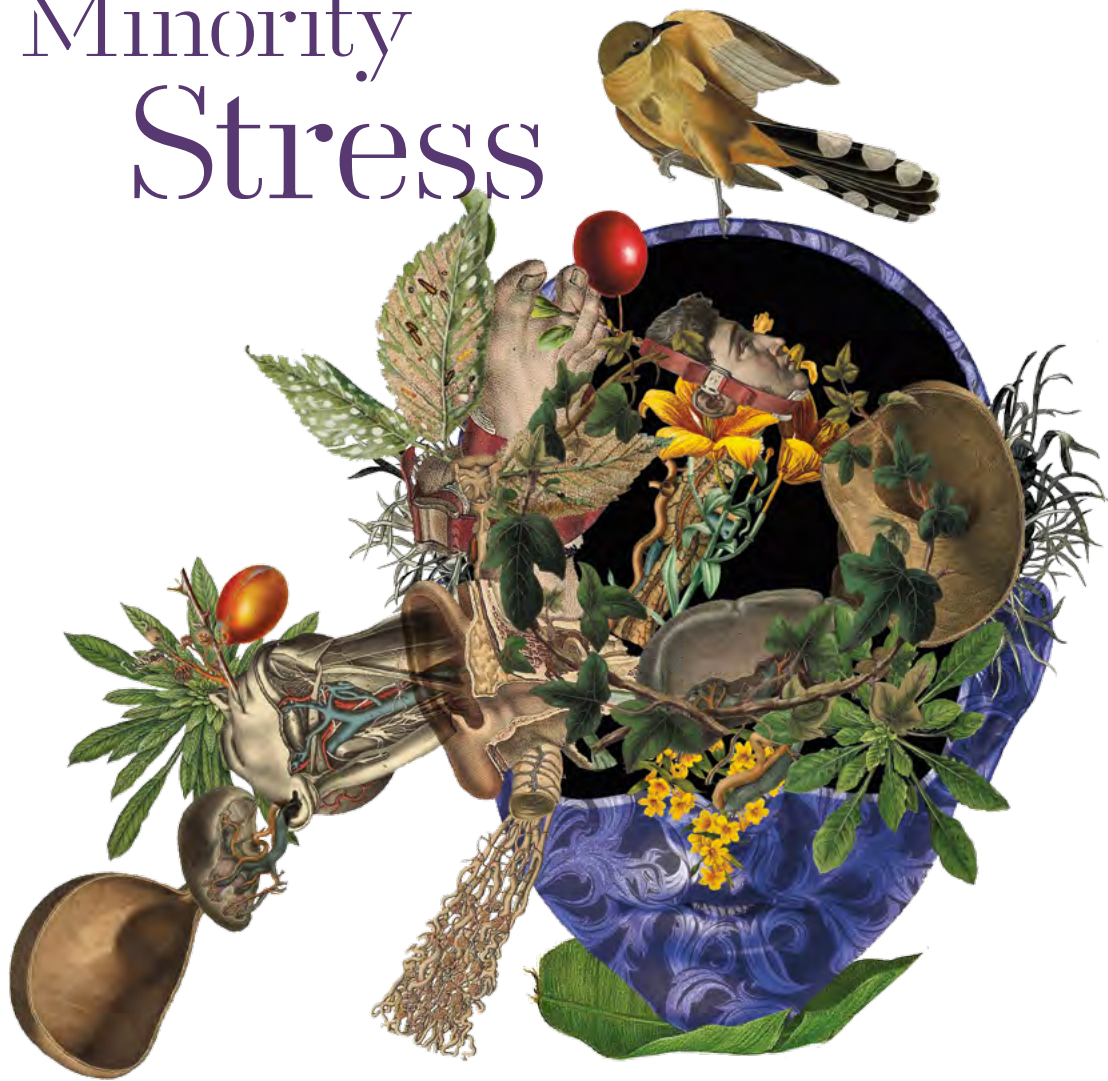


Minority Stress



Psychische Belastungen in Systemen von Dominanz, Ungleichheit und Diskriminierung^[1]

Die Auswirkungen von individueller oder struktureller Diskriminierung auf die Gesundheit sind anhand der Forschung mit LGBTIQ*Personen gut belegt.^[2] Wie das Modell des Minority Stress von Meyer^[3] zeigt, erleben minorisierte Gruppen den Stress nicht nur als vorübergehende, sondern als permanente Belastung, die sich anhaltend negativ auf die psychische Gesundheit auswirken kann.

