



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Psychotherapie im Spannungsfeld rassistischer Diskriminierung und *weißer* Privilegien: Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von Black Indigenous People of Color (BIPoC)“

verfasst von / submitted by
Helena Flemming, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Mag.rer.nat. Dr.phil.Harald Werneck

Vorwort

Im Sinne einer geschlechterinklusive Sprache wurde sich beim Verfassen der vorliegenden Arbeit für den Genderstern* entschieden. Dies dient dazu, die Realität geschlechtlicher Vielfalt sprachlich sichtbar zu machen.

Die politische Selbstbezeichnung Black Indigenous People of Color (BIPOC) beschreibt eine gesellschaftliche Position von Menschen mit Rassismuserfahrungen und nicht ein biologisches Merkmal. Der Begriff dient der Sichtbarmachung von Rassismus und Machtverhältnissen in einer mehrheitlich *weißen* Gesellschaft.

Die Großschreibung von Schwarz beschreibt eine gesellschaftliche Positionierung und ist ebenfalls eine Selbstbezeichnung von Personen, die von Rassismus betroffen sind. Schwarz beschreibt eine politische Identität und keine biologische Eigenschaft.

Die Kursivschreibung von *weiß* bezeichnet kein biologisches Merkmal, sondern eine nicht von Rassismus betroffene gesellschaftliche Norm und Macht-Position, die mit bestimmten Privilegien einhergeht.

Danksagung

Ich möchte an dieser Stelle den vielen Menschen danken, die zu der Entstehung der Arbeit beigetragen haben. Der größte Dank geht dabei an meine Interviewpartner*innen für das entgegengebrachte Vertrauen und die Offenheit, mit denen sie mir in den Gesprächen begegneten. Meinen Freund*innen und meinen Geschwistern, Sophie und Niclas sowie meiner Mutter Anja, danke ich für die kritischen Anregungen und für die liebevolle emotionale Unterstützung.

Ich danke Ass.-Prof. Mag.rer.nat. Dr.phil. Harald Werneck für die gute Betreuung und für die stets hilfreichen Rückmeldungen. Der österreichischen Hochschüler*innenschaft danke ich für das Stipendium für die Masterarbeit aus dem queer-feministischen Fördertopf. Die darüber vermittelte Hervorhebung der Themenrelevanz und die Sicherheit, die sich aus der finanziellen Unterstützung ergab, haben zu einem vertiefenden und konzentrierten Arbeiten beigetragen.



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Theoretischer Hintergrund.....	6
1.1 Rassismuskritische Perspektive.....	6
1.1.1 Rassismus: Definition.....	7
1.1.2 Rassismuserfahrungen.....	8
1.1.3 Weißsein & weiße Privilegien.....	9
1.1.4 Spannungsfeld: rassistische Diskriminierung und weiße Privilegien	11
1.2 Psychotherapie.....	12
1.2.1 Qualitative Psychotherapieforschung	13
1.2.2 Therapeutische Beziehung: Modellvorstellung.....	14
1.2.3 Einflussfaktoren auf die Beziehungsgestaltung.....	16
1.2.4 Spannungsfeld: Herausforderungen an den Therapieprozess.....	19
1.3 Forschungsvorhaben und Forschungsfragen.....	20
2 Methode.....	22
2.1 Explorativ qualitative Forschung.....	22
2.2 Methodenwahl	23
2.3 Rekrutierung	24
2.4 Stichprobe	24
2.5 Erhebungsinstrument	26
2.6 Der Interviewleitfaden.....	27
2.7 Interviewdurchführung und Interviewsituation.....	28
2.8 Qualitative Datenaufbereitung.....	29
2.9 Computergestützte Datenanalyse mit „MAXQDA“.....	30
2.10 Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz.....	30
2.11 Kritische Reflexion von Konzeption und Interviewführung.....	31
2.12 Ergebnisdarstellung	32
3 Ergebnisse.....	34
3.1 Erwartungen.....	34
3.2 Therapeutische Beziehung.....	36
3.3 Gesellschaftliche Themen.....	40
3.4 Umgang mit Rassismus(-erfahrungen).....	41
3.4.1 Seitens Klient*in.....	41
3.4.2 Seitens Therapeut*in.....	42
3.5 Aspekte einer erfolgreichen Therapie.....	44

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPOC

3.6 Abgeleitete Themen.....	45
4 Diskussion.....	47
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	47
4.2 Therapeutische Beziehung.....	59
4.3 Umgang mit Rassismus(-erfahrungen).....	51
4.4 Identität & Irritationen des Selbst- und Weltbildes.....	53
4.5 Praktische Implikationen.....	54
4.6 Ausblick.....	56
4.7 Limitationen.....	57
References	58
Anhang	75
Anhang A.....	75
Anhang B.....	76
Anhang C.....	77
Anhang D.....	79
Anhang E.....	80
Anhang F	81
Anhang G.....	100
Tabellenverzeichnis.....	102

Einleitung

Gesellschaftliche Verhältnisse sind im deutschsprachigen Raum auf vielen Ebenen von einer proportionalen Verteilung entfernt. Ethnische Minderheiten und Frauen bilden insgesamt die unteren gesellschaftlichen Schichten mit einem geringeren Bildungsniveau, geringerem Einkommen, höherer Arbeitslosigkeit und schlechterer Gesundheitsversorgung ab (Tißberger, 2013). Diese strukturellen und institutionellen Differenzen sind auch im psychotherapeutischen Kontext zu beobachten. Es gibt Hinweise dafür, dass ambulante Psychotherapie im deutschsprachigen und amerikanischen Raum überwiegend von *weißen* mittelständigen Personen durchgeführt und in Anspruch genommen wird (Yeboah, 2015). Konkret bestätigt eine Analyse des „Centre for Workforce Studies“ der American Psychological Association (APA) mit einem Anteil von 86 % an *weißen* Psycholog*innen die Homogenität des Berufsfelds (Hamp et al., 2016). Obwohl 39,9% der amerikanischen Gesellschaft BIPoC sind, liegt der Anteil an BIPoC Psycholog*innen bei nur 14% (US. Census Bureau, 2015). Die weiteren psychologischen Berufsfelder werden ähnlich homogen eingeschätzt (Hamp et al., 2016; Satcher, 2001). Im deutschsprachigen Raum gibt es keine vergleichbaren Daten, die zwischen *weißen* und BIPoC unterscheiden, sondern lediglich solche, die zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund differenzieren. Eine deutschlandweite Umfrage der AG „Psychiatrie und Migration“ ergab, dass bei einem Migrant*innen-Anteil von 19% in Deutschland der Anteil jener Personengruppe in psychotherapeutischen und psychosomatischen Einrichtungen bei 4,5%, in stationär-psychiatrischen bei durchschnittlich 17,4% und in forensischen Einrichtungen bei 27,2% liegt (Schouler-Ocak et al., 2008). Daraus erschließt sich, dass Personen mit Migrationshintergrund in ambulanter Psychotherapie deutlich unterrepräsentiert und im Vergleich dazu im forensischen Kontext überproportional häufig vertreten sind. Diese Ergebnisse verweisen darauf, dass die psychische Gesundheitsversorgung jene Personengruppe oftmals erst am Ende der Versorgungskette erreicht, was wiederum als eine erhebliche Fehlversorgung interpretiert werden kann (Bär, 2011). Der Forschungsfokus bei Studien mit „migrantischen Stichproben“ ist zudem überwiegend auf die Folgen von Migrationsprozessen und kulturelle Unterschiede gerichtet. Bei genauerer Betrachtung und Differenzierung jener „migrantischen Stichproben“ ist ersichtlich, dass die Personen, die neben den Migrationsprozessen zusätzlich von rassistischer Diskriminierung betroffen sind, eine schlechtere psychische Gesundheit aufweisen (Yeboah, 2015).

Die Ausklammerung des Themas Rassismus sowohl in gesellschaftlichen Diskursen als auch in der psychotherapeutischen Ausbildung und Praxis wird von der Psychotherapeutin Lucia Muriel als „blinder Fleck der Psychotherapie“ betitelt (Dahmer, 2020). Dies kann zur Kontinuität bestimmter rassistischer Bilder führen, die sich wiederum auf die Attribution der Symptomatik sowie die Dynamik der therapeutischen Beziehung auswirken kann (Tißberger, 2004; Wachendorfer, 2000; Yeboah, 2017). Zudem wird vermutet, dass die Tabuisierung von Rassismus in der psychischen

Gesundheitsversorgung zu einer Verstärkung internalisierter rassistischer Praxis führt (Yeboah, 2015).

Rassismus ist ein Phänomen der alltäglichen gesellschaftlichen Praxis (Melter, 2006; Terkessidis, 2004). Diskursiv wird rassistisches Wissen hergestellt, das durch Bildung und Medien verbreitet und in sozialen Interaktionen, durch institutionelle Praktiken und als strukturelle Ungleichheit wirksam wird (Velho, 2016). Kollektive Bilder, Erzählungen und gesellschaftliche Institutionen formieren einen rassistischen Komplex an Wissen, „der historisch entwickelte und aktuelle Machtverhältnisse legitimiert und reproduziert“ (Rommelspacher, 2002, S. 132). Rassismen wirken mitunter über die Positionierung von Subjekten nach dem Kriterium der Zugehörigkeit bzw. Nicht-Zugehörigkeit, dabei werden über charakteristische Merkmale anhand der Kategorien „Kultur“, „Religion“ und „Ethnie“ Differenzen konstruiert und hergestellt (Mecheril, 2004; Mecheril & Melter, 2010), die zur Legitimation von sozialer Ungleichheit herangezogen werden (Velho, 2016). Somit drückt sich Rassismus einerseits individuell durch das alltägliche Angreifen einzelner Personen aus, stellt schlussendlich jedoch ein gesellschaftliches Machtsystem dar, das über die institutionelle, strukturelle und diskursive Ebene stabilisiert wird (Elverich et al., 2006).

Die wiederkehrende über Aussagen wie „Du kannst aber gut Deutsch“ stattfindende, Konfrontation mit Alltagsrassismen, können als rassistische Mikroaggressionen benannt werden. Mit dem sozialpsychologischen Begriff Mikroaggression werden als übergriffig wahrgenommene Äußerungen der alltäglichen Kommunikation sichtbar gemacht (Pierce, 1970). Aus internationalen Studien geht hervor, dass rassistische Mikroaggressionen Stressreaktionen aktivieren, die die Entstehung von Depression, Angststörung und psychischer Desintegration bei BIPoC begünstigen (Carter, 2007; Taylor & Turner, 2002). Zudem führen Rassismuserfahrungen zur Beeinflussung der Identitätsentwicklung, des Selbstkonzepts und der sozioökonomischen Möglichkeiten von BIPoC (Comas-Díaz & Jacobsen, 2001; Satcher, 2001; Yeboah, 2015). Demgegenüber sind im deutschsprachigen Raum kaum Studien zu den Folgen von rassistischer Diskriminierung auf die psychische Gesundheit zu finden (Yeboah, 2015).

Die Studien weisen darauf hin, dass Betroffene durch die vielen Folgen eines rassistischen Systems ein erhöhtes Stresslevel (Carter, 2007; Clark et al., 1999) und eine erhöhte psychische Vulnerabilität (Carter, 2007; Comas-Díaz & Jacobsen, 2001) aufzeigen. In dem Zusammenhang lässt sich fragen, wie die geringe Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung, von BIPoC bei erhöhter psychischer Belastung, zu erklären ist.

Die aus der Forschung hervorgehenden Gründe für die geringere psychotherapeutische Inanspruchnahme von Personen ethnischer Minderheiten verweisen auf einen erschwerten Zugang zum psychologischen Versorgungssystem (Carter, 2007; Yeboah, 2015) sowie die Befürchtung rassistischer Fehlbehandlung durch Behandelnde und Misstrauen ihnen gegenüber (McLean et al.,

2003; Sue & Sue, 1999). Zudem ist bei Personen ethnischer Minoritäten zusätzlich zur geringen Inanspruchnahme eine erhöhte Abbruchrate der Psychotherapie festzustellen (Arnow et al., 2007; Cahill et al., 2008; Casas et al., 2002; Satcher, 2001, Wang, 2007). Eine mangelnde Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung gilt als prädiktiver Faktor für einen frühzeitigen Therapieabbruch (Anderson et al., 2019; Sharf et al., 2010). Eine schwache therapeutische Beziehung kann dabei Grund oder Folge des frühzeitigen Abbruchs sein, es ist jedoch zu vermuten, dass zumeist die geringe Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung dem frühzeitigen Abbruch vorausgeht (Tyron & Kane, 1990).

Die Aspekte des Misstrauens und die erhöhte Abbruchrate sind auf individueller und interpersoneller Ebene wirksam und sollen in der vorliegenden Arbeit, anhand der therapeutischen Beziehung, die einen tragenden Faktor einer wirksamen Psychotherapie ausmacht (Lambert & Barley, 2001), näher exploriert werden. Es ist zu vermuten, dass die geringe Repräsentation von BIPOC in der Therapeut*innenschaft auf struktureller Ebene einen weiteren Faktor für die geringe Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie ausmacht (Yeboah, 2017).

Dort, wo von Personen gesprochen wird, die über den Prozess des Otherings benachteiligt werden, gilt es auch, die Personengruppe der *weißen* Mehrheitsgesellschaft zu benennen, die durch das System Rassismus profitiert (Dyer, 1977; McIntosh, 1989; Tißberger, 2004; Wachendorfer, 2000). Unter Einbezug der Ansätze der kritischen *Weißseins*-Forschung werden im theoretischen Teil die Wirk- und Funktionsweise von Rassismus benannt und die damit einhergehenden *weißen* Privilegien aufgezeigt. Rassismus wird im Sinne von Martina Tißberger (2013) als konstitutives Element der *weißen* Mehrheitsgesellschaft aufgefasst. Neben der Benennung der von Rassismus betroffenen De-Privilegierten, wird in dieser Arbeit auch die Position der privilegierten *Weißßen* sichtbar gemacht. Dies soll insbesondere dazu dienen, die Normativität von *Weißsein* in westlichen Kulturen zu demaskieren und darüber hinaus in ihrem Einfluss auf die Machtdynamik zu diskutieren. Die machtkritische Analyse des Spannungsfeldes, das sich aus den Privilegien und Benachteiligungen ergibt, soll strukturell auf den therapeutischen Raum angewandt und analysiert werden.

Die gesellschaftliche Positionierung und Differenzierung erfolgen auf der Verschränkung unterschiedlicher Kategorien wie beispielsweise Geschlecht, sexuelle Orientierung, Alter, Klasse (soziale Schicht), und Religiosität, die den Subjektivierungsprozess und den Zugang zu sozialen und ökonomischen Ressourcen beeinflussen (Erel et al. 2007; Degele & Winkler, 2009). Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt auf der Ebene der Rassismuserfahrungen. Eine genaue Analyse der Verschränkung verschiedener Differenzkategorien wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit allerdings nicht stattfinden, da dies den Rahmen der Arbeit übersteigen würde.

In der vorliegenden Arbeit wird die Perspektive derjenigen aufgezeigt, die einerseits von der *weißen* Mehrheitsgesellschaft zu den „Anderen“ konstruiert werden und andererseits im

deutschsprachigen psychologischen Wissenschaftsdiskurs unterrepräsentiert sind (Tißberger 2004; Kilomba, 2008). Ein Anliegen dieser Arbeit ist es, den Subjektstatus der an der Untersuchung teilnehmenden Personen zu wahren. Die Wahl eines qualitativen Forschungsdesigns ist daher naheliegend (Kilomba, 2008). Kritisch hervorzuheben und zu betrachten ist, dass bereits in der Beschreibung der Sachverhalte das Zurückgreifen auf problematische Kategorien (Gender, Ethnie etc.) nötig ist und diese Kategorien somit bereits auf sprachlicher Ebene reproduziert werden. Der Anspruch der Arbeit wird nicht die Dekonstruktion jener Kategorien sein, sondern durch das Aufzeigen der dahinterliegenden Mechanismen, die Thematisierung von rassistischer Diskriminierung und deren Machtdynamik in Bezug auf den psychotherapeutischen Kontext zu ermöglichen. Das Forschungsvorhaben sowie die verschriftlichte Arbeit verfolgen den Anspruch, die Besprechbarkeit von Rassismuserfahrungen im psychologischen Kontext zu erleichtern (Kilomba, 2008; Yeboah, 2015). Um dabei jedoch einer blinden Affirmation vorzubeugen, ist es wesentlich, die eigene subjektive und institutionelle Verortung in ihre Konstruktions- und Reproduktionsweisen im Bewusstsein zu halten und kritisch zu reflektieren (Castro Varela & Dhawan, 2003). Dem wird im Teil der kritischen Reflexion der Rolle als Interviewende und forschende Person und im Diskussionsteil nachgegangen.

Im Folgenden wird ein Einblick in den Theoriehorizont der Arbeit gegeben. Dazu werden zunächst die theoretischen Begriffe Rassismus(-erfahrungen) und *weiße* Privilegien definiert. Zudem wird die der Arbeit zugrundeliegende theoretische Perspektive, unter Bezugnahme auf die kritischen *Weißsein*-Studien, dargestellt. Daraufhin wird die Aufmerksamkeit auf die Psychotherapie und im Speziellen auf die therapeutische Beziehung gerichtet. An dieser Stelle erfolgt zuerst die Modelldarstellung der therapeutischen Beziehung, um anschließend, unter Einbezug unterschiedlicher Studien, mögliche Herausforderungen an die Beziehungsgestaltung zu erörtern, die durch das Spannungsfeld aus Privilegien und Diskriminierung hervorgebracht werden. Es werden die aktuellen Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung dargestellt, auf deren kontextuellen Einbindung die Wahl des qualitativen Untersuchungsdesigns begründet ist.

Zusammenfassend ist die vorliegende Arbeit als eine Auseinandersetzung mit dem Ungleichgewicht der Inanspruchnahme von Psychotherapie zu verstehen. Einerseits sollen mit dem erhöhten Misstrauen gegenüber Behandelnden (McLean et al., 2003; Sue & Sue, 1999) und der erhöhten Abbruchrate (Arnold et al., 2007; Cahill et al., 2008; Casas et al., 2002; Satcher, 2001, Wang, 2007) zwei aus der Forschung diskutierte Gründe über die Erfahrungsberichte von acht BIPOC-Klient*innen genauer analysiert werden. Andererseits wird das Spannungsfeld, das sich aus den *weißen* Privilegien und rassistischer Diskriminierung ergibt, im Hinblick auf die Beeinflussung des therapeutischen Beziehungsaufbaus erörtert und im Konkreten am Umgang mit dem Thema Rassismus und den persönlichen Rassismuserfahrungen analysiert. Ein weiteres Ziel ist es, durch das

Sichtbarmachen von alltäglichen Rassismuserfahrungen, die Relevanz hervorzuheben eine Auseinandersetzung mit Diskriminierungs- und Machtpraktiken innerhalb der psychologischen Ausbildung zu führen. Anregungen für Veränderungen innerhalb der Psychotherapie im Sinne der Selbstreflexion und Rassismussensibilität werden im abschließenden Teil der Arbeit diskutiert.

1. Theoretischer Hintergrund

Die Darstellung des der Arbeit zugrundeliegenden theoretischen Hintergrunds und dessen kontextuelle Einbindung in die Psychotherapieforschung dient zur Veranschaulichung der zu untersuchenden Forschungslücke und der Wahl des qualitativen Forschungsdesigns als Methode der Forschungsarbeit. Zunächst wird über den Ansatz der kritischen *Weißseins*-Forschung die rassismuskritische Perspektive dargelegt. Es werden die theoretischen Begriffe des Rassismus sowie *Weißseins* definiert und die psychologische Wirkung von Rassismuserfahrungen anhand empirischer Studien dargestellt. Darauf folgend wird ein Einblick in die Psychotherapieforschung gegeben. Es werden zwei Modelle der therapeutischen Beziehung sowie Einflussfaktoren auf die Beziehungsgestaltung vorgestellt und unter Einbezug des Spannungsfeldes mögliche Herausforderungen an den Beziehungsaufbau diskutiert.

1.1 Rassismuskritische Perspektive

Rassismus ist historisch und kontextabhängig unterschiedlich ausgeprägt und tritt in einer Vielzahl von Rassismen und Diskriminierungsformen auf (Velho, 2016). Als Teil westlicher Gesellschaftsstrukturen ist Rassismus auf unterschiedlichen Ebenen wirksam (Kilomba, 2008; Yeboah, 2015;) und ist nicht, wie lange mit der „multikulturellen Kontakthypothese“ propagiert wurde, ein Problem der Einstellungen und Vorurteile (Einig, 2005), sondern „als gesellschaftliches Prinzip, tief in Strukturen und Diskurse eingelassen“ (Elverich et al., 2006, S. 14). In dem deutschsprachigen Wissenschaftsdiskurs wurde Rassismus als Begriff lange vermieden (Kilomba, 2008) und als theoretisches sowie praktisches Problem vernachlässigt (Weiß, 1998). Stellvertretend wird zur Beschreibung des Sachverhaltes häufig auf Begriffe der „Fremdenfeindlichkeit“ oder „Ausländerfeindlichkeit“ ausgewichen. Ausländer*innen wie beispielsweise *weiße* Schwed*innen sind in Österreich oder Deutschland selten von Fremdenfeindlichkeit oder Ausländerfeindlichkeit betroffen, während für beispielsweise Schwarze Deutsche, die im Land geboren und aufgewachsen sind, rassistische Übergriffe alltäglich sind (Kilomba, 2008). Der Status von In- bzw. Ausländer*innen scheint bei An- und Übergriffen somit nicht im Fokus zu stehen, sondern es sind die Zuschreibungen ausschlaggebend, die mit dem Konstrukt der „Ethnie“ oder „Religion“ verknüpft sind. Das zentrale Problem der Ungleichheit bleibt bei den Begrifflichkeiten unberührt und ist somit unzureichend, um das Phänomen rassistische Diskriminierung und sein Wirkspektrum sinngemäß zu erfassen (Kilomba, 2008). Nicht nur fand im deutschsprachigen Raum wenig Forschung zu Rassismus und den psychologischen Auswirkungen statt, auch blieb die Perspektive der von Rassismus betroffenen Subjekte im wissenschaftlichen Diskurs lange gänzlich unsichtbar (Kilomba, 2008). Überdies wurde Rassismusforschung lange von *weißen* Personen als etwas betrieben, das nichts mit der eigenen Positionierung zu tun hat (Kilomba, 2008).

Die vorliegende Arbeit macht sich explizit zur Aufgabe, die psychologische Forschung um die Subjektperspektive von BIPOC im deutschsprachigen Raum zu erweitern. Zunächst werden die Rassismusdefinitionen von Kilomba (2008) und Terkessidis (2004) dargestellt, die sich explizit dadurch auszeichnen, dass die *weißen* Handlungsträger*innen benannt werden, die sowohl aus den rassistischen Strukturen profitieren als auch zu ihrer Aufrechterhaltung beitragen. Dadurch wird wiederum ersichtlich, dass die Verortung von zumeist *weißen* Forschenden als neutral analysierende Person durch die Implikation in rassistischen Strukturen problematisch ist. Die Autorin wird ihre Positionierung im Methodenteil offenlegen und als Einflussfaktor berücksichtigen. Die psychologische Dimension von rassistischer Diskriminierung soll über die Definition der Rassismuserfahrungen von Paul Mecheril veranschaulicht und um Erkenntnisse zu den psychologischen Auswirkungen von Rassismuserfahrungen ergänzt werden.

1.1.1 Rassismus: Definition

Die Psychoanalytikerin Grada Kilomba definiert Rassismus anhand drei simultaner Elemente: der Konstruktion von Unterschieden, der Hierarchisierung von Unterschieden und dem Element der Macht. Personen, die als nicht *weiß* gelesen werden, werden über sozialpsychologische Mechanismen des „Othering“ entlang der Kategorien Ethnie und Religion von der *weißen* Mehrheitsgesellschaft zu „den Anderen“ konstruiert und markiert (Lerch, 2019). Die eigene Subjekt-Position bleibt dabei unmarkiert und undefiniert (Lerch, 2019). „Exotisierung, Bewunderung, Sexualisierung, Einbeziehung, Kulturalisierung, Biologisierung, Verachtung, Marginalisierung, Ausschluss, Entrechtung, Abschiebung, Gewalt und Auslöschung“ sind dabei alltägliche Mechanismen, über die BIPOC zu rassifizierten Anderen konstruiert werden (Velho, 2016, S. 28). Das Individuum wird in die Position „der Anderen“ gebracht und erfährt über Prozesse der Stigmatisierung die Zuordnung zu einer Gruppe und damit einhergehend eine De-Individualisierung des markierten Subjektes. Die Hierarchisierung wird auf alle Personen einer Gruppe angewandt, wodurch Zuschreibungen einem Naturalisierungsprozess der Unterschiede unterliegen, die sich über Diskurse manifestieren (Kilomba, 2008). Zusammengefasst können die beiden Elemente auch Vorurteile benannt werden, die vom dritten Element der historischen, sozialen, politischen und ökonomischen Macht begleitet sind. Die Kombination aus Macht und Vorurteilen ist dabei elementar für Rassismus, die als Unterdrückungsstruktur soziale Ungleichheit produziert und mit *White Supremacy* der Mehrheitsgesellschaft einhergeht, die von einer Reihe an Privilegien für *Weiß*e gestützt wird (Kilomba, 2008). In diesem Sinne können Personen, die von Rassismus betroffen sind, aufgrund des fehlenden Zugriffs auf das elementare Element der Macht, selbst nicht rassistisch agieren (Kilomba, 2008). Anlehnend daran betont auch Iris Marion Young (2011) die Unterscheidung zwischen Diskriminierung und Vorurteile anhand des Aspektes der Macht, die über sozialpolitische Systeme

als Unterdrückungsform wirksam wird. Weiter führt Kilomba (2008) aus, institutioneller Rassismus zeige sich in der Institutionalisierung von Ungleichheiten über den Arbeits- und Wohnungsmarkt, Bildungs- und Rechtssystem, in denen das *weiße* Subjekt gegenüber dem nicht-*weißen* Subjekt bevorteilt wird (Kilomba, 2008). Struktureller Rassismus wirkt durch den weitestgehenden Ausschluss rassifizierter Personen aus politischen und gesellschaftlichen Strukturen, mitunter auch im psychologischen Versorgungssystem, wodurch die Sichtbarkeit von BIPoC in öffentlichen Diskursen stark eingeschränkt ist (Kilomba, 2008).

Nach Mark Terkessidis ist die ungleiche Machtposition ebenfalls das zentrale Moment von Rassismus und somit elementar für die Auffassung von Rassismus als „Macht-Wissens-Komplex“ (2004). Dieser besteht aus den Elementen der Rassifizierung (das rassifizierte Subjekt), Differenzierung und den Ausgrenzungspraktiken. Übereinstimmend mit Kilomba ist das erste Element die Konstruktion einer vermeintlich naturgegebenen Einheit, der „rassifizierten Anderen“. Körperliche oder kulturelle Merkmale werden einzeln hervorgehoben, verallgemeinert und als Unterscheidungsmerkmal formuliert, anhand dessen Eingrenzung zu einer Gruppe und der gleichzeitigen Abgrenzung zur eigenen Gruppe stattfindet. In dieser Ausgrenzungspraktik zeigt sich die „ganze praktische Struktur von Rassismus“ (Terkessidis, 1998, S. 78). Metaphorisch wird Rassismus von Terkessidis (2004) als Apparat beschrieben, der Personen systematisch und dezentral zu „den Anderen“ macht. Der Arbeitsmarkt, kulturelle Hegemonie und die Staatsbürgerschaft sind dabei zentrale Institutionen zur Herstellung rassistischer Ungleichheitsverhältnisse (Terkessidis, 2004). Diese Institutionen bauen auf rassistischen Wissensbeständen auf, die die Trennung zwischen „den Anderen“ und der Mehrheitsgesellschaft ebenso herstellen wie auch in sich tragen, während gleichzeitig die Erfahrung und das Wissen der Personen, die von Rassismus betroffen sind, aberkannt wird (Terkessidis, 2004). Rassistisches Wissen ist laut Terkessidis (2004) ein Komplex aus Vorstellungen über „die Anderen“, die von der Mehrheitsgesellschaft gestützt und über diskursive sowie nicht diskursive Praktiken verbreitet werden und zu der Aufrechterhaltung von Ungleichheitsverhältnissen beitragen. Eine Analyse von Eggers ergab, dass auf rassistisches Wissen aufbauende Differenzen, gesellschaftliche Bewertung der Differenzen und hierarchische Positionierungen „signifikante Themen bei Identifikationsprozessen und Persönlichkeitsbildung“ von Kindern sind (Eggers, 2005, S. 357).

1.1.2 Rassismuserfahrungen

Rassismuserfahrungen, als psychologische Kategorie betrachtet, wirken auf die Konstitution des Selbst, des Verhaltens, Erlebens und der Wahrnehmung Betroffener ein (Mecheril, 1994). Paul Mecheril (1994) unterscheidet zwischen den drei Formen der groben, subtilen und antizipierenden Rassismuserfahrungen. Rassismus kann in der groben Form durch Beschimpfungen, Beleidigungen

oder körperliche Gewalt erfahren werden oder sich in subtiler Form über die Herabwertung und Geringschätzung in der eigenen Person manifestieren (Vgl. Velho, 2016). Antizipierend zeigt Rassismus seine Wirkung durch die von Angst vor Rassismuserfahrungen geleitete Beeinflussung des Verhaltens und Erlebens betroffener Personen (Vgl. Velho, 2016).

Über den Begriff der rassistischen Mikroaggression können die Machtdynamiken jener Interaktionen benannt werden, in denen Dominanz, Superiorität und Verleumdung durch *weiße* Personen unbewusst oder bewusst über rassistisches Verhalten gegenüber BIPoC hergestellt wird (Fouad & Arredondo, 2007). Mikroaggressionen zählen zur subtilen Form von Rassismus, die über verbale oder non-verbale Beleidigungen, Kränkungen und Demütigungen wirksam werden (Yeboah, 2015). Sie werden häufig von Personen verübt, die eine egalitäre Grundhaltung pflegen, sich ihrer internalisierten negativen Stereotype und Haltungen gegenüber BIPoC jedoch nicht gewahr sind (Fouad & Arredondo, 2007). Durch Aussagen wie „Wo kommst du wirklich her? Aus Berlin. Nein wirklich? Aus Berlin. Ich meine, wo sind deine Wurzeln?“, werden Personen ihrer Zugehörigkeit enthoben und zu „den Anderen“ konstruiert. Diese über die Sprache stattfindende Form von Mikroaggression ist oft freundlich gemeint, geschieht automatisiert und gar unbewusst von Personen, die sich selbst als nicht-rassistisch bezeichnen würden (McIntosh, 1989; Yeboah, 2017).

