

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

Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland

Amma Yeboah

Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland

Mehrere Studien über Menschen mit Migrationshintergrund¹ in Deutschland geben indirekte Hinweise auf eine schlechtere psychische Gesundheit von Menschen, die nach Art. 1 Abs. 1 ICERD² schutzwürdigen Gruppen angehören und rassistische Diskriminierung in Deutschland erfahren. Des Weiteren gibt es Hinweise auf eine gruppenspezifisch inadäquate psychische Versorgung derselben. Gleichzeitig existieren keine Studien, die die Beziehung zwischen Rassismus und psychischer Gesundheit in Deutschland explizit untersuchen. Bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Belastungen, Störungen und Erkrankungen wird Rassismus de-thematisiert, negiert und verleugnet mit verheerenden Konsequenzen insbesondere für die nach ICERD schutzwürdigen Menschen, aber auch für Mehrheitsangehörigen. Insgesamt verursacht die Tabuisierung von Rassismus bei der psychischen Versorgung der Bevölkerung Deutschlands eine Verstärkung der rassistischen Praxis. Im vorliegenden Text werden die Folgen rassistischer Diskriminierung auf die psychische Gesundheit dargestellt und diskutiert. Anschließend werden Empfehlungen für den Deutschen Kontext vorgestellt.

Einleitung

Psychische Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert psychische Gesundheit als „Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und etwas zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann.“³ Nach dieser Definition ist die psychische Gesundheit die wichtigste Voraussetzung für die Verwirklichung der vollen intellektuellen⁴ Fähigkeiten zur Erreichung persönlicher und gesellschaftlicher Ziele. Sie steht somit in einem engen Zusammenhang mit den sozioökonomischen Umständen im Lebensverlauf eines Menschen.⁵ Auf der gesellschaftlichen Ebene trägt die psychische Gesundheit zur sozialen Gerechtigkeit, zur Solidarität, zum Wohlstand und zum Frieden bei. Die Bedeutung der psychischen Gesundheit wird insbesondere bei körperlichen Erkrankungen deutlich. Sie beeinflusst den Krankheitsverlauf und ist ein unabhängiger Bestimmungsfaktor des Heilungserfolgs. Besonders hervorzuheben sind körperliche Erkrankungen (scheinbar) „ohne körperlichen Befund“, deren Ursache nicht selten in der Psyche liegt.

Die psychische Versorgung der Menschen in Deutschland erfolgt ohne Datenerhebung hinsichtlich der Merkmale rassistischer Diskriminierung nach Art. 1 Abs. 1 ICERD. Es ist daher unmöglich, evidenzbasierte Aussagen über die psychische Gesundheit der nach ICERD schutzbedürftigen Menschen in Deutschland zu treffen. In den letzten Jahren erfolgten in der Bundesrepublik zahlreiche Forschungsaktivitäten zu Migration und Gesundheit. Die Studien untersuchen Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Migrant_innen zu den Folgen der Migrationsprozesse und kulturellen Differenzenerfahrungen im Gesundheitswesen. Diskriminierungserfahrungen finden im Allgemeinen kaum Erwägung und sind selten Untersuchungsgegenstand. Die Folgen rassistischer Diskriminierung für die psychische Gesundheit wurden bisher gänzlich vernachlässigt. Dennoch geben diese Studien bei näherer Betrachtung der Merkmale der Migrant*innenstichprobe wichtige Hinweise auf eine deutlich

¹ Definition im Sinne des Statistischen Bundesamts: Zensus 2011: Ausgewählte Ergebnisse, Wiesbaden 2013.

² Internationales Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von rassistischer Diskriminierung (International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination).

³ RC63 Faktenblatt zu psychischer Gesundheit, WHO Regional Office for Europe.

⁴ Hier wird „intellektuell“ im Sinne jeglicher Gehirnaktivität verwendet.

⁵ Ebenda

schlechtere psychische Gesundheit der Menschen, die von rassistischer Diskriminierung betroffen sind.