Zu rassistischer Diskriminierung und ihren Folgen für die psychische Gesundheit wurde im deutschsprachigen Raum bislang noch kaum geforscht. Igel, Brähler und Grande stellen 2010 in einer repräsentativen Haushaltsbefragung von 1.844 Migrant:innen in Deutschland

den negativen Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit fest.^[4] Der Fokus bei deutschsprachigen Untersuchungen liegt jedoch mehr auf den Stressfaktoren infolge von Migrationsprozessen und Erfahrungen kultureller Differenz und weniger auf den Un-

gleichheits- und Diskriminierungserfahrungen. Im Vergleich dazu sind die Ergebnisse der internationalen Forschung in den USA, Großbritannien, Australien, Neuseeland und Südafrika eindeutig. Rassismus stellt einen wesentlichen Bestimmungsfaktor für die psychische Gesundheit

von Minderheitenangehörigen dar. Eine Stichproben-Untersuchung der indigenen Bevölkerung Australiens von Paradies & Cunningham^[5] (2012) „identifizierte mehrere Einflussfaktoren, die die Entwicklung einer Depression in der Zielperson rassistischer Diskriminierung unterstützten: fehlende Kontrolle über das Ereignis, Stress, negative soziale Kontakte, sowie Gefühle von Scham und Ohnmacht. Diese Einflussfaktoren zusammen waren für 66 % der Assoziationen zwischen interpersonellem Rassismus und depressiven Symptomen verantwortlich.“^[6] Weitere Untersuchungen sind von Loo et al.,^[7] Comas-Días & Jacobsen^[8] und Butts^[9] belegt. Die Analyse von Bryant-Davis & Ocampo^[10] (2005a, 2005b) markiert wichtige Parallelen zwischen Rassismus, Vergewaltigung und häuslicher Gewalt.^[11]

Diskriminierung und Trauma

Rassistische Diskriminierung wird oft nicht „als Trauma wahrgenommen und benannt. Diese Absenz der Benennung liegt daran, dass die Geschichte der rassistischen Unterdrückung und ihre psychologische Auswirkung innerhalb des westlichen Diskurses bisher vernachlässigt wurden. Schwarze Menschen und *people of color* sind damit jedoch tagtäglich konfrontiert. Sie müssen nicht nur auf einer individuellen Ebene, sondern auch auf einer historischen und kollektiven Ebene mit den Traumata der Sklaverei und des Kolonialismus sowie dem Gefühl der Scham umgehen.“^[12] Carter entwickelte anhand seiner Untersuchungen zu Rassismusbedingten Belastungen das Modell des *race-based traumatic stress*.^[13] Dabei müssen die belastenden Erfahrungen, z. B. alltägliche rassistische Mikroaggressionen in Form von (non)verbalen Beleidigungen, Kränkungen, Demütigungen etc. als Einzelereignisse nicht traumatisierend wirken. In Summe jedoch können sie zu einer traumatisierenden Gesamtbelastung führen. Khan

spricht in diesem Zusammenhang von einem *kumulativen Trauma*.^[14] Keilson kommt in seinem Konzept der *sequentiellen Traumatisierung* zum Ergebnis, dass mehrfache Erfahrungen von traumatisierenden Ereignissen zu einer Traumaverschärfung und, nach dem Ende der unmittelbaren Belastungssituation, zu anhaltenden Stressreaktionen führen können.^[15] Insbesondere intersektionale Diskriminierung (z. B. Rassismus, Sexismus und Homophobie gegenüber einer lesbischen Frau mit Migrationsbiographie) führen zu einer Vervielfachung des Stresses, da sich im Erleben der Betroffenen die einzelnen Diskriminierungsgründe gegenseitig verstärken.^[16] Als entscheidende Schutz- und Resilienzfaktoren im Kontext von Traumatisierung unterstreicht Gahleitner die Bedeutung von *schützenden Inseleerfahrungen* im Sinne positiver Alternativerfahrungen des Verstehens, der Wertschätzung, Zugehörigkeit und Selbstwirksamkeit für die Betroffenen.^[17]

Othering als Prozesse der Herstellung von Normalität und Dominanz

Im postkolonialen Diskurs bezeichnet *othering*, wie „das im Machtdiskurs ausgeschlossene Andere“ kreiert wird.^[18] Durch die sozialpsychologischen Mechanismen des *othering* – verstanden als *doing otherness* – werden Subjekte als *die Anderen, die Fremden* konstruiert, klassifiziert und sichtbar gemacht, während die eigenen Subjektpositionen unberührt und unmarkiert bleiben.^[19] Ziel ist die Herstellung von Dominanz, indem das eigene soziale Image hervorgehoben und aufgewertet, *den Anderen* jedoch eine inferiore Position zugewiesen wird. *Othering* bildet eine Grundlage für Diskriminierung und stellt widersprüchliche Dynamiken von Identifikation und Internalisierung her, da Positionen für Handlungsfähigkeit oder Widerständigkeit nur innerhalb von Machtbeziehungen markiert werden. „Wo es Macht gibt, gibt es Widerstand.

^[1] Für den vollständigen Text:

Leonore Lerch (2019): Psychotherapie im Kontext von Differenz, (Macht-)Ungleichheit und globaler Verantwortung. Diversity & Intersectionality als hilfreiche Perspektiven für eine gesellschaftskritische Psychotherapie. In: Psychotherapie Forum (2019) 23, Springer Verlag, S. 51–58. | Für die digitale Version: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00729-019-0117-y>

^[2] Vgl. Mahler, L., Mundle, G., & Plöderl, M. (2018). Wirkungen und Nebenwirkungen des Krankheitskonzepts ‚Homosexualität‘. Fortschritte Neurologie, Psychiatrie, 86, 469–476.

^[3] Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. Conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin, 129, 674–697.

^[4] Igel, U., Brähler, E., & Grande, G. (2010). Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. Psychiatrische Praxis, 37(4), 183–190.

^[5] Paradies, Y. C. & Cunningham, J. (2012). The DRUID study: Exploring mediating pathways between racism and depressive symptoms among Indigenous Australians. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47, 165–173.

^[6] Yeboah, A. (2015). Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. Hintergrundpapier zum Parallelbericht an den UN-Antirassismusausschuss zum 19.-22. Bericht der Bundesrepublik Deutschland nach Artikel 9 des Internationalen Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von rassistischer Diskriminierung. Berlin: Forum Menschenrechte e. V. S. 12.

^[7] Loo, C. M., Fairbank, J. A., Scurfield, R. M., Ruch, L. O., King, D. W., Adams, L. J. & Chemtob, C. M. (2001). Measuring exposure to racism: Development and validation of a Race-Related Stressor Scale (RRSS) for Asian American Vietnam veterans. Psychological Assessment, 13, 503.

^[8] Comas-Díaz, L. & Jacobsen, F. M. (2001). Ethnocultural allodynia. The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10, 246.

^[9] Butts, H. F. (2002). The black mask of humanity: Racial/ethnic discrimination and post-traumatic stress disorder. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 30(3), 336–339.

^[10] Bryant-Davis, T. & Ocampo, C. (2005a). Racist incident-based trauma. The Counseling Psychologist, 33, 479–500.

Bryant-Davis, T. & Ocampo, C. (2005b). The Trauma of Racism: Implications for Counseling, Research and Education. The Counseling Psychologist, 33, 574–578.

^[11] Vgl. ebenda.

^[12] Kilomba, G. (2008). Plantation memories. Stories of everyday racism (S. 94–100). Münster: Unrast. S. 133.

^[13] Carter, R. T. (2007). Racism and Psychological and Emotional Injury Recognizing and Assessing Race-Based Traumatic Stress. The Counseling Psychologist, 35, 13–105.

^[14] Khan, M. M. R. (1963). Das kumulative Trauma. In M. M. R. Khan (Hrsg.), Selbsterfahrung in der Therapie (S. 50–70). München: Kindler.

^[15] Keilson, H. (1979). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart: Enke.

^[16] Vgl. Carter 2007.

^[17] Gahleitner, S. B. (2005). Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung. München: Reinhardt. S. 63.

^[18] Spivak, & Chakravorty, G. (1985). The Rani of Sirmur. An Essay in Reading the Archives. History and Theory, 24(3), 247–272. S. 255.

Und doch oder gerade deswegen liegt der Widerstand niemals außerhalb der Macht. [...] Die Widerstände rühren nicht von irgendwelchen ganz anderen Prinzipien her. [...] Sie sind in den Machtbeziehungen die andere Seite, das nicht wegzudenkende Gegenüber.^[20] Die Identifikation mit den hegemonialen Normen – und die Anpassung an sie – gehen zwar einher mit der Erfahrung der Unterwerfung, ermöglichen jedoch eine minorisierte Subjektivität. „Das Subjekt lässt sich durchaus so denken, dass es seine Handlungsfähigkeit von eben der Macht bezieht, gegen die es sich stellt.“^[21] Internalisierungs- und Identifikationsprozesse können als Bewältigungsstrategien verstanden werden, die das Überleben und die Handlungsfähigkeit von Subjekten sichern sollen, jedoch häufig einhergehen mit einem Verlust von Selbstwert, Integrität und Autonomie.^[22] Werden die stereotypen Differenzordnungen durch *die Anderen* nicht bestätigt, reagieren Angehörige der Dominanzgesellschaft nicht selten mit Irritation und *Mikroaggressionen*^[23]: „*Woher kommen Sie? Aus Wien. Nein, ich meinte, woher kommen Sie ursprünglich? Aus Wien. Nein, Sie verstehen nicht. Ich meinte, wo sind Sie geboren? In Wien. Tatsächlich? Aber Sie sehen gar nicht so aus!*“

Gesellschaftskritik und globale Verantwortung der Psychotherapie

Ungleichheits- und Diskriminierungsprozesse sind nicht *außerhalb* des psychotherapeutischen Raumes verortet. Als Psychotherapeut:innen sind wir „selbst Teil der komplexen Beziehungen und Dynamiken von Differenzproduktion und der Herstellung sozialer Ungleichheit“^[24], wir sind Privilegierte und teilweise auch Betroffene von Diskriminierung. Die professionelle Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut:in und Klient:in weist durch den Fokus auf den:die Klient:in eine inhärente Machtasymmetrie auf. Umso mehr

müssen Mechanismen des *othering* bewusst gemacht und reflektiert werden. Psychotherapiekonzepte der Anerkennung von *anderen Kulturen* im erweiterten Sinn – sei es bzgl. Aspekte der Transkulturalität, Geschlechtlichkeit, der sexuellen Identität, der körperlichen oder geistigen Befähigung etc. – setzen das Konstruieren *der Anderen* als *anders* voraus. „Allein die Frage, wer definiert was als ein Problem, ist kulturell determiniert.“^[25] Das Wissen über *Andere* kann diese ebenso stereotypisieren wie das Ausblenden von beispielsweise geschlechtlich oder kulturell bzw. rassistisch konstruierten Differenzen. Es ist also gerade die Anerkennung der Differenz, die die Differenz reproduziert und fortschreibt.^[26] Insofern geht es weniger darum, als Psychotherapeut:in zur Expert:in für möglichst viele *andere Kulturen* zu werden, sondern um „die Bereitschaft, die Illusion der Kompetenz zu verlieren, d. h. sich von einem instrumentellen Zugriff auf das ‚Wissen über Andere‘ zu verabschieden [...]“^[27]

Vor dem Hintergrund globaler Ungleichheits- und Unterdrückungssysteme (Rassismus, Sexismus, Klassismus etc.) erfährt die westliche Psychotherapie selbst eine *Verrückung* bzw. *De-Zentrierung*. Sie ist aufgefordert, ihren Anspruch auf Allgemeingültigkeit in Frage zu stellen und den unsichtbaren Raum, aus dem heraus scheinbar *objektiv* geforscht und „monologisch die anderen konstruiert wurden“, sichtbar zu machen.^[28] Dieser Perspektivenwechsel hin zu einer *globalen Verantwortung* setzt voraus, dass die Psychotherapie Diskurse um Differenz und Intersektionalität aufgreift und die Forschung hinsichtlich *gender, queerness, critical whiteness, postcolonialism, racism* etc. in ihre Theorie und Praxis einbezieht. Auf diese Weise stellt die Psychotherapie ihr Wirken in den Dienst der Selbstermächtigung von Menschen in ihrer vielfältigen Verortung von Ungleichheit und Differenz und öffnet *kaleidoskopische* Räume für neue Beziehungsgestaltungen.



^[19] Vgl. Lerch, L. (2011). Rassismus. Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. In Wiener Landesverband für Psychotherapie (Hrsg.), WLP-News 2/2011 (S. 9-13). Wien: Wiener Landesverband für Psychotherapie.

^[20] Foucault, M. (1983). Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. S. 116 f.

^[21] Butler, J. (2009). Die Macht der Geschlechternormen und die Grenzen des Menschlichen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. S. 22.

^[22] Böhnisch, L. (2016). Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit (Zukunft). Weinheim: Beltz Juventa.

^[23] Vgl. Carter 2007.

^[24] Punz, J. (2015). Perspektiven intersektional orientierter Sozialer Arbeit. Dimensionen des Umgangs mit Differenzkonstruktion und Diskriminierung in der Praxis Sozialer Arbeit. Soziales Kapital – Wissenschaftliches Journal Österreichischer Fachhochschul-Studiengänge Soziale Arbeit, 13, 63-74. S. 66.

^[25] Rommelspacher, B., & Wachendorfer, U. (2008). Interkulturelle Therapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), Handbuch der therapeutischen Beziehung (Bd. 2, S. 1337-1360). Tübingen: dgvt. S. 1337.

^[26] Vgl. Mecheril, P., & Plößer, M. (2018). Diversity und Soziale Arbeit. In H.-U. Otto & al (Hrsg.), Handbuch Soziale Arbeit (6. Aufl. S. 283-292). München: Reinhardt.

^[27] Kalpaka, A., & Mecheril, P. (2010). „Interkulturell“. Von spezifisch kulturalistischen Ansätzen zu allgemein reflexiven Perspektiven. In P. Mecheril, et al. (Hrsg.), Migrationspädagogik (S. 77-98). Weinheim: Beltz. S. 96.

^[28] Rommelspacher, B., & Wachendorfer, U., S. 1343.

Leonore Lerch ist Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis.
www.leonore-lerch.at