Stressreaktionen die durch rassistische Mikroaggressionen hervorgebracht werden, haben einen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit (Clark et al., 1999). Die wiederkehrende Konfrontation mit Rassismus kann eine erhöhte Ängstlichkeit und einen erhöhten Blutdruck verursachen und ist als Stressfaktor aufzufassen, der zu einer Vulnerabilität Betroffener beiträgt (Carter, 2007; Clark et al., 1999).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Rassismus sowohl strukturell und diskursiv in *weißen* Kulturen verankert ist, auf institutioneller als auch individueller Ebene wirksam wird und als ein ubiquitärer Bestandteil der Alltagserfahrungen von BIPoC zu verstehen ist. Wenn die Feststellung erreicht wird, dass Rassismus auf institutioneller Ebene wirksam ist, dann muss konsequenterweise auch die Feststellung gelten, dass die psychotherapeutische Ausbildung als Teil dieser gesellschaftlichen Ordnung ebenfalls, zu einem gewissen Ausmaß, auf einem von Rassismus geprägten System aufbaut (vgl. Eggers, 2005). Im Zuge dieser Arbeit wird der therapeutische Raum als Mikrokosmos interpersoneller Dynamiken betrachtet, wodurch die Frage aufkommt, ob, inwiefern und in welchem Ausmaß Mikroaggressionen im therapeutischen Setting auftreten.

1.1.3 Weißsein und weiße Privilegien

Mit der Benennung und Markierung von jenen, die durch Rassismus diskriminiert werden, geht die Notwendigkeit einher, die Personen sichtbar zu machen, die von einem System der

Ungleichheit profitieren (Dyer, 1977; McIntosh, 1989; Tißberger, 2004; Wachendorfer, 2000). *Weißsein* ist als eine soziale Konstruktion innerhalb eines rassistischen und von sozialer Ungleichheit geprägten Systems zu verstehen (Wollrad, 2005). Die Kategorie *Weißsein* geht mit einer Reihe sozialer und wirtschaftlicher Vorteile einher, die *weiße* Menschen aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit in einer von ethnischer Ungleichheit und durch Rassismus geprägten Kultur haben (McIntosh, 1988). Beispiele von *weißen* Privilegien sind der vereinfachte Zugang zur Gesundheitsversorgung und des Bildungssystems, das Recht auf Anonymität und die Möglichkeit, Normen zu setzen (McIntosh, 1988; Neville et al., 2001; Wachendorfer, 2001). Das Recht auf Anonymität wird beispielsweise dadurch ersichtlich, dass *weiße* Personen einerseits in Diskursen und Medien stets repräsentiert sind und dabei Erfolge sowie Misserfolge nicht auf ihr *Weißsein* zurückgeführt beziehungsweise mit ihrem *Weißsein* in Verbindung gebracht werden (McIntosh, 1989). Darüber hinaus bestehen *weiße* Privilegien „in der Fähigkeit, sich selbst als Individuum zu betrachten und darüber hinwegzusehen, wie die bloße Mitgliedschaft in der *weißen* Gruppe das Privileg der Individualität hervorbringt“ (Collins, 1996, S. 86). Die Psychologin Martina Tißberger führt aus: „*Weißsein* ist konstitutiv auf das angewiesen, was es ausschließt, und re/produziert deshalb permanent Grenzfiguren – Subjektpositionen, die in den Zonen der Nicht-Lesbarkeit verortet sind, Nicht-Weiße.“ (2013, S. 13-14). Das Privileg Normen zu setzen, manifestiert sich demnach darin, dass die im normgebenden Zentrum positionierte Subjektposition der Definitionsmächtigen undefiniert bleibt (Frankenberg, 1993), während „die Anderen“ über Zuschreibungen markiert und an die Peripherie des Diskurses gedrängt werden (Tißberger, 2004). Demnach ist die Nichtbenennung von *Weißsein* im Kontext von Diskriminierung nicht nur ein System von Privilegien für *weiße* Subjekte, sondern auch ein System der Verschleierung dieser Privilegien (Tißberger, 2013).

Im Zuge der kritischen *Weißseins*-Forschung hat ein diskursanalytischer Paradigmenwechsel stattgefunden (Tißberger, 2013). Rassismus wird nun nicht mehr mit der Abweichung von der „Norm“, sondern als konstitutiv für die westliche Kultur der *weißen* Subjekte betrachtet und analysiert (Tißberger, 2013). *Weißsein* ist somit eine Kategorie, die eine kritische Analyse dahingehend ermöglicht, die Ursprünge für gesellschaftliche Normen, die Rassismus hervorbringen und aufrechterhalten, auf ihre politischen, historischen, systematischen und sozialen Bezüge hin zu untersuchen (Tißberger, 2013). Dies ermöglicht die Umkehrung des Blickwinkels auf das *weiße* Subjekt, das sich selbst zumeist als nicht-rassistisch und aufgeklärt versteht (Yeboah, 2015). Dabei besteht neben der Demaskierung *weißer* Privilegien die Aufgabe darin, diese nicht in der Neutralität, sondern in der Normierung zu betonen (Wachendorfer, 2000). Dies soll für die vorliegende Analyse nutzbar gemacht werden, indem die Kategorie *Weißsein* als bestimmende Norm im Kontext der Psychotherapie wahrgenommen und im Verhältnis zu „den Anderen“ in ihrer Machtdynamik diskutiert wird.

1.1.4 Spannungsfeld: rassistische Diskriminierung und weiße Privilegien

Wie zuvor dargestellt, ist ein wesentlicher Unterschied zwischen *weiß* gelesenen Personen und BIPoC die Unbewusstheit *weißer* Positionen über das eigene *Weißsein* bei gleichzeitiger Markierung „der Anderen“ (Tißberger, 2013). D’Andrea (2011) arbeitet in einer narrativen Analyse aus der Sicht von *weißen* Personen heraus, dass die Unwissenheit über das eigene *Weißsein* Personen dazu verleitet, BIPoC ihre Rassismuserfahrungen eher abzusprechen und diese eher zu verleugnen. Damit kann die Unwissenheit, die Unreflektiertheit über das eigene *Weißsein* als ein wesentlicher Faktor für die Verleugnung und Aufrechterhaltung von Rassismus verstanden werden (McKinney, 2013; Utsey et al., 2005). Die Konfrontation mit den eigenen Privilegien ist mit Scham- und Schuldgefühlen sowie Unbehagen assoziiert (Ancis & Syzmanski, 2001; Swim & Miller, 1999) und kann zur Negierung, Silencing und Abwehr von Macht- und Unterdrückungspraktiken verleiten (Wachendorfer, 2000). Aussagen wie „Wir sind doch alle gleich!“ oder „Ich sehe sie gar nicht als Schwarze an!“, sind dabei explizit als Ausdruck von Gleichheits- und Neutralitätspraktiken zu verstehen, die als Schutzfunktion für *Weißer* gelesenen werden können, sich ihrer Privilegien nicht bewusstzuwerden (Wachendorfer, 2000). Durch das Gleichheits- und Neutralitätspostulat wird gleichermaßen denjenigen die Wahrnehmung abgesprochen, die Diskriminierung erfahren (Wachendorfer, 2000).

Aus sozialpsychologischen Untersuchungen geht hervor, dass unbewusste kognitive Verzerrungen dazu beitragen, dass qualifizierte Personen ethnischer Minderheiten im Vergleich zu Personen der *weißen* Mehrheitsgesellschaft einen erschwerten Zugang zu universitären Institutionen und den Arbeitsmarkt haben (Dovidio et al., 2002). Rassismen und negative Einstellungen gegenüber ethnischen Minderheiten unter der *weißen* Mehrheitsgesellschaft sind oft unbeabsichtigt und unbewusst, zeigen sich dennoch über eine negative Körpersprache (geringer Augenkontakt, weniger warme und neutrale Stimmlage) (Dovidio et al., 2002). Während die Betroffenen die negative Einstellung bewusst spüren, schildern *weiße* Personen, sich der negativen Einstellung und ihrem davon geleiteten Verhalten nicht bewusst zu sein (Dovidio et al., 2002). Die Erkenntnisse der Studie lassen vermuten, dass auch Psychotherapeut*innen in ihrer Arbeit mit BIPoC Klient*innen durch „unintentional biases“ geleitet sind und nach ihnen handeln (Vasquez, 2007). Angelehnt an Vasquez (2007) verfolgt auch die Autorin die Annahme, dass einige der alltäglich auftretenden interpersonellen Dynamiken im psychotherapeutischen Raum auftreten. Der therapeutische Raum wird als Mikrokosmos verstanden, in den sich die Interaktionsdynamiken der Welt hineinragen und im gewöhnlichen Fall hilfreiche Interventionen zur Überwindung angeboten werden.

Um die Lebensrealitäten nachzuvollziehen und den Ursprung der Symptome von Klient*innen kontextualisieren zu können, ist es notwendig, die eigene Positionierung, konstituiert aus den verschiedenen Strukturkategorien wie Geschlecht, Ethnizität, Klasse, Nationalität, Sexualität,

Alter etc., das kulturelle Erbe sowie die daraus entspringenden gesellschaftlichen Privilegien und Benachteiligungen zu reflektieren (Vasquez & Magraw, 2005). Andernfalls kann es, wie zuvor dargestellt, unbewusst zur Reproduktion von Macht- und Unterdrückungsdynamiken im therapeutischen Raum kommen (Vasquez & Magraw, 2005). Rassistische Verhaltensmuster in der Ausdrucksform von rassistischen Mikroaggressionen könnten dabei subtil und unbeabsichtigt zum Vorschein kommen (Yeboah, 2015).

Inwiefern diese unbewussten Kontinuitäten sowie der Umgang mit dem Thema Rassismus und den individuellen Rassismuserfahrungen von BIPoC Klient*innen den Therapieverlauf beeinflussen, wird in der vorliegenden Arbeit mittels einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse von acht Interviews mit BIPoC Psychotherapieklient*innen untersucht werden. Dabei wird die therapeutische Beziehung, welche laut Lambert und Barley (2001) den tragenden Faktor für eine wirksame Psychotherapie ausmacht, im besonderen Fokus stehen.

1.2 Psychotherapie

Psychotherapie wird von der APA als Veränderungsprozess beschrieben, der dazu ausgerichtet ist, Symptomlinderung, persönliche Veränderung, Steigerung der Lebensqualität, Prävention von Lebenskrisen sowie adaptive Strategien im Beziehungsaufbau im Privaten und Arbeitsbereich bereitzustellen und zu fördern (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Vasquez, 2007). Im Wesentlichen wird über Kommunikation und Interaktion die Diagnose beurteilt sowie Veränderung in dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensmustern in Richtung eines gemeinsamen festgelegten Ziels hin angestrebt (Vasquez, 2007). Die Vielzahl der unterschiedlichen Praktiken und Schulen lassen sich im Allgemeinen in folgende vier Kategorien subsumieren: Psychodynamische Psychotherapie, Kognitive Therapie oder Verhaltenstherapie, Humanistische Therapie und Integrative Psychotherapie.

Zum Gelingen der psychotherapeutischen Arbeit tragen unterschiedliche Faktoren bei. Nach Lambert und Barley (2001) sind das maßgeblich vier. Zu denen gehören die (positiven) Erwartungen des/der Klient*in, die spezifische Therapieschule und ihre Techniken, extratherapeutische Bedingungen beispielsweise Ereignisse, die außerhalb der Therapie auftreten, oder internale bzw. externale Klient*innenressourcen und die therapeutische Beziehung. Erwartungseffekte und spezifische therapeutische Techniken machen 15% der Varianz der Therapiewirksamkeit aus, Ereignisse und Faktoren, die außerhalb der Therapie stattfinden, erklären mit 40% den größten Varianzanteil der Therapiewirksamkeit. Die therapeutische Beziehung zeichnet sich durch die Variablen Empathie, Kongruenz und Wertschätzung aus und kann 30% der Varianz der Therapiewirksamkeit aufklären (Lambert & Barley, 2001). Unterschiedliche Studien haben die Wichtigkeit der Qualität der therapeutischen Beziehung für den Therapieerfolg aufgezeigt (Binder &

Strupp, 1997; Crits-Christoph, 1998; Luborsky, 1994; Martin et al., 2000) und die Bedeutung der Beziehungsvariablen für den therapeutischen Beziehungsaufbau bestätigt (Bachelor, 1988). In der vorliegenden Arbeit sollen die interpersonellen Faktoren der therapeutischen Beziehungen und der Erwartungseffekte der Klient*innen genauer betrachtet werden und sowohl auf die bedingenden Vorerfahrungen als auch die interpersonellen Erfahrungen hin untersucht werden.

1.2.1 Qualitative Psychotherapieforschung

Mit der Durchführung von Studien zur Psychotherapieevaluation verfolgt die Psychotherapieforschung verschiedene Ziele, die sich im Allgemeinen in zwei Hauptaufgabenbereiche gliedern lassen: Die *Wirksamkeitsprüfung*, die sich die Prüfung der allgemeinen und vergleichenden Wirksamkeit von psychotherapeutischen Modellen und Verfahren zur Aufgabe macht und die *Prozessforschung*, die auf die Herausarbeitung der Wirkungsweise von Therapieprozessen abzielt (Krüger & Frommer, 2020). Die systematische Erforschung von Wirkweisen und Effekten psychotherapeutischer Behandlungen begann in den 50er Jahren (Krüger & Frommer, 2020). Mit seiner systematischen Erforschung der therapeutischen Interaktion über Tonbandaufnahmen, zählt Carl Rogers zu den Pionieren der Psychotherapieforschung (Krüger & Frommer, 2020). Neben Rogers qualitativen Arbeiten dominierten quantitative Forschungsdesigns bis in die 80er Jahre das Feld der Psychotherapieforschung. In den letzten 20 Jahren ist eine deutliche Zunahme an sowohl quantitativen als auch qualitativen Studien in der Psychotherapieforschung mit einer zunehmenden Individuumsorientierung zu verzeichnen (Lutz & Rubel, 2019).

Durch die direkte Anknüpfung an die Forschungstraditionen der Sozialpsychologie, der Verstehenden Soziologie und des Symbolischen Interaktionismus hat sich die Qualitative Psychotherapieforschung entwickelt (Strauss, 1991). Daher gehen die meisten Datengewinnungs- und Datenanalysemethoden der Qualitativen Psychotherapieforschung auf soziologische und sprachwissenschaftliche Ansätze zurück (Buchholz & Streeck, 1999). Subtile Phänomene des sozialen Alltags sowie gesellschaftliche Mikroprozesse stehen dabei im besonderen Fokus (Krüger & Frommer, 2020).

Insbesondere im Feld der Psychotherapieforschungen erweisen sich die qualitativen Forschungsmethoden als relevant. Thematisch stehen dabei wesentlich der Therapieprozess sowie die therapeutische Beziehung im Fokus (Krüger & Frommer, 2020). Qualitative Untersuchungen, die sich der Therapiewirksamkeit widmen, konzentrieren sich zumeist auf die Sicht und Reflexion der Klient*innen, um zu einem besseren Verständnis vom Erleben der Klient*innen in der Psychotherapie zu gelangen (Rodgers & Elliott, 2015). Mit qualitativen Methoden kann somit die Klient*innenrolle in der Entstehung von Behandlungseffekten tiefgehender verstanden werden. Mit der qualitativen Psychotherapieforschung wird zudem die Nutzbarmachung der Forschungsergebnisse für die

praktische Tätigkeit, angestrebt (Lutz & Rubel, 2019).

Zusammenfassend kann eine Zunahme qualitativer Psychotherapiestudien beobachtet werden, die als steigende Wertschätzung gegenüber den intersubjektiven Erfahrungen und der Klient*innenperspektive interpretiert werden kann (Frommer & Streeck, 2003). Der Erlebenskontext der Klient*innen wird hervorgehoben und ermöglicht eine Analyse der therapeutischen Beziehung zugrundeliegenden Machtdynamiken.

1.2.2 Therapeutische Beziehung: Modellvorstellung

In Abhängigkeit von den therapeutischen Schulen wird die therapeutische Beziehung in der Praxis und im wissenschaftlichen Diskurs auch als therapeutische Allianz oder therapeutische Dyade betitelt. Dabei werden die Begriffe häufig synonym verwendet (Brockmann et al., 2011). Die therapeutische Beziehung ist bereits lange Gegenstand der theoretischen Auseinandersetzung und empirischen Forschung. Die psychodynamischen Schulen legten das Fundament für den wissenschaftlichen Diskurs um die therapeutische Beziehung. So vertrat bereits Freud (1913) die Auffassung, dass die positive Bindung zwischen Patient*in und Therapeut*in ein Schlüsselement einer erfolgreichen Analyse ist. Dabei verfolgte er die Annahme, dass eine positive Bindung elementar für eine positive Übertragung ist, welche wiederum die Grundlage des Vertrauens- und Sicherheitsgefühls der behandelten Person schafft. Mit der beginnenden Psychotherapieforschung in den 50er Jahren wurde sich auch intensiver mit allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie auseinandergesetzt und die Notwendigkeit eines schulenübergreifenden Beziehungsmodells kristallisierte sich heraus (Bordin, 1979). Im Folgenden werden zwei Konzeptionen dargestellt, die die therapeutische Beziehung als Grundlage therapeutischer Arbeit verstehen: Jenes der therapeutischen Arbeitsallianz (Bordin, 1979) und das der Basisvariablen nach der Gesprächspsychotherapie von Rogers (1959). Aus den beiden Modellvorstellungen wird anschließend eine für die Inhaltsanalyse nutzbare zusammenfassende Definition der therapeutischen Beziehung gebildet.

Modell der therapeutischen Arbeitsbeziehung (Bordin, 1979)

Bordin (1979) prägte in seinem Beziehungsmodell den Begriff der therapeutischen Arbeitsallianz. Auf Grundlage von Akzeptanz und Vertrauen wird ein bidirektionales Beziehungsgeschehen mit den drei Elementen der therapeutischen Aufgaben („tasks“), therapeutischen Ziele („goals“) und des interpersonellen Bündnisses („bonds“) zwischen Klient*in und Therapeut*in möglich. Die Qualität der therapeutischen Arbeitsallianz hängt sowohl von der Übereinstimmung von Klient*in und Therapeut*in in den Aufgaben und Zielen als auch dem Grad der therapeutischen Bindung ab (Bordin, 1979). Diese Modellvorstellung zeichnet sich durch die

Grundannahme aus, dass die therapeutische Beziehung schulenübergreifend eine wichtige Rolle einnimmt und formuliert ein allgemein theoretisches Modell, das sich von bis dahin vorherrschenden psychodynamischen Begriffen löst (Bordin, 1979). Die therapeutische Allianz ist ein Konstrukt mit vielen Aspekten, von denen zur Veranschaulichung einige relevante Beziehungsmerkmale genannt werden.

Die therapeutische Beziehung ist zweckorientiert und befristet. Einem Zeitplan folgend, dient die Beziehung dazu, Probleme der Klient*innen zu bearbeiten, sie ist keine Freundschaftsbeziehung und verfolgt keine anderen sozialen Ziele (Sachse, 2016). Sie ist eine professionelle Beziehung, demnach sind Therapeut*innen Expert*innen für die Bearbeitung der Probleme von Klient*innen. Die Klient*innen sind dabei Expert*innen für die eingebrachten persönlichen Erfahrungen. Demnach gibt es für beide Interaktionspartner*innen unterschiedliche Rollen und davon ableitend verschiedene Erwartungen an das Verhalten der Therapeut*innen und Klient*innen. Die Kommunikation und Interaktion folgen abhängig vom Therapiesystem unterschiedlichen, jedoch bestimmten Regeln, nach denen die Beziehung gestaltet und inhaltliche Aspekte und Problemstellungen bearbeitet werden. Zudem ist das Vertrauen der Klient*innen eine wesentliche Variable der therapeutischen Allianz. Zum einen das Vertrauen hinsichtlich der Expertise der Therapeut*innen (Kompetenzvertrauen) und zum anderen das Vertrauen hinsichtlich der Klient*innen entgegengebrachten Akzeptanz und Sicherheit (personales Vertrauen).

Basisvariablen

Die „therapeutic conditions“ von Rogers (1959), Akzeptanz, Empathie und Kongruenz, werden in einigen neueren Konzepten der Gesprächspsychotherapie als sogenannte Basisvariablen für eine vertrauensvolle therapeutische Arbeitsbeziehung genannt. Entgegen Rogers Vorstellung, dass jene Variablen der Grundhaltung hinreichende Elemente für eine konstruktive Veränderung sind, wird fortan angenommen, dass diese Basisvariablen die Grundlage für eine gemeinsame konstruktive Problembearbeitung bieten (Finke, 1999; Sachse, 2016). Die drei Basisvariablen sollen kurz anhand unterschiedlicher Beziehungsfunktionen angeführt werden.

Die Akzeptanz meint die Wertschätzung und das Interesse an Klient*innen und eine wertfreie Haltung gegenüber diesen. Gerade der Aspekt der Wertfreiheit gibt der/dem Klient*in die Möglichkeit, sich so zu zeigen, wie sie/er sich selbst sieht und ist somit eine wesentliche Voraussetzung für Introspektion, Selbstöffnung und eine valide Bearbeitung auch hochsensibler Themen (Sachse, 2016). Akzeptanz bedeutet auch, dass die Therapeut*innen die Klient*innen ernst nehmen und sich auf die Person einlassen, darüberhinaus ist es Klient*innen möglich, korrigierende Beziehungserfahrungen zu machen und einen konstruktiven Veränderungsprozess zu gehen. Die Kongruenz beschreibt die Widerspruchslosigkeit der Therapeut*innen im Auftreten. Gemeint ist,

dass Therapeut*innen bewussten Zugang zu Gefühlen und Gedanken haben, um diese zu verarbeiten und gegebenenfalls für den therapeutischen Prozess transparent zu machen. Gewissermaßen ist Kongruenz eine vertrauensbildende Maßnahme für die Beziehungsgestaltung und mitunter Voraussetzung, um korrigierende Beziehungserfahrungen machen zu können (Sachse, 2016). Empathie beziehungsweise empathisches Verstehen bedeutet das Verstehen und Rekonstruieren des inneren Bezugssystems der Klient*innen. Empathisches Verstehen vermittelt der Klient*innenschaft, dass ihre Sichtweisen und Probleme verstanden und nachvollzogen werden können und ist somit die Grundlage für das Kompetenzvertrauen (Sachse, 2016). Über das empathische Verstehen wird Interesse vermittelt und gewissermaßen Akzeptanz und Kongruenz der Therapeut*innen transportiert. Die Therapeut*innen bemühen sich um Verstehen der Klient*innensicht und deren Weltsicht und Erlebniswelt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die therapeutische Beziehung eine besondere Form der sozialen Beziehung darstellt, in der die drei Variablen Empathie, wahrgenommene Unterstützung und Wertschätzung einen konstruktiven Einfluss auf die Entwicklung der Beziehung und den Therapieprozess haben (Bachelor & Horvath, 1999; Whiston & Coker, 2000). Die therapeutische Beziehung, wenn sie sich als tragfähig erweist, schafft im Therapieprozess einen Möglichkeitsraum für Klient*innen, neue Beziehungserfahrungen zu machen und vorangegangene zu reaktivieren und konstruktiv zu bearbeiten (Fischer, 2005). Die therapeutische Beziehung kann als primärer Mechanismus für einen Veränderungsprozess verstanden werden, durch den die Grundlage geschaffen wird, mit Hilfe unterschiedlicher therapeutischer Techniken Veränderung zu erreichen (Lambert & Barley, 2001).

1.2.3 Einflussfaktoren auf die therapeutische Beziehung

Angehörige ethnischer Minderheiten nehmen psychotherapeutische Behandlung weniger in Anspruch und brechen sie häufiger frühzeitig ab (Casas et al., 2008; Satcher, 2001). Ein möglicher Grund dafür kann sein, dass Klient*innen aus ethnischen Minderheiten die therapeutische Beziehung nicht auf die zuvor beschriebene Art und Weise erleben (Vasquez, 2007). Um diese Annahme näher überprüfen zu können, sollen zunächst am Review von Cahill und Kolleg*innen (2008) orientierend wichtige Einflussfaktoren auf die therapeutische Beziehung genannt werden, um anschließend jene Aspekte herauszuarbeiten, die dazu beitragen können, dass die Beziehungsgestaltung von BIPOC Klient*innen und *weißen* Therapeut*innen besonders herausgefordert ist. Auf Grundlage eines umfangreichen Literaturreviews haben Cahill et al. (2008) ein Modell entwickelt, das die Einflussfaktoren unterschiedlicher Ebenen (Patient*innenebene, Therapeut*innenebene, Kontextebene) auf den Verlauf der therapeutischen Beziehungsgestaltung darstellt. Neben diesen Einflussfaktoren bedingen drei Stufen (Aufbau, Entwicklung und Erhalt) den Entwicklungsprozess

der therapeutischen Beziehung, die Rollen und Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit. Diese Faktoren beeinflussen die Qualität der therapeutischen Beziehung und infolgedessen auch das Therapieergebnis (Cahill et al., 2008). Es folgt nun eine zusammenfassende Darstellung der für die Untersuchung relevanten Einflussfaktoren.

*Therapeut*innen Faktoren*

Es ist festzustellen, dass einige Therapeut*innen tragfähigere therapeutische Beziehungen bilden als andere. Dieser Umstand, ist sowohl auf persönliche Faktoren als auch auf therapeutische Techniken sowie die Expertise der Therapeut*innen zurückzuführen. Persönliche Merkmale, die die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Beziehung positiv beeinflussen sind: Empathie, Ehrlichkeit, Respekt, Vertrauenswürdigkeit, Offenheit und Interesse (Ackerman & Hilsenroth, 2001). Die therapeutischen Charakteristika, die die Beziehung negativ beeinflussen, sind Rigidität, Unsicherheit, Distanziertheit, Zerfahrenheit und mangelnde Expertise (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Stiles et al., 1998). Die Berücksichtigung der Klient*innenerfahrungen, Exploration und Selbstreflexion sind therapeutische Techniken, die zu einer tragfähigen Beziehung beitragen. Das Übertragen eigener Werte auf die Klient*innen geht mit einer schlechteren therapeutischen Allianz einher (Reis & Braun, 1999; Westlich, 1994).

*Klient*innen Faktoren*

Das Störungsbild, Persönlichkeitseigenschaften, Beziehungserfahrungen und andere Moderatorvariablen stehen in der Erforschung der Klient*innenfaktoren im Fokus. Eine geringere Symptomschwere oder funktionelle Beeinträchtigung im Alltagsleben beziehungsweise in intimen und sozialen Beziehungen (Beutler, 2000), Therapieerfahrungen und die Fähigkeit, die eigenen Probleme zu benennen (Gardner, 1964), werden positiv mit einer tragfähigen therapeutischen Beziehung assoziiert. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass persönliche Merkmale und die Vorgeschichte von Klient*innen relativ stabile Dispositionen für die Entstehung einer tragfähigen Beziehung sind (Cahill et al., 2008).

Kontextfaktoren

Die therapeutische Beziehung ist ein komplexes Konstrukt, das von persönlichen wie auch kontextuellen Faktoren beeinflusst ist (Cahill et al., 2008). Unter Kontextfaktoren sind sowohl breit gefasste Rahmenbedingungen wie psychosoziale Komponenten als auch im engeren Sinne die in der Behandlung stattfindenden Bedingungen wie das Machtgefälle zwischen Therapeut*in und Klient*in gemeint (Cahill et al., 2008). Wahrgenommene Ähnlichkeiten in der sozialen Schicht korrelieren mit der Entwicklung einer tragfähigeren therapeutischen Beziehung (Gardner, 1964), diese Ergebnisse konnten in einem späteren Review (Harrison, 1975) nicht bestätigt werden. Zudem interferieren von

Seiten der Therapeut*innen eingebrachte maskulin assoziierte Werte, wie Selbstbewusstsein, mit den Erwartungen von Klient*innen und können zu mangelndem Verständnis für Klient*innen (McLeod & Lynch, 2000) oder gar zu einem frühzeitigen Abbruch der therapeutischen Beziehung (Madill & Doherty, 1994) beitragen. Aspekte der ethnischen und kulturellen Diversität beeinflussen die Beziehungsgestaltung auf zwei Ebenen, einerseits über das Wissen und Verständnis um kontextuelle Einflüsse auf beispielsweise die Konstitution des Selbst und die Auffassung und Attribuierung von Krankheit und psychischem Leid, andererseits über die Fähigkeit von Therapeut*innen, empathisch und anerkennend auf die Gefühle und Erfahrungen von Klient*innen einzugehen (Dyche & Zayas, 2001).

Prinzipiell lässt sich zusammenfassen, dass die Auseinandersetzung mit psychosozialen Komponenten Therapeut*innen dazu befähigt, flexibel auf die Bedürfnisse und Vorgeschichte der Klient*innen einzugehen, die eigenen Praktiken zu reflektieren und ein Verständnis für das Beeinflussungsmaß soziopolitischer Einflüsse auf die eigene gesellschaftliche Haltung zu erlangen. Der Effekt zeigt sich in einer positiven Beeinflussung der Beziehungsgestaltung (Cahill et al., 2008). Die Bewusstwerdung der eigenen Werte und die Reflexion über den Einfluss derer auf den Therapieprozess sind weitere bedeutender Faktoren, die die Beziehungsgestaltung positiv beeinflussen (Cahill et al., 2008). *Weißsein* als möglicher Einflussfaktor auf die Beziehungsgestaltung und den Therapieerfolg bleibt in den meisten Studien jedoch unberücksichtigt (Wachendorfer, 2000).

Abhängig von persönlichen und kontextuellen Faktoren formiert sich bei Klient*in und Therapeut*in ein unterschiedliches Rollenverständnis (Stiles et al., 1998). Das Rollenverständnis von Therapeut*innen ist geprägt vom theoretischen Hintergrund, der Auffassung der Rolle der Klient*innen und dem Behandlungsrahmen. Erwartungen an die Machtdynamik der therapeutischen Beziehung sowie deren Anerkennung spielen von Seiten der Klient*in eine prägende Rolle. Unklarheit auf Klient*innenseite in Bezug auf die Rollen und Aufgabenbereiche von Therapeut*in und Klient*in im angestrebten Veränderungsprozess in der Therapie kann zu verfrühten Therapieabbrüchen führen (Cahill et al., 2008).

Die Rolle der Psychotherapeut*innen sowie die therapeutische Beziehung sind begleitet von einem Machtgefälle, das dem Prozess sowohl aufgrund des unterschiedlichen Wissenshintergrunds als auch der unterschiedlichen Rollen im Prozess inhärent ist (Sue & Sue, 2002). Klient*innen erleben und artikulieren einen spezifischen Konflikt, öffnen sich und teilen persönliche Erfahrung, während die Therapeut*innen im Prozess der Exploration, Bewusstwerdung und Klärung mit Hilfe des erlernten Fachwissens bei gleichbleibender persönlicher Zurückhaltung unterstützen (Boothe & Grimmer, 2005). Die durch die unterschiedlichen Rollen im Prozess hervorgebrachte Machtasymmetrie trägt maßgeblich zu dem im psychotherapeutischen Kontext angestrebten Veränderungsprozessen bei (Puskar & Hess, 1986). Eine stete Reflexion und Bewusstwerdung der

Machtasymmetrie kann sicherstellen, dass diese Form der Macht konstruktiv für den Therapieprozess genutzt wird (Sue & Sue, 2003). Diese Arbeit verfolgt die Frage, inwiefern die beschriebene Machtdynamik innerhalb der therapeutischen Beziehung durch die unterschiedliche gesellschaftliche Positionierung beeinflusst ist.

1.2.4 Spannungsfeld: Herausforderung an den Therapieprozess

An die vorangegangenen Überlegungen anknüpfend stellt sich, unter dem Gesichtspunkt des Spannungsfelds aus *weißen* Privilegien und rassistischer Diskriminierung, die Frage nach möglichen Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung. Eine Herausforderung kann aufgrund der unterschiedlichen gesellschaftlichen Positionierung in dem Empfinden von Empathie liegen (Vasquez & Magraw, 2005). Nelson und Baumgarte (2004) demonstrierten in einer Studie, dass Personen geringere emotionale und kognitive Empathie für ein Individuum empfinden, welches im sozialen oder beruflichen Kontext Distress aufgrund eines Ereignisses empfindet, das unbekannte kulturelle Normen widerspiegelt. Diese Ergebnisse legen nahe, dass das Empathievermögen beziehungsweise die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme durch vorherige Erfahrungen und den Grad an empfundenen kulturellen Gemeinsamkeiten mediiert wird (Vasquez, 2007). *Weißer* Therapeut*innen könnten sich schwertun, präsent und empathisch Klient*innen zu begegnen, wenn diese von einer schmerzhaften Diskriminierungserfahrung berichten (Vasquez, 2007). Das geringere Empathievermögen oder gar das Versäumnis, Klient*innen empathisch beizustehen, durch beispielweise den abrupten Wechsel des Themas oder das Übergehen der geteilten Information und damit offenbarten Gefühlen, wird von Comas-Díaz (2006) als „missed empathic-opportunity“ beschrieben. Die Wahrscheinlichkeit, dass es zu „missed empathic-opportunities“ kommt, ist durch Unterschiede in der gesellschaftlichen Positionierung (ethnischer, sozioökonomischer, ideologischer, geschlechtlicher oder politischer Ebene) von Therapeut*innen und Klient*innen erhöht (Comas-Díaz, 2006). Demnach sollte die gesellschaftliche Positionierung von Therapeut*in und Klient*in als beeinflussender Faktor der Beziehungsdynamik mitgedacht werden. Die Individualisierung psychischen Leids, entgegen der Kontextualisierung in breitere gesellschaftliche Ebenen, ist ein weiterer Faktor, der zu Fehleinschätzungen, Fehlinterpretationen und dadurch zur Irritation der Beziehungsgestaltung führen kann (Yeboah, 2015). Angemessene Reaktionen von Klient*innen auf das Erleben von Rassismus könnten übersehen und fälschlich als hochsensibel, gar paranoide Verhaltensweise pathologisiert werden (Wachendorfer, 2000).

Wie vorangehend dargestellt, ist ein aufrechterhaltender Faktor für die Ungleichheit die Negierung der *weißen* Privilegien, indem diese nicht als Resultat von Ungleichheit, sondern als Normalität wahrgenommen werden. Damit einhergehend kann von dem *weißen* Standpunkt aus leicht eine fälschliche Attribution gesellschaftlicher und sozioökonomischer Misserfolge von BIPOC auf

Ebene individueller Inkompetenz, anstatt auf Folge struktureller Ungleichheiten geschehen (Tißberger, 2004). Dieser Umstand ist insbesondere im therapeutischen Setting kritisch zu betrachten und wirft die Frage auf wie die psychische Symptomatik von BIPOC-Klient*innen attribuiert wird.

1.3 Forschungsvorhaben und Forschungsfragen

Auf der Grundlage der vorgestellten Problemstellung und dem zugrundeliegenden Forschungsdefizit soll die vorliegende Arbeit die Psychotherapieforschung und insbesondere die Forschung zur therapeutischen Beziehungsgestaltung um die Perspektive von BIPOC Klient*innen bereichern. Es ist das Anliegen dieser Arbeit zu untersuchen, inwiefern der Beziehungsaufbau durch die unterschiedliche gesellschaftliche Positionierung von Behandelnden und Klient*innen, insbesondere durch den Umgang mit spezifischen Lebensrealitäten in Bezug auf die Themen Rassismus und Diskriminierungserfahrungen, beeinflusst wird. Interessierende Aspekte sind diesbezüglich vor allem die Erwartungen und Erfahrungen der Klient*innen im Hinblick auf den Therapieverlauf, die wahrgenommene Qualität der therapeutischen Beziehung und die subjektiv erlebte Wirksamkeit der Psychotherapie. Auch die Ideen bezüglich Veränderungsmöglichkeiten sowie die Frage nach der Relevanz von gesellschaftlich vermittelten Themen im Therapieprozess werden untersucht, um Wege zur Einbindung dieser aufzuzeigen und darüber hinaus die Therapienutzung von ethnischen Minderheiten zu bestärken. Zudem findet im Rahmen dieser Arbeit eine Auseinandersetzung mit der therapeutischen Beziehung aus machtkritischer Perspektive statt. Durch die Verknüpfung der aus der Analyse gewonnen Erkenntnisse mit den vorab vorgestellten Studien sollen fundierte praktische Implikationen aus den Ergebnissen abgeleitet werden. Aus den genannten Punkten leiten sich folgende vier Forschungsfragen ab:

- Wie erleben Personen, die in ihrem Alltag von rassistischer Diskriminierung betroffen sind, Psychotherapie?
- Beeinflusst die Art und Weise, wie Therapeut*innen auf die Lebensrealitäten von BIPOC Klient*innen eingehen, den Beziehungsaufbau?
- Beeinflusst die unterschiedliche gesellschaftliche Positionierung die Beziehungsgestaltung?
- Inwiefern beeinflusst der Umgang mit dem Thema Rassismus und den Diskriminierungserfahrungen der Klient*innen den Therapieverlauf?

Der Fokus der Untersuchung liegt auf den Therapieerfahrungen von BIPOC Klient*innen. Ein zentrales Ziel ist es, in Bezug auf das Thema der Rassismuserfahrungen zu explorieren, inwiefern Effekte dieser Erfahrungen und potenzielle, eventuell unbewusste Reproduzierungen die

therapeutische Beziehung beeinflussen und anschließend Handlungsmöglichkeiten, insbesondere für die Therapeut*innenschaft abzuleiten, diesen Dynamiken entgegenzuwirken. Die Zielgruppe für die Interviews sind Personen, die in Deutschland/Österreich geboren sind beziehungsweise ihre Kindheit und Jugend dort verbrachten und somit im deutschsprachigen Raum sozialisiert sind. Damit soll weitestgehend gewährleistet werden, dass etwaige Irritationen in der therapeutischen Beziehungsdynamik nicht auf kulturelle Faktoren zurückzuführen sind. Die Rassismuserfahrungen der Zielgruppe basieren auf alltäglichen Differenzierungs- und Ausgrenzungspraktiken, zumeist über Mikroaggressionen, die auf subtiler Ebene wirksam werden. Diese Erfahrungen werden in „vorherrschender Lesart meist nicht als rassistisch, sondern als „normal“ oder gar als artikuliertes Interesse an einer Person“ gelesen (Velho, 2016, S. 70). In dieser Arbeit werden Mikroaggressionen jedoch explizit als rassistischer Teil der Lebensrealitäten von BIPoC sichtbar gemacht. Nach Wilmers et al. (2008) ist es Klient*innen ab der vierten Sitzung möglich, ihre therapeutische Beziehung ausreichend einzuschätzen und zu reflektieren. Ob sich eine gute therapeutische Beziehung entwickelt, scheint sich innerhalb der ersten drei Sitzungen herauszukristallisieren und anschließend relativ konstant zu bleiben (Kokotovic & Tracey, 1990; Mallinckrodt & Nelson, 1991; Reandean & Wampold, 1991). An dieser Annahme orientierend werden BIPoC, die zum Zeitpunkt des Interviews mindestens vier Sitzungen bei derselben Therapeut*in in Behandlung waren, zum Gespräch eingeladen.

2 Methode

Die Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, auf welche Art und Weise das Spannungsfeld von Privilegien und Diskriminierung in einer von Rassismus geprägten Gesellschaft den Psychotherapieverlauf von BIPoC Klient*innen beeinflusst. Aus der vorangegangenen Ausarbeitung des Forschungsstandes zu dem Thema Rassismus und dem Feld der Psychotherapieforschung ist es naheliegend, dass es bislang noch unbekannte Facetten in Bezug auf die therapeutische Beziehungsgestaltung von *weißen* Therapeut*innen und BIPoC Klient*innen sowie den Umgang mit Rassismus und den Rassismuserfahrungen innerhalb der Psychotherapie gibt. Um diese Forschungslücke um die Perspektive von BIPoC Klient*innen zu bereichern, wird anhand der aus leitfadengestützten Interviews gewonnenen Transkripte eine inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) durchgeführt. In diesem Teil der Arbeit werden zunächst die qualitative Methodik und Methodenwahl vorgestellt sowie erläutert. Es folgt die Darstellung des Untersuchungsablaufs und der Datenaufbereitung. Anschließend wird das Vorgehen der Datenanalyse beschrieben.

2.1 Explorativ qualitative Forschung

„Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten von innen heraus‘ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben, um zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beizutragen“ (Flick et al., 2015, S. 14). Qualitative Forschung folgt somit, entgegen quantitativer Forschung, dem Anspruch, soziale Prozesse zu rekonstruieren (Lamnek & Krell, 2016) und grenzt sich von der standardisierten quantitativen Forschung durch ein dem Forschungsgegenstand offenes Gegenübertreten ab. Dies wird eben durch die für den Untersuchungsgegenstand angemessenen nicht-standardisierten Erhebungsinstrumente, beispielsweise das Interview, ermöglicht (Hopf & Weingarten, 1984).

Nach Flick (2015) gibt es drei wesentliche Kennzeichen qualitativer Forschung, die im Folgenden kurz skizziert werden. Zum einen die Gegenstandsangemessenheit von Methode und Theorie, womit gemeint ist, dass die Festlegung der Methode nach dem Festlegen des Untersuchungsgegenstandes erfolgt. Qualitative Forschung ersucht dabei die Analyse des Gegenstandes in seiner Komplexität und nicht dessen Vereinfachung durch die Unterteilung in Variablen. Zum anderen sei die Analyse unterschiedlicher subjektiver Perspektiven relevant (Flick, 2015; Lamnek, 2005). Damit wird die Annahme verfolgt, dass die auf den Gegenstand bezogenen Handlungs- und Sichtweisen sich bereits durch die Verknüpfung unterschiedlicher subjektiver Perspektiven und sozialer Hintergründe unterscheidet. Darüber hinaus wird mit qualitativen Methoden die Reflexivität und Involviertheit der forschenden Person auf den Forschungsprozess in den Blick genommen (Wintzer, 2016). Dies zeichnet sich durch die Dokumentation und Reflexion

der Einflussnahme der forschenden Person auf den Forschungsprozess und die Analyse aus (Wintzer, 2016).

Explorative Studien stellen einen typischen Bereich qualitativer Forschung dar, welche sich sowohl zur Hypothesenfindung als auch zur Theoriebildung eignen (Mayring, 2015; Mey & Mruck, 2020). Zentral für explorative Studien ist, dass der Forschungsstand des gewählten Gegenstands sehr vage und fragmentiert ist. Durch gegebene Forschungslücken ist keine Grundlage für gerichtete Hypothesen, genaue Beschreibungsdimensionen oder spezifische Fragestellungen gegeben (Mayring, 2015; Mey & Mruck, 2020). Dies kann einerseits daran liegen, dass der zu untersuchende Bereich wissenschaftliches Neuland ist oder andererseits der Untersuchungsgegenstand durch sozialen Wandel immer wieder neuer theoretischer Ansätze bedarf (Mey & Mruck, 2020). Bezüglich der durchgeführten Untersuchung ergibt sich die Forschungslücke darin, dass die Therapieerfahrungen aus Klient*innenperspektive von BIPOC im deutschsprachigen Raum weitgehend unerforscht ist und nur wenige Erkenntnisse bezüglich des dynamischen Einflusses des Spannungsfeldes, das sich aus den *weißen* Privilegien und den rassistischen Diskriminierungen ergibt, auf die Beziehungsgestaltung und den therapeutischen Prozess von BIPOC Klient*innen vorhanden sind. Explorative Designs werden häufig gewählt, um anschließend Forschungsvorhaben mit konkreteren Fragestellungen abzuleiten. Diesem Folge tragend, werden im Diskussionsteil entlang der Forschungsergebnisse Anregungen für weiterführende Untersuchungen angeführt und praktische Implikationen der Ergebnisse besprochen.

2.2 Methodenwahl

Wie bereits dargestellt, soll die vorliegende empirische Untersuchung Erkenntnisse zu den Therapieerfahrungen von Menschen, die von rassistischer Diskriminierung betroffen sind, generieren und die Psychotherapieforschung um die Klient*innen-Perspektive von BIPOC bereichern. Methodisch gesehen, strebt die Arbeit die Rekonstruktion und das Verständnis der Therapieerfahrung von BIPOC Klient*innen unter Berücksichtigung der Machtstrukturen, die durch unterschiedliche gesellschaftliche Positionierung von Klient*in und Therapeut*in verstärkt werden, in einer von rassistischen Strukturen geprägten Gesellschaft an. Der Prozess der Erkenntnisgewinnung soll dabei durch die subjektive Darstellung der Psychotherapieerfahrung von BIPOC generiert werden. Hierzu eignet sich insbesondere die qualitative Methode für die Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung. Im Rahmen dieser Arbeit wurde sich für die Durchführung von halbstrukturierten Leitfadenterviews entschieden. Diese Methode setzt entsprechend der Forschungsfragen dieser Arbeit die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Reflexionen der befragten Personen zu bestimmten Fragestellungen in den Mittelpunkt. Zudem nehmen Untersuchungsteilnehmer*innen mittels der Darstellung und Reflexion ihrer Perspektive zum untersuchten Thema eine aktive Rolle als

erkennendes Subjekt ein (Lamnek & Krell, 2016). Angelehnt an die Forschungsfragen des Vorhabens werden thematisch die therapeutische Beziehung und der Umgang mit Rassismus(-erfahrungen) der Klient*innen im Fokus des Interviews liegen. Als Untersuchungsgrundlage dienen die verschriftlichten Transkripte der geführten Interviews.

2.3 Rekrutierung

Es wurden BIPoC Klient*innen rekrutiert, die mindestens vier Sitzungen bei der-/derselben Therapeut*in in Behandlung waren, in Bezug auf die Therapeut*innen gab es keine Vorgaben. Die Rekrutierung erfolgte über unterschiedliche Wege und Techniken. Dabei wurden drei Strategien verfolgt, zunächst das Anschreiben von Beratungs- und Antidiskriminierungsstellen per E-Mail mit der Bitte, das Vorhaben in ihrer Reichweite zu verbreiten. Diese Strategie erwies sich als wenig erfolgreich. Es wurde zwar Interesse von den Beratungsstellen und Privatpersonen am Vorhaben rückgemeldet, jedoch meldeten sich keine auf die Kriterien der Stichprobe passenden Personen für eine Teilnahme. Die Vermutung liegt nahe, dass der Kontakt per E-Mail eine Anonymität und Entfremdung gegenüber der forschenden Person und des Forschungsvorhabens erzeugt hat und die Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme dadurch erhöht war. Demgegenüber erwiesen sich die anschließend beschriebenen Strategien so weit erfolgreich, dass über diese alle Teilnehmenden rekrutiert werden konnten. Zum einen wurde das Vorhaben über Mund-zu-Mund Propaganda kommuniziert und weitergetragen, zum anderen wurde das Ausschreiben von Kontaktpersonen der Autorin über Social-Media-Kanäle verbreitet. Die Autorin wendete sich dabei gezielt an Personen mit einer weiten Reichweite von Personen, die sich als BIPoC identifizieren beziehungsweise antirassistischer Arbeit in Österreich oder Deutschland nachgehen. Die Kontaktpersonen stellten sich aus Freund*innen und Bekannten der Autorin und der Antidiskriminierungsstelle ZARA zusammen, die das Vorhaben über Instagram verbreiteten. Diese Strategie zur Herstellung der Kontakte erwies sich als wichtig und hilfreich, um ein gewisses Vertrauen gegenüber der Autorin und dem Vorhaben zu schaffen. Nachfolgend wird die Stichprobe dargestellt (Tabelle 1).

2.4 Stichprobe

Insgesamt wurden acht Personen im Alter von 19 bis 30 Jahren interviewt. Der Altersdurchschnitt liegt bei 25,25 Jahren. Drei Personen sind cis-männlich und fünf cis-weiblich. Demnach geben alle Teilnehmenden an, sich mit dem Geschlecht zu identifizieren, dass ihnen anhand angeborener körperlicher Merkmale zugeschrieben wird. Alle Teilnehmenden waren zum Zeitpunkt des Interviews bereits ein viertel Jahr oder länger in psychotherapeutischer Behandlung und sind im Alltag in einem unterschiedlichen Ausmaß von Rassismus betroffen. Es wurde von groben, antizipierenden, überwiegend aber subtilen Rassismuserfahrungen in unterschiedlichen Lebensbereichen berichtet. Innerhalb intimer Beziehungen, dem Arbeits- bzw. Ausbildungsbereich,

der Freizeit, im öffentlichen Raum und auch im therapeutischen Setting wurden Situationen der Herabsetzung, der Stigmatisierung, des Ausschlusses, der Benachteiligung, der Diskriminierung und der Exotisierung der eigenen Person sowie der Absprache der Zugehörigkeit und der Fremd-Machung erlebt. Rassismuserfahrungen sind somit als Teil der alltäglichen Lebenserfahrungen der Interviewten zu verstehen. Eine Person besuchte zu dem Zeitpunkt des Interviews die Maturaklasse, eine weitere ist derzeit am Ende der dritten Lehre und die sechs weiteren Personen befinden sich in ihrer akademischen Ausbildung beziehungsweise haben bereits einen akademischen Abschluss. Daraus ergibt sich eine recht junge und gebildete Stichprobe. Die Hälfte der Personen hat die deutsche, die

Tabelle 1

Stichprobe

Interviewte	Alter	Gender_I ^a	Staatsbürgerschaft	Bildungsstand	Therapiedauer	laufend	Gender_T ^b
Anton	30	m	Ö	HS	> 0,5	Ja	m
Lara	25	w	D	AHR	> 0,25	Nein	m
Oksana	27	w	D	HS	> 0,5	Nein	w
Taraneh	30	w	D	HS	> 0,5	Nein	m
Kalidou	25	m	Ö	HS	> 0,5	Nein	w
Azad	27	m	Ö	Lehre	> 4,0	Nein	w
Eleonore	19	w	Ö	APS	> 0,5	Ja	m
Flora	21	w	D	AHR	> 0,5	Ja	w

Anmerkungen. Angabe der Therapiedauer in Jahren. ^a Gender der Interviewten Person. ^b Gender der Therapeut*in.

andere Hälfte die österreichische Staatsbürgerschaft. Drei von ihnen sind in einem außereuropäischen Land geboren, von denen zwei bereits in ihrer frühen Kindheit nach Deutschland immigrierten, die andere Person ist mit 17 als unbegleiteter Flüchtling nach Österreich gekommen. Demnach sind sieben von den acht Personen im deutschsprachigen Raum sozialisiert. Zum Zeitpunkt des Interviews lebten drei teilnehmende Personen in Vorarlberg, zwei in Wien und jeweils eine Person in Köln, Berlin und auf Lesbos. Drei Personen haben zum Zeitpunkt des Interviews weiterhin die Therapie besucht, zwei Personen gaben an, die Therapie nach vier Jahren beziehungsweise nach zwei Kurzzeittherapien abgeschlossen zu haben. Die weiteren drei Personen haben berichtet, aus unterschiedlichen Gründen die Therapie frühzeitig abgebrochen zu haben. Die Gründe werden im Laufe der Ergebnisdarstellung genauer skizziert. Alle Interviewten gaben an, bei *weißen* Therapeut*innen gewesen zu sein, von denen die Hälfte männliche und die andere Hälfte weibliche Personen sind. Es ist zu betonen, dass im Aushang nicht gezielt nach BIPOC Klient*innen rekrutiert wurde, die bei *weißen* Therapeut*innen in Behandlung sind. Es werden verschiedene schulische Hintergründe der Therapeut*innen benannt: Zweimal wurde genannt die Verhaltenstherapie, einmal die Psychoanalyse und zweimal die Gestalttherapie, bei den weiteren konnte der schulische Hintergrund nicht wiedergegeben werden.

Die Beweggründe, psychotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen, sind divers. Eine Person beginnt zunächst eine Supervision, um ihre Rolle als Psychologin zu reflektieren, eine durch Herausforderungen in der Arbeit und die öffentlich aufflammende Rassismus-Debatte ausgelöste Krise verändert den Bedarf hin zu einer explizit psychotherapeutischen Behandlung. Eine Krise wird auch von zwei weiteren Personen als Beweggrund genannt, von denen eine hintergründig depressive Phasen und eine andere Angstsymptome nennt. Eine andere Person ist aufgrund einer Borderline-Diagnose in psychotherapeutischer Behandlung und führt sowohl depressive Phasen als auch das Thema Selbstwert als Beweggründe an. Es werden darüber hinaus von zwei Personen Ohnmachts- bzw. Überforderungsgefühle als Gründe für die Therapie benannt. Beide Personen sprechen zudem von einer unverarbeiteten Traumatisierung in der Kindheit. Eine weitere Person geht mit dem Ziel, die Diagnose einer chronischen Erkrankung sowie familiäre Konflikte zu verarbeiten, in Therapie. Auch die Themen Beziehungsgestaltung und Unsicherheit in der Identität werden als Beweggründe genannt. Letzteres wird explizit in Verbindung mit Prozessen des Otherings gebracht.

2.5 Erhebungsinstrument

Im Rahmen dieser Arbeit wurden halbstrukturierte Leitfadeninterviews durchgeführt. Es ist Befragten dabei möglich, frei auf die Leitfragen zu antworten, das Erzählprinzip steht dabei im Vordergrund, die interviewende Person lenkt das Gespräch lediglich immer wieder zu den der Arbeit zugrundeliegenden Fragestellungen zurück (Hölzl, 1994).

Nach Lamnek (2005) basiert das halbstrukturierte Leitfadeninterview auf fünf Grundprinzipien. Die Prinzipien der Zurückhaltung der Forscher*in und der Offenheit bedeuten einerseits die verbale Zurückhaltung der/des Interviewers*in und andererseits die Offenheit gegenüber unerwarteten Informationen und subjektiven Sichtweisen der Befragten. Das Prinzip der Flexibilität betont das variable Reagieren der/des Interviewers*in auf die Bedürfnisse der Befragten und der Interviewsituation. Die Prozesshaftigkeit meint, dass Deutungs- und Handlungsmuster der Interviewten ermittelt werden, die sich im Laufe des Interviews entwickeln können. Das Prinzip der datenbasierten Theorie verweist darauf, dass sich Leitfadeninterviews nicht zur Überprüfung, sondern zur Generierung von Theorien eignen.

Dieses Verfahren ermöglicht es, sowohl eine Offenheit und Flexibilität gegenüber dem Gesprächsverlauf als auch eine hohe Informationsdichte entsprechend dem Themenbereich zu erhalten. Dabei werden Urteile, Begründungen, Meinungen und Erfahrungen der Befragten zum Untersuchungsgegenstand explizit miteinbezogen (Kepper, 1994).

Dem Interviewleitfaden voran geht ein Kurzfragebogen, der dazu dient, biografische und soziale Hintergrunddaten, im Sinne der demographischen Daten, zu erheben. Lamnek (2005) empfiehlt zudem, nachträglich zum Interview besondere Wahrnehmungen des/der Interviewer*in

hinsichtlich der Gesprächssituation in einem Postskript festzuhalten. Diese Notizen können Aspekte zur Art der Beziehungsgestaltung zwischen der teilnehmenden und der interviewenden Person sowie besondere Rahmenbedingungen oder nonverbale Reaktionen der Interviewsituation, die über das Tonband nicht dokumentiert werden können, beinhalten. Postskripte (siehe Anhang A) wurden von der Autorin unmittelbar nach dem Interview stichwortartig verfasst.

Die Interviewmethode wurde ausgewählt, da sie entsprechend der Fragestellung die Wahrnehmung und das Erleben der Befragten in den Vordergrund stellt. Aufgrund der unterschiedlichen spezifischen Themenschwerpunkte der Fragestellungen erscheint das Interview als ein halbstrukturiertes Leitfadeninterview ebenfalls als sinnvoll.

2.6 Der Interviewleitfaden

Zur Vororganisation und Explikation des interessierten Untersuchungsgegenstandes und des theoretischen Wissens sowie zur Vergleichbarkeit wurde für das Interview ein halbstrukturierter Leitfaden vorbereitet (Mey & Mruck, 2020). Der verwendete Interviewleitfaden wurde von der Autorin ausgearbeitet und die Handhabbarkeit sowie die Verständlichkeit der Fragen in einem Pilotinterview erprobt. Da, bis auf sprachliche Konkretisierungen zweier Fragen, anschließend keine Veränderungen im Leitfaden vollzogen wurden, konnte das Pilotinterview mit in die Auswertung genommen werden.

Das Interview gliedert sich in drei Teile, denen eine allgemeine Begrüßung, die Aufklärung zum Interviewablauf sowie der Kurzfragebogen (siehe Anhang B) vorangestellt ist. Von Interesse waren das Alter, Gender, Staatsangehörigkeit, Bildungsstand und Angaben zur Psychotherapie. Der erste Teil des Interviews widmete sich dem Grund für und die Erwartungen an die Psychotherapie sowie dem Umgang mit dem Thema Rassismus und eigenen Diskriminierungserfahrungen. Es wurde auch spezifisch nach subjektiven Erklärungsmodellen für die psychischen Symptome gefragt. Dies sollte dazu dienen, einen Einblick zu erhalten, ob die Klient*innen den Ursprung ihrer Symptome selbst individualisiert oder kontextualisiert betrachten. Da die Antworten auf die Frage keine für die Forschungsfragen relevanten Informationen generierten, wurde sie nicht in die Analyse miteinbezogen.

Im Hauptteil des Interviews ging es darum, die Qualität der therapeutischen Beziehung zu erfassen. Dabei wurde auf die vier Skalen des standardisierten Messverfahrens „Skala der Therapeutischen Allianz – Revised (STA-R)“ von Brockmann und Kolleg*innen (2011) zurückgegriffen. Da dieses Messverfahren ebenso auf der Modellannahme von Bordin (1979) aufbaut, erwies sich dies als ein hilfreiches strukturierendes Moment. Die verwendeten Skalen sind: Angst sich zu öffnen, positive emotionale Beziehung, Interferenz mit der Therapeut*innenpersönlichkeit und zuversichtliche Zusammenarbeit. Über diese Skalen wurden die

Aspekte des Vertrauens, der emotionalen Beziehungsebene, Übereinstimmung in Aufgaben und Zielen sowie kritischer Einstellungen gegenüber den Therapeut*innen erfragt.

Zum Abschluss wurden die subjektiv empfundene Therapiewirksamkeit sowie Verbesserungsmöglichkeiten in Bezug auf die Psychotherapie erhoben. Die befragten Personen sollten darüber reflektieren, wie sie persönlich die Therapie erlebt haben und inwiefern ihre Erwartungen erfüllt wurden. Außerdem war von Interesse, inwiefern die Befragten gesellschaftlich vermittelte Themen für therapierelevant empfinden. Zudem wurde erfragt, wie sich Rassismus auf das eigene Selbstkonzept ausgewirkt hat. Die abschließende Frage sollte dazu dienen, die Komplexität der Rassismuserfahrungen zu reflektieren und zu explorieren, auf welche Aspekte der Erfahrungen in der Psychotherapie explizit eingegangen werden kann. Der vollständige verwendete Interviewleitfaden ist im Anhang C einsehbar.

2.7 Interviewdurchführung und Interviewsituation

Die Teilnahme an den Interviews erfolgte freiwillig. Bei den Gesprächen handelte es sich um halb-strukturierte Leitfadeninterviews. Die Interviewteilnehmer*innen wurden vor allem durch das Verbreiten des Aushangs (siehe Anhang D) über Instagram und über Mund-zu-Mund Propaganda gewonnen. Sie haben sich per E-Mail an die interviewende Person gewendet, anschließend wurde ein Interviewtermin ausgemacht. Diese Interviews wurden im Rahmen der Masterarbeit von der Autorin im Zeitraum vom 05.02.2021 bis 26.04.2021 durchgeführt. Zwei Interviews fanden in Präsenz in der Wohnung der Interviewerin statt, die restlichen sechs Interviews wurden einerseits aufgrund der Covid-19 bedingten Einschränkungen, andererseits aufgrund der örtlichen Distanz online über das Videotelefonkonferenz-Softwareprogramm Zoom durchgeführt.

Zu Beginn des Gesprächs stellte die Interviewende sich und das Forschungsvorhaben kurz vor, erklärte den Ablauf und verwies auf die Datenschutzerklärung sowie auf die Möglichkeit, jederzeit das Interview abubrechen und die Aufnahme des Interviews rückwirkend zu löschen. Es folgten der Kurzfragebogen, der die demographischen Daten beinhaltete, und daraufhin das Interview, das sich am Interviewleitfaden orientierte. Es wurde verdeutlicht, dass die Befragten als Expert*innen für ihre Erfahrungen und Reflexion gelten, und dass es zu verständnisgenerierenden Nachfragen durch die Interviewende kommen kann. Anschließend an das Interview wurde die Möglichkeit angeboten, das Forschungsvorhaben und die Motive der Interviewerin genauer zu erläutern, dies wurde von allen Teilnehmenden in Anspruch genommen. Die Interviews dauerten zwischen 41;22 – 69;17 Minuten. Die Interviewten gaben ein mündliches Einverständnis, dass die Gespräche zu Transkriptionszwecken aufgenommen und im Anschluss ausgewertet werden dürfen. Alle Namen wurden für die Darstellung der Stichprobe und der Ergebnisse durch ein Pseudonym ersetzt, um die Anonymität der Personen zu wahren. Durch die Förderung des queer-feministischen

Fördertopfs der österreichischen Hochschüler*innenschaft der Universität Wien konnte den Teilnehmenden eine Aufwandsentschädigung von 20 Euro ausgehändigt werden.

Bei zwei von den Online-Interviews kam es aufgrund instabiler Internetverbindung zu technischen Schwierigkeiten. Nach Einschätzung der Autorin hat dieser Umstand die Qualität der Informationsgewinnung nicht beeinträchtigt, sondern primär zu einem verzögerten und verlängerten Interviewverlauf geführt. Prinzipiell ersuchte die Interviewerin aufgrund der Sensibilität der geteilten Erfahrungen, eine emotional offene und vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Die Interviewerin reagierte nicht nur passiv und Narration-anregend, sondern bestätigte Erzähltes im Sinne des aktiven Zuhörens bewusst und unterstützend, um die generierten Informationen problemzentriert für weitere Nachfragen zu nutzen (vgl. Velho, 2016). Es ist zu erwähnen, dass bei zwei Personen durch die Explikation ihrer Erfahrungen die Emotionen Trauer und Frustration im Interview hochgekommen sind. Diesen Emotionen hat die Interviewerin versucht, angemessen und kollegial zu begegnen. Eine der beiden Personen stammt zudem aus dem erweiterten Freund*innenkreis der Autorin, wodurch das kollegiale Begegnen der Interviewerin verstärkt wurde. Die Reaktionen der Interviewenden auf die Bedürfnisse der Interviewsituation können nach der Reflexion der Interviewsituation in Verbindung mit dem Feedback der Interviewpartner*innen als angemessen eingestuft werden. Diese haben zum Wohlbefinden der Interviewten beigetragen und womöglich sogar zu einer Erhöhung des Informationsgehaltes geführt. Des Weiteren stellte sich während eines Interviews heraus, dass es bis zu einem gewissen Grad Verständnisschwierigkeiten gegeben hat, die darauf zurückzuführen sind, dass eine interviewte Person nicht muttersprachlich Deutsch spricht und die vorformulierten Fragen eine gewisse sprachliche Komplexität aufweisen. Die Interviewerin hat während des Interviews versucht, die Fragen so umzuformulieren, dass sie besser verständlich sind. Auch hier hat die genaue Analyse des Materials keine Schlüsse darüber gegeben, das Interview aus der Analyse auszuschließen. In manchen erfragten Aspekten ist lediglich der Informationsgehalt etwas geringer. Anschließend an das Interview wurde das Postskript von der Interviewerin stichwortartig ausgefüllt.

2.8 Qualitative Datenaufbereitung

Die Interviews wurden über das Sprachmemo des Handys der Autorin aufgenommen und anschließend von der Autorin zunächst händisch und nach dem dritten Interview computergestützt mit dem Programm MAXQDA (Verbi, 2020) transkribiert. Zur Transkription wurden die Transkriptionsregeln Talk in Qualitative Social Research (TiQ) angewandt. Diese zeichnen sich durch ihre handhabbaren Regeln für eine buchstäbliche Transkription sowie Füllwörter, emotionale Äußerungen und Verständnissignale aus. Auf eine genaue Transkription der Intonation wurde verzichtet, da diese Informationen für die angestrebte Analyse nicht von Relevanz sind. Die

Transkriptionsregeln sind im Anhang E einsehbar. Es wurde jeweils das ganze Interview zur Analyse herangezogen.

2.9 Computergestützte Datenanalyse mit „MAXQDA“

Die Transkription und Auswertung der Interviewdaten erfolgte computergestützt mit Hilfe des Programms MAXQDA (Verbi, 2020). Die Software bietet eine Vielzahl an Funktionen, um unterschiedliche Analysetechniken anzuwenden. Die Analyse des Materials wird insbesondere durch das strukturierende, hierarchisch organisierte Kategoriensystem, die Zuordnung von Farben und Gewichten, die Bereitstellung von Tabellen sowie die Möglichkeit der schnellen Rekonstruktion der Auswertungsschritte durch die Software vereinfacht (Kuckartz, 2007). Die Analyse mittels MAXQDA (Verbi, 2020) ist keine standardisierte Methode, sondern bietet die flexible Ausgestaltung der Analyse abhängig vom methodischen Ansatz, der Art und des Umfangs des Untersuchungsmaterials (Kuckartz, 2007). In der vorliegenden Arbeit wurde das Programm insbesondere zur Transkription und zur inhaltlichen Strukturierung mittels der Kategorisierung genutzt. Die großen Datenmengen konnten mit Hilfe des Programms systematisch durchgearbeitet und über die Erstellung eines Kategoriensystems strukturiert werden.

2.10 Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Die Datenanalyse erfolgt mittels der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz (2018). Diese Methode erweist sich, entgegen der häufig verwendeten Analysemethode nach Mayring, aus zwei Gründen als besonders für diese Analyse geeignet. Zunächst bietet die auf die Analyse von Kuckartz hin programmierte MAXQDA Software eine Vereinfachung der Bewältigung von großen Datenmengen, wie es in vorliegender Erhebung der Fall ist. Zudem ist mit dem Phasenmodell von Kuckartz (2018) ein verständlicher Leitfaden zur Verfügung gestellt, der eine regelgeleitete Analyse des Materials erlaubt. Bei Erstdurchführung der qualitativen Inhaltsanalyse bietet die regelgeleitete Analyse des Materials nach Kuckartz einen guten Orientierungsrahmen (Pawicki, 2014).

Bei der Auswertung wurde eine Kombination aus induktiven und deduktiven Kategorien verwendet. Die Hauptkategorien wurden überwiegend deduktiv aus den theoriebasierten Fragestellungen, der Großteil der Kategorienbildung jedoch induktiv aus dem Textmaterial abgeleitet (Kuckartz, 2012). Einen ersten Schritt der Auswertung stellt die initiierende Textarbeit dar. Das gesamte Textmaterial wird dabei durchgegangen und die für die Fragestellung wichtigen Aspekte markiert. Erste Auswertungsideen werden dokumentiert und die Textstellen kommentiert und inhaltlich zusammengefasst. Diese Phase wird mit dem Schreiben von kurzen Fallzusammenfassungen abgeschlossen und leitet in die Kategorienbildung über. In dieser Phase wird

der Text sequenziell den Hauptkategorien zugeordnet. Textstellen, die keine für die Forschungsfragen relevanten Inhalte tragen, bleiben unkodiert (Kuckartz, 2012). Bevor die Kodierung des Materials entlang der Hauptkategorien vorgenommen werden kann, müssen die Analyseeinheit definiert und Kodierregeln festgelegt werden. Die Kodiereinheit, die Größe des Textsegments, das jeweils kodiert wird, sollte so gewählt werden, dass es auch außerhalb des Kontextes verständlich ist (Kuckartz, 2012). In der durchgeführten Analyse wurde sich als minimale Kodiereinheit für Sinneinheiten aus einzelnen Worten entschieden. Eine maximale Kontexteinheit wurde nicht festgelegt. Nach dem ersten Kodierprozess wird bei der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse eine Ausdifferenzierung der zunächst noch relativ allgemeinen Hauptkategorien in überwiegend induktiv bestimmte Subkategorien vorgenommen (Kuckartz, 2012). In diesem zweiten Kodierprozess werden die Textstellen der Hauptkategorien den ausdifferenzierten Subkategorien zugeordnet. An diesem Punkt wurden die Kodierregeln erneut überprüft und es kam bei Bedarf zur Bildung weiterer Subkategorien.

2.11 Kritische Reflexion von Konzeption und Interviewführung

Ein explorativ qualitatives Forschungsdesign ist für den vorgestellten Untersuchungsgegenstand gut geeignet. Dennoch sind einige Einschränkungen zu nennen, die sich aus der Methode und der Positionierung der forschenden Person ergeben. Eine Schwierigkeit, die sich aus der Verwendung von Interviews ergibt, ist die Tatsache, dass von den Teilnehmenden nur bewusste Inhalte geschildert werden können. Die Explikation von Gedanken und Gefühlen kann im Gespräch der Interviewsituation zur Bewusstwerdung der erfragten Inhalte beitragen (Mey & Mruck, 2020). Dies konnte die Interviewende insbesondere bei der Frage zu dem Aspekt beobachten, welcher die Wünsche an die Psychotherapie thematisiert hat. Es ist nicht zu vernachlässigen, dass die Fragestellung und die Problemstellung ein hohes Maß an Reflexion der interviewten Personen voraussetzen. Die Gedanken und Emotionen zu den erfragten Inhalten müssen somit nicht nur bewusst zugänglich sein, sondern ebenso verbalisierbar sein. Dadurch, dass sich das Ausschreiben gezielt an Personen richtete, die sich als BIPOC identifizieren, meldeten sich primär Personen, die sich bereits mit Rassismus und ihren Diskriminierungserfahrungen auseinandergesetzt haben, und sich ihrer Rassismuserfahrungen daher bewusst sind. Zudem handelt es sich um eine junge gebildete Stichprobe, weshalb davon ausgegangen wird, dass die Fähigkeit zur Reflexion über das Thema Rassismus und die Psychotherapieerfahrungen vorhanden ist. Es ist dennoch nicht auszuschließen, dass bestimmte Informationen den Befragten nicht bewusst zugänglich waren und dadurch nicht erhoben werden konnten.

Ein weiterer Kritikpunkt, der besonders hervorzuheben ist, ergibt sich aus der gesellschaftlichen Positionierung der interviewenden Person. Die Offenlegung der Positionierung und Sprechposition der Autorin soll transparent machen, dass die Perspektive, aus der die Arbeit

geschrieben ist, durch die Sozialisation und das Umfeld der Autorin involviert, partikulär und dadurch begrenzt ist (vgl. Castro Varela & Dhawan, 2003).

Die Situiertheit der Autorin als *weiße*, cis-weibliche, in der „Mittelschicht“ sozialisierte Studierende sowie die fehlenden Erfahrungsdimensionen rassistischer, antisemitischer Diskriminierungen beeinflussen und lenken den theoretischen und methodischen Zugang der Arbeit, die Fragen, die als relevant erscheinen, und die Konkretisierung des Forschungsgegenstandes. Auch die Analyse des Gegenstandes sowie der erwartete Erkenntnisgewinn aus der Analyse sind durch die Situiertheit der Autorin beeinflusst und begrenzt. Deswegen versteht sich die Arbeit auch als eine persönliche, kritische Auseinandersetzung mit dem *Weißsein*, den daraus folgenden Privilegien, den Annahmen, Bildern und hegemonialen Wissen, das über wissenschaftliche, mediale, und private Diskurse auf die Autorin einwirkten. Die Auseinandersetzung wurde vor dem Beginn der Interviews in Form einer reflexiven schriftliche Darlegung der gesellschaftlichen Positionierung geführt, um das empathische Verstehen der Autorin gegenüber der subjektiven Darstellung der Interviewpartner*innen zu fördern (Chang & Yoon, 2011).

2.12 Ergebnisdarstellung

Die Transkripte werden aufgrund der Sensibilität der Daten im Rahmen dieser Masterarbeit nicht veröffentlicht. Es wird jedoch aus den anonymisierten Transkripten zitiert. Mithilfe der Datensoftware „MAXQDA“ (Verdi, 2020) wurde das Datenmaterial transkribiert, strukturiert und ausgewertet. Bei Zitationen wird demnach auf die im Programm erstellten Paragraphennummern verwiesen. Die Ergebnisdarstellung wird anhand des aus der Analyse entstandenen Kategoriensystems gegliedert. Bei der Darstellung von Zitationen werden Füllwörter („äh“), Satzzeichen, die die Wortintonation anzeigen (z.B. *n:iemals?*), Wortwiederholungen, bei denen nicht von einer bewussten Betonung oder bestimmten Bedeutung ausgegangen wird (z.B. „*sie wertende wertende oder negative Gedanken*“), sowie Pausen und nonverbale Äußerungen (z.B. *((räuspert sich))*) zur Verbesserung der Lesbarkeit ausgespart. Kommata werden ebenso für die Gewährleistung einer besseren Lesbarkeit als grammatikalische Satzzeichen nachträglich in die Zitation gesetzt. Unterstrichene Wörter verweisen auf eine Betonung derselben durch die Interviewten. Direkte Zitate werden mit Anführungszeichen deutlich gemacht, inhaltlich interpretierte Subkategorien durch Kursivschreibung. Die selbstgewählten Personalpronomen werden in der Darstellung der Zitationen übernommen.

Das Kategoriensystem ist unterteilt in den Kategoriennamen, die Kategoriendefinition, ein Ankerbeispiel und die Anzahl der Erwähnung, die der Kategorie zugeordnet werden konnte. Ist eine Hauptkategorie in Subkategorien gegliedert, sind nur für die Subkategorien Beispiele und Anzahl der

Nennungen angegeben, da diese ebenso für die übergeordnete Kategorie gelten können. Das Kategoriensystem kann im Anhang F eingesehen werden.

3 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung erfolgt entlang der Hauptkategorien des Kategoriensystems (siehe Anhang F). Zuerst wird auf die „Erwartungen“ der Interviewten an die Psychotherapie eingegangen, auch die Einschätzung, inwiefern die Erwartungen erfüllt wurden, wird angeführt. Anschließend wird die „therapeutische Beziehung“ anhand der Schilderungen der Klient*innen dargestellt. Der darauffolgende Abschnitt widmet sich „Gesellschaftlichen Themen in der Psychotherapie“ und dem „Umgang mit dem Thema Rassismus(-erfahrungen) von Seiten der Klient*innen und der Therapeut*innen“. Die soeben genannten Hauptkategorien wurden deduktiv aus den Forschungsfragen gebildet. Es folgt die Darstellung der induktiv gewonnenen Hauptkategorien „Aspekte einer erfolgreichen Psychotherapie“ und „Abgeleitete Themen“. Entlang dieser Gliederung werden alle Subkategorien, die einer Hauptkategorie zugeordnet wurden, dargestellt.

3.1 Erwartungen

Im Hinblick auf die Erwartungen an die Psychotherapie wurde eine Reihe von Aspekten genannt, die in zwei Subkategorien, **Erwartungen bzgl. Symptomatik** und **Erwartungen bzgl. Zusammenarbeit**, gegliedert wurden. Insgesamt lässt sich feststellen, dass ausschließlich zuversichtliche und realistische Erwartungen an den therapeutischen Prozess genannt wurden. Es war auch von Interesse zu erfahren, inwiefern die Interviewten ihre Erwartungen an die Psychotherapie als erfüllt beziehungsweise nicht erfüllt ansehen. Hierbei kristallisiert sich ein heterogeneres Bild heraus, das anhand der Subkategorien **erfüllt**, **unerfüllt**, und **fragmentarisch** dargestellt wird. Die Subkategorie fragmentarisch bezieht sich auf jene Schilderungen, die nicht gänzlich als erfüllt oder unerfüllt einzuordnen sind und von den Interviewten auch nicht als solches bewertet wurden. Dabei zeigt sich, dass die Bewertung der Erwartung als fragmentarisch entlang des Themas Rassismus(-erfahrungen) geschieht.

Erwartungen bzgl. Symptomatik. Sieben von acht Personen erhofften sich die Unterstützung bei der *Symptomreduktion und Bewältigung*. Dabei ging es auch darum, *konstruktive Bewältigungsstrategien* zu erlernen. Lara konkretisiert: „Irgendwie Strategien entwickeln, wie ich mich auf gesunde Weise von meinen familiären Problemen abgrenzen kann, ohne das jetzt irgendwie nur zu verdrängen“. (P. 73).

Es war auch ein Anliegen, die *Ursache der Symptomatik* zu explorieren, um den Schwierigkeiten, die sich dadurch im Alltag ergeben, besser begegnen zu können, da „es oft sehr ähnliche Situationen waren, wo es dann passiert ist“ (Flora, P. 170). Auch wurde erwartet, dass persönliche *Ressourcen* gestärkt werden, dies wurde insbesondere in Verbindung mit dem *Selbstwert und Selbstbewusstsein* genannt. Eleonora erklärt, „weil alle Probleme, die ich jetzt gerade zurzeit hab,

aus dem nicht vorhandenen Selbstwert entstammen, also auch das selbstverletzende Verhalten, die depressiven Phasen“ (P. 64).

Erwartungen bzgl. Zusammenarbeit. Bezüglich der Zusammenarbeit wurde der Wunsch nach *Unterstützung* genannt und von der Erwartung eines *neutralen Gegenübers* gesprochen. Dies beschreibt Kalidou, indem er sagt: „Ich bin hauptsächlich in die Psychotherapie gegangen, um einfach mit jemandem Neutralen zu sprechen, um mich zu öffnen und dadurch auch ja ein bisschen an Ballast zu verlieren“ (P. 72).

Taraneh führt ihr Verständnis vom *neutralen Gegenüber* wie folgt aus: „Ein sicherer Raum, weil ich eben wie gesagt, weil ich also überall so Räume verloren hab“ (P. 58). Taraneh spricht in Verbindung mit den Rassismuserfahrungen auch von dem Bedürfnis, die *Gefühle*, die dadurch hervorgebracht werden, im Therapieprozess *zu validieren und zu kontextualisieren*. Taraneh führt aus: „Es gab nie so Vergleichsebenen, wo ich sagen könnte, ok ich erfahre das aufgrund von meiner Hautfarbe und ich erfahre das nicht aufgrund von Persönlichem, das heißt ich hab immer den Finger auf mich selbst gesetzt und gesucht und das alles kam hoch, eh mit na ganz schönen Wucht so und deswegen hat ich da auch sehr Bedarf irgendwie mit jemandem darüber zu sprechen“ (P. 54).

Erfüllt. Die Evaluation der Erwartungen als erfüllt, wurde überwiegend mit dem Erleben von *Rückhalt* (Flora, P. 166), dem Bemerkten von *Veränderungsprozessen* (Eleonora, P. 139) und dem *Herstellen von Zusammenhängen* (Anton, P. 139) zwischen Symptomatik und Ursachen beschrieben.

Fragmentarisch. Zwei Interviewpartner*innen schätzen ihre Erwartungen, bezüglich Veränderungs- und Bewältigungsprozessen sowie Unterstützung und Rückhalt, nur in bestimmten Bereichen als erfüllt ein. Kalidou führt das aus, indem er sagt: „Meine Erwartungen wurden eigentlich erfüllt, weil ich ja Sicherheit erfahren habe dadurch und auch ja ein wenig Rückhalt, dadurch dass ich meine Themen anbringen, nur mit dem Thema Rassismus, da konnte ich keinen Rückhalt finden, weil ich das Thema nicht anbringen konnte“ (P. 200). Auch Taraneh reflektiert am Thema Rassismus(-erfahrungen), die Erwartungen nicht gänzlich erfüllt zu sehen (P. 134). Die Reproduktion von Rassismen und Abwehrmechanismen durch den Therapeuten führte schlussendlich zum Therapieabbruch und Resignation trotz weiterem Therapiebedarf. Taraneh erklärt: „Man kann ja nicht mal sagen, ok hier bin ich sicher vor Rassismus, und die Verletzung war so groß, dass ich mich gar nicht traue, also ich traue mich einfach nicht so, Vermeidungsverhalten“ (P. 190).

Unerfüllt. Es wurden unterschiedliche Gründe genannt, warum die Erwartungen an die Therapie als unerfüllt bewertet wurden. Es wurde das Fehlen neuer *differenzierter Perspektiven*, *fehlende Exploration der Symptomursache* und *fehlendes Erlernen von Skills* durch den Therapieprozess genannt. Azad erklärt sich die mangelnde Exploration der Ursachen dadurch, dass „sie (die Therapeut*innen) sich selber nicht zugetraut haben, in die Tiefe zu gehen“ (P. 78). Darüber hinaus werden ein *fehlendes Einfühlungsvermögen* und eine *wertende Haltung* der Therapeut*innen

als Gründe genannt. Lara führt aus: „Es waren die bewertenden Kommentare, die teilweise auch rassistisch waren, aber nicht nur, eh dass ich meinen Therapeuten, also auch menschlich, irgendwie einfach die Chemie gar nicht gestimmt hat“ (P. 189). Weiter führt Lara aus aufgrund dieser Therapieerfahrungen, frühzeitig resigniert abgebrochen zu haben (P. 171). Oksana reflektiert die Verbesserung ihres Befindens anhand äußerer Umstände und erklärt sich den Grund für die mangelnde Ursachenexploration, der Oksana zum frühzeitigen Therapieabbruch bewegte, mitunter durch die therapeutische Schule (P. 166).

Die Therapieerfahrungen, die zu diesen Einschätzungen geführt haben, werden im Folgenden anhand der Beschreibung der therapeutischen Beziehung und des Umgangs mit Rassismus(-erfahrungen) verdeutlicht angeführt.

3.2 Therapeutische Beziehung

Die Subkategorie zur therapeutischen Beziehung wurde überwiegend, orientierend an den im theoretischen Teil vorgestellten Modellen, deduktiv gebildet. Entlang der Aspekte der emotionalen Bindung, der Zusammenarbeit und der empfundenen Machtdynamik werden die Beziehungserfahrungen systematisch dargestellt.

Emotionale Beziehung. Empathie. Vier der Interviewten berichten davon Empathie, durch die/den Therapeut*in in der „Art und Weise wie zugehört wird“ (Eleonora, P. 92) erfahren zu haben. Der Eindruck verstanden zu werden, manifestiert sich bereits zu Beginn der Therapie und hinterlässt das Gefühl, „gehört zu werden“ (Anton, P. 109) und „gut aufgehoben“ zu sein (Eleonora, P. 96).

Einige Male wird auch von einem *Mangel an Empathie* gesprochen, der darin resultiert, sich nicht ernst genommen und verstanden zu fühlen (Azad, P. 104, P. 112). Lara führt das Unverständnis, das aus dem fehlenden empathischen Verstehen resultiert, aus: „Er kommentiert, dass er das gerade nicht nachvollziehen kann und „da hatte ich so das Gefühl, so für diese Reaktion könnte ich meinen Opa anrufen, aber da dafür bin ich ja nicht beim Therapeuten, so das war mir dann völlig unverständlich“ (P. 105). Folgend wird beschrieben wie der Mangel an Empathie die Wahrnehmung schürt „nicht gesehen zu werden“ (Lara, Pos. 121). Auch Taraneh berichtet von einer Unsicherheit, die aus dem nicht „vollends Verstanden“ (P. 120) werden entsteht, „dass da irgendwie so Puzzleteile sind, die irgendwie noch mir erklären, warum also, ich hatte irgendwie das Gefühl ich bin nicht ganz normal bei ihm“ (P. 120).

Es wurden Überlegungen angestellt, welche Gründe für das Fehlen an Empathie der Therapeut*innen verantwortlich sein könnten, dabei wurden die „unterschiedliche gesellschaftliche Positionierung und Werte“ (Oksana, P. 94, P. 132, P. 146) und auch eine *mangelnde Fähigkeit zur Perspektivübernahme*, die sich in „Vergleichen, die irgendwie Off waren“ (Lara, P. 145) zeigte, genannt.

Kongruenz. Die Echtheit in der Selbstmitteilung der Therapeut*innen zeigt sich in einer „transparenten und konkreten Haltung“ (Eleonora, P. 120) und wird von Anton beschrieben: „keine kalte Fassade, der vor mir sitzt, er ist ein fühlender Mensch“ (P. 107). Durch die Kongruenz entsteht Vertrauen in die therapeutische Person und in die Möglichkeit, den therapeutischen Prozess als Tool für neue Beziehungserfahrungen zu nutzen, um sich dadurch „wieder neu zu erleben“ (Anton, P. 107).

Wertschätzung. Die empfundene Wertschätzung prägt den Therapieprozess positiv und wirkt der eigenen Person gegenüber bestärkend (Kalidou, P. 168). Mitunter wird Wertschätzung über die Kongruenz der Therapeut*innen vermittelt (Anton, P. 107).

Fragmentarisch. Entlang der Rassismuserfahrungen wird erneut die Differenzierung des Wertschätzungserlebens getroffen (Kalidou, P. 122). Auch Taraneh stellt fest: „Aber er hat schon mir immer das Gefühl gegeben, dass etwas mit mir, aber das kann natürlich auch aus mir gekommen sein, dass etwas mit mir nicht stimmt, dass da noch irgendetwas, irgend so nen Geheimnis ist, was ich noch lüften muss und dann haben wir den Knackpunkt und dann werde ich irgendwie so normal“ (P. 102).

Anerkennung und Akzeptanz. Einige Interviewpartner*innen berichten davon, Anerkennung durch die positive Bestärkung von persönlichen Erfolgen in Form von „Lob“ (Kalidou, P.180) und dem Äußern von „Stolz“ (Flora, P. 158) erfahren zu haben. In Bezug auf den Therapieprozess können so Veränderungsprozesse sichtbar gemacht werden (Flora, P. 158). „Hand in Hand mit der Anerkennung“ (P. 138), so schildert Eleonora, geht das Vertrauen, das sich aus der Bestärkung, „dass es eben gerade ok ist, dass ich so bin wie ich bin“ (P. 138) entwickelt. Demgegenüber wird auch von dem Fehlen von Anerkennung berichtet. Dies wurde sowohl in Verbindung mit den in die Therapie eingebrachten Themen und Gefühlen (Azad, P. 145, Oksana, P. 106) als auch explizit mit den Rassismuserfahrungen in Verbindung gebracht (Taraneh, P. 146).

Sympathie. Einige Male wird auch von Sympathie gesprochen, die eine positive emotionale Bindung fördert und durch von den Klient*innen wahrgenommene Ähnlichkeit in der Art hervorgebracht wird (Taraneh, P. 100; Flora, P. 104).

Vertrauen. Sich öffnen zu können, wird als „elementar für den Veränderungsprozess“ (Eleonora, P. 86) beschrieben, der „Zeit braucht, um sich zu entwickeln“ (Flora, P. 98). Flora beschreibt auch wie positive Unterstützungserfahrungen den Prozess des Öffnens positiv bestärkt haben (P. 98). Sich zu öffnen, wird auch in Verbindung mit emotionaler Bindung und dem Gefühl von Nähe genannt (Flora, P. 154). Demgegenüber reflektiert Oksana, sich weniger durch die therapeutische Bindung, sondern aufgrund persönlicher Faktoren und äußerer Umstände öffnen zu können (116).

Fragmentarisch. Das Thema Rassismus bereitet für zwei Personen eine Herausforderung des Vertrauensgefühls. Taraneh beschreibt, „ich konnte eigentlich alles sagen und ja alles, was das Thema Rassismus angeht, war nicht drin“ (P. 94). Auch Kalidou differenziert sein Vertrauensgefühl anhand

des Rassismus-Themas: „Ich konnte mich ihr gegenüber eigentlich sehr gut öffnen und das einzige Thema, bei dem das nicht möglich war, waren eben die rassistischen Erfahrungen“ (P. 110).

Misstrauen. Die Variable Misstrauen wurde zusätzlich in die zwei Subkategorien, **durch Vorerfahrungen** und **durch Beziehungsdynamik** gegliedert, um differenzieren zu können, inwiefern das durch Vorerfahrungen hervorgebrachte Misstrauen den Beziehungsaufbau herausfordert, beziehungsweise das Misstrauen, das durch eine gewisse Haltung oder Handlung der Therapeut*innen im Therapieprozess produziert wurde.

Durch Vorerfahrungen. Anton beschreibt, wie seine Rassismuserfahrungen dazu geführt haben, zu Beginn misstrauisch gewesen zu sein und dadurch „sehr viel Sicherheit brauchte, um einschätzen zu können, ob mir jetzt jemand eher positiv gestimmt ist oder nicht“ (P. 99). Auch Unsicherheit, „die eigenen Schwächen zu zeigen“ (Lara, P.128), erschweren den Prozess des Öffnens. Zwei Personen berichten überdies, sich bei männlichen Therapeuten schwerer öffnen zu können (Kalidou, P. 208; Lara, P. 165). Es ist anzunehmen, dass das Misstrauen in Bezug auf den Gender-Aspekt aufgrund von Vorerfahrungen oder gesellschaftlich bedingten Vorannahmen, Frauen seien die besseren Fürsorgerinnen, entstand. Dies ist an dieser Stelle nicht genau festzustellen, der Aspekt sei trotzdem erwähnt.

Durch Beziehungsdynamik. Die Empfindung, von Therapeut*innen „von oben herab“ (Azad, P. 96) behandelt zu werden, bringt Misstrauen durch die Beziehungsdynamik hervor. Das Fehlen einer emotionalen Bindung und die Wahrnehmung, dass die eingebrachten Themen „oberflächlich“ (Azad, P. 98) behandelt werden, wirken negativ auf den Prozess des Öffnens ein. Das Gefühl, *bewertet* und *stereotypisiert* zu werden, bringt ebenso Misstrauen hervor. Kalidou erzählt, „dass sie sich ja irgendetwas über mich denkt, irgendetwas Negatives, dass sie Vorurteile hatte“ (P. 110). Dies geht einher mit einer resignierten Haltung, wie sich in folgender Ausführung von Kalidou zeigt, „ich habe es nicht thematisiert bei ihr, weil ich mir gedacht habe, ja das führt zu nichts“ (P. 110). Die Empfindung, dass die eigenen Erfahrungen durch die Therapeut*innen bagatellisiert werden, kann ebenso Misstrauen durch die Beziehungsdynamik hervorbringen (Azad, P. 106). Wertende Kommentare erhöhen auch die Sorge, „nicht gemocht zu werden“ (Lara, P. 128), und bewegten Lara zum frühzeitigen Therapieabbruch (P. 103). Überdies führt auch die Reproduzierung von Rassismen im Therapieprozess zu einem *Vertrauensbruch*, wie Taranehs Zitat exemplifiziert, „bin da mega gern hingegangen, fand es sehr herausfordernd, konnte mich sehr gut öffnen“ (P.80), weiter wird berichtet: „In der Sitzung war das dann sehr schnell vorbei, weil ich halt mich sehr schnell verletzt mich gefühlt habe und da ja, weil die Öffnung dann halt nicht so möglich und danach war es für mich dann unmöglich, also ich bin da dann nie wieder hin“ (P. 84).

Zuversichtliche Zusammenarbeit. Unter diesem Aspekt zeigten sich das Erlangen *differenzierter Sichtweisen*, „diese Grauzone“ (Eleonora, P. 104), in Bezug auf das Erleben und

Wahrnehmen als relevant. Die Kommunikation und Interaktion tragen dazu bei, „sich selbst besser kennen zu lernen, mich aber auch selbst mehr wertschätzen lerne“ (Flora, P. 118) und „sich zu entwickeln“ (Anton, P. 111). Ebenso kann die *Exploration der Ursache*, das Herstellen von Zusammenhängen zur „Nachvollziehbarkeit“ (Eleonora, P.128) beitragen und somit eine zuversichtliche Zusammenarbeit bestärken. Flora benennt das Explorieren von „Muster und Verhaltensweisen“ (P. 120) als hilfreichen Aspekt, um eine Reinterpretation von Erlebnissen anzuregen (Flora, P. 124). Dabei trägt die *Achtsamkeit* gegenüber den eigenen Ressourcen und Kapazitäten durch die Therapeut*innen zu einer zuversichtlichen Zusammenarbeit bei (Anton, P. 133).

Demgegenüber stehen die Erfahrungen des *Übergehens von Kapazitäten und Bedürfnissen*, die eine **Resignation** der Zusammenarbeit hervorbringen (Azad, P. 123). Darüber hinaus tragen auch unterschiedliche Vorstellungen über die *therapeutischen Aufgaben* und *Ziele* zu einer resignierten Zusammenarbeit bei. Oksana erzählt, „sie hat gesagt, o das machen sie aber gut und ich so, ja, aber das war überhaupt nicht mein Problem“, auch Laras Zitat exemplifiziert, „ich wie gesagt ganz andere Themen hatte, wo ich glaube, was anderes geholfen hätte, ein anderer Zugang damit“ (P. 141).

Machtdynamik. Auf Augenhöhe. Hinsichtlich der empfundenen Machtdynamik zwischen den Befragten und ihren Therapeut*innen beschreiben drei Personen (Flora, Eleonora, Anton), sich im therapeutischen Prozess als gleichwertig erlebt zu haben. Aus den Schilderungen geht hervor, dass die Begegnung auf Augenhöhe eher durch die positive emotionale Bindung gewährleistet wird als auf Grundlage der unterschiedlichen Rollen (Eleonora, P. 126). Flora beschreibt, „sie ist nicht so, ja ich weiß eh viel mehr, sondern es ist einfach ein Dialog und das find ich sehr gut“ (P. 116). Eleonora führt aus, „nicht so ein Belehren, also dass ich über meine Probleme belehrt werde und eines Besseren belehrt werde, [...] es ist mehr ein Aufarbeiten von Gefühlen und ein Aufarbeiten von dem Problem“ (P. 128). Auch durch die Therapeut*innen aktiv bestärkt zu werden, die eigene Rolle im Prozess einzunehmen, fördert das Gefühl von Gleichwertigkeit. Anton hebt hervor, wie dadurch klar wurde, „das ist nen Gespräch, auch wenn es emotional schwierig ist, es trotzdem ein Gespräch ist auf nem Niveau, das gleichwertig ist“ (P. 131)

Hierarchisch. Das Erleben der Machtdynamik als hierarchisch beziehungsweise das Gefühl von Unterlegenheit wird von den Interviewten unterschiedlich theoretisiert. Zum einen wird es in Verbindung mit dem Rollenverständnis gebracht, zum anderen mit einer dominanten Haltung der Therapeut*innen, die sich im „Belehren“ (Taraneh, P. 142) und „Raum einnehmen“ (Lara, P. 149) zeigt. Azad führt aus: „[...] ich habe gesehen, dass sie halt von einer anderen Sicht mich anschauen, halt als Patient-Klient, der ist der, der wo mich betreut“ (P. 108). Eine „unterschiedliche gesellschaftliche Positionierung“ (Oksana, P. 154; Lara, P. 155) kann Unsicherheiten im Rollenverständnis verstärken.

3.3 Gesellschaftliche Themen

Therapierelevanz. Auf die Frage, ob gesellschaftliche Themen wie Rassismus als therapierelevant angesehen werden, reagieren alle Interviewten zustimmend und begründen dies damit, dass die Einflüsse der Gesellschaft permanent auf einen einwirken und somit die Lebensrealitäten jeder Person beeinflussen, entlang des Aspekts der Diskriminierung unterscheidet sich, wer sich alltäglich mit der Beeinflussung auseinandersetzen hat. So beschreibt Eleonora: „Also gerade Personen, die Rassismuserfahrungen machen, das ist ja nicht nur so eine Sache gerade wie *weiße* Personen aussuchen können, ob sie sich jetzt mit diesem Thema auseinandersetzen, sondern du bist immer und überall mit Rassismus konfrontiert und es macht mit deiner eigenen Gefühlswelt und deinem eigenen Selbstwert extrem viel“ (P. 150). Auch Anton führt aus, dass Rassismus „unter Umständen permanente Beeinflussungen sind des eigenen Gefühlszustands, die einem sehr unbewusst bleiben, wenn man sein Leben über den Alltag über die Gesellschaft erfährt und wenn diese Dinge net betrachtet werden, dann kommen wir niemals auf gewisse Schwierigkeiten drauf, die man so mit sich trägt“ (P. 143). Am Beispiel der Rassismuserfahrungen wird konkretisiert, dass die gesellschaftlichen Bedingungen, die Rassismus hervorbringen und stabilisieren, auf das *Erleben* und *Handeln* Betroffener einwirkt und diese formt.

Strategien. Es wurden Überlegungen angestellt, auf welche Art und Weise, mit welchen Strategien gesellschaftliche Themen im therapeutischen Setting aufgegriffen werden können. Einerseits ging es dabei um die *Anerkennung der Erfahrung* in Bezug auf Diskriminierungspraktiken, dafür bräuchte es eine Form von *Offenheit*, die es ermöglicht, gesellschaftliche Einflussfaktoren bei Bedarf einfließen und explorieren zu können. Flora verdeutlicht das wie folgt: „Also wenn's aufkommt, das nicht zu negieren, nicht zu sagen, ne das ist nicht der Raum dafür, sondern Raum zu geben auch zu erkunden, ok, was hat das jetzt mit der spezifischen Person gemacht“ (P. 180). Weiter sagt Flora: „Offen demgegenüber sein muss, dass es halt aufkommen kann, es muss ja auch nicht“ (P. 180). Es wird auch das *Kontextualisieren* der Symptome beziehungsweise das Heranziehen von *Diskriminierung als Erklärungsstrategie* als mögliche Strategie genannt. Eleonora beschreibt: „Dass da auch der Therapeut eine gewisse Rolle übernehmen sollte, dahin zu leiten und eben dieses Problem als dieses auch anzusprechen und sagen ok, kann es sein, dass aufgrund von Rassismuserfahrungen ist, dass du dich gerade so fühlst wie du dich fühlst, also dass man das auch als relevantes Thema und auch relevante Legitimierung sozusagen heranzieht“ (P. 150). Dadurch sei ermöglicht, die auf den Rassismuserfahrungen aufbauenden selbstgebildeten Erklärungsmodelle zu hinterfragen, „sie sind emotional ja aber nicht die Wahrheit und das ist glaube ich etwas, das man in Therapie ganz gut ergründen kann“ (Anton, P. 143). Die Relevanz, gesellschaftliche Themen im therapeutischen Setting thematisieren zu können, wird konkretisiert, indem Eleonora sagt: „[...] man dagegen zwar jetzt im strukturellen Sinne vielleicht nicht so viel machen kann, aber im personellen Sinne“ (P. 158).

3.4 Umgang mit Rassismus(-erfahrungen)

Rassismuserfahrungen werden als „verletzend“ (Taraneh, P. 64) und „irritierend“ (Flora, P. 182) erlebt und lösen neben „Wut“ (Azad, P. 177) auch „Scham“ (Anton, P. 141) und „Enttäuschung“ (Taraneh, P. 180) aus. Mehrfach wurde beschrieben wie Rassismuserfahrungen auf das Selbstbild sowie „den Selbstwert“ (Kalidou, P. 146) einwirken und einen schwer verbalisierbaren, einen schwer „fassbaren Schmerz“ (Eleonora, P. 78) hinterlassen. Hinsichtlich des Umgangs mit Rassismuserfahrungen wird geschildert, dass diese als Teil ihrer Lebenserfahrung ähnlich besprochen werden sollen und keinen anderen Stellenwert in der Therapie einzunehmen haben (Lara, P. 81). Anton beschreibt dies wie folgt: „Ich hatte schon über die gesamte Therapie auch das Gefühl, dass egal über welche Themen ich spreche, die rassistischen Themen nicht unbedingt die sind, die für mich schambehafteter sind als andere Themen, die sind in ihrer Qualität sehr ähnlich“ (P. 99).

3.4.1 Seitens Klient*in

Im Vorfeld. Sieben der Interviewten gaben an, sich vor Beginn der Psychotherapie mit dem Thema Rassismus und den eigenen Rassismuserfahrungen auseinandergesetzt zu haben. Die *Rationalisierung bzw. Relativierung* der eigenen Erfahrungen werden dabei als eine Strategie beschrieben, die nicht langfristig funktioniert, weil sich über die Zeit ein emotionaler Druck aufbaut, der mittels genannter Strategie nicht abgebaut werden kann (Anton, P. 95).

Die *Bewusstwerdung* über die Einflussgröße Rassismus auf die eigene Lebensrealität hingegen wird von einigen Interviewpartner*innen als hilfreiche Strategie benannt, die zur Kontextualisierung von Empfindungen und Erfahrungen beiträgt. Anton führt aus: „Um zu verstehen, dass diese Dinge, die mich stressen, tatsächlich reale Dinge sind, die alle stressen, und dass das nicht irgendwie an mir liegen könnte, dass ich ein zu sensibler Mensch bin, der Schwierigkeiten hat, wenn Leute über ihn urteilen, das ist ja tatsächlich ein allgemeines Phänomen, das viele betrifft“ (P. 95). Diese Auseinandersetzung erfolgte zumeist durch Bildung, Erfahrungsaustausch und hat maßgeblich dazu beigetragen, dass Zusammenhänge zwischen den hervorgebrachten psychischen Verletzungen und den Rassismuserfahrungen gezogen werden konnten (Anton, P. 93; Taraneh, P. 64, Eleonora, P. 155; Flora, P.186). Kalidou beispielsweise berichtet, dadurch erfahren zu haben, „dass es noch eine Person gibt, die genau das Gleiche durchmacht wie ich“ (P. 98).

In der Therapie. Im Umgang mit ihren Rassismuserfahrungen innerhalb der Therapie geben die Interviewten unterschiedliche Strategien an. Alle Interviewten haben zu irgendeinem Zeitpunkt der Therapie von ihren Rassismuserfahrungen gesprochen. In Abhängigkeit davon, wie die Therapeut*innen auf die Erfahrung eingegangen beziehungsweise welche Reaktionen von den Klient*innen antizipiert wurde, wurden die Rassismuserfahrungen **thematisiert** und im Folgenden therapeutisch durchgearbeitet oder als Thema im Therapieprozess **de-thematisiert**. Von einer Person

wurde das Thema Rassismus innerhalb der ersten Sitzungen als *Beziehungstest* angewandt. Anton erzählt: „Diese rassistischen Erfahrungen in den Raum zu werfen und habe darauf geachtet, wie er darauf reagiert, also ich war in einer sehr beobachtenden Rolle, weil ich nicht einschätzen konnte, ob ich jetzt nen Punkt treffe bei meinem Therapeuten, an dem er überfordert sein könnte“ (P. 97). Folgend wird beschrieben, dass das Ausbleiben der Überforderung eine vertrauensvolle Beziehungsebene begünstigte.

Thematisierung. Das durch das Thematisieren ermöglichte *Durcharbeiten* der Rassismuserfahrungen stellt sich insgesamt als für den Therapieprozess förderlichen Umgang heraus. Dabei wird das „Verbalisieren dessen, wie die Rassismuserfahrungen einen fühlen lassen“ (Eleonora, P. 78), also das Benennen der emotionalen Folgen, als größte Herausforderung beschrieben, die jedoch ermöglicht, die emotionale Qualität von Rassismuserfahrungen zu verarbeiten und einzuordnen. Anton beschreibt: „Diese unangenehmen Gefühle, sei es jetzt Scham, Ärger, Wut oder was auch immer, ist, dass diese ne ähnliche Qualität haben und eben verarbeitet werden können, aus dem Grund habe ich meine rassistischen Probleme oder meine rassistischen Diskriminierungserlebnisse auch ähnlich offen thematisieren können wie alle anderen Sachen“ (P. 89).

De-Thematisierung. Die De-thematisierung der Rassismuserfahrungen erfolgte aufgrund antizipierter oder erlebter Reaktionen durch die Therapeut*innen und die damit einhergehende Sorge, keine Empathie für und Anerkennung der Rassismuserfahrungen zu erfahren. Kalidou Aussage veranschaulicht diesen Aspekt: „[...]“, weil ich auch gemerkt habe, dass dies bei ihr nicht möglich ist, weil sie nicht verstehen konnte, wie ich darüber denke, wie ich dies empfinde“ (P. 90). Als Folge der De-thematisierung wurden mehrfach eine *Reaktivierung von Selbstzweifel* beziehungsweise eine *Verschlechterung des Befindens* beschrieben (Lara, P. 103). Kalidou erzählt: „Ja ich bekam wieder Selbstzweifel dadurch, ich habe mir gedacht, oh je, eh ich mache irgendetwas falsch, ich habe die Fehler bei mir gesucht, weil ich mir gedacht habe, ja vielleicht habe ich mir das nur eingebildet, dass sie sich irgendetwas denkt, irgendwelche ja Urteile fällt über mich“ (P. 116). Auch wurde von der Sorge gesprochen, die persönliche Problematik aufgrund von De-thematisierung nicht vollständig darstellen zu können, damit nicht in Gänze gesehen zu werden und zu befürchten, dass eine mögliche Fehleinschätzung seitens der/des Therapeut*in vorliegt (Oksana, P. 104).

3.4.2 Seitens Therapeut*in

Es wurde die Differenzierung bezüglich der aus Klient*innensicht als positiv und negativ aufgefassten Umgangsformen getroffen. Diese Unterscheidung erwies sich als strukturierendes Moment deshalb als sinnvoll, da sie dadurch folgend in einer Gegenüberstellung diskutiert werden können.

Positiv. Insgesamt wurden von drei Personen Umgangsformen ihrer Therapeut*innen mit den Rassismuserfahrungen benannt, die sie als positiv für den Therapieprozess erlebt haben. *Anerkennung* und *Empathie* für die Rassismuserfahrungen wurden im Kontext des positiven Umgangs am häufigsten genannt. Eleonora beschreibt, wie der Therapeut bezüglich der geteilten Rassismuserfahrungen signalisiert, dass diese: „Raum auch bekommen sollen in der Therapie und sie schlimm sind und wir jetzt eigentlich nur noch, also sie sind geschehen, aber wir nur noch dran arbeiten können, wie ich jetzt am besten damit umgehe“ (P. 70). Auch Anton hebt hervor: „Akzeptanz gegenüber der Dinge, die man selbst erlebt hat, dass sie so sein dürfen, wie man sie erlebt hat“ (P. 141).

Die wahrgenommene *Selbstreflexion* des/der Therapeut*in in Bezug auf die eigene gesellschaftliche Positionierung und die Bewusstwerdung über die Auswirkungen von Rassismus in der Gesellschaft wird ebenfalls als positiv beschrieben. Durch die Reflexion und Anerkennung von Rassismus wurde gewährleistet, so Eleonora, dass es nicht zu einer *Negierung* oder *Relativierung* ihrer Rassismuserfahrungen durch den Therapeuten gekommen ist (P. 70). Zudem wurde mit der wahrgenommenen Selbstreflexion eine gewisse Zurückhaltung, eine Eingrenzung der Expertise des/der Therapeut*in beschrieben. Anton führt diesen Aspekt aus: „Dass er diese Erlebnisse nicht teilen kann, das hat mir irgendwie gezeigt, dass er irgendwie auch reflektieren kann, dass er möglicherweise diese Dinge nicht einschätzen kann, nicht korrekt, aber dass es mir überlassen bleibt, das einzuschätzen“ (P. 89). Diese Haltung wird mit Vertrauenswürdigkeit in Verbindung gebracht (Anton, P. 109). Eine neutrale, zurückhaltende und unterstützende Haltung der Therapeut*innen trägt dazu bei, dass die Klient*innen in der eigenen Rolle im Therapieprozess bestärkt werden (Flora, P. 90). Ein weiterer Aspekt, der genannt wurde, ist das Kontextualisieren der Gefühle, indem *Rassismus als Erklärungsstrategie* für das emotionale Erleben angeführt und exploriert wird. Eleonora betont, dass der Fokus in der Therapie darauf liegen sollte, was Rassismus mit Klient*innen gemacht hat, und das Therapeut*innen dabei in ihren Reaktionen, „alles vorweglassen, was irgendwie in eine subjektive Richtung gehen könnte“ (P. 160).

Negativ. Es wurden verschiedene Reaktionen auf die Rassismuserfahrungen oder den Themenkomplex Rassismus beschrieben, die von den Interviewten als negativ aufgefasst und bewertet wurden. Eine Person schilderte, dass die *Individualisierung* der Erfahrungen der Therapeut*innen dazu bewegt, den Themenbereich folgend im Therapieprozess zu *de-thematisieren*, was wie zuvor beschrieben, zu einer Reaktivierung von Selbstzweifel beiträgt (Oksana, P. 98). Es werden auch die Erfahrungen der *Relativierungen*, *Bagatellisierungen* und *Negierung* der Rassismuserfahrungen durch die Therapeut*innen gemacht. In diesen Momenten wünschten sich die Klient*innen, Rückhalt und Anerkennung durch die Therapeut*innen. Die erlebte Bagatellisierung kann die Beurteilung der Therapeut*innen negativ beeinflussen (Azad, P. 90).

Es wird auch von einer *vorgegebenen Selbstreflexion* mit dem Thema Rassismus berichtet, die sich durch folgende Reproduzierungen von Rassismen durch den/der Therapeut*in als widersprüchlich erweist und zu Irritation und Verunsicherung der Klient*in führt (Lara, P. 159). Es wird auch von Erfahrungen der *Reproduzierung* von Rassismen in Form des Othering durch Therapeut*innen berichtet (Lara, P. 83). Die Zitate: „Ihr könnt ja alle gut tanzen eben und nur schon diese Aussage ihr könnt ja alle gut tanzen eben erstens, wen meint sie mit ihr?“ (P. 90) und „**ah schön, das ist ja deine Heimat**, dann habe ich gesagt, eh nein, ist es nicht und sie ja ist ja in Afrika“ (P. 126) veranschaulichen wie Kalidou von der Therapeutin über die De-Individualisierung und die Aberkennung der Zugehörigkeit „zum Anderen“ gemacht wird. In einem anderen Fall führen die Erfahrungen der *Reproduzierung* zum Therapieabbruch durch die Klient*in (Taraneh, P. 152). Überdies kam es bei zwei Personen, die ihre Therapeut*innen auf die Reproduzierung aufmerksam machen wollten, zur *Absprache der Wahrnehmung* (Taraneh, P. 66) und antizipiertem *Abwehrverhalten* (Kalidou, P. 106). In Taranehs Beispiel führt die Konfrontation mit der Reproduzierung zu Abwehrverhalten: „Woher wollen sie denn wissen, dass ich mich mit dem Thema noch nicht auseinandergesetzt habe, ich habe sehr viele Klient*innen in der Behandlung und die sind nicht so kompliziert wie sie“ (P. 66).

3.5 Aspekte einer erfolgreichen Psychotherapie

Neben den Einschätzungen zu dem eigenen Therapieprozess war auch von Interesse zu erfahren, welche Aspekte generell als relevant für eine erfolgreiche Therapie angesehen werden. Dabei wurden diverse Faktoren genannt, die in jene, die sich auf die **Beziehung** beziehen, und Aspekte, die sich auf die **Therapeut*innen** beziehen, unterteilt wurden.

Bzgl. Beziehung. Prinzipiell wurden die therapeutischen Beziehungsaspekte und die *Beziehungsarbeit* als relevant bezeichnet, denn „ohne das funktioniert gar nichts (Kalidou, P. 204). Das Gefühl „verstanden zu werden“ (Flora, P. 172) sowie „Mitgefühl“ (Azad, P. 160) wurden diesbezüglich am häufigsten genannt und somit wird das empathische Verstehen in Verbindung mit einer tragfähigen Beziehung gebracht (Lara, P. 162).

Vertrauen sowie emotionale Nähe, „eine Freundschaft“ (Azad, P. 170), werden ebenfalls für einen tragfähigen Prozess angeführt. Ebenso die Kongruenz, die sich über eine „lebendige Person“ (Anton, P. 141) äußert, die „ehrlich Gefühle und Gedanken“ zeigt (Eleonora, P. 146). Dieser Aspekt wird als vertrauensvoll empfunden. *Anerkennung* für die eigene Person und die erlebten Ereignisse, ebenso die Rassismuserfahrungen können dazu beitragen, persönliche Integrität zu fördern. Anton führt diesen Aspekt aus: „[...] zu lernen, dass die Welt für mich nun mal so aussieht wie ich es auch erzählt hab“ (P. 141). Auch die Begegnung auf Augenhöhe wird als Bedingung einer erfolgreichen Therapie angeführt (Azad, P. 152).

Bzgl. Therapeut*innen. Einige Male wird eine *wertfreie* und *vorurteilsfreie* Haltung der Therapeut*innen betont (Lara, P. 173; Eleonora, P. 160; Kalidou, P. 204). Kalidou fasst zusammen: „Als erstes Mal keine Vorurteile, kein Rassismus, Verständnis von der Psychotherapeutin und eine wertfreie Haltung“. Es wird auch von einer Zurückhaltung der Therapeut*in gesprochen (Lara, P. 173) und dem Wunsch nach einem *transparenten Gegenüber*. Taraneh korrigiert ihre Erwartungen an ein *neutralen Gegenüber* im Therapiesetting unter Einbezug ihrer Therapieerfahrungen und reflektiert: „Es ist natürlich kein sicherer Raum in dem Sinne, wie ich es mir einbilde, es ist ein Spiegel der Gesellschaft“ (P. 166).

Überdies werden *Selbsterfahrung in Bezug auf Rassismus* oder „Ähnlichkeiten in der gesellschaftlichen Positionierung“ (Oksana, P. 170) angesprochen, da dies in Verbindung mit mehr Verständnis gebracht wird. Andererseits wird auch *Rassismussensibilität* angeführt, die ermöglicht, „klar zu erkennen, was Diskriminierung ist“ (Anton, P. 147). Anton überlegt: „Dass daraus etwas entstehen könnte, weil dann Gesellschaft möglicherweise wieder gefördert wird, Kommunikation wieder wichtiger wird, weil Erfahrungsaustausch wieder wichtiger wird und ich glaub, um Rassismus zu bekämpfen, ist tatsächlich Erfahrungsaustausch sehr notwendig, Dinge wieder fühlbar machen, die lange nicht mehr gefühlt werden“ (P. 145).

3.6 Abgeleitete Themen für die Psychotherapie

Im Verlauf der Interviews wurde ersichtlich, dass einige Themen in der Verbindung mit den Rassismuserfahrungen der Interviewten wiederkehrend auftauchten. Es kristallisierten sich dabei einige, für den Kontext Psychotherapie relevante Themen heraus. Diese wurden entweder anhand des Reflektierens der Therapieerfahrungen oder anhand der Frage, was Rassismus mit den Befragten gemacht hat, generiert.

Irritation des Selbst- bzw. Weltbildes. Es wurde vermehrt von einer Irritation des Selbst- bzw. Weltbildes gesprochen, die durch die rassistischen Zuschreibungen ausgelöst wurde. Diese Zuschreibungen wirken auf das Erleben und Handeln Betroffener, indem sie wie Kalidou beschreibt: „Das Gefühl geben, dass ich anders bin, dass ich kein Teil von der Gesellschaft hier bin“ (P. 146). Antons Zitat exemplifiziert: „Mir wurde oft Aggressivität entgegengebracht, obwohl ich das zumindest gedacht nicht ausgestrahlt hab‘ und da wird man schon vorsichtiger“ (P. 119). Es werden unterschiedliche Strategien im Umgang mit den Rassismuserfahrungen angesprochen, die einen konflikthaften Zustand hervorbringen. Anton berichtet, wie das Absprechen böser Intentionen hinter rassistischen Angriffen konflikthaft werden kann, „weil ich nicht mehr einschätzen konnte, wo meine Grenzen liegen und was Leute über mich sagen dürfen und was nicht oder wie sich mich behandeln dürfen“ (P. 91), weiter führt Anton aus: „Da müsste ich die anderen Personen verurteilen, wo ich es nicht machen wollen würde“ (P. 91). Flora hingegen beschreibt die Irritationen auf ihr Gefühlsleben,

indem sie sagt, dass sie auf persönliche Angriffe und Diskriminierung mit Humor reagiert und dadurch das ausgelöste Gefühl der Verletzung nicht zulässt (P. 182).

Selbstwert. Das zuvor genannte Thema steht auch in Verbindung mit dem Selbstwert und Selbstbewusstsein. Eleonora beschreibt, wie durch erlebte Rassismuserfahrungen oft die Fragen aufkommen: „Was ist falsch mit mir, warum werde ich gerade ausgegrenzt, kann ich was dafür, wenn ja, was?“ (Pos. 154) und folgert, dass diese Erfahrungen auf „den Selbstwert“ (Eleonora, 154; Lara, P. 185) eingewirkt haben.

Emotion. Die Emotionen *Wut* und *Scham* scheinen außerdem im Kontext von Rassismus aufzutreten und von Relevanz zu sein. Während Flora berichtet, Humor als Strategie anzuwenden, um die Emotionen Wut und Enttäuschung nicht zuzulassen (P. 182), so schildert Anton, wie Wut, wenn an ihr festgehalten wird, destruktiv wirkt, die Emotion aber auch als Empowerment dienen kann „sich ne neue Grenze um sich herumzustecken“ (P. 103). *Scham*, so berichtet Taraneh, entsteht im Kontext der Rassismuserfahrungen dadurch, „in so vielen Situationen nicht das gesagt zu haben, was ich jetzt hätte sagen müssen“ (P. 178).

Identität. Am häufigsten wird das Themenfeld der *Identität* angesprochen. Flora benennt, „es reicht ja nicht, wenn ich für mich selbst sage, ja ich bin halt einfach Flora“ (P. 134). Auch diesbezüglich kann eine Verbindung mit rassistischen Zuschreibungen sowie der Aberkennung der Zugehörigkeit gezogen werden, die *Unsicherheiten in der Identität* produzieren (Taraneh, P. 172; Kalidou, P. 148). Oksana zieht einen Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Wirkfaktoren auf die Identität und dem psychischen Befinden: „Ich habe mich irgendwie lange Zeit nicht so richtig damit auseinandergesetzt, mit meiner, so mit dem Teil meiner Identität, also ich habe irgendwie immer alle meine Probleme in mir selber gesehen und nicht so richtig so den Zusammenhang irgendwie gezogen, dass ich nicht Deutsch bin oder so, sondern nur gedacht, das ist meine Persönlichkeit“ (P. 92). Diesen Aspekt führt Flora aus, indem sie die Komplexität um das Thema der Identität aus intersektionaler Perspektive beschreibt: „Für meine Identität als nicht *weiße* Frau auch sind einfach viele gesellschaftliche Themen, die da reinspielen, wer ich bin und weshalb ich auch in Therapie gehe“ (P. 178). Es wird auch von anderen Interviewten geschildert, dass sie die Thematik gerne in der Therapie besprochen hätten (Oksana, P. 92, Kalidou, P. 164).

4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit ist die Sichtbarmachung der Therapieerfahrung von BIPOC und jener möglichen Einflüsse auf den Psychotherapieverlauf, die aus dem Spannungsfeld von rassistischer Diskriminierung und *weißen* Privilegien entstehen. Durch die Demaskierung der Dynamiken, die durch das Spannungsfeld hervorgerufen werden, kann ein Bewusstsein für die Notwendigkeit von Veränderungen der dahinterliegenden Mechanismen geschaffen werden.

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Es werden unterschiedliche Erwartungen in Bezug auf die Symptomatik und die Zusammenarbeit innerhalb des therapeutischen Prozesses, wie etwa das Erlernen von *Bewältigungsstrategien* und ein *neutrales Gegenüber*, genannt, die insgesamt als positiv und realistisch einzustufen sind. Anhand der Reflexion der Erwartungserfüllung zeichnet sich bereits ein Verteilungsbild der Erfahrungen der Interviewten ab, das bei den Aspekten der therapeutischen Beziehung und dem Umgang mit Rassismus ähnlich wiederzufinden ist. Die Bewertung der Erwartungen als fragmentarisch wird anhand des Umgangs mit Rassismus(-erfahrungen) getroffen. Das Fehlen von Einfühlungsvermögen, neuen Sichtweisen, Ursachenexploration sowie eine wertende Haltung der Therapeut*innenschaft werden als Gründe genannt, die dazu geführt haben, dass in manchen Fällen die Erwartungen als unerfüllt beschrieben wurden.

Die Erfahrungen einer tragfähigen Beziehung werden mit dem Erleben von Empathie, Wertschätzung, Anerkennung, Sympathie und Kongruenz der Therapeut*innen und einer Begegnung auf Augenhöhe in Verbindung gebracht. Vertrauen wird als elementar für Veränderungsprozesse in der Psychotherapie beschrieben. Dem gegenüber stehen die Erfahrungen einer geringen oder nicht tragfähigen Beziehung, die in Verbindung mit einem Mangel an Empathie, Anerkennung, einer wertenden Haltung durch den/die Therapeut*in und dem Empfinden von Ungleichwertigkeit im Therapieprozess gebracht werden. Von einer befragten Person wird theoretisiert, dass die unterschiedliche gesellschaftliche Positionierung Unsicherheiten im Rollenverständnis verstärkt. Die Variable Misstrauen zeigt sich mit der Sorge vor Bewertungen, Stereotypisierung und dem Gefühl von Unsicherheit und kann durch Vorerfahrungen die Beziehungsgestaltung herausfordern oder durch die Beziehungsdynamik entstehen. Das durch die Beziehungsdynamik hervorgebrachte Misstrauen steht in Verbindung mit Erfahrungen einer wertenden Haltung der Therapeut*innen und des Otherings. Es ist auffallend, dass einige Teilnehmende entlang ihrer Rassismuserfahrungen angeben, Empathie und Anerkennung durch die Therapeut*innen nur fragmentarisch erfahren zu haben. Auch stellt sich die Variable Vertrauen entlang des Themas Rassismus(-erfahrungen) als Herausforderung heraus. Aspekte, die eine zuersichtliche Zusammenarbeit bestärken, sind das Erlangen differenzierter Sichtweisen, die Exploration von Zusammenhängen zwischen Ursache und

Symptomatik und empfundene Achtsamkeit des/der Therapeut*in bezüglich Ressourcen und Kapazitäten der Klient*innen. Demgegenüber trägt das Übergehen von Ressourcen und Kapazitäten sowie ein unterschiedliches Verständnis von Aufgaben und Zielen der Therapie zu einer Resignation bei.

Alle Interviewpartner*innen beurteilen gesellschaftliche Themen als therapierelevant. Am Beispiel der Rassismuserfahrungen wird exemplifiziert, dass gesellschaftliche Themen auf das Erleben und Handeln einwirken und somit als Teil der alltäglichen Lebensrealität im therapeutischen Setting miteinfließen. *Offenheit* gegenüber dem Aufkommen des Themenkomplexes Rassismus(-erfahrungen), *Anerkennung der Erfahrungen* und *Kontextualisierung* des Erlebens in gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge werden dabei als Strategien genannt, mit gesellschaftlichen Themen, insbesondere Diskriminierungserfahrungen, im therapeutischen Setting umzugehen. Es zeigt sich, dass alle Befragten zu irgendeinem Zeitpunkt der Therapie das Thema Rassismus(-erfahrungen) ansprechen und in Abhängigkeit von der Reaktion durch den/die Therapeut*in eine weitere *Thematisierung* oder *De-Thematisierung* folgt. Die Thematisierung ermöglicht das Durcharbeiten der Erfahrungen und die emotionale Verarbeitung. *Selbstreflexion*, *Kontextualisierung* sowie *Empathie und Anerkennung gegenüber den Erfahrungen* sind dabei Umgangsformen der Therapeut*innenschaft, die das therapeutische Aufarbeiten der Rassismuserfahrungen begünstigen. Das dadurch vermittelte Gefühl von Rückhalt wirkt sich positiv auf die therapeutische Beziehung aus. Demgegenüber kann die *De-Thematisierung* zu einer Reaktivierung von *Selbstzweifeln* und einer *Verschlechterung des Befindens* führen. Als negative Umgangsformen der Therapeut*innen mit den Rassismuserfahrungen der Klient*innen werden die *Relativierungen*, *Bagatellisierungen*, *Negation*, *Absprache der Wahrnehmung* und *Individualisierung* genannt. Diese führen im Folgenden zur De-Thematisierung der Erfahrungen und somit zum Abbruch der Kommunikation zum Themenkomplex Rassismus(-erfahrungen). Einige Male wird auch von einer *Reproduzierung* von Rassismen durch die Therapeut*innen berichtet, die über das Auslösen von Misstrauen bis hin zum Vertrauensbruch die wohl negativsten Konsequenzen für die therapeutische Beziehung auslösen.

Es werden in Bezug auf die therapeutische Interaktion und die therapeutische Haltung eine Reihe an Aspekten für eine erfolgreiche Psychotherapie genannt, die in Anlehnung an die im Theorieteil vorgestellten Modelle als allgemein wichtige Elemente einer therapeutischen Beziehung bezeichnet werden können. Darüber hinaus werden mit der Kontextualisierung der Symptomatik, Selbsterfahrung mit Rassismus, Rassismussensibilität sowie explizit eine unvoreingenommene, vorurteilsfreie und transparente Haltung der Therapeut*innenschaft einige spezifische Aspekte für eine erfolgreiche Psychotherapie genannt. *Empathie* und *Kontextualisierung der Symptomatik* sind die Aspekte, die von den Befragten für eine erfolgreiche Therapie am häufigsten genannt werden.

Rassismuserfahrungen hinterlassen emotionale und psychische Spuren und wirken auf das Selbstkonzept sowie den Selbstwert Betroffener ein. Aus den Interviews kristallisierten sich einige, für den Kontext Psychotherapie relevante Themen heraus, wobei die durch stetige Zuschreibungen ausgelöste Irritation des Selbst- und Weltbildes und der Themenkomplex Identität am häufigsten genannt wurden. Die Schilderungen der Interviewten markieren, dass Rassismuserfahrungen im Vergleich zu anderen verletzenden Erfahrungen gleichermaßen im Kontext der Psychotherapie wahrzunehmen sind. Es besteht der Anspruch, Rassismuserfahrungen innerhalb der Therapie in ihrer emotionalen Qualität zu besprechen und zu verarbeiten.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die dargestellten Ergebnisse umfassende Themen aufdecken, die einen Einblick in den psychotherapeutischen Erfahrungsraum von BIPOC-Klient*innen liefern.

4.2 Therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung wurde hinsichtlich der unterschiedlichen gesellschaftlichen Positionierung am Beispiel der Differenzkategorie Ethnie und dem damit einhergehenden Spannungsfeld aus rassistischer Diskriminierung und *weißen* Privilegien betrachtet. Ein Anliegen der Arbeit ist es, *Weißsein* als Bestimmungsfaktor der therapeutischen Beziehungsdynamik mit zu bedenken. Die Analyse der Interviews ergab, dass die befragten BIPOC unterschiedliche Psychotherapieerfahrungen gemacht haben. Es wurde sowohl von tragfähigen als auch weniger tragfähigen therapeutischen Beziehungen berichtet. Die vielen aus dem Interviewmaterial gewonnenen Subkategorien deuten darauf hin, dass die Therapieerfahrungen der Interviewpartner*innen, neben den gemeinsamen Dimensionen, sich auf vielfältige und unterschiedliche Arten und Weisen gestalteten. An den Forschungsfragen orientierend, sollen nun jene salienten Beziehungsvariablen (Empathie, Anerkennung und Vertrauen beziehungsweise Misstrauen) diskutiert werden, anhand derer sowohl eine mangelnde Tragfähigkeit als auch ausgeprägte Tragfähigkeit der Beziehung geschildert wurde.

Am häufigsten wird von einem Fehlen an empathischem Verstehen der Therapeut*innen berichtet. Einige Befragte konkretisieren, in Bezug auf ihre Rassismuserfahrungen und des Themas der Identität, kein Verständnis entgegengebracht bekommen zu haben. Es wird von einer Interviewten theoretisiert, dass die Fähigkeit des empathischen Verstehens durch die unterschiedliche gesellschaftliche Positionierung herausgefordert ist. Dies geht konform mit den Studienergebnissen von Comas-Díaz (2006), die ergab, dass Unterschiede in der gesellschaftlichen Positionierung die Wahrscheinlichkeit, dass es zu „missed empathic opportunities“ durch Therapeut*innen kommt erhöht. Burkard und Knox (2004) fanden in einer Studie mit Afroamerikaner*innen heraus, dass die Absprache von rassistischer Diskriminierungspraktiken im Sinne der colorblindness („Ich sehe sie

gar nicht als Schwarz an.“) der Therapeut*innen mit einer geringeren vermittelten Empathie und einer erhöhten Tendenz einhergeht, die Verantwortung zur Problembewältigung auf Schwarze Klient*innen zu übertragen. Daraus ableitend kann die Schlussfolgerung gelten, dass die Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Positionierung und den internalisierten Rassismen *weißer* Therapeut*innen positiv dazu beiträgt, BIPoC Klient*innen empathisch zu begegnen (Vasquez & Magraw, 2005).

Entlang der Ergebnisse zeigt sich, dass die wahrgenommene fehlende Akzeptanz und Empathie zu einer Verslossenheit beiträgt und Unsicherheiten beziehungsweise Selbstzweifel reaktiviert. Chang und Yoon (2011) setzen die wahrgenommene fehlende Akzeptanz der Therapeut*innen ebenfalls in Verbindung mit einer fehlenden Beachtung dessen, wie der Minoritätenstatus und etwaige Diskriminierungen auf die psychologische Entwicklung (bzgl. Identität und Werte) sowie die Lebensrealität von BIPoC eingewirkt und diese geformt hat. Die wahrgenommenen Unterschiede in den Lebensrealitäten von Klient*in und Therapeut*in kann dazu beitragen, dass Klient*innen das Thematisieren gewisser prägender Erfahrungen vermeiden, um zu umgehen, Unsensibilität, Unverständnis und Desinteresse durch *weiße* Therapeut*innen zu erfahren. Die Ergebnisse verweisen ebenso darauf, dass eine antizipierte Unsensibilität zu einer Verslossenheit gegenüber gewissen biografischen Themen beiträgt, um das Risiko zu minimieren, rassistische Mikroaggressionen innerhalb der Psychotherapie durch Therapeut*innen zu erleben (Chang & Yoon, 2011, Constantine, 2007).

Personen ethnischer Minderheiten weisen zudem eine erhöhte Sensitivität gegenüber den ihnen von *weißen* Therapeut*innen entgegengebrachten negativen Einstellungen, Urteilen und Stereotypisierungen auf (Vasquez, 2007). Es ist zu vermuten, dass Therapeut*innen sich oftmals nicht bezüglich dieser Sensitivität sowie der eigenen Körpersprache, beispielsweise durch die Tonlage, Dauer des Augenkontaktes und Gesichtsausdrücke, vermittelten negativen Urteile bewusst sind (Vasquez, 2007). Auch dieser Aspekt zeigt sich in den Ergebnissen der Analyse anhand eines erhöhten Misstrauens, das durch die Beziehungsdynamik und über die wahrgenommene wertende Haltung einiger Therapeut*innen entsteht.

Authentizität und Kongruenz der Therapeut*innen dagegen können aktiv zu einer tragfähigen Beziehung beitragen (Gelso, 2011). Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass das Eingrenzen der Expertise von Therapeut*innen in Bezug auf die Diskriminierungserfahrung als transparent und vertrauensvoll von Klient*innen aufgefasst wird. Damit einhergehen kann „die Bereitschaft, die Illusion der Kompetenz zu verlieren, d.h. sich von einem instrumentellen Zugriff auf das ‚Wissen über Andere‘“ (Kalpaka & Mecheril, 2010, S.96) zu einer offenen und wertfreien Haltung der Therapeut*innen beitragen.

Die Ergebnisse verweisen darauf, dass Misstrauen sowohl durch Vorerfahrungen als auch durch die Beziehungsdynamik hervorgebracht wird und den Beziehungsaufbau erschweren kann. Dabei zeigt sich, dass das Misstrauen eng mit den Erfahrungen diskriminiert zu werden in Verbindung steht (Sue, 2003). Aktives Zuhören, Paraphrasieren und Empathie sind Skills, die von Therapeut*innen aktiv angewendet werden können, um Klient*innen das Gefühl zu geben, dass ihre Bedenken und Sorgen validiert werden (Kuntze et al., 2009).

Aus Studien mit sexuellen Minderheiten geht hervor, dass Klient*innen von Therapeut*innen entgegengebrachte Sensibilität und Empathie wichtiger einschätzen als die geteilte Erfahrung, einer sexuellen Minderheit anzugehören (Israel et al., 2008; Quiñones et al., 2017; Stracuzzi et al., 2011). Die Untersuchung von Chang und Yoon (2011) kommt zu ähnlichen Schlüssen für Klient*innen ethnischer Minderheiten. Die erlebte Empathie und Anerkennung von BIPoC Klient*innen durch *weiße* Therapeut*innen wird als bedeutender eingeschätzt als die Übereinstimmung im Minderheitenstatus von Klient*in und Therapeut*in. Daraus ableitend wird die Wichtigkeit einer tragfähigen therapeutischen Beziehung gegenüber Ähnlichkeiten in der gesellschaftlichen Positionierung nochmals hervorgehoben (Vasquez, 2007).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass, um die Lebensrealitäten von Klient*innen nachvollziehen und anerkennen zu können, seitens der Therapeut*innen eine bewusste Auseinandersetzung mit den eigenen Ansichten, Ebenen der Privilegien sowie Diskriminierungen und die daraus entstehenden Komfort- und Diskomfort-Zonen sowie die Reflexion über die Beeinflussung dieser Werte auf die eigene Wahrnehmung und das Verhalten wesentlich sind (Vasquez, & Magraw, 2005).

4.3 Umgang mit Rassismus(-erfahrungen): Spannungsfeld aus *weißen* Privilegien und rassistischer Diskriminierung

Das Spannungsfeld zeigt sich bereits darin, dass die Klient*innen sich aktiv mit Rassismus als Einflussgröße auseinandergesetzt haben, während die *weiße* Therapeut*innenschaft nur in einigen Fällen dem eigenen *Weißsein* gegenüber eine reflektierte Haltung aufweist. Die Analyse der Interviews deutet darauf hin, dass auch im Kontext von Psychotherapie Otherness durch *weiße* Therapeut*innen (Absprache der Zugehörigkeit, Exotisierung und De-Individualisierung) konstruiert wird. Dieser Umstand kann mit dem Mangel an Reflexion über Rassismus als gesellschaftlicher Determinant von sozialer Ungleichheit in Verbindung gebracht werden (Yeboah, 2017). Comas-Díaz und Jacobsen (2001) heben hervor, dass im Kontext der Therapie Selbstbezogenheit der Therapeut*innen, beispielsweise im Beteuern nicht-rassistisch zu sein oder dem Beteuern von Loyalität gegenüber BIPoC („Wissen sie mein bester Freund ist auch Schwarz.“), als Form rassistischer Mikroaggression aufgefasst werden kann. Wie im theoretischen Teil argumentiert, ist

die Nicht-Auseinandersetzung mit Rassismus und dem System von *weißen* Privilegien, das durch rassistische Strukturen hergestellt und aufrechterhalten wird, bereits ein Ausdruck *weißer* Privilegien (McIntosh, 1989; Tißberger, 2017). Eine mangelnde Auseinandersetzung mit den eigenen Privilegien kann in der Konfrontation mit der Position der Privilegierten zu Abwehrmechanismen führen (Wachendorfer, 2000).

Es wurde in vielen Fällen von einer Negation der Rassismuserfahrungen durch die Therapeut*innen berichtet, dies geht konform mit den Ergebnissen der Studie von Utsey und Kolleg*innen (2005), die demonstriert, dass viele *weiße* Therapeut*innen sich dabei unbehaglich fühlen, das Thema Rassismus in der Therapie aufzugreifen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Negation der Erfahrungen durch die Therapeut*innen mit einer De-Thematisierung, dem Zurückhalten von rassistischen Erfahrungen, der Klient*innen einhergeht, dies geschieht mitunter, um antizipierte Relativierungen der Rassismuserfahrungen zu vermeiden. Dieser Aspekt hebt die Notwendigkeit hervor, *weiße* Therapeut*innen dahingehend zu schulen, das Interesse und die Behaglichkeit zu entwickeln, den Einfluss soziokultureller Faktoren auf die Lebensrealitäten von Klient*innen, deren therapeutische Anliegen und die therapeutische Beziehung zu explorieren (Cardemil & Battle, 2003; Fuertes et al., 2002; Knox et al., 2003; Maxie et al., 2006).

Die De-Thematisierung der Rassismuserfahrungen durch die Klient*innen kann in Verbindung mit Misstrauen, vor allem der Befürchtung von Diskriminierungserfahrungen durch die Therapeut*innen, gebracht werden (Chan & Yoon, 2011). Demgegenüber verweisen die Ergebnisse der Analyse darauf, dass das aktive Thematisieren von Macht- und Diskriminierungspraktiken der Therapeut*innen als empathisch und vertrauensvoll aufgefasst wird und darüber die therapeutische Beziehung positiv bestärken kann.

Die in den Ergebnissen herausgearbeiteten negativen Umgangsformen der Relativierung, Bagatellisierung, Negierung, und Individualisierung können insgesamt als *Abwehrverhalten* gegenüber dem Themenkomplex Rassismus interpretiert werden, das auf eine mangelnde Auseinandersetzung mit den aus der gesellschaftlichen Positionierung entstammenden Privilegien und die Involviertheit in rassistische Strukturen hindeutet (Wachendorfer, 2000). Diese Abwehrmechanismen werden mit nachteiligen Effekten auf die Kommunikation und die Fähigkeit einer produktiven Zusammenarbeit gebracht (Dovidio et al., 2002; Norton et al., 2006).

Die Bewusstwerdung und Auseinandersetzung mit Rassismus als gesellschaftlicher Macht- und Diskriminierungsstruktur hingegen fördert das Begreifen und Benennen von Rassismuserfahrungen, dabei können die therapeutischen Elemente der Kommunikation und Anerkennung als eine empowernde Strategie dienen, um aus dem Gefühl der Isolierung durch Rassismus auszubrechen (Lerch, 2019). Die Ergebnisse der Untersuchung verweisen darauf, dass Psychotherapeut*innen *Offenheit, Authentizität, Selbstreflexion* und *Kontextualisierung* als

Strategien anwenden können, um bei der emotionalen Verarbeitung von Rassismuserfahrungen beizustehen. Dies geht konform mit den Studienergebnissen von Chang und Yoon (2011), nach denen Akzeptanz, Empathie und Behaglichkeit der Therapeut*innen im Umgang mit rassistischen und kulturellen Aspekten mit einer Reduktion im Diskrepanzerleben von BIPoC Klient*innen einhergehen. Aktives Zuhören und Verständnis erweisen sich dabei als essenzielle Strategien, Klient*innen bei der Verarbeitung rassistischer Mikroaggressionen und unterschiedlicher Formen von Diskriminierung zu begleiten (Alessi, 2014). Das über den Therapieprozess hinweg periodische Erfragen, inwiefern BIPoC Klient*innen sich in ihren Gefühlen durch die Therapeut*innen validiert, akzeptiert und verstanden fühlen, kann maßgeblich zu einer Stärkung der therapeutischen Beziehung beitragen (Alessi, 2014).

4.4 Identität und Irritationen des Selbst- und Weltbildes

Eine Untersuchung von Chang und Berk (2009) ergab, dass im Laufe eines Therapieprozesses bei BIPoC Klient*innen das Bedürfnis entstehen kann, das Thema Identität zu besprechen und im Erlangen persönlicher Integrität von Therapeut*innen unterstützt zu werden. Die Analyse der Transkripte deutet ebenfalls darauf hin, dass das Thema Identität im Kontext der Psychotherapie von augenscheinlicher Relevanz ist. Das Erleben systematischer Diskriminierungen und Negationen durch die *weiße* Mehrheitsgesellschaft kann zu Konflikten im Identitätserleben führen (Fanon, 1967). Die Diskrepanz zwischen Selbstempfindung und den stetigen Zuschreibungen führen, wie die Ergebnisse der Analyse zeigen, zu Irritationen des Selbst- und Weltbildes und wirken auf den Selbstwert ein.

Psychologische Identitätskonstruktionen transportieren das Bild eines inhärenten Seienskerns, mit einer in sich selbst begründeten Existenz und abgegrenzten Innenwelt. Im psychotherapeutischen Kontext ist dieses Verständnis mit dem Risiko verbunden, individuelle, gesellschaftliche und rassistische Ausgrenzung als Identitätsproblem darzustellen und in ihrer Attribution auf das Subjekt zurückzuwerfen, das über Prozesse des Otherings im eigenen Selbstverständnis angegriffen wird (Tißberger, 2006). Am Beispiel des Identitätsthemas lässt sich somit die Notwendigkeit aufzeigen, psychologische Konzepte, wie den Identitätsbegriff, um die Kontextebenen zu erweitern. Vergleichbar zu Eleonora, die sagt: „[...]“, dass man Rassismus auch als Erklärungsstrategie heranzieht und **das** auch als relevantes medizinisches Thema herannimmt und sagt ok, es gibt Gründe, warum du dich gerade so fühlst, auch wenn es dir vielleicht nicht bewusst ist, vielleicht oder definitiv ist Rassismus dahinter.“ (P. 150) heben auch Vasquez und Magraw (2005) hervor, dass das durch Therapeut*innen aktiv angeleitete Explorieren der Auswirkungen von Macht- und Diskriminierungsstrukturen, Klient*innen dabei helfen kann, unbewusste Auswirkungen von

Rassismuserfahrungen, beispielsweise psychosomatische oder emotionale Reaktionen, sichtbar zu machen.

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse der vorliegenden Analyse und einiger Studien (Chang & Berk, 2009; Chang & Yoon, 2011) auf die Relevanz hin, Lebensumstände und die psychische Konstitution in gesamtgesellschaftlichen Zusammenhängen zu betrachten. In diesem Sinne kann die Benennung von strukturellen Ungleichheiten die Kommunikation stärken und eine Begegnung auf Augenhöhe zwischen Klient*in und Therapeut*in fördern (Chang & Yoon, 2011).

4.5 Praktische Implikationen

Aus den bisher diskutierten Punkten sowie den von den Interviewten genannten Aspekten einer erfolgreichen Psychotherapie lassen sich einige praktische Implikationen ableiten. In Abhängigkeit von unterschiedlichen Einflussgrößen, wie Therapeut*innen- und Klient*innenfaktoren und dem therapeutischen Hintergrund, zeigt sich, dass Therapeut*innen ihre Offenheit und Aufmerksamkeit gegenüber Themen wie Rassismus unterschiedlich adressieren. Die Analyse der Interviews zeigt in einigen Fällen eine typische Dynamik des *weißen* Systems, indem Rassismus als Gegenstand untergraben (Negation, De-Thematisierung, fehlende Exploration der Auswirkungen der Erfahrungen) und gleichzeitig in Form von rassistischen Mikroaggressionen reproduziert wird. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass bewusste oder unbewusste rassistische Mikroaggressionen durch *weiße* Therapeut*innen unzulässige Effekte auf die therapeutische Beziehung und das Vertrauen in die Kompetenzen der Berater*innen haben.

Damit konform ergab eine Untersuchung von Constantine (2007), dass die Wahrnehmung rassistischer Mikroaggressionen und Vorurteile durch *weiße* Berater*innen negativ mit der von BIPoC-Klient*innen beurteilten Qualität der therapeutischen Beziehung und der wahrgenommenen Kompetenz, der zum Teil multikulturell ausgebildeten Berater*innen, korreliert. Diesem Einflussfaktor auf die therapeutische Beziehung kann aktiv mit praktischen Anregungen entgegengewirkt werden.

Es gibt bereits eine Reihe an Hilfestellungen, um Biases gegenüber marginalisierten Gruppen zu reduzieren und somit eine tragfähige und produktive therapeutische Allianz zu fördern (APA, 2003; Constantine, 2007; Constantine & Sue, 2005; de las Fuentes, 2007; Fouad & Arrendondo, 2007; Sue, 2003; Vasquez, 2007). Der erste und wichtigste Schritt in diesem Prozess ist die kontinuierliche Selbstreflexion (Sue, 2003). Die Bewusstwerdung über internalisierte unbewusste Einstellungen ist dabei elementar, um sie zu überwinden. Es gilt, die eigene, auf Rassismus basierende Sozialisation anzuerkennen (Sue, 2003) und darüber hinaus, eine stete Hinterfragung der Theorien, Methoden und Praktiken auf rassistische Fehlerquellen zu führen (Vasquez, 2007; Vasquez & Magraw, 2005).

Aus den Ergebnissen lassen sich ebenfalls zwei Methoden ableiten, die die therapeutische Beziehung zwischen Klient*in und Therapeut*in unterschiedlicher gesellschaftlicher Positionierung stärken kann. Einerseits eine offene Haltung und die aktive Thematisierung von Macht- und Diskriminierungsstrukturen (Vasquez & Magraw, 2005). Andererseits die Selbstreflexion der Therapeut*innen über die eigene gesellschaftliche Positionierung und die Hinterfragung dieser in Bezug auf Ebenen der Privilegien und Diskriminierung (Vasquez & Magraw, 2005). Denn zu häufig wird die kulturelle und gesellschaftliche Situiertheit von Therapeut*innen in westlichen Kontexten als Einflussfaktor auf die therapeutische Beziehung außer Acht gelassen (Vasquez & Magraw, 2005). Selbstreflexivität bedeutet dabei auch die Bewusstwerdung um die Historizität, da weder die psychotherapeutische Praxis, Ausbildung und Lehre noch die in ihnen handelnden Subjekte geschichtsneutral sind (Vasquez & Magraw, 2005). Die Konfrontation mit der Historizität der psychologischen und psychotherapeutischen Disziplin kann ebenso als eine Konfrontation mit dem Universalitätsanspruch als partikular und kulturell spezifisch gesehen werden, die sich in der Orientierung der westlichen Psychologie auf ein bestimmtes Subjektbild der Aufklärung, welches an *Weißsein*, Männlichkeit und Heterosexualität als Norm ausgerichtet ist, zeigt (Tißberger, 2006).

Darüber hinaus gilt es auch, angehende Psychotherapeut*innen dahin gehend zu schulen, die emotionalen und psychischen Auswirkungen von Mikroaggressionen und Unterdrückungspraktiken zu erkennen und in der Einschätzung der Symptomatik der Klient*innen mit zu erheben (Vasquez & Magraw, 2005). Dabei sind das direkte Ansprechen von sozialen Ungleichheiten (Day-Vines et al., 2007; Fuertes et al., 2002; Knox et al., 2003), die Akzeptanz und Validierung der Klient*innensicht explizit in Bezug auf die Themen Rassismus und Identität (Day-Vines et al., 2007) oder das Einbetten multikultureller und rassismussensibler Ansätze in den therapeutischen Kontext (Zhang & Dixon, 2001) Strategien, die Therapeut*innen im Therapieprozess mit BIPOC anwenden können.

Durch die Ergebnisse verdeutlicht sich die Notwendigkeit, die Attribution von Misserfolgen, Misstrauen sowie der Symptomatik um die Kontextebene zu erweitern. Die Ergebnisse verweisen darauf, dass der Anspruch an Therapeut*innen besteht, bei der Kontextualisierung der Symptomatik und dem Herstellen von Zusammenhängen zwischen Ursache und Wirkung eine aktive Rolle einzunehmen. Dass Therapeut*innen soziale Diskriminierungspraktiken in der Attribution von Verhalten und der Symptomatik mitbedenken, kann sich dabei positiv auf die therapeutische Beziehung auswirken (Cahill et al., 2008, Vasquez, 2007). Das Dekonstruieren von Normen sowie das Explorieren der Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten werden insbesondere in feministischen und multikulturellen Ansätzen betont (Vasquez, 2007), können jedoch allgemein im Psychotherapieprozess dazu genutzt werden, emanzipatorisches Potential zu entfalten und somit die Zufriedenheit mit der Psychotherapie und die Lebensqualität marginalisierter Personen steigern (Lerch, 2019).

Die Arbeit ist als Auseinandersetzung mit dem Ungleichgewicht der Inanspruchnahme von Psychotherapie zu verstehen. Die Analysen konnten Hinweise darauf liefern, dass es in Bezug auf das Thema Rassismus in der therapeutischen Praxis „blinde Flecke gibt“ die es zu überwinden gilt. Aus den Ergebnissen konnten dafür einige Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, deren Umsetzung eine Stärkung der therapeutischen Beziehung zwischen BIPoC Klient*innen und *weißen* Therapeut*innen bedeuten könnte (APA, 2003; Constantine, 2007; Constantine & Sue, 2005; de las Fuentes, 2007; Fouad & Arrendondo, 2007; Sue, 2003; Vasquez, 2007). Dies wiederum kann vielversprechend dazu beitragen, das Vertrauen von BIPoC in die ambulante Psychotherapie zu erhöhen und die Wahrscheinlichkeit eines verfrühten Therapieabbruchs zu verringern (Chang & Yoon, 2011).

4.6 Ausblick

Neben den praktischen Implikationen markieren die Ergebnisse der Arbeit einige interessante Bereiche für weiterführende Forschungen. Es ist markant, dass die befragten Personen, deren Schilderungen auf eine mangelnde Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung hindeuten, ebenso überwiegend von einem negativen Umgang der Therapeut*innen mit dem Thema Rassismus(-erfahrungen) berichten. Ebenso markant ist, dass jene Personen, die von einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sowie von einer zuersichtlichen Zusammenarbeit berichten, ebenso positiv von dem Umgang mit dem Thema Rassismuserfahrungen erzählen. Dieser Umstand kann einerseits darauf verweisen, dass die Qualität der Beziehung beziehungsweise die Expertise der Therapeut*innen sich in einer höheren Sensibilität und Selbstreflexion im Umgang mit dem Thema Rassismus(-erfahrungen) äußert. Andererseits können die Ergebnisse auch darauf hinweisen, dass ein positiver Umgang mit dem sensiblen Thema der Rassismuserfahrungen sich als eine vertrauensstiftende Maßnahme indirekt positiv auf die therapeutische Beziehung auswirkt. An dieser Stelle wäre eine Typenbildung zur genaueren Untersuchung von Mustern aufschlussreich. Dies konnte aufgrund der geringen Teilnehmer*innenzahl im Rahmen dieser Arbeit nicht durchgeführt werden.

Qualitative Daten eignen sich nicht zur Zusammenhangs- oder Kausalitätsanalyse, sondern lediglich zur Hypothesengenerierung. Um die aus der vorliegenden Analyse gewonnen Annahmen auf ihre Zusammenhänge und Verallgemeinerbarkeit empirisch zu überprüfen, ist es von großem Interesse, quantitativ ausgerichtete Studien durchzuführen, die die therapeutische Beziehung von BIPoC und *weißen* Therapeut*innen im deutschsprachigen Raum in ihrer Komplexität umfassender erheben. Darüber hinaus kann auch die Sicht der *weißen* Therapeut*innen aufschlussreiche Einblicke in die intersubjektive Dynamik des Spannungsfeldes und dessen Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung geben (Chang & Yoon, 2011).

Durch das direkte Adressieren von BIPoC im Aushang haben sich Personen gemeldet, die sich mehr oder weniger aktiv mit der Einflussgröße Rassismus auseinandergesetzt haben. Dieser Umstand war für die durchgeführte Studie von Interesse, da die Rassismuserfahrungen dadurch schnell abrufbar waren. Weiterführende Studien, die alle Personen mit Rassismuserfahrungen inkludieren, könnten interessante Einblicke in subtilere und teilweise unbewusste Dynamiken geben, die aus dem Spannungsfeld von Privilegien und Diskriminierung entstehen.

Die Verschränkung unterschiedlicher Diskriminierungsebenen wurde im Rahmen dieser Erhebung nicht mitanalysiert. Für eine differenziertere und inklusivere Unterscheidung zwischen den Diskriminierungserfahrungen sollten weiterführende Studien durchgeführt werden, die sich beispielsweise auf die Verschränkung von ethnischer und sexueller Diskriminierung im Kontext der Psychotherapie fokussieren. Diese Untersuchungen können einen erheblichen Beitrag zum Verständnis der Effekte von intersektionaler Diskriminierung liefern. Aus diesen Erkenntnissen ließen sich Handlungsanweisungen für Psychotherapeut*innen ableiten, die zu einer verbesserten Unterstützung bei der Verarbeitung intersektionaler Diskriminierungen helfen (Moradi, et al., 2010; Wynn & West-Olatunji, 2009).

4.7 Limitationen

Die vorliegende Untersuchung weist einige methodische Limitationen auf. Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse ist durch die kleine Stichprobe limitiert. Zudem ist die Repräsentativität der Stichprobe durch die Homogenität in Bezug auf den Bildungsgrad der teilnehmenden Personen eingeschränkt. Das Kategoriensystem wurde lediglich von der Autorin erstellt und überprüft, wodurch die Zuverlässigkeit, die Reliabilität, der Daten gemindert ist (Kuckartz, 2018). Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass die *weiße* Positionierung der Autorin den Forschungsprozess maßgeblich in der Ausrichtung des Forschungsinteresses, der Durchführung und Auswertung der Ergebnisse gelenkt und beschränkt hat. Für eine umfassendere Generierung von Wissen über die Therapieerfahrungen von BIPoC Klient*innen ist es von dringender Notwendigkeit, weiterführende Studien aus der Forschungsperspektive von BIPoC heraus zu planen und auszuwerten (Castro Varela & Dhawan, 2003).

References

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171–185. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.2.17>
- Alessi, E. J. (2014). A framework for incorporating minority stress theory into treatment with sexual minority clients. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 18(1), 47–66. <https://doi.org/10.1080/19359705.2013.789811>
- American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402.
- Ancis, J. R., & Szymanski, D. M. (2001). Awareness of White privilege among White counseling trainees. *The Counseling Psychologist*, 29(4), 548-569. <https://doi.org/10.1177/0011000001294005>
- Anderson, K. N., Bautista, C. L., & Hope, D. A. (2019). Therapeutic alliance, cultural competence and minority status in premature termination of psychotherapy. *The American journal of orthopsychiatry*, 89(1), 104–114. <https://doi.org/10.1037/ort0000342>
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Arnow, B. A., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Markowitz, J. C., Klein, D. N., Thase, M. E., Kocsis, J. H., & Rush, A. J. (2007). Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 97(1–3), 197–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.017>

- Bachelor, A. (1988). How clients perceive therapist empathy: A content analysis of "received" empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(2), 227-240. <https://doi.org/10.1037/h0085337>
- Bachelor A, & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: what works in therapy* (pp. 133–78). American Psychological Association.
- Bär, T. (2011). Psychotherapeutische Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 5-10.
- Beutler, L. E. (2000). Empirically based decision making in clinical practice. *Prevention & Treatment*, 3(1), 1-27. <https://doi.org/10.1037/1522-3736.3.1.327a>
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 121-139. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00105.x>
- Boothe, B., & Grimmer, B. (2005). Die therapeutische Beziehung aus psychoanalytischer Sicht. In W. Rössler (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung* (S. 37-58). Springer.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Brockmann, J., Kirsch, H., Hatcher, R., Andreas, S., Benz, S., & Sammet, I. (2011). Dimensionen der therapeutischen Beziehung aus Patienten-Perspektive – Entwicklung der „Skala Therapeutische Allianz-Revised STA-R“. *PPmP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 61(5), 208–215. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1263142>

- Buchholz, M. B., & Streeck, U. (1999). Qualitative Forschung und professionelle Psychotherapie. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, *1*(1), 4-30.
- Burkard, A. W., & Knox, S. (2004). Effect of therapist color-blindness on empathy and attributions in cross-cultural counseling. *Journal of Counseling Psychology*, *51*(4), 387-397.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.4.387>
- Cahill, J., Barkham, M., Hardy, G., Gilbody, S., Richards, D., Bower, P., Audin, K., & Connell, J. (2008). A review and critical appraisal of measures of therapist-patient interactions in mental health settings. *Health Technology Assessment*, *12*(24). <https://doi.org/10.3310/hta12240>
- Cardemil, E. V., & Battle, C. L. (2003). Guess who's coming to therapy? Getting comfortable with conversations about race and ethnicity in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, *34*(3), 278–286. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.3.278>
- 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>
- Casas, J. M., Raley, J. D., & Vasquez, M. J. T. (2008). Adelante! Counseling the Latina/o from guiding theory to practice. In P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, & J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (pp. 129–146). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781483329314.n8>
- Castro Varela, M., & Dhawan, N. (2003). Postkolonialer Feminismus und die Kunst der Selbstkritik. In H. Steyerl & E. G. Rodriguez (Hrsg.), *Spricht die Subalterne deutsch? Migration und postkoloniale Kritik* (S. 270-290). Unrast.

- Chang, D. F., & Berg, A. (2009). Making cross-racial therapy work: A phenomenological study of clients' experiences of cross-racial therapy. *Journal of Counseling Psychology, 56*(4), 521-536. <https://doi.org/10.1037/a0016905>
- Chang, D. F., & Yoon, P. (2011). Ethnic minority clients' perceptions of the significance of race in cross-racial therapy relationships. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research, 21*(5), 567–582. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.592549>
- Clark, R., Anderson, N., Clark, V. R., & Williams, D. R. (1999). Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. *American Psychologist, 54*, 805-816.
- Comas-Díaz, L. (2006). Latino healing: The integration of ethnic psychology into psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(4), 436–453. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.436>
- Comas-Díaz, L., & Jacobsen, F. M. (2001). Ethnocultural allodynia. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*(4), 246-252.
- Constantine, M. G. (Ed.). (2007). *Clinical practice with people of color: A guide to becoming culturally competent*. Teachers College Press.
- Constantine, M. G., & Sue, D. W. (Eds.). (2005). *Strategies for building multicultural competence in mental health and educational settings*. John Wiley & Sons.
- Crits-Christoph, P. (1998). The interpersonal interior of psychotherapy. *Psychotherapy Research, 8*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1093/ptr/8.1.1>
- Dahmer, L. (2020, 28. August). „Rassismus ist bis heute ein blinder Fleck in der Psychotherapie“. [ze.tt. https://ze.tt/rassismus-ist-bis-heute-ein-blinder-fleck-in-der-psychotherapie/](https://ze.tt/rassismus-ist-bis-heute-ein-blinder-fleck-in-der-psychotherapie/)

- D'Andrea, M. (2011). The evolution and transformation of a white racist: A personal narrative. *Journal of Counseling & Development, 78*, 38-42. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1999.tb02414.x>
- Day-Vines, N. L., Wood, S. M., Grothaus, T., Craigen, L., Holman, A., Dotson-Blake, K., & Douglass, M. J. (2007). Broaching the subjects of race, ethnicity, and culture during the counseling process. *Journal of Counseling & Development, 85*(4), 401–409. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2007.tb00608.x>
- de las Fuentes, C. (2007). Latina/o America populations. In M. G. Constantine (Ed.), *Clinical practice with people of color: A guide to becoming culturally competent* (pp. 46-60). Teachers College Press.
- Dovidio, J. F., Kawakami, K., & Gaertner, S. L. (2002). Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*(1), 62–68. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.62>
- Dyche, L., & Zayas, L. H. (2001). Cross-cultural empathy and training the contemporary psychotherapist. *Clinical Social Work Journal, 29*(3), 245-258. <https://doi.org/10.1023/A:1010407728614>
- Dyer, R. (1997). *White: Essays on Race and Culture*. Routledge.
- Eggers, M. (2005). Rassifizierung kindliches Machtempfinden. Wie schwarze und weiße Kinder rassifizierte Machtdifferenz verhandeln auf der Ebene der Identität (Dissertation). Universität Kiel. https://macau.uni-kiel.de/servlets/MCRFileNodeServlet/dissertation_derivate_00002289/Dissertation_Maureen_Eggers.pdf

- Einig, M. (Hrsg.) (2005). *Modelle antirassistischer Erziehung: Möglichkeiten und Grenzen mit Pädagogik ein gesellschaftliches Problem zu bekämpfen (Bausteine zur Mensching-Forschung)* (Bd. 10). Bautz.
- Elverich, G., Kalpaka, A., & Reindlmeier, K. (2006). Spurensicherung durch Reflexion von Bildungsarbeit in der Einwanderungsgesellschaft. In G. Elverich, A. Kalpaka & K. Reindlmeier (Hrsg.), *Spurensicherung. Reflexion von Bildungsarbeit in der Einwanderungsgesellschaft* (S. 9-26). IKO.
- Erel, U., Haritaworn, J., Rodríguez, E. G., & Klesse, C. (2007). Intersektionalität oder Simultaneität?! – Zur Verschränkung und Gleichzeitigkeit mehrfacher Machtverhältnisse – Eine Einführung. In J. Hartmann, C. Klesse, P. Wagenknecht, B. Fritzsche & K. Hackmann (Hrsg.), *Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht* (S. 239-250). VS.
- Fanon, F. (1967). *Black Skin, White Masks*. Grove Press.
- Finke, J. (1999). Beziehung und Intervention. *Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Thieme.
- Fischer, J. (2005). Die therapeutische Beziehung auf ethischer Sicht. In W. Rössler (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung* (S. 13-35). Springer.
- Flick, U. (2015). Design und Prozess qualitativer Forschung. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 252–264). Rowohlt.
- Flick, U., von Kardorff, E., & Steinke, I. (2015). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 11-29). Rowohlt.

- Fouad, N. A., & Arredondo, P. (2007). *Becoming culturally oriented: Practical advice for psychologists and educators*. American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/11483-000>
- Frankenberg, R. (1993). Growing up white: Feminism, racism and the social geography of childhood. *Feminist Review*, 45(1), 51-84. <https://doi.org/10.1057/fr.1993.38>
- Freud, S. (1913). Zur Einleitung der Behandlung. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I. In A. Freud, W. Hoffer, E. Kris & O. Isakower (Hrsg.), *Gesammelte Werke* (Bd. 8, S. 454-478). Imago Publishing Co LTD.
- Frommer, J., & Streeck, U. (2003). Qualitative Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum – Ein Blick auf die Ergebnisse. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49(1), 74-86. <https://doi.org/10.13109/zptm.2003.49.1.74>
- Fuertes, J. N., Mueller, L. N., Chauhan, R. V., Walker, J. A., & Ladany, N. (2002). An investigation of European American therapists' approach to counseling African American clients. *The Counseling Psychologist*, 30(5), 763–788. <https://doi.org/10.1177/0011000002305007>
- Gardner, G. G. (1964). The psychotherapeutic relationship. *Psychological Bulletin*, 61(6), 426–437. <https://doi.org/10.1037/h0044091>
- Gelso, C. (2011). Emerging research findings about the real relationship in the process and outcome of psychotherapy. In C. Gelso (Ed.), *The real relationship in psychotherapy: The Hidden foundation of change* (pp. 129-152). American Psychological Association.
- Hamp, A., Stamm, K., Lin, L., & Christidis, P. (2016). 2015 Survey of psychology health service providers. *American Psychological Association Center for Workforce Studies*.
<https://www.apa.org/workforce/publications/15-health-service-providers/report.pdf>

- Harrison, D. K. (1975). Race as a counselor-client variable in counseling and psychotherapy: A review of the research. *The Counseling Psychologist*, 5(1), 124–133.
<https://doi.org/10.1177/001100007500500130>
- Hölzl, E. (1994). Methodenüberblick der Qualitativen Sozialforschung. In Arbeitskreis Qualitative Sozialforschung (Hrsg.), *Verführung zum Qualitativen Forschen. Eine Methodenauswahl* (S. 51-60). WUV.
- Hopf, C., & Weingarten, E. (Hrsg.). (1984). *Qualitative Sozialforschung*. Klett-Cotta.
- Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T. R., & Walther, W. A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy Research*, 18(3), 294–305.
<https://doi.org/10.1080/10503300701506920>
- Kalpaka, A., & Mecheril, P. (2010). »Interkulturell«. Von spezifisch kulturalistischen Ansätzen zu allgemein reflexiven Perspektiven. In P. Mecheril (Hrsg.), *Migrationspädagogik* (S. 77-98). Beltz.
- Kepper, G. (1994). Zur Kennzeichnung qualitativer Marktforschung. In G. Kepper (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung Methoden, Einsatzmöglichkeiten und Beurteilungskriterien* (S. 5-31). DUV.
- Kilomba, G. (2008). *Plantation Memories: Episodes of Everyday Racism* (5th Ed.). Unrast.
- Knox, S., Burkard, A. W., Johnson, A. J., Suzuki, L. A., & Ponterotto, J. G. (2003). African American and European American therapists' experiences of addressing race in cross-racial psychotherapy dyads. *Journal of Counseling Psychology*, 50(4), 466-481. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.4.466>

- Kokotovic, A.M., & Tracey, T.J. (1990). Working alliances in early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37(1), 16-21. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.37.1.16>
- Krüger, J., & Frommer, J. (2020). Qualitative Psychotherapieforschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitativer Forschung in der Psychologie* (Bd. 2, S. 431-442). Springer.
- Kuckartz, U. (2007). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. Springer VS.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Beltz Juventa.
- Kuntze, J., van der Molen, H. T., & Born, M. P. (2009). Increase in counselling communication skills after basic and advanced microskills training. *The British journal of educational psychology*, 79(1), 175–188. <https://doi.org/10.1348/000709908X313758>
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (4. überarb. Aufl.). Beltz.
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (6. Aufl.). Beltz.
- Lerch, L. (2019). Psychotherapie im Kontext von Differenz, (Macht-)Ungleichheit und globaler Verantwortung: Diversity & Intersectionality als hilfreiche Perspektiven für eine gesellschaftskritische Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 23(1–2), 51–58. <https://doi.org/10.1007/s00729-019-0117-y>
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 38–50). John Wiley & Sons.

- Lutz, W., & Rubel, J. (2019, 09. April). Psychotherapieforschung. *Dorsch Lexikon der Psychologie*. Hogrefe. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/psychotherapieforschung>
- Madill, A., & Doherty, K. (1994). "So you did what you wanted then": Discourse analysis, personal agency, and psychotherapy. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 4(4), 261-273.
- Mallinckrodt B., & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 133-138. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.133>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Maxie, A. C., Arnold, D. H., & Stephenson, M. (2006). Do therapists address ethnic and racial differences in cross-cultural psychotherapy? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 85–98. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.1.85>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. überarb. Aufl.). Beltz.
- McClean, C., Campbell, C., & Cornish, F. (2003). African-Caribbean interactions with mental health services in the UK: Experiences and expectations of exclusion as (re)productive of health inequalities. *Social Science & Medicine*, 56(3), 657–669. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00063-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00063-1)
- McIntosh, P. (1989). White Privilege: Unpacking the Invisible Knapsack. *Peace and Freedom*, 10-12.

- McKinney, K. D. (2013). *Being white: Stories of race and racism*. Routledge.
- McLeod, J., & Lynch, G. (2000). "This is our life": Strong evaluation in psychotherapy narrative. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 3(3), 389-406.
- Mecheril, P. (1994). Die Lebenssituation Anderer Deutscher. Eine Annäherung in dreizehn thematischen Schritten. In P. Mecheril & T. Teo (Hrsg.), *Andere Deutsche. Zur Lebenssituation von Menschen multiethnischer und multikultureller Herkunft* (S. 57-93). Dietz.
- Mecheril, P. (2004). *Einführung in die Migrationspädagogik*. Beltz.
- Mecheril, P. (2006). Das un-mögliche Subjekt. Ein Blick durch die erkenntnispolitische Brille der Cultural Studies. In H. Keupper & J. Hohl (Hrsg.), *Subjektdiskurse im gesellschaftlichen Wandel. Zur Theorie des Subjekts in der Spätmoderne* (S. 119-141). Transcript.
- Mecheril, P. & Melter, C. (2010). Gewöhnliche Unterscheidungen. Wege aus dem Rassismus. In P. Mecheril, Í. Dirim, M. Castro Varela, A. Kalpaka & C. Melter (Hrsg.), *Migrationspädagogik* (S. 150-178). Beltz.
- Melter, C. (2006). *Rassismuserfahrungen in der Jugendhilfe. Eine empirische Studie zu Kommunikationspraxen in der Sozialen Arbeit*. Waxmann.
- Mey, G., & Mruck K. (2020). Qualitative Interviews. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitativer Forschung in der Psychologie: Designs und Verfahren* (2. Aufl., S. 316-335). Springer.
- Moradi, B., Wiseman, M.C., DeBlaere, C., Goodman, M., Sarkees, A., Brewster, M., & Huang, Y. (2010). LGB of color and white individuals' perceptions of heterosexist stigma, internalized homophobia, and outness: Comparisons of levels and links. *The Counseling Psychologist*, 38, 397 - 424.

- Nelson, D. W., & Baumgarte, R. (2004). Cross-cultural misunderstandings reduce empathic responding. *Journal of Applied Social Psychology, 34*(2), 391–401. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb02553.x>
- Neville, H. A., Lilly, R. L., Duran, G., Lee, R. M., & Browne, L. (2000). Construction and initial validation of the Color-Blind Racial Attitudes Scale (CoBRAS). *Journal of Counseling Psychology, 47*(1), 59–70. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.59>
- Norton, M. I., Sommers, S. R., Apfelbaum, E. P., Pura, N., & Ariely, D. (2006). Color blindness and interracial interaction: Playing the political correctness game. *Psychological Science, 17*(11), 949–953. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01810.x>
- Pawicki, M. (2014). Rezension: Udo Kuckartz (2012). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. *Journal für Bildungsforschung, 6*(2), 141-145.
- Pech, I. (2006): Whiteness – akademischer Hype und praxisbezogene Ratlosigkeit? Überlegungen für eine Anschlussfähigkeit antirassistischer Praxen. In G. Elverich, A. Kalpaka & K. Reindlmeier (Hrsg.), *Spurensicherung. Reflexion von Bildungsarbeit in der Einwanderungsgesellschaft* (S. 63-92). IKO.
- Pierce, C. (1970). Offensive mechanisms. In F. B. Barbour (Ed.), *The Black seventies* (pp. 265–282). Porter Sargent.
- Puskar, K., & Hess, M. (1986). Considerations of power by graduate student nurse psychotherapists: A pilot study. *Issues in mental health nursing, 8*(1), 51-61. <https://doi.org/10.3109/01612848609012512>
- Quiñones, T. J., Woodward, E. N., & Pantalone, D. W. (2017). Sexual minority reflections on their psychotherapy experiences. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research, 27*(2), 189–200. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1090035>

- Reandeu, S. G., & Wampold, B. E. (1991). Relationship of power and involvement to working alliance: A multiple-case sequential analysis of brief therapy. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 107–114. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.107>
- Reis, B.F., & Brown, L.G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy, 36*, 123-136.
- Rodgers, B., & Elliott, R. (2015). Qualitative methods in psychotherapy outcome research. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 559–578). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_27
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a Science. Formulations of the Person and the Social Context* (pp. 184-256). McGraw Hill.
- Rommelspacher, B. (2002). *Anerkennung und Ausgrenzung: Deutschland als multikulturelle Gesellschaft*. Campus.
- Sachse, R. (2016). *Therapeutische Beziehungsgestaltung* (2. Aufl.). Hogrefe.
- Satcher, D. (2001). Mental health: Culture, race, and ethnicity – a supplement to mental health: A report of the surgeon general. *U.S. Department of Health and Human Services*. <https://doi.org/10.13016/jela-ckxw>
- Schouler-Ocak, M., Bretz, H. J., Penka, S., Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R. G., Schepker, R., Özek, M., Hauth, I. & Heinz, A. (2008). Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities: A representative national survey by the psychiatry and migration working group of the German federal conference of psychiatric hospital directors. *European Psychiatry, 23*(1), 21-27.

- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637–645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Stiles, W., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology Science and Practice*, 5, 439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Stracuzzi, T. I., Mohr, J. J., & Fuertes, J. N. (2011). Gay and bisexual male clients' perceptions of counseling: The role of perceived sexual orientation similarity and counselor universal-diverse orientation. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 299–309. <https://doi.org/10.1037/a0023603>
- Strauss, A. L. (1991). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. Fink.
- Sue, D. W. (2003). *Overcoming our racism: the journey to liberation*. Jossey Bass.
- Sue, D. W. & Sue, D. (2003). *Counseling the cultural different: Theory and practice*. (4th Ed.). John Wiley & Sons.
- Swim, J. K., & Miller, D. L. (1999). White guilt: Its antecedents and consequences for attitudes toward affirmative action. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(4), 500–514. <https://doi.org/10.1177/0146167299025004008>
- Taylor, J., & Turner, R. (2002). Perceived discrimination, social stress, and depression in the transition to adulthood: Racial contrasts. *Social Psychology Quarterly*, 65(3), 213–225. <https://doi.org/10.2307/3090120>
- Terkessidis, M. (1998). *Psychologie des Rassismus*. Westdeutscher Verlag.

- Terkessidis, M. (2004). *Die Banalität des Rassismus. Migranten zweiter Generation entwickeln eine neue Perspektive*. Transcript.
- Tiðberger, M. (2004). Verunsicherung (Uncertainty) as method: Research on white(ness), feminism and psychology in Germany. *Balayi, Culture, Law and Colonialism*, 6, 124–142.
- Tiðberger, M. (2006). Die Psyche der Macht, der Rassismus der Psychologie und die Psychologie des Rassismus. In M. Tiðberger, G. Dietze, D. Hrázan & J. Husmann-Kastein (Hrsg.), *Weiß-Weißsein-Whitness. Kritische Studien zu Gender und Rassismus* (S. 13-29). Peter Lang.
- Tiðberger, M. (2013). *Dark continents und das UnBehagen in der weißen Kultur. Rassismus, Gender und Psychoanalyse aus einer Critical-Whiteness-Perspektive*. Unrast.
- Tiðberger, M. (2017). *Critical whitness. Zur Psychologie hegemonialer Selbstreflexion an der Intersektion von Rassismus und Gender*. Springer VS.
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1990). The helping alliance and premature termination. *Counselling Psychology Quarterly*, 3, 233–238. <https://doi.org/10.1080/09515079008254254>
- U.S. Census Bureau. (2015). *Quick Facts: United States*. <https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/US/RHI225219>
- Utsey, S. O., Gernat, C. A., & Hammar, L. (2005). Examining white counselor trainees' reactions to racial issues in counseling and supervision dyads. *The Counseling Psychologist*, 33(4), 449–478. <https://doi.org/10.1177/0011000004269058>
- Vasquez, M. J. T. (2007). Cultural difference and the therapeutic alliance: An evidence-based analysis. *American Psychologist*, 62(8), 878–885. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.878>

- Vasquez, H., & Magraw, S. (2005). Building relationships across privilege: Becoming an ally in the therapeutic relationship. In M. P. Mirkin, K. L. Suyemoto, & B. F. Okun (Eds.), *Psychotherapy with women: Exploring diverse contexts and identities* (pp. 64–83). Guilford Press.
- Velho, A. (2016). *Alltagsrassismus erfahren. Prozesse der Subjektbildung – Potentiale der Transformation*. Peter Lang Edition.
- Verbi Software. (2020). *MAXQDA*.
- Wachendorfer, U. (2000). WEISS-SEIN-(k)eine Variable in der Therapie. *Psychologie Gesellschaftskritik*, 93, 55-68.
- Wang, J. (2007). Mental health treatment dropout and its correlates in a general population sample. *Medical Care*, 45, 224–229. <https://dx.doi.org/10.1097/01.mlr.0000244506.86885.a5>
- Weiß, A. (1998). Antirassistisches Engagement und strukturelle Dominanz. Was macht weißen Deutschen die Auseinandersetzung mit Rassismus so schwer?" In M. Castro Varela, S. Vogelmann, S. Schulze, & A. Weiß (Hrsg.), *Suchbewegungen. Interkulturelle Beratung und Therapie* (S. 275-285). Dgvt.
- Westlich, C. A. (1994). Art therapy with culturally different clients. *Journal of the American Art Therapy Association*, 11(3), 187-190. <https://doi.org/10.1080/07421656.1994.10759082>
- Whiston, S. C., & Coker, J. K. (2000). Reconstructing clinical training: implications from research. *Counselor Education and Supervision*, 39, 228–253.
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J., & Linster, H. W. (2008). Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory – short revised (WAI-SR) – Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur

Erfassung der therapeutischen Allianz. *Zeitschrift für Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1(3), 343-358.

Winker, G., & Degele, N. (2009). *Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten*. Transcript.

Wintzer, J. (2016). Was ist "gute" Forschung? In L. Wintzer (Hrsg.), *Qualitative Methoden in der Sozialforschung. Forschungsbeispiele von Studierende für Studierende* (S. 3-10). Springer.

Wollrad, E. (2005). *Weißsein im Widerspruch: Feministische Perspektiven auf Rassismus, Kultur und Religion*. Ulrike Helmer.

Wynn, R., & West-Olatunji, C. (2009). Use of culture-centered counseling theory with ethnically diverse LGBT Clients. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 3(3), 198-214.
<https://doi.org/10.1080/15538600903317218>

Yeboah, A. (2015). Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. Hintergrundpapier zum Parallelbericht an den UNAntirassismusausschuss zum 19.–22. *Bericht der Bundesrepublik Deutschland nach Artikel 9 des Internationalen Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von rassistischer Diskriminierung*. Forum Menschenrechte e. V.

Yeboah, A. (2017). Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. In K. Fereidooni & M. El (Hrsg.), *Rassismuskritik und Widerstandsformen* (S. 143–161). Springer Fachmedien.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-14721-1_9

Young, I. M. (2011). *Justice and the Politics of Difference*. Princeton University Press.

Zhang, N., & Dixon, D. N. (2001). Multiculturally responsive counseling: Effects on Asian students' ratings of counselors. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 29(4), 253–262. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2001.tb00468.x>

Anhang A
Postskriptum

Pesudonym: _____

Formales Zum Interview:

Datum und Ort des Interviews: _____

Beginn des Interviews: _____

Dauer des Interviews (in Minuten): _____

Ende des Interviews: _____

Interviewsituation:

Verhalten der Interviewten Person:

Verhalten der Interviewenden Person:

Besondere Vorkommnisse:

Gespräch vor dem Interview:

Gespräch nachdem Interview:

Anhang B
Kurzfragebogen

Pseudonym: _____

Angaben zur Person

Alter/ Geburtsdatum: _____

Gender: _____

Nationalität: _____

(falls abweichend ethnische Zugehörigkeit): _____

Beruf / höchst abgeschlossene Ausbildung: _____

Angaben zur psychotherapeutischen Behandlung

Beginn / Ende:

Anzahl der Sitzung (wöchentlich/monatlich):

Angaben zu/r Therapeut*in:

Therapeutische Schule:

Anhang C
Interviewleitfaden

Begrüßung und Aufklärung:

- Aufklärung über Anonymität, Aufzeichnung des Gesprächs und Transkription
- Möglichkeit jederzeit abzubrechen/Antwort zu verweigern
- Einfangen subjektiver Erfahrungen daher kein richtig/falsch der Antworten
- Expert*innenrolle bei der interviewten Person

Allgemeiner Teil: - Erwartungen -Rassismus und Diskriminierungserfahrung

1. Warum haben Sie psychotherapeutische Behandlung aufgesucht?

- Wie sind Sie an die/den Therapeut*in gekommen bei dem/der Sie in Behandlung sind/waren?
- Wie erklären Sie sich die Ursache ihrer beschriebenen Symptome?

2. Was haben Sie sich von der Psychotherapie erwartet?

- Woran wollten Sie in der Psychotherapie arbeiten?

3. Wie sind Sie in der Therapie mit dem Thema Rassismus und ihren Diskriminierungserfahrungen umgegangen?

- Wie wurden die Themen/Erfahrungen besprochen?
- Wie wurde mit dem Thema/Erfahrungen umgegangen?
- Wie war der Umgang Ihrer/Ihres Therapeut*in mit dem Thema Rassismus und (Ihren) Diskriminierungserfahrungen?

Spezifischer Teil: - Therapeutische Beziehung

1. Wie haben Sie sich gegenüber Ihrer/Ihrem Therapeut*in öffnen können?

- Welche Herausforderungen gab es dabei für Sie?
- Gab es Gedanken und Gefühle die sie ggf. Ihrer/Ihrem Therapeut*in nicht ausgesprochen bzw. zurückgehalten haben? Wodurch erklären Sie sich das?

2. Wie gestaltete sich die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrer/Ihrem Therapeut*in?

- Inwiefern haben Sie sich von ihrer/ihrem Therapeut*in geschätzt/ bzw. gemocht gefühlt?

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPOC

- Inwiefern haben Sie sich von Ihrer/Ihrem Therapeut*in hinsichtlich ihrer Themen/Probleme/Erfahrungen verstanden und ernst genommen gefühlt? Können sie dafür ein Beispiel nennen?

3. Inwiefern glauben Sie, dass die Erfahrungen in der Therapie Ihnen helfen konnte Veränderungen zu erreichen?

- Inwiefern haben Sie durch die Therapie neue Sichtweisen auf ihre Themen/Probleme erschließen können?
- Welche Themen wurden von ihrer Therapeut*in in folgende Sitzungen wieder aufgegriffen bzw. nicht wieder aufgegriffen? Inwiefern war dies hilfreich für den Veränderungsprozess?

3. Gab es Eigenschaften an Ihrer/Ihres Therapeut*in, die Ihrer Meinung nach den Therapieverlauf beeinflusst haben? Beschreiben Sie diese.

- Inwiefern haben Sie sich als gleichwertig erlebt?
- In welcher Hinsicht haben Sie Anerkennung durch Ihre/Ihren Therapeut*in erfahren? (*Machtgefälle?*)

Abschlussteil: Wirksamkeit, Veränderungsmöglichkeiten

1. Welche Bedingungen haben Ihrer Meinung nach den Therapieverlauf beeinflusst?

- Wie hätte es anders verlaufen können

2. Inwieweit wurden Ihrer Erwartungen an die Psychotherapie erfüllt?

3. Was wäre Ihrer Meinung nach für eine erfolgreiche Therapie wichtig?

- Stellen Sie sich eine für Sie optimale therapeutische Situation vor - wie würde diese aussehen?
- Inwiefern sehen Sie gesellschaftliche Themen (bsplw. Rassismus) als Therapierelevant an?

4. Was hat Rassismus mit Ihnen gemacht?

5. Gibt es in Bezug auf Ihre Psychotherapie Erfahrungen Aspekte, die Sie noch erzählen wollen?

Anhang D

Aushang

Interviewpartner:innen gesucht

Im Rahmen meiner Masterarbeit im Fach Psychologie an der Universität Wien, beschäftige ich mich mit dem Einfluss gesellschaftlicher Diskriminierung auf den Psychotherapieverlauf. Dabei gehe ich der Frage nach, wie Personen, die von rassistischer Diskriminierung betroffen sind, Psychotherapie erleben.

Für die Studie bin ich auf der Suche nach Personen, die sich als **BIPOC** identifizieren (mind. 18 Jahre alt), die in Deutschland oder Österreich in **Psychotherapie** sind/ waren (mind. 4 Sitzungen) und mir in einem Interview von ihren Erfahrungen berichten wollen.

Das Interview wird ca. 45 min. dauern und kann **online** (Skype) oder **live in Wien/Berlin** (unter Einhaltung der Corona-Maßnahmen), stattfinden. Datenverarbeitung erfolgt anonym und vertraulich. **Als Aufwandsentschädigung erhalten Sie 20 €.**

Bei Interesse an einer Teilnahme oder bei Nachfragen schicken Sie mir gerne eine E-Mail an folgende E-Mail-Adresse:

a01314341@unet.univie.ac.at oder scannen Sie den QR-Code.

Vielen Dank! Helena Flemming, Universität Wien



Bildquelle: apa

Anhang E

Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln

Talk in Qualitative Social Research (TiQ)

Abkürzung	Beschreibung
L	Beginn einer Überlappung bzw. direkter Anschluss beim Sprecherwechsel
J	Ende einer Überlappung
(.)	Pause bis zu einer Sekunde
(2)	Anzahl der Sekunden einer Sprechpause
<u>nein</u>	betont (unterstrichen)
nein	laut (fett geschrieben) in Relation zur üblichen Lautstärke des/r Sprechers*in
°nee°	sehr leise (in Relation zur üblichen Lautstärke des/der Sprecher*in)
.	stark sinkende Intonation (Punkt)
;	schwach sinkende Intonation (Strichpunkt)
?	stark steigende Intonation (Fragezeichen)
,	schwach steigende Intonation (Beistrich / Komma)
vielleicht-	Abbruch eines Wortes
oh=nee	Wortverschleifung
nei::n	Dehnung, die Häufigkeit vom : entspricht der Länge der Dehnung
(doch)	Unsicherheit bei der Transkription, schwer verständliche Äußerungen
()	unverständliche Äußerungen, die Länge der Klammer entspricht etwa der Dauer der unverständlichen Äußerung
((stöhnt))	Kommentare bzw. Anmerkungen zu parasprachlichen, nicht-verbalen oder gesprächsexternen Ereignissen; die Länge der Klammer entspricht im Falle der Kommentierung parasprachlicher Äußerungen (z.B. Stöhnen) etwa der Dauer der Äußerung. In vereinfachten Versionen des Transkriptionssystems kann auch Lachen auf diese Weise symbolisiert werden. In komplexeren Versionen wird Lachen wie folgt symbolisiert:
@nein@	z.B. lachend gesprochenes „nein“
@(.)@	kurzes Auflachen
@(3)@	3 Sekunden Lachen
//mhm//	Hörersignal des Interviewers, wenn das „mhm“ nicht überlappend ist.

Anhang F
Kategoriensystem

Oberkategorie:

Erwartungen

Subkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Nennung
1.Bzgl. Symptomatik	Es werden Erwartungen (EW) in Bezug auf die Symptomatik beschrieben		
1.1 Symptomreduktion	Symptomreduktion bzw. Symptombewältigung wird als E genannt	„[...] ich wollte irgendwie wissen was ich dann machen soll um mich einfach weniger schlecht zu fühlen“	8
1.2 Symptomursache explorieren	Es wird die EW beschrieben die Ursache der Symptomatik zu ergründen	„zu verstehen woher die kommen (.) weil es oft sehr ähnliche Situationen waren wo es dann passiert ist so und ehm: warum es so weit kommen konnte so“	4
1.3. Ressourcen stärken	Die EW Ressourcen, z.B. den Selbstwert, zu stärken werden benannt	„auf jeden Fall auch an so selbstbewussten Verhalten und solche Sachen“ (Oksana, P. 86)	4
2. Bzgl. Zusammenarbeit	Es werden explizit EW an oder in Verbindung mit der therapeutischen Zusammenarbeit geschildert		
2.1. Unterstützung	Unterstützung wird als E genannt und das Verständnis von Unterstützung beschrieben	„hab mir jemanden gesucht damit der mich eh <u>unterstützt</u> “ (Azad, P. 52)	3

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

2.2. Validierung der Gefühle	Die Validierung und Anerkennung der Gefühle und ggf. der Erfahrungen werden als E genannt	„eine <u>Validierung</u> von dem Schmerz der hochgekommen ist einfach so“ (Taraneh, P. 60)	3
2.3. Neutrales Gegenüber	Es wird das Verständnis eines Neutralem Gegenüber bzw. eines neutralen Raums erläutert.	„um einfach mit jemandem <u>Neutralen</u> zu sprechen“ (Kalidou, P. 72)	2
3. erfüllt	Es werden die EW an die Therapie reflektiert und als erfüllt bewertet	„sehr weit also @.@ ich bin zwar erst seit November in Therapie bei ihm aber hab in dem halben Jahr so viele (.) Progresse eigentlich schon miterlebt“ (Eleonora, P. 139)	5
4. fragmentarisch	Die EW werden nur in einigen Bereichen als erfüllt bewertet	„meine Erwartungen wurden eigentlich (.) erfüllt weil ich eh ja Sicherheit erfahren habe [...] dadurch das ich meine Themen anbringen konnte [...] nur mit dem Thema Rassismus Diskriminierung da konnte ich keinen Rückhalt finden weil ich das Thema nicht anbringen konnte	3
5. unerfüllt	Die EW werden rückwirkend reflektiert und als unerfüllt beschrieben. Gründe für die Bewertung werden angeführt		13
5.1. Fehlen neuer Perspektiven	Fehlen neuer Perspektiven als Grund für die Bewertung der EW als unerfüllt	„weil es war am Ende war es immer sowieso wieder gleiche Tipp“ (Azad, P. 72)	5
5.2. Fehlende Empathie	Fehlende Empathie als Grund für die Bewertung der EW als unerfüllt	„ja ich hätte mir glaube ne Person gewünscht die das bisschen mehr nachvollziehen kann“ (Oksana, P. 146)	3

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

5.3. Fehlende Ursachenexploration	Fehlende Ursachenexploration als Grund für die Bewertung der EW als unerfüllt	„so richtig den Grund oder die Ursache habe ich nicht so richtig verstanden also das sehe ich nicht erfüllt damals sowie jetzt [...]“ (Oksana, P. 166)	2
5.4. Fehlende Skills	Fehlende Skills als Grund für die Bewertung der EW als unerfüllt	„[...] das mir Lösun- nicht unbedingt muss nicht lösend sein aber irgendwas das mich von dem Thema ablenken könnte Beispiel (.) ja kannst du wenn sowas kommt geh frische Luft geh Joggen“ (Azad, P. 163)	3

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

Oberkategorie:

Therapeutische Beziehung

Subkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Nennung
6. Emotionale Beziehung	Es werden unterschiedliche Aspekte einer emotionalen Beziehung (eB) erläutert		
6.1. Empathie	Entgegengebrachte Empathie als positiver Aspekt einer eB	„Ich fühle mich <u>sehr</u> gut aufgehoben und (.) ihm gehört von ihm“ (Eleonora, P. 96)	8
6.2. Fehlende Empathie	Es wird von einem Mangel an Empathie gesprochen	„mit dem ihm auf meine Emotion nicht (.) also darauf gar nicht zu reagieren“ (Lara, P. 149)	20
6.3. Sympathie	Sympathie wird als positiver Aspekt einer eB genannt	„ja <u>voll</u> ja und sie ist mir super sympathisch“ (Flora, 146)	6
6.4. Kongruenz	Wahrgenommene Kongruenz der Therapeut*innen als positiver Aspekt einer eB	„er ist keine kalte Fassade der vor mir sitzt er ist ein fühlender Mensch [...] an Gefühlsreaktionen die kurzzeitig aufgeflammt sind“ (Anton, P. 107)	6
6.5. Anerkennung	Entgegengebrachte Anerkennung wird als positiver Aspekt einer eB benannt	„der Therapeut mich mir dann das <u>Gefühl</u> gegeben hat was mir gefehlt hat und zwar eben das <u>diese</u> Wichtigkeit und das ich ernst genommen werde“ (Eleonora, P. 96)	7
6.6. Fehlende Anerkennung	Fehlende Anerkennung wird als Aspekt beschrieben, der die eB schwächt	„kann mich jetzt an keine Situation erinnern das ich von ihm <u>An:erkennung</u> bekommen hätte gar nicht also ich glaub das gab es wirklich nicht“ (Taraneh, P. 146)	4

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

6.7. Wertschätzung	Entgegengebrachte Wertschätzung als positiver Aspekt einer eB	„also sie war mir gegenüber sonst sehr wertschätzend und da habe ich gemerkt ja das tut mir gut“ (Kalidou, P. 168)	4
6.7.1. fragmentarisch	Es wird davon berichtet sich Wertschätzung nur fragmentarisch entgegengebracht bekommen zu haben	„habe mich eigentlich bei allen Themen ernst genommen gefühlt (.) nur nicht bei dem Thema Rassismus weil ich das nur einmal kurz thematisiert habe“ (Kalidou, P. 122)	2
6.8. Vertrauen	Vertrauen als Aspekt einer eB wird beschrieben und Gründe für das Vertrauen erläutert	„ich weiß nicht wie man das Gefühl beschreibt es ist es ist <u>da</u> es ist auf jeden Fall das Vertrauen ist da es hat sich auch <u>ganz</u> schnell entwickelt“ (Eleonora, P. 138)	8
6.8.1. fragmentarisch	Es wird davon berichtet sich nur in einigen Bereichen und Themen öffnen zu können	„Ja also ich konnte mich ihr gegenüber eigentlich sehr gut öffnen und das einzige Thema bei dem das nicht möglich war war eben die rassistischen Erfahrungen die ich gemacht habe“ (Kalidou, P. 110)	2
7. Misstrauen	Es werden unterschiedliche Gründe für Misstrauen angeführt		
7.1. Durch Vorerfahrungen	Es werden Vorerfahrungen geschildert, die ein erhöhtes Misstrauen in der Therapie bedingen	„[...] das ich sehr misstrauisch war zu Beginn und ehm sehr viel Sicherheit geb- also das ich sehr viel Sicherheit brauchte[...]“ (Anton, P. 99)	9
7.2. Durch Beziehungsdynamik	Es werden Situationen bzw. Dynamiken in der therapeutischen Beziehung beschrieben, die ein erhöhtes Misstrauen bedingen	„[...] war kein Vertrauen da sie hat mir immer von oben angeschaut“ (Azad, P. 96)	11

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

8. Zuversichtliche Zusammenarbeit	Es werden Aspekte genannt, die eine zuversichtliche Zusammenarbeit ausmachen bzw. stärken		
8.1. Differenzierte Sichtweisen	Das Erlangen differenzierter Sichtweisen in Bezug auf die Symptomatik und das Erleben werden beschrieben	„mir fällt jetzt wirklich in der Therapie voll viel auf was mir vorher nicht aufgefallen ist deswegen ist das jetzt wirklich differenzierter [...]“ (Flora, 84)	14
8.2. Exploration der Ursache	Die Exploration der Symptomursache wird als Aspekt der zuversichtlichen Zusammenarbeit erläutert	„[...] es gibt dem Ganzen so nen roten Faden das heißt ich kann (.) die Zusammenhänge besser herstellen und weiß wenn ich dieses Problem jetzt löse dann wird sich das andere auch vielleicht sogar von selber lösen [...]“ (Eleonora, P. 114)	4
8.3. Achtsamkeit	Achtsamkeit wird in Bezug auf eine Zuversichtliche Zusammenarbeit genannt	„[...] ich hab aber auch das Gefühl <u>dass</u> (2) dass er mich nicht überfordert [...]“ (Anton, P. 133)	2
8.4. Skills	Das Erlangen von Skills wird in Verbindung mit einer zuversichtlichen Zusammenarbeit genannt	„[...] also wir er- <u>er</u> lernen viele Skills die mir eben helfen wenn ich wieder solche diese also diese intensiven Phasen durchmach [...]“ (Eleonora, P. 102)	1
8.5. Resignation	Es werden unterschiedliche Gründe erläutert, die zu einer Resignation der Zusammenarbeit führen	„dieser Situation wie es da wie es mir ging war das jetzt gerade für mich auch einfach nicht eh oder auf eine Art auch nochmal anstrengend oder belastend“ (Lara, P. 141)	6
9. Machtdynamik	Es wird die empfundene Machtdynamik in der therapeutischen Beziehung erläutert		

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

9.1. Auf Augenhöhe	Die Begegnung auf Augenhöhe wird erläutert	„und irgendwie halt auch auf di=dieser Augenhöhe war“ (Flora, P. 162)	6
9.2. Hierarchisch	Das Erleben einer hierarchischen Machtdynamik wird erläutert	„ja es war ja die Hierarchie da ja ich hab ja gesagt ich bin Patient sie ist der Arzt“ (Azad, P. 144)	7

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

Oberkategorie:

Gesellschaftliche Themen

Subkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Nennung
10. Therapierelevanz	Es wird darüber reflektiert inwiefern gesellschaftliche Themen als therapierelevant beurteilt werden		
10.1. Ja	Gesellschaftliche Themen werden als therapierelevant angesehen und Gründe für die Einschätzung genannt	„na ja man lebt ja in der Gesellschaft also das beeinflusst einfach echt viel“ (Flora, P. 176)	8
11. Strategien	Es werden Überlegungen angestellt wie gesellschaftliche Themen im therapeutischen Setting eingebunden werden können		
11.1. Anerkennung der Erfahrungen	Anerkennung der Erfahrungen und gesellschaftlicher Ungleichheit werden als Strategie beschrieben	„sie sich genauso über (.) @so die deutsche Gesellschaft aufregt@ sonst mit mir zusammen und nicht irgendwie versucht das rational zu erklären“ (Oksana, P. 96)	3
11.2. Offenheit	Offenheit gegenüber dem Aufkommen des Themas wird als Strategie beschrieben	„glaube ich einfach schon das man einfach <u>offen</u> demgegenüber sein muss das es halt aufkommen kann <u>es muss ja auch nicht</u> “ (Flora, P.180)	3

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

11.3. Reflexion der Positionierung	Die Reflexion der gesellschaftlichen Positionierung und dessen Einflusses auf die tB wird genannt	„zu gucken generell wie bist du irgendwie <u>ja was</u> hat das mit deiner Positionierung in der Gesellschaft zu tun weil das ja alles irgendwie zusammenhängt“ (Oksana, P. 176)	4
11.4. Kontextualisierung	Kontextualisierung bzw. das Anbieten von Rassismus als Erklärungsstrategie wird erläutert	„[...] das man eben das also das man Rassismus auch als Erklärungsstrategie heranzieht und das auch als relevantes medizinisches Thema herannimmt und sagt ok es gibt Gründe warum du dich gerade so fühlst“ (Eleonora, P. 158)	5

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

Oberkategorie:

Umgang mit

Rassismus(-erfahrungen)

Subkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Nennung
12. Seitens Klient*in	Die Klient*in beschreibt den eigenen Umgang mit den Rassismus(erfahrungen)		
12.1. Nicht übergeordnet	Es wird betont, dass Rassismuserfahrungen (RE) wie andere verletzende Erfahrungen im Kontext der Therapie wahrgenommen werden sollen	„das egal über welche Themen ich spreche die rassistischen Themen nicht unbedingt die sind die die für mich Schamhafteter sind als andere Themen (.) die sind in ihrer Qualität s:ehr ähnlich“ (Anton, P. 99)	6
12.2. Vor der Therapie	Der Umgang der Klient*in mit den RE vor der Therapie wird beschrieben		
12.2.1. Rationalisierung/ Relativierung	Die Rationalisierung bzw. Relativierung werden als Umgangsformen beschrieben und deren Auswirkungen erläutert	„Ja genau, dieser rationalisierende Umgang die Intellektualisierung von Rassismuserfahrungen war mein <u>gewählter</u> Weg davor hat dann wie gesagt nicht mehr funktioniert weil ich emotional an einem Punkt kam wo ich voll war also ich konnte nicht mehr kompensieren“ (Anton, P. 95)	2
12.2.2. Bewusstwerdung	Unterschiedliche Wege der Bewusstwerdung werden als	„[...] um das einordnen zu können und verstehen zu können ich hab mir tausend Bücher gekauft und eh @.@	7

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

	Umgangsform beschrieben und dessen Auswirkung erläutert	mich wie bekloppt darein gelesen und mit allen möglichen Sachen um da da einfach <u>Namen</u> für zu haben für die Phänomene die ich nicht einordnen konnte [...]“ (Taraneh, 64)	
12.3. In der Therapie	Der Umgang der Klient*in mit den RE innerhalb der Therapie wird beschrieben		
12.3.1. Thema als Beziehungstest	Das Einbringen der RE dient als Beziehungstest	„hatte ich schon das Gefühl das ich so immer wieder mal probiert hab‘ (.) diese rassistischen Erfahrungen in dem Raum zu werfen und und habe darauf geachtet wie er darauf reagiert also ich war in einer sehr beobachtenden Rolle weil ich nicht einschätzen konnte ob ich jetzt nicht auch nen Punkt treffe bei meinem Therapeuten an dem er überfordert sein könnte“ (Anton, P. 97)	1
12.3.2. Thematisierung	Die Klient*innen beschreiben die RE im Rahmen der Therapie thematisiert zu haben	„also relativ sporadisch also es kommt halt drauf an o:b g:erade was passiert ist oder ob es <u>mich</u> gerade belastet [...] dann sprechen wir es auf jeden Fall an wir haben haben auch so die Ki- Kindheitstraumata unter Anführungszeichen aufarbeitet auf- aufgearbeitet wo wir eben eben darüber gesprochen haben <u>was</u> : in der Kindheit passiert ist was auch mit Rassismus zusammenhängt [...]“ (Eleonora, P. 66)	10

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

12.3.2. De-Thematisierung	Die RE werden im Rahmen der Therapie von den Klient*innen de-thematisiert. Gründe für die De-Thematisierung werden angeführt	„das wir nicht darüber gesprochen haben liegt ja auch daran das ich mich irgendwie so gefühlt hab das es nicht @angebracht wäre@“ (Oksana P. 194)	8
12.3.2.1. Verschlechterung des Befindens	Es wird eine Verschlechterung des Befindens im Zusammenhang mit der De-Thematisierung der RE erläutert	„ja ich bekam wieder Selbstzweifel dadurch ich habe mir gemacht oh je eh: ich mache irgendetwas falsch (.) ehm ich habe die Fehler bei mir gesucht weil ich mir gedacht habe ja vielleicht habe ich mir das nur eingebildet das sie sich irgendetwas denkt irgendwelche ehm ja Urteile fällt über mich (.) und (.) ja ich hab es dann auch nicht angesprochen und versucht es zu verdrängen quasi“ (Kalidou, P. 116)	3
13. Seitens Therapeut*in	Es wird beschrieben wie die Therapeut*innen mit den RE im Kontext der Psychotherapie umgehen		
13.1. Positiv	Es werden positive Umgangsformen mit RE beschrieben die von Therapeut*innen angeboten beziehungsweise durchgeführt werden		
13.1.1. Selbstreflexion	Die Selbstreflexion der Therapeut*innen wird als positive Umgangsform mit den RE angeführt und erläutert	„natürlich w:ir Relativierens nicht also meinem Therapeut dem ist das ganz wichtig dem Ganzen auch Raum zu geben und er ist auch selbstreflektiert genug <u>Gott sei</u>	3

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

		<u>Dank</u> das er weiß das er mir das nicht absprechen kann [...]“ (Eleonora, P. 70)	
13.1.2. Anerkennung/ Empathie	Anerkennung und Empathie der Therapeut*innen gegenüber der RE werden als positive Umgangsformen angeführt und erläutert	„das sie mir halt zuhört und irgendwie weiß ok wo kann sie das jetzt einordnen und was hat das in meinem Leben beeinflusst beziehungsweise (.) was entsteht daraus? (.) und da habe ich mich einfach voll verstanden gefühlt“ (Flora, P. 174)	8
13.1.3. Kontextualisierung	Die Kontextualisierung der RE durch die Therapeut*innen wird als positive Umgangsform angeführt und erläutert	„[...] auf einer therapeutischen Art und Weise in dem Sinne das ich dann Erklärungsstrategien bekomme (.) <u>warum</u> ich mich gerade so fühle im [...] natürlich w:ir Relativierens nicht also meinem Therapeut dem ist das ganz wichtig dem Ganzen auch Raum zu geben“ (Eleonora, P. 70)	2
13.2. Negativ	Es werden negative Umgangsformen der Therapeut*innen mit RE angeführt und erläutert		
13.2.1. Individualisierung	Die Individualisierung der RE durch die Therapeut*innen wird als negative Umgangsform angeführt und erläutert	„hm ja also ich glaube sie hat das alles immer so auf eine individuelle Ebene (.) geschoben und eh gesagt ich muss jetzt irgendwie mich bemühen [...]“ (Oksana, P. 98)	5
13.2.2. Vorgegebene Selbstreflexion	Vorgegebene Selbstreflexion der Therapeut*innen wird als negative	„[...] <u>der sich auch</u> über Dinge wie Rassismus und so bewusst ist und das auch von <u>vornherein</u> anspricht immer	4

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

	Umgangsform mit den RE angeführt und erläutert	sagt sie können alles sagen: und so weiter aber dann trotzdem so Äußerungen tätig und ich glaube genau damit auch so verunsichernd ist [...]“ (Lara, P. 159)	
13.2.3. Relativierung	Die Relativierung bzw. Bagatellisierung der RE durch die Therapeut*innen wird als negative Umgangsform angeführt und erläutert	„also wenn eh meine ehemaligen Arbeitskolleg*innen einfach <u>Aussagen</u> machten die rassistisch waren oder diskriminierend das ich versuchte diese (.) ah das ich versuchen sollte diese nicht zu ernst zu nehmen“ (Kalidou, P. 80)	5
13.2.4. Negation/ De-Thematisierung	Negation und De-Thematisierung der RE durch die Therapeut*innen werden als negative Umgangsformen angeführt und erläutert	„das ich so froh war das mein Freund das <u>endlich</u> zum ersten Mal so erlebt und auch als solches benennt anstatt es immer zu sagen das bilde ich mir ein das hatten wir in der Vergangenheit sehr sehr oft und dann ehm der Therapeut gesagt aber ja woher wollen sie denn wissen dass sie sie aufgrund der Hautfarbe angeguckt haben“ (Taraneh, P. 64)	8
13.2.5. Reproduzierung	Die Reproduzierung von Rassismen durch die Therapeut*innen wird als negative Umgangsform angeführt und erläutert	„ehm ja letzten Endes (.) hat er im Prinzip all diese Dinge die ich den Bücher über white fragility gelesen habe selber erfüllt in dem Moment“ (Taraneh, P. 64)	5

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

Oberkategorie:

Aspekte einer

erfolgreichen Therapie

Subkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Nennung
14. Bzgl. Beziehung/ Interaktion	Es werden Aspekte einer erfolgreichen Therapie in Bezug auf therapeutische Beziehung bzw. die Interaktion genannt		
14.1. Empathie	Es wird die Wichtigkeit von Empathie hervorgehoben	„Verständnis von der Psychotherapeutin“ (Kalidou, P. 202)	7
14.2. Anerkennung	Anerkennung wird als Aspekt einer erfolgreichen Therapie genannt und beschrieben	„Anerkennung dafür das ich es trotzdem soweit geschafft hab <u>obwohl</u> mir so viele Steine in den Weg gelegt wurde ((weint)) <u>so</u> ich glaube das hätte ich einfach gebraucht [...]“ (Taraneh, P. 158)	2
14.3. Vertrauen	Vertrauen wird als Aspekt einer erfolgreichen Therapie angeführt	„ja das es einfach ein Grundvertrauen eine: ein Grundvertrauen da sein muss“ (Lara, P. 173)	4
14.4. Begegnung auf Augenhöhe	Die Begegnung auf Augenhöhe wird als Aspekt einer erfolgreichen Therapie angeführt und beschrieben	„das man sich wohler fühlt und (.) weniger Abstand das man (nicht) immer von oben schaut“ (Azad, P. 152)	2

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

14.5. Beziehungsarbeit	Die Beziehungsarbeit wird als Aspekt einer erfolgreichen Therapie angeführt und erläutert	„als erstes Mal die Beziehungsarbeit denn das ist das ohne das funktioniert gar nichts [...]“ (Kalidou, P. 204)	3
15. Bzgl. Therapeut*in/ Haltung	Aspekte einer erfolgreichen Therapie in Bezug auf die Haltung der Therapeut*innen bzw. die Therapeut*innenpersönlichkeit werden beschrieben		
15.1. Unvoreingenommenheit	Eine vorurteilsfreie Haltung der Therapeut*innen wird als Aspekt einer erfolgreichen Therapie genannt	„also als erstes Mal keine Vorurteile (.) ehm kein Rassismus“ (Kalidou, P. 202)	6
15.2. Kongruenz	Kongruenz der Therapeut*innen wird als Aspekt einer erfolgreichen Therapie genannt	„das die das ich ne ne <u>lebendige Person</u> vor mir habe? also nicht ne ja nicht nen Roboter der der sich perfekt kontrollieren kann“ (Anton, P. 141)	6
15.4. Kontextualisierung	Die Fähigkeit der Therapeut*innen Symptome in einen breiteren Kontext zu setzen wird als Aspekt einer erfolgreichen Therapie genannt	„[...] alles nur auf so einer individuellen Ebene: zu beziehen ich glaub das ist nicht so richtig das @wahre@ und auch nicht; so hilfreich“ (Oksana, P. 178)	7
15.5. Rassismussensibilität	Eine rassismussensible Haltung der Therapeut*innen wird als Aspekt einer erfolgreichen Therapie genannt	„Rassismussensibilität (.) klar zu erkennen w:as Diskriminierung ist weil ich das Gefühl hab das das nicht alle können [...]“ (Anton, P. 147)	3

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPOC

<p>15.6. Selbsterfahrung mit Rassismus</p>	<p>Selbsterfahrung der Therapeut*innen mit Rassismus bzw. Diskriminierung wird als Aspekt einer erfolgreichen Therapie genannt</p>	<p>„dann dass sie im Besten Fall auch Erfahrungen gemacht hätte im Thema Rassismus (.) also das sie auch BIPOC wäre oder auch so wie ich eben (.) @das wäre@ am allerbesten also Mutter oder Vater Schwarz und andere Elternteil Weiß“ (Kalidou, P. 208)</p>	<p>5</p>
--	--	--	----------

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

Oberkategorie:

*Abeleitete Themen für die
Therapie*

Subkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Nennung
16. Irritation des Selbst- bzw. Weltbildes	In Verbindung mit den RE wird von einer Irritation des Selbst- bzw. Weltbildes gesprochen und die Wichtigkeit dieses Thema in Kontext der Therapie zu besprechen verdeutlicht	„Rassismus hat mir ganz klar das Gefühl gegeben das ich anders bin das ich kein Teil von der Gesellschaft hier bin und das ich es auch nie sein werde denn dieser Rassismus hat sich schon mein ganzes Leben durchgezogen“	9
17. Identität	Das Thema der Identität wird in Verbindung mit den RE genannt und die Wichtigkeit diese therapeutisch aufzuarbeiten betont	„[...] meine Identität weil ich hatte wirklich Jahre lang damit zu kämpfen was ich jetzt eigentlich bin bin ich Schwarz bin ich Weiß bin ich so wie andere Leute mich sehen wie ich bin“ (Kalidou, 162)	9
18. Selbstwert/ Selbstbewusstsein	In Verbindung mit den RE wird der Selbstwert genannt und die Wichtigkeit diese Einflüsse zu explorieren betont	„auf jeden Fall der Selbstwert also du: fragst dich halt ständig gerade auch in dem Alter wie ich de- das erste Mal so mit Rassismus konfrontiert war ehm (.) was ist falsch mit mir warum werde ich gerade ausgegrenzt ehm kann ich was dafür? [...]“ (Eleonora, P. 154)	2
19. Emotion	Es werden unterschiedliche emotionale Reaktionen auf die RE geschildert		

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

19.1. Wut	Wut wird im Kontext der RE genannt und die Wichtigkeit diese therapeutisch aufzuarbeiten betont	„eh eine sehr große Wut also ich bin sehr wütend und ehm: genau das sind glaube ich so die Sachen die man so sagen kann das es mit mir gemacht hat unabhängig“ (Taraneh, P. 172)	6
19.2. Scham	Scham wird im Kontext der RE genannt und die Wichtigkeit diese therapeutisch zu besprechen erläutert	„Ja oder auch irgend-irgendwie diese Scham ¹ in so vielen Situationen nicht das gesagt zu haben was ich jetzt hätte sagen müssen“ (Taraneh, P. 178)	3

Anhang G

Abstracts

Deutsch.

Rassismus bringt ein System sozialer Ungleichheit hervor, das sich auch in der Inanspruchnahme von Psychotherapie widerspiegelt. Es gibt Hinweise darauf, dass die Befürchtung rassistischer Fehlbehandlung durch Therapeut*innen eine geringere Inanspruchnahme von BIPoC und eine mangelnde Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung einen verfrühten Therapieabbruch bedingen. Um die Annahmen näher auf interpersonelle Dynamiken hin zu analysieren, wurden acht qualitative Interviews mit BIPoC-Klient*innen durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Von Interesse waren die therapeutische Beziehung und der Umgang mit den Rassismuserfahrungen. Die Ergebnisse deuten auf unterschiedliche Therapieerfahrungen, mit tragfähigen und weniger tragfähigen Beziehungen, hin. Entlang der Rassismuserfahrungen wurde teilweise von einem Mangel an Empathie, Anerkennung und Unvoreingenommenheit durch *weiße* Therapeut*innen berichtet. Es wurden zahlreiche positive und negative Umgangsformen mit den Rassismuserfahrungen benannt. Literaturkonform wurden die Anerkennung der Erfahrungen, die Selbstreflexion und die Kontextualisierung der Symptomatik durch Therapeut*innen mit positiven Effekten, die Relativierung und Reproduzierung von Rassismus in Verbindung mit negativen Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung gebracht. Praktische Implikationen sowie methodische Limitationen werden diskutiert.

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPOC

English.

Racism creates a system of social inequality that is also reflected in psychotherapy. BIPOC's expectations and experience of racist mis-treatment by white therapists contribute to a lower utilization and early termination of therapy. Moreover, a lack of strength of therapeutic alliance is seen as a key factor to premature termination of therapy. This paper is interested in the quality of therapeutic relationship between white therapists and BIPOCs and how the issue of racism is approached in the context of psychotherapy. Eight BIPOC clients, have been surveyed using semi-structured guided interviews. The interviews were parsed using content analysis. Findings indicate respondents' diverse therapeutic experiences, where therapeutic alliance vary from stable to non-stable. Along the topic of racism, a lack of empathy and of recognition, as well a biased attitudes by white therapists were reported. Numerous positive and negative therapeutic approaches towards the experiences of racism within psychotherapy were named. Consistent with the literature, therapists' acknowledgment of clients' experiences, self-reflection, and contextualization of symptomatology are associated with positive effects on the therapeutic alliance while relativization and reproduction of racism are associated with negative effects. Implications for research and practice as well as limitations of the present research are being discussed.

Qualitative Untersuchung der Therapieerfahrungen von BIPoC

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobe.....	25
----------------------------	----