Die Ausklammerung von Rassismus im Forschungsfeld der psychischen Gesundheit ist insofern erstaunlich und in hohem Maße bedauerlich, da Rassismus ein struktureller Bestandteil der gesellschaftlichen Ordnung der Bundesrepublik ist.⁶ Er gründet sich auf Unterdrückung und ist Teil des kapitalistischen Systems und seinen ökonomischen Interessen. Er ist eng verbunden mit anderen gesellschaftlichen Unterdrückungssystemen wie Klassismus, der auf der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Klasse basiert, und Sexismus, der auf Basis des Geschlechtes stattfindet. Rassismus ist sowohl institutionell, als auch individuell verankert und erscheint in unterschiedlichen Ausdrucksformen. Der wichtigste Nährboden für die Existenz und das Fortbestehen von Rassismus ist das gesamte System rassistischen Denkens, die Ideologie.⁷ Vor diesem Hintergrund ist rassistische Diskriminierung, insbesondere für die betroffenen Bevölkerungsgruppen, aber auch für die gesamte Bevölkerung der Bundesrepublik ein nicht zu unterschätzender Bestimmungsfaktor der psychischen Gesundheit. Denn erst der Rassismus konstruiert sogenannte „Rassen“⁸, die einerseits die individuelle Identität stark beeinflussen, aber auch vor allem die sozioökonomischen Möglichkeiten eines jeden Menschen bestimmen.

Terminologie

Schwarze, PoC, Weiße

Mit den Begriffen Schwarze⁹ und People of Color (PoC)¹⁰ sind Menschen gemeint, die historisch zu den entmächtigten Völkern aus Afrika, Asien, Nord- und Süd-Amerika, Australien und den pazifischen Inseln zugeordnet werden, sowie alle Menschen, die als solche markiert werden und im System Rassismus Diskriminierung erfahren. Weiße sind demgegenüber Menschen, die als europäischen Ursprungs zugeordnet werden. Die rassistische Hierarchisierung der Menschen in Weiße und Schwarze/PoC hat seinen Ursprung in der Eroberung, Versklavung und Kolonisierung weiter Teile des Erdballs durch europäischer Kolonialstaaten und dient der Verteilung von, Zugang zu, sowie Chancen auf soziale und ökonomische Ressourcen, wobei Weiße gegenüber Schwarzen/PoC aufgrund ihrer angeblichen Überlegenheit privilegiert werden. Insbesondere Sprache war ein wichtiges Medium zur Verbreitung, Stärkung und Normalisierung der Unterdrückung und Inwertsetzung der rassistisch Herabgewürdigten „Anderen“ (Arndt, 2004). In diesem Zusammenhang muss hervorgehoben werden, dass Weiße im Alltag keine Markierung erfahren und daher scheinbar keiner „Rasse“ angehören. Weißsein wird durch die Abgrenzung zu den „Anderen“ als Norm konstruiert.¹¹

Kultur

Historisch in der Eroberung und Kolonialisierung durch Europäer verankert, hat Rassismus im Laufe der Menschheitsgeschichte immer neuere Formen angenommen. So findet er Ausdruck im aktuellen deutschen Kontext in der Konstruktion eines „Wir“ im Sinne von „Deutscher Kultur“ (d.h. Weißer Kultur) und „der Anderen“ (d.h. fremder, nicht-Weißer Kulturen). Der Begriff Kultur erfährt eine Bedeutungsverschiebung: was früher mit „Rasse“ gemeint war, wird heute mit „Kultur“ umschrieben.¹² Würden früher „die Anderen“ rassifiziert, also in „Rassen“ eingeteilt, werden sie heute kulturalisiert.¹³ Bei der Kulturalisierung „der Anderen“ werden die angeblichen Eigenschaften von sozialen Gruppen

⁶ Vgl. Parallelbericht an den UN-Antirassismusausschuss zum 16.-18. und zum 19.-22. Bericht der BRD.

⁷ Diese Grundaussagen zu Rassismus basieren auf die Analysen von Davis, 1982, Memmi 1982 und Essed, 1984.

⁸ Hier im Sinne des Deutschen Terminus, der von der Existenz biologischer Rassen ausgeht und deshalb in Anführungszeichen, da aus wissenschaftlicher Perspektive keine biologischen menschlichen Rassen existieren.

⁹ Politische Selbstbezeichnung. Vergleich Parallelbericht an den UN-Antirassismusausschuss.

¹⁰ Nicht zu übersetzen ins Deutsche als „farbige Menschen“, da politische Selbstbezeichnung.

¹¹ Essed, 1991: *Understanding Everyday Racism. An Interdisciplinary Theory*. London: Routledge.

¹² Vgl. die Analyse von Messerschmidt, 2010.

¹³ Vgl. die Analyse von Balibar, 1992 und Hall, 1989.

zunächst definiert und dann als naturgegeben deklariert, um sie in eine scheinbar biologisch fixierte Kultur einzubetten.

Menschen mit Migrationshintergrund

An dieser Stelle soll der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ näher erläutert und kritisch diskutiert werden. Diese Kategorie wurde 2005 neu in das Erhebungsprogramm des Mikrozensus aufgenommen und ersetzt die bisherige Unterscheidung nach Deutschen und Ausländer_innen. Demnach soll in der Bundesrepublik lediglich zwischen Personen mit, und ohne Migrationshintergrund unterschieden werden. Das statistische Bundesamt erfasst neben der Staatsangehörigkeit nur den Migrationshintergrund, was dem Amt zufolge dazu dienen soll, Menschen zu identifizieren, für die ein „Integrationsbedarf“ besteht. Per Definitionem zählen zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund alle, die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, alle in Deutschland geborenen Ausländer_innen und alle in Deutschland mit deutscher Staatsangehörigkeit Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer_in in Deutschland geborenen Elternteil. Der Migrationsstatus einer Person wird somit sowohl aus ihren persönlichen Merkmalen zu Zuzug, Einbürgerung und Staatsangehörigkeit, wie auch aus den entsprechenden Merkmalen der Eltern abgeleitet.¹⁴

Besonders problematisch ist die uneinheitliche Erfassung der hier definierten Gruppe in der Statistik. So wurde eine andere Definition im September 2010 für die Bundesagentur für Arbeit getroffen.¹⁵ Dort liegt dann ein Migrationshintergrund vor, wenn die Person nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder der Geburtsort der Person außerhalb der heutigen Grenzen der Bundesrepublik Deutschland liegt und eine Zuwanderung in das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach 1949 erfolgte, oder der Geburtsort mindestens eines Elternteiles der Person außerhalb der heutigen Grenzen der Bundesrepublik Deutschland liegt, sowie eine Zuwanderung dieses Elternteiles in das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach 1949 erfolgte. Des Weiteren änderte sich die Definition beim Zensus 2011. Es wurde nicht die Zuwanderung nach 1949, sondern nach 1955 abgefragt.¹⁶

Noch problematischer als die ungenaue statistische Erfassung von Menschen mit Migrationshintergrund ist die Verwendung des Begriffs im Alltag. Er wird vielerorts mit dem Begriff „Migrant_in“ ersetzt und sowohl als Synonym für die Begriffe „Ausländer_innen“ und „Zuwanderer_in“, als auch zur Unterscheidung von Deutschen verwendet, was für große Verwirrung sorgt. Folgendes Beispiel beleuchtet die Problematik näher:

Der Mediendienst Integration veröffentlichte eine Liste der Abgeordneten mit Migrationshintergrund im 18. Deutschen Bundestag, die im September 2013 erhoben und im Oktober 2013 aktualisiert wurde.¹⁷ Auffällig auf dieser Liste war beispielweise das Fehlen der Abgeordneten Dr. Ursula von der Leyen, die per Definitionem eine Person mit Migrationshintergrund ist.¹⁸ Im Begleittext hieß es, ein Drittel der Abgeordneten mit Migrationshintergrund habe Wurzeln in Ländern der Europäischen Union. Erstaunlicherweise erfolgte keine Benennung der gemeinten EU-Länder. Auch blieben die Abgeordneten mit EU-Migrationshintergrund namentlich unerwähnt. Stattdessen wurde eine besondere Hervorhebung von „Abgeordneten aus Einwandererfamilien mit türkischen Wurzeln“, sowie von „erstmal zwei afrodeutschen“ vorgenommen.

¹⁴ Statistisches Bundesamt Deutschland: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Erschienen im Mai 2007.

¹⁵ § 6 Satz 2 Verordnung zur Erhebung der Merkmale des Migrationshintergrundes (Migrationshintergrund-Erhebungsverordnung - MighEV) vom 29. September 2010, BGBl. I, Seite 1372-1373.

¹⁶ http://cdn.zensus2011.de/live/fileadmin/material/pdf/fragebogen/Fragebogen_Haushaltebefragung_20101007a.pdf

¹⁷ <http://mediendienst-integration.de/artikel/mehr-abgeordnete-mit-migrationshintergrund.html>

¹⁸ <http://www.ursula-von-der-leyen.de/chronologie.html>

Das Beispiel macht deutlich, wie eine Markierung der Menschen im Alltag erfolgt: Die Abgeordneten Dr. Ursula von der Leyen (im Ausland geboren) und Cem Özdemir (in Deutschland geboren) sind beide per Definitionem Deutsche mit Migrationshintergrund. Während Dr. Ursula von der Leyen durch Nicht-Erwähnung des Migrationshintergrunds lediglich als Deutsche und als dem Gesamtkollektiv zugehörig wahrgenommen wird, erfolgt bei Cem Özdemir eine zweifache Markierung. Zunächst als Mensch mit Migrationshintergrund, und dann als Mensch mit türkischen Wurzeln. Er wird durch diese Praxis zum „Anderen“ und dem Gesamtkollektiv nicht-zugehörig gemacht.¹⁹

Rassismus

Je nach Fachdisziplin existieren zahlreiche Definitionen von Rassismus, die jeweils unterschiedliche Aspekte von Rassismus wiedergeben. Manche Definitionen betonen die Bedeutung der geschichtlichen, systemischen, strukturellen und individuellen Aspekte von Rassismus. So beschreibt beispielweise Lida van den Broek Rassismus als die

Summe aller Verhaltensweisen, Gesetze, Bestimmungen und Anschauungen, die dazu führen, Schwarze Menschen (und PoC) nicht als gleichwertig anzusehen, sondern ihre ethnische Herkunft als minderwertig auszugeben und sie entsprechend zu beurteilen und zu behandeln. Rassismus beruht auf einem Ungleichgewicht der gesellschaftlichen Machtverhältnisse auf ökonomischem, politischem und sozialem Gebiet (Van den Broek & Löffelholz, 1993).

Diese Definition vernachlässigt die Entwicklung und Veränderung von Rassismus im Laufe der Zeit und ermöglicht keine psychische Analyse der involvierten Individuen. Andere Definitionen betonen die individuellen Aspekte von Rassismus wie Glaubensvorstellungen, Wertungen und Bestrebungen Mehrheitsangehöriger gegenüber Minderheitenangehörigen. Nach Albert Memmi ist demnach Rassismus

die verallgemeinerte und verabsolutierte Wertung tatsächlicher oder fiktiver Unterschiede zum Nutzen des Anklägers (Weiße) und zum Schaden seines Opfers (Schwarze und PoC), mit der seine Privilegien oder seine Aggressionen gerechtfertigt werden sollen (Memmi & Rennert, 1992).

Diese Definition betont die psychologische Funktion von Rassismus für den Rassisten und vernachlässigt die institutionelle Verankerung, sowie die Wirkung von Rassismus im gesamtgesellschaftlichen Kontext.

Die Definition von Rassismus nach Philomena Essed ist insofern einzigartig, da sie auf den eigentlichen Erfahrungen von Betroffenen basiert und somit einen Zugang zur Erfahrungswelt und zur möglichen psychischen Auswirkung von Rassismus auf Betroffene ermöglicht. Essed führte den Begriff des *Everyday Racism*, Alltagsrassismus ein (Essed, 1991).

Alltagsrassismus ist ein zusammenhängender Komplex an Unterdrückungspraktiken, die kontinuierlich vorhanden sind und systematisch durch persönliche Begegnungen, sowie stellvertretend durch die Erfahrungen anderer Schwarzen (und PoC), durch die Medien und durch das tägliche Bewusstsein für rassistische Ungerechtigkeit in der Gesellschaft aktiviert werden.²⁰

¹⁹ Vgl. Thomas-Olalde und Velho, 2011: Othering and its effects – Exploring the concept, in: Writing Postcolonial Histories of Intercultural Education, eds. Heike Niedrig / Christian Ydesen.

²⁰ Frei aus dem Englischen übersetzt.

In der Summe der Rassismus-Definitionen aus den unterschiedlichsten Perspektiven lässt sich zusammenfassend feststellen, dass Rassismus zentraler Bestandteil Weißer Geschichte und Kultur ist. Er ist sowohl strukturell, als auch ideologisch in der Gesellschaft verankert und ist auf individueller, institutioneller und kultureller Ebene wirksam. Die Ausdrucksformen und Praktiken von Rassismus haben sich mit der Zeit und Orten verändert und verschoben, und zwar von gesetzlich gestützten, offenen und direkten Gewalttaten der Diskriminierung, Belästigung und Verunglimpfung in der Vergangenheit auf subtile, verdeckte und indirekte Ausdrucksformen der Abneigung und Feindseligkeit in der heutigen Zeit. Vor allem letzteres wird uns bei der Analyse von Rassismus und den Folgen auf die psychische Gesundheit begegnen.

Diskriminierung und Vorurteil

Es existieren viele Diskriminierungsformen, die miteinander interagieren und kaum voneinander losgelöst untersucht werden können. Rassismus ist eine Form von Diskriminierung und gilt als sozialpolitisches Unterdrückungssystem. Nach Iris Marion Young sind die fünf Kennzeichen von Unterdrückung Ausbeutung, Kulturimperialismus, Marginalisierung, Machtlosigkeit und Gewalt (Young, 2011). Es ist wichtig, den Begriff Diskriminierung bei dessen Verwendung zu spezifizieren, beispielweise rassistische Diskriminierung, sexistische Diskriminierung usw., denn nicht jede Diskriminierungsform erfüllt die Kriterien von Unterdrückung. Das Wort Vorurteil wird gerne als Synonym für Diskriminierung verwendet. Ein Vorurteil zu hegen ist jedoch (noch) keine Diskriminierung. So kann das Vorurteil eines Kindes, das besagt, „ich gehe nicht mit fremden Personen“ das Kind beschützen, ohne dass das Kind fremde Personen an sich (negativ) diskriminiert. Diskriminierende Praktiken können auf Vorurteilen basieren, müssen aber nicht zwangsläufig auf dieselben beruhen. Diskriminierung als Vorurteil zu bezeichnen beschreibt folglich einen Teilaspekt der diskriminierenden Praxis und führt häufig zur Verharmlosung derselben.

Rassistische Diskriminierung ist ein System mit vorgegebenen, schematisierten und systematisierten Verhaltensweisen von Weißen gegenüber Schwarzen und PoC, und basiert auf institutionalisierter Macht. Diese Verhaltensweisen können auf Vorurteilen basieren. Schwarze und PoC können Weiße aufgrund von Vorurteilen diskriminieren, jedoch nicht *rassistisch* diskriminieren.²¹

Rassismus und Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund und die (De-)Thematisierung von Rassismus im deutschen Kontext

In der Bundesrepublik existieren keine empirischen Studien zum Thema Rassismus und psychische Gesundheit. Stattdessen wurden in den letzten Jahren zahlreiche, meist quantitative Studien zu Migration und Gesundheit publiziert. Die Studien selbst weisen Einschränkungen bezüglich ihrer Interpretation auf, da die Ergebnisse oft widersprüchlich sind. Denn Menschen mit Migrationshintergrund sind eine äußerst heterogene Bevölkerungsgruppe mit dem einzigen gemeinsamen Merkmal, dass sie oder ihre Eltern irgendwann nach 1949 bzw. 1955 in die Bundesrepublik einreisten. Auf die Pionierarbeit von Grada (Ferreira) Kilomba,²² die eine qualitative Analyse zu den psychischen Auswirkungen von Rassismus auf afro-deutschen Frauen durchführte, wird später näher eingegangen.

Bei der Darstellung und Diskussion folgender Studien muss angenommen werden, dass in der jeweiligen Stichprobe Menschen mituntersucht wurden, die potentiell Ziel rassistischer Diskriminierung sind. Eine Bezifferung deren Anteil ist allerdings leider nicht möglich. Außer bei den spezifischen Gruppen, wie beispielweise Menschen mit türkischem Migrationshintergrund, können keine konkreten

²¹ Vgl. die Analyse von Essed, 1991 und Van den Broek, 1993.

²² Professorin Kilomba hat zunächst unter den Namen Ferreira publiziert.

Aussagen zur psychischen Gesundheit für nach ICERD schutzbedürftige Menschen getroffen werden. Dennoch sind diese Studien wichtig, da sie erste Hinweise auf eine schlechtere psychische Gesundheit, sowie schlechtere psychische Versorgung von Zielgruppen rassistischer Diskriminierung liefern.

Die wahrscheinlich interessanteste Studie in den letzten Jahren mit Hinweisen auf Rassismus und schlechtere psychische Gesundheit von Betroffenen war die Analyse von Igel und Kolleg_innen (2010) zum Zusammenhang von Diskriminierungserfahrungen und subjektiver Gesundheit von Migrant_innen.²³ Die Stichprobe bestand aus 1844 Migrant_innen aus dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP), die zu Diskriminierungserfahrung, Gesundheit und sozioökonomischen Merkmalen befragt wurden. Personen mit Diskriminierungserfahrungen berichteten von einer signifikant schlechteren Gesundheit. Wahrgenommene Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit²⁴ stellten sich außerdem als unabhängige Prädiktoren für subjektive Gesundheit dar. Personen, die sich aufgrund ihrer Herkunft diskriminiert fühlten, beurteilten ihre psychische (und körperliche) Gesundheit schlechter als diejenigen, die sich noch nie diskriminiert fühlten. Die Migrant_innen mit türkischer und außer-europäischer Herkunft, in der Studie unter „sonstiger Herkunft“ (aus Asien, Afrika, Amerika und Australien) gaben die häufigsten Diskriminierungserfahrungen an. Die Gruppe der Migrant_innen mit „sonstiger Herkunft“ wurde nicht näher spezifiziert und dürfte zum größten Teil aus Schwarzen und PoC bestehen. Inwieweit die psychische Gesundheit beeinträchtigt war, wurde ebenfalls nicht spezifiziert. Des Weiteren unterschieden die Autor_innen keine spezifischen Diskriminierungsformen, außer der sogenannten Fremdenfeindlichkeit. Trotz mehrerer Schwächen dieser Studie vermittelt sie eine Ahnung von möglicher erhöhter psychischer Belastung bei Menschen, die unter den untersuchten Migrant_innen eher mit Diskriminierung, vor allem rassistischer Natur, konfrontiert werden.

Die von der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz koordinierte Befragung in 12 stationären Einrichtungen wurde am 21. Januar 2004 während der Stichtagserhebung durchgeführt mit dem Ziel, Daten zur Inanspruchnahme der stationären Behandlung in den Bereichen der Psychiatrie und Psychotherapie durch Menschen mit Migrationshