrungen zu entgehen.³ Ein ähnliches *Austesten* wird auch bei Betroffenen von Queerfeindlichkeit beobachtet, die ihre Diskriminierungserfahrungen oft nicht in der Therapie thematisieren (vgl. Appenroth & Castro Varela, 2019; Wolf, 2006).⁴ Eine privilegierte und (hetero-)normative Haltung erschwert nicht nur die Thematisierung von Gewalterfahrungen, sondern stellt zugleich eine an sich gewaltvolle Erfahrung dar „und vielleicht sogar die brutalste, insofern sie Menschen ‚totschreibt‘; sie in ihrem Sosein unsichtbar macht und vernichtet“ (Boger, 2015, S.273). Es kann dazu kommen, dass die Therapie über Jahre hinweg geführt wird, obwohl die Klient:innen spüren, „dass [sie] in einer zentralsten Dimension ihrer innerseelischen und sozialen Existenz von ihren Therapeutinnen und Therapeuten nicht akzeptiert und nicht verstanden werden“ (Rauchfleisch, 2002, S. 284).⁵

In diesem Zusammenhang erweist sich auch der berufsbezogene Aspekt der *Neutralität* im Sinne einer *professionellen Haltung* als problematisch. So kann Psychotherapie als „professionelle Institution“ (Castro Varela, 1998, S.125) selbst als Teil einer normalisierenden Praxis verstanden werden (vgl. Hanses, 2007); es lässt sich somit nicht einfach von einer generellen Neutralität und Offenheit sprechen. Rommelspacher (2003) kritisiert, dass das Neutralitätsgebot einerseits die Auseinandersetzung mit der eigenen Verortung in gesellschaftlichen Machtverhältnissen verdeckt und andererseits selbst Ausdruck von Macht und Herrschaft sein kann (S.169). Dies zeigt sich auch in einer psychotherapeutischen Praxis, in der *weiße*, eurozentristische Perspektiven und kulturelle Aneignungen, wie beispielsweise Buddha-Symbole in Praxen, als normal angesehen werden (vgl. Turner, 2018).

3 Vgl. den Artikel von Saad & Punkt in diesem Band zu guten Absichten und unterdrückermischem Schaden in der psychosozialen Arbeit (Anm. d. Hrsg.).

4 Vgl. den Artikel von Schlögl in diesem Band, wo ein ähnliches *Austesten* der Queerfreundlichkeit bzw. -feindlichkeit während der therapeutischen Ausbildung beschrieben wird (Anm. d. Hrsg.).

5 Vgl. den Artikel von Cuff-Schöttle & Saase in diesem Band, wo beschrieben wird, dass ein Nichtverstandenwerden, spürbar durch diskriminierendes Verhalten oder Mikroaggressionen von Therapeut:innen, auch zu Therapieabbrüchen führen kann (Anm. d. Hrsg.).

Solche internalisierten Diskriminierungsstrukturen und Fehleinschätzungen über die Lebenswelten der Klient:innen können die Psychotherapie schädlich machen. Unbewusste Prozesse müssen durch intensive Auseinandersetzungen bewusst gemacht werden, um die Differenzierungsfähigkeit der Therapeut:innen zu fördern (Turner, 2018). Internalisierte Diskriminierungsstrukturen haben oft eine fehlende Differenzierungsfähigkeit seitens der Psychotherapeut:innen zur Folge, die sich in einer Art Totalität oder Generalisierung zeigt, indem beispielsweise Stress auslösende Ursachen und als deren Folge psychische Störungen entweder ausschließlich mit individuellen Variablen erklärt oder aber mit der Kultur begründet werden (Rommelspacher, 2003). Diese vereinfachte Herangehensweise führt dazu, dass Klient:innen, die von (Mehrfach-)Diskriminierung betroffen sind, sich weder verstanden fühlen noch eine angemessene Behandlung erfahren, sondern tabuisiert, abgewertet, ‚ge-andert‘ werden, also erneut Diskriminierung erleben.

Die kritische Reflexion einer diskriminierenden psychotherapeutischen Praxis wirft daher die Frage nach möglichen Präventionsparadigmen innerhalb der Profession selbst auf. Folglich werden in diesem Zusammenhang die der psychotherapeutischen Praxis zugrunde liegenden ethischen Prinzipien und deren Herausforderungen diskutiert.

1.3 Von Regeln zur Realität: Herausforderungen im Umgang mit Diskriminierung und Beschwerden in der Psychotherapie

Die für die Psychotherapie oft zitierten zugrunde liegenden ethischen Prinzipien sind Nichtschädigung, Fürsorge, Autonomie und Gleichheit (vgl. Beauchamp & Childress, 2008 [1989]). Ausdifferenzierter beziehen sich die Berufsordnungen der Landeskammern Psychologische Psychotherapeut:innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen auf die Achtung der Würde der Klient:innen, „insbesondere von Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, sozialer Stellung, Nationalität, ethnischer Herkunft, Religion, eventueller Behinderungen oder politischer Überzeugung“ (Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, 2025). Zeitgleich wird deutlich, dass möglicherweise vorliegende Diskriminierungen beispielsweise seitens der Landeskammern nicht überprüft werden. Die Analyse von aktuellen Erhebungsinstrumenten (vgl. Schleu & Gast, 2018; Schleu & Strauß,

2024; Schwartz & Strauß, 2018) zeigt zudem, dass Diskriminierungserfahrungen nicht explizit erhoben werden.⁶

Angesichts der dünnen Forschungslage zeigt sich der damit einhergehende fehlende systematische Umgang. So haben betroffene Klient:innen in Deutschland derzeit keine Möglichkeit einer anonymen Beschwerde. Der formale Weg ist entweder über die Landespsychotherapeutenkammer bzw. die Ärztekammer, die jedoch die Interessen der Berufsgruppe vertreten und deren Struktur von Bundesland zu Bundesland stark variiert, wobei auch der priorisierte Umgang mit Beschwerden unterschiedlich gehandhabt wird, oder aber Betroffene gehen straf- und zivilrechtliche Wege (Schleu, 2018; Schwartz & Strauß, 2018). Allerdings stellen diese Beschwerdeinstanzen erhöhte Barrieren dar – Erfahrungen von Zurückweisung, der Bagatelisierung und Retraumatisierung werden gemacht (Schleu & Hillebrand, 2016). Diese Instanzen werden demnach oft nicht genutzt.

Der 2014 gegründete Ethikverein (2019), der eine niederschwellige und kostenlose Beratung durch erfahrene Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen mit juristischer Unterstützung anbietet,⁷ kann als Verbesserungsversuch des ungenügenden Status quo der Psychotherapie-Beschwerdeverfahren betrachtet werden. Indem jede Beratung dokumentiert wird, können quantitative und qualitative Auswertungen erfolgen, wobei erwartet wird, dass mit gehäuften Forschungen eine Verbesserung der Praxis einhergehen könnte. Hier kann auf der Basis der Auswertung von 1.100 Beratungsdaten festgestellt werden, dass die häufigste Beschwerde (47 %) *Empathieversagen* darstellt, worunter Beschimpfungen, Beleidigungen, Anschreien, Vorwürfe, Pathologisierungen, Desinteresse, Einschlafen der Psychotherapeut:innen, Vergessen der Sitzungstermine und mangelnde Berücksichtigung der Lebenssituation der Klient:innen zusammengefasst werden (Schleu, 2018). Als daraus resultierende Folgen für die Betroffenen werden Verwirrung, Verunsicherung, eingeschränkte Mentalisierungs- und Symbolisierungsfähigkeiten, Scham- und Schuldgefühle⁸, Sinnlosigkeitsgefühle und Suizidgedan-

6 Ebenso selten wird ein Privilegienbewusstsein von Therapeut:innen erhoben; vgl. den Artikel von Saase et al. in diesem Band zu einem diesbezüglichen Erhebungsinstrument (Anm. d. Hrsg.).

7 Der Fokus liegt hier bei der *Aufklärung* der Klient:in (Schleu & Gast, 2018), sodass das „immanent bestehende strukturelle Machtgefälle und die psychische Abhängigkeit einer/s PatientIn [sic] verringert werden soll“ (Schleu, 2018, S. 310).

8 Betroffene Personen machen sich selbst (auch) für „die schwierige Situation in der Therapie“ (Schleu, 2018, S. 311) verantwortlich.

ken⁹ genannt (ebd.). Ferner werden hierbei auch Folgen hervorgehoben, die denen von Folter und sexualisierter Gewalt in der Kindheit entsprechen und die erhebliche und lang andauernde Schädigungen mit sich bringen (können) (ebd.).

Neben dem Aufkommen von *Beschwerden* und den potenziellen Folgen für Klient:innen ist die Reaktion von Therapeut:innen innerhalb des psychotherapeutischen Settings zu betrachten, da hier oftmals Abwehr, Bagatellisierung, Schuldzuweisung, Beschämung oder Entwertung – also ein negierender Umgang – vorkommen (Schleu, 2018). Die Einhaltung von psychotherapeutischen Prinzipien wie Abstinenz¹⁰ und Karenz¹¹ können die Prävention von Grenzüberschreitungen durch Therapeut:innen fördern (ebd.). Außerdem wirken gemeinsame Therapieziele als wichtige Orientierung und ein fester, zugleich flexibler und transparenter Rahmen als präventionsfördernde Maßnahme (ebd.).

Allerdings ist bereits an dieser Stelle hervorzuheben, dass in keiner der oben zitierten Studien von Diskriminierung oder von spezifischen Zusammenhängen wie beispielsweise Rassismus die Rede ist – ein Indikator für die fehlende Sensibilisierung. Vermutet werden kann, dass Diskriminierungserfahrungen ebenfalls in die Kategorie *Empathieversagen* fallen könnten, also als Beleidigungen, Pathologisierungen und/oder mangelnde Berücksichtigung der Lebenssituation der Klient:innen verstanden werden.

2. Diskriminierungssensible Psychotherapie?! Annäherungsversuche

Wie bereits diskutiert, ist das Therapiezimmer keinesfalls neutral, sondern ein von Macht und Herrschaftsverhältnissen durchzogener Raum, es ist „ein Feld, das vorab mit vielen Projektionen, Erwartungen und Fantasien besetzt ist“ (Rommelspacher, 2003, S. 167). Der Anspruch einer diskriminierungsfreien Praxis kann erstrebenswert sein,¹² zugleich stellt er ein wohl unerreichbares Ziel dar. Die Psychologin Udeni Appuhamilage (2012) betont für eine Auseinandersetzung mit einer antidiskriminierenden psy-

9 Vgl. den Artikel von Dernbach in diesem Band zu einer machtkritischen und intersektionalen Perspektive auf Suizidalität (Anm. d. Hrsg.).

10 Das Prinzip der Abstinenz bezieht sich darauf, dass Psychotherapeut:innen nicht eigene Bedürfnisse an den Klient:innen befriedigen.

11 Das Prinzip der Karenz bezieht sich auf die Einhaltung der Abstinenz über das eigentliche Behandlungsende hinaus.

12 Vgl. den Artikel von Czollek in diesem Band zu einem vorläufigen Modell einer diskriminierungskritischen Psychotherapie und Beratung (Anm. d. Hrsg.).

chotherapeutischen und beraterischen Praxis vor allem den dimensionalen Charakter: „Discrimination is not a theoretical concept that one understands, but a social reality that one lives; thus, the real concern is how antidiscriminatory one is/can be, in his/her encounter with clients potentially from socially marginalized groups“ (S. 338). Appuhamilage (2012) folgend bedeutet dies also unter anderem, nach möglichen Anknüpfungspunkten eines graduellen antidiskriminierenden psychotherapeutischen Vorgehens im Sinne des „how antidiscriminatory one is/can be“ (S. 338) zu suchen und die daraus folgenden möglichen positiven Veränderungen für Klient:innen zu betrachten.

Die ethischen Richtlinien der Psychotherapie erfordern eine tiefere Sensibilisierung der Therapeut:innen für Diskriminierungserfahrungen. Für die Wirksamkeit von Psychotherapie sind nicht nur Behandlungsansätze entscheidend, sondern auch die spezifischen Merkmale und das Verhalten der Psychotherapeut:innen – was sich beispielsweise daran zeigt, dass Therapeut:innen unabhängig vom Behandlungsansatz bessere Ergebnisse erzielen, wenn Klient:innen sich von ihnen verstanden fühlen (vgl. u. a. Wampold, 2011). Ein besseres Verständnis der sozialen Position der Klient:innen fördert eine wirksame Therapie.

Eine intersektionale Haltung¹³ – wie es Nayeli Y. Chavez-Dueñas, Shweta Sharma und Kolleg:innen bezeichnen (Adames et al., 2018) – begünstigt einerseits eine akzeptable und flexible Ätiologie, in der die Folgen gesellschaftlicher Macht und Herrschaftsverhältnisse als einflussreiche Faktoren für psychischen Stress betrachtet werden. Andererseits begünstigt es einen darauf abgestimmten Behandlungsplan: „This kind of exploration can be particularly helpful and perhaps even essential with members of oppressed communities who are often socialized to internalize and blame themselves for the challenges they face“ (ebd., S. 74). Eine diskriminierungssensible Haltung¹⁴ kann so die Möglichkeit bieten, dass sich Klient:innen über die Folgen internalisierter Diskriminierung bewusst werden und sich folglich

13 Den Begriff Intersektionalität (eng. *intersectionality*; *intersection* = Straßenkreuzung) verwendete erstmals die afroamerikanische Rechtswissenschaftlerin Kimberlé Williams Crenshaw (1991), die das Zusammenwirken von Rassismus, Sexismus und Klassismus untersuchte. Das theoretische, methodologische und politische Anwendung findende Konzept macht deutlich, dass immer von einer Verschränktheit unterschiedlicher Diskriminierungen ausgegangen werden muss.

14 Auf den kritischen Diskurs zu dem Begriff der Haltung kann an dieser Stelle nur oberflächlich Bezug genommen werden. Denn der Begriff Haltung wird oftmals als eine Art Sammelbecken für ethischen Anspruch etc. verwendet. Definitionsversu-

nicht mehr selbst die Schuld für die Entwicklungen von Symptomen, bspw. einem verminderten Selbstwertgefühl (ebd., S. 74), geben, sondern sie als Folge einer repressiven Umgebung betrachten (ebd.). Strukturelle Machtverhältnisse nicht nur als Kontextvariable zu betrachten, sondern explizit in die psychotherapeutische Behandlung miteinzubeziehen, eröffnet also neue Handlungsmöglichkeiten. So ermöglicht eine intersektionale Betrachtungsweise die Depathologisierung individueller, aber vor allem auch kollektiver Kämpfe: „a strong intersectional framework can assist in depathologizing many of the struggles oppressed communities experience, and open dialogue in therapy that can assist clients in generating alternative accounts of their reality and lived experiences“ (ebd., S. 74). Zusammengefasst kann eine diskriminierungssensible Therapie internalisierte Diskriminierung explizit machen, Symptome als Folge repressiver Strukturen statt individueller Schuld betrachten und neue Handlungsmöglichkeiten eröffnen.

Die Entwicklung einer diskriminierungssensiblen Haltung erfordert die Reflexion der eigenen Positionierung und die Bereitschaft zur Selbstreflexion. Therapeut:innen müssen sich mit ihren eigenen – auch unbewussten – Diskriminierungsstrukturen beispielsweise im Rahmen einer „intensiven Selbsterfahrung“ (Rauchfleisch, 2002, S. 290) auseinandersetzen. Rommelspacher (2003) spricht von einer „kulturellen Selbstreflexion“ (S. 170), insbesondere für Angehörige der Mehrheitsgesellschaft, um zu lernen, Privilegien verantwortungsbewusst zu nutzen und mit Macht produktiv umzugehen. Turner (2018) benennt die Notwendigkeit einer „tiefen kulturellen Schattenarbeit“ (S. 10) von *weißen* Psychotherapeut:innen, sodass eine Bewusstwerdung verinnerlichter Rassismen entstehen kann. So kann beispielsweise bewusst werden, dass ‚der:die Andere‘ nicht gesehen, aber die Menschlichkeit ‚des:der Anderen‘ erkannt wird, sodass sowohl die Geschichte der Entmenschlichung deutlich wird als auch das damit verbundene Schamgefühl empfunden werden kann (ebd.).

Darüber hinaus sollten Ausbildungscurricula das Thema Diskriminierung stärker thematisieren und Reflexionsräume für unbewusste Prozesse schaffen (ebd.).¹⁵ Eine kritische Auseinandersetzung mit der Sprache in der Psychotherapie ist ebenfalls notwendig, da die Sprache Machtverhält-

chen nachgehend wird deutlich, dass Haltung eng mit Handlung verbunden ist und als ein *werdender* Prozess zu betrachten ist (vgl. Georg, 2021, 2023).

- 15 Vgl. in diesem Band den Artikel von Schneller zu nachhaltiger Antidiskriminierungspraxis an Hochschulen, von Plath zu intersektionalitätsinformierter Hochschullehre und von Kreß sowie von Fall und Kirschbaum zu rassismuskritischen Bildungsangeboten für Therapeut:innen und Beratende (Anm. d. Hrsg.).

nisse reproduzieren kann (Appuhamilage, 2012). Auch ist eine kritische Reflexion von Machtstrukturen erforderlich, um Diskriminierung zu vermeiden, da eine psychotherapeutische Allianz nie neutral ist.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine diskriminierungssensible Psychotherapie die Auseinandersetzung der Therapeut:innen mit ihren eigenen Diskriminierungsstrukturen fördert und eine umfassende Reflexion erfordert. Eine Veränderung der Ausbildung, die Einbeziehung von intersektionalen Aspekten und die Förderung von Reflexionsräumen sind notwendig, um eine diskriminierungssensible Praxis zu entwickeln und eine wirksame Therapie für alle Klient:innen zu gewährleisten.

Fazit

Die ineinandergreifenden und sich gegenseitig bedingenden Un_Möglichkeiten einer diskriminierungssensiblen psychotherapeutischen Praxis wurden mithilfe von interdisziplinären theoretischen Zugängen betrachtet. Dabei wurde die Potenzialität einer psychotherapeutischen Praxis innerhalb der scheinbar verunmöglichenden professionellen Institution fokussiert. So konnte aufgezeigt werden, dass die Konstituierung der professionellen Institution Psychotherapie eine flächendeckende diskriminierungssensible Praxis behindert: Zum einen ist in einer professionellen Institution immer der Macht- und Herrschaftsanspruch inkorporiert, womit sie die Definitionsmacht besitzt, was als *krank/anders* und was als *gesund/normal* bewertet und behandelt wird. Zum anderen besteht die Gefahr, dass Normalisierungsdiskurse reproduziert werden, indem nur diejenigen, die sich „dem Normalen unterwerfen, die Weihen der Therapeutin/des Therapeuten“ (Castro Varela, 1998, S. 119) erhalten. Gleichzeitig konnte aufgezeigt werden, dass Macht neben ihren unterwerfenden und gewaltvollen Aspekten auch produktive Seiten hat und somit diskriminierungssensible psychotherapeutische Praxen hervorbringen kann. Letzteres wurde beispielsweise in der Analyse von ethischen Richtlinien, möglichen Beschwerdestellen und dem Potenzial von sensibilisierenden Ausbildungscurricula skizziert.

Eine diskriminierungssensible Praxis kann positive Veränderungen für Klient:innen, die von Diskriminierung bedroht sind oder Diskriminierung erfahren haben, mit sich bringen. Punktuelle Veränderungen, die eine diskriminierungssensible Psychotherapie begünstigen (wie die Auseinandersetzung mit der eigenen Selbstverortung in der Mehrheitsgesellschaft,

spezifische Ausbildungen, das Schaffen fehlender Reflexionsräume, der Anspruch einer verantwortungsbewussten Machtverteilung und eines reflexiven Umgangs innerhalb des Settings), können zwar als allgemeine qualitätssteigernde Handlungsempfehlungen verstanden werden, bedürfen jedoch für deren flächendeckende Umsetzung weiterer – struktureller – Maßnahmen. Zeitgleich ist die Sichtbarmachung der Grenzen einer psychotherapeutischen Praxis wichtig. Der Fokus eines psychotherapeutischen Behandlungssettings müssen das Therapie in Anspruch nehmende System und dessen individuelle Bedürfnisse bleiben, anstatt das Therapiesetting als eine Art Veränderungsraum für politische Unterdrückungsstrukturen zu nutzen bzw. mit einem solchen zu verwechseln.¹⁶

Für eine weitere Ausdifferenzierung diskriminierungssensibler Psychotherapie wären tiefergehende Analysen von schulübergreifenden und -spezifischen Praxen wünschenswert. Ebenfalls kann die ungleich verteilte Einbeziehung verschiedener Diskriminierungs- und Gewaltformen genauer betrachtet werden. So erweisen sich beispielsweise Behindertenfeindlichkeit, Klassismus, Antisemitismus, Lookismus (z. B. *Fatshaming*) und deren intersektionale Überschneidungen als unterrepräsentiert. Daran anschließend kann auch der Überbegriff „diskriminierungssensibel“ kritisch eingestuft werden, da hierdurch spezifische Perspektiven wie rassismuskritische und LGBT*IQ-sensible Ansätze Gefahr laufen, in ihrer Differenzierung verdeckt zu werden.

Folgende Implikationen und Forderungen lassen sich zusammenfassend darstellen:

- Ausbau und Verbesserung von Beschwerdemöglichkeiten und -verfahren vor allem auch im Hinblick auf Diskriminierungen, da diese in den aktuellen Erhebungsinstrumenten nicht berücksichtigt werden.
- Eine kritische Forschung zu bisher als *Kunstfehler* erfassten Folgen von (diskriminierender) psychotherapeutischer Praxis, um empirisch zu untersuchen, ob es sich bei einem derartigen Aufkommen tatsächlich um *individuelle Haltungen* einzelner Psychotherapeut:innen handeln kann.
- Die Entwicklung von Handlungsempfehlungen und deren praktische Umsetzung, um Diskriminierung in psychotherapeutischen Behandlungen entgegenzuwirken, beispielsweise durch die Implementierung von

16 Vgl. Knebel (2018) für einen weiterführenden Diskurs zu der Frage der Politisierung von Therapie; hierzu auch der Beitrag von Cuff-Schöttle und Saase in diesem Band (Anm. d. Hrsg.).

diskriminierungssensibilisierenden Themen in das Pflichtcurriculum von Ausbildungs- und Weiterbildungsstätten.

- Eine (wieder) verstärkte Gesellschaftsdiagnostik in der Psychologie sowie kritische Gesellschaftsanalysen durch Psychotherapeut:innen, um therapeutische Behandlungen gezielter auf die Bedürfnisse der therapiesuchenden Personen auszurichten.
- Die Etablierung von diskriminierungssensiblen Akut-Einrichtungen mit spezialisierten Ausrichtungen, beispielsweise in Anlehnung an May Ayim (1995), sowie die Schaffung von Einrichtungen psychosozialer Versorgung im Kontext von Migration und Rassismus.

Eine Möglichkeit, dem ethischen Anspruch von *Gerechtigkeit und Diskriminierungsfreiheit* (s. o.) der *professionellen Institution Psychotherapie* gerecht zu werden oder sich ihm zumindest anzunähern, ist die Umsetzung der angeführten Forderungen dieses Artikels. Ein Bestreben, diese und weitere Veränderungen aktiv anzugehen, ist wünschenswert und einem starren Beharren auf und Rühmen mit vermeintlichen Prinzipien vorzuziehen.

Literatur

- Adames, H. Y., Chavez-Dueñas, N. Y., Sharma, S., & La Roche, M. J. (2018). Intersectionality in psychotherapy: The experiences of an AfroLatinx queer immigrant. *Psychotherapy* (Chicago), 55(1), 73–79. <https://doi.org/10.1037/pst0000152>
- Afrozensus (2020). *Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland*. Afrozensus. <https://afrozensus.de/reports/2020/#start>
- Appenroth, M. N., & Castro Varela, M. d. M. (2019). *Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung*. transcript.
- Appuhamillage, U. (2012). Anti-discriminatory practices in counselling and psychotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(4), 337–339. <https://doi.org/10.1080/14779757.2012.740326>
- Ayim, M. (1995). Weißer Streß und Schwarze Nerven. Streßfaktor Rassismus. In M. Schäfgén (Hrsg.), *Streß beiseite. Ein Ratgeber* (S. 100–119). Orlanda Frauenverlag.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2008). *Principles of Biomedical Ethics* (6. Aufl.). Oxford University Press [Orig. 1989].
- Boger, J. M.-A. (2015). Das Trilemma der Depathologisierung. In C. Schmechel, F. Dion, K. Dudek & M.* Roßmöller (Hrsg.), *Gegendiagnose. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie* (Bd. 1, S. 268–288). edition assemblage.
- Caspar, F., Pjanic, I. & Westermann, S. (2018). *Klinische Psychologie*. Springer VS.
- Castro Varela, M. d. M. (1998). Die Lage ist normal. Normalisierungskurse in der Aus- und Weiterbildung. In M. d. M. Castro Varela (Hrsg.), *Suchbewegungen. Interkulturelle Beratung und Therapie* (S. 117–126). dgvt.

- Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Ethikverein (2019). *Ethik in der Psychotherapie. Wir helfen Ihnen – unabhängig, vertraulich und kostenfrei*. <https://ethikverein.de/>
- Faissner, M., & Braun, E. (2024). The ethics of coercion in mental healthcare: the role of structural racism. *Journal of Medical Ethics*, 50(7), 476–481. <https://doi.org/10.1136/jme-2023-108984>
- Foucault, M. (1976). *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Ullstein.
- Georg, E. (2019). Selbstsorge. Distanzierung. Professionalität. Eine problematische Trias in Beratung und Psychotherapie. In E. Mader, C. Schmechel, K. Kawalska & A. Steinweg (Hrsg.), *Gegendiagnose II. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie* (S. 168–183). edition assemblage.
- Georg, E. (2021). *Haltung zeigen. Reagieren auf Diskriminierung, Rechtspopulismus und Rassismus in der Schule*. Wochenschau Verlag.
- Georg, E. (2023). Haltung zeigen, haben, lernen ... *Sozial Extra*, 47, 13–16. <https://doi.org/10.1007/s12054-023-00563-x>
- Habermas, T. (2019). *Emotion and narrative. Perspectives in autobiographical storytelling*. Cambridge University Press.
- Hanses, A. (2007). Professionalisierung in der Sozialen Arbeit – Zwischen Positionierung, Macht und Ermöglichung. In R. Anhorn, F. Bettinger & J. Stehr (Hrsg.), *Foucaults Machtanalytik und soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme* (Bd. 1, S. 309–320). VS.
- Häußling, R. (2018). Institution. In J. Kopp & A. Steinbach (Hrsg.), *Grundbegriffe der Soziologie* (12. Aufl., S. 191–193). Springer.
- Kasprowski, D., Fischer, M., Chen, X., Vries, L. de, Kroh, M., Kühne, S., Richter, D., & Zindel, Z. (2021). Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI+-Menschen. *DIW Wochenbericht*, 88(6), 80–88. https://doi.org/10.18723/diw_wb:2021-6-1
- Knebel, L. (2018). Muss Psychotherapie politisch werden? Nein, aber ... *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 42(2/3), 25–47.
- Margraf, J., & Schneider, S. (Hrsg.). (2018). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 1, 4., vollst. überarb. und akt. Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54911-7>
- Pascoe, E. A., Lattanner, M. R., & Richman, L. S. (2022). Meta-analysis of interpersonal discrimination and health-related behaviors. *Health Psychology*, 41(5), 319–331. <https://doi.org/10.1037/hea0001147>
- Pinderhughes, E. (1989). *Understanding race, ethnicity, and power. The key to efficiency in clinical practice*. Free Press.
- Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (2025). *Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen vom 25.4.2008, mit Stand vom 14.01.2025*. Recht NRW. https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=100000000000000000364

- Rauchfleisch, U. (2002). Therapieschäden bei lesbischen, schwulen und bisexuellen Klientinnen und Klienten. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 282–292). Matthias-Grünewald-Verlag.
- Rommelspacher, B. (1995). *Dominanzkultur. Texte zu Fremdheit und Macht*. Orlanda Frauenverlag.
- Rommelspacher, B. (2003). Interkulturelle Beziehungsdynamik in Beratung und Therapie. In B. Strauß & M. Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Zeiten der Veränderungen* (S. 161–171). Opladen.
- Schleu, A. (2018). Empathieversagen und Grenzverletzungen in der Psychotherapie von komplex traumatisierten Patienten. *Trauma und Gewalt*, 12(4), 308–321. <https://doi.org/10.21706/TG-12-4-308>
- Schleu, A., & Gast, U. (2018). Schädigungen in der Psychotherapie durch Grenzverletzungen und Empathieversagen. In J. Schellong, F. Eppe & K. Weidner (Hrsg.), *Praxisbuch Psychotraumatologie* (S. 268–272). Thieme.
- Schleu, A., & Hillebrand, V. (2016). Grenzverletzungen in der Psychotherapie und ihre Prävention. In U. T. Egle, P. Joraschky, A. Lampe, I. Seiffge-Krenke & M. Cierpka (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen* (4., überarb. und erw. Aufl., S. 764–794). Schattauer.
- Schleu, A., & Strauß, B. (2024). *Grenzverletzungen in der Psychotherapie. Ein interdisziplinärer Diskurs zum institutionellen Umgang mit Machtmissbrauch*. Psychosozial-Verlag.
- Schwartz, D., & Strauß, B. (2018). Zur Definition und Erfassung von Kunstfehlern und Kunstfehlerfolgen in der Psychotherapie. *Trauma und Gewalt*, 12(4), 296–306. <https://doi.org/10.21706/TG-12-4-296>
- Steinhäuser, T., Schödtell, S., & Auckenthaler, A. (2016). Zwischen Verständnis und Enttäuschung. Wie Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund die psychosoziale Versorgung in Deutschland erleben. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 48(1), 23–39.
- Turner, D. (2018). ‘You Shall Not Replace Us!’ White supremacy, psychotherapy and decolonisation. *British Journal of Medical Psychology*, 18(1), 1–12.
- Wampold, B. E. (2011). *Qualities and Actions of Effective Therapists*. American Psychological Association.
- Wolf, G. (2006). Lesbische Frauen in der Psychotherapie – welche Probleme und Fehler können im psychotherapeutischen Behandlungssetting auftreten? In U. Biechele, P. Hammelstein & T. Heinrich (Hrsg.), *Anders ver-rückt?! Lesben und Schwule in der Psychiatrie* (S. 86–93). Lengerich.
- Yeboah, A. (2017). Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. In K. Fereidooni & M. El (Hrsg.), *Rassismuskritik und Widerstandsformen* (S. 143–161). Springer. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-14721-1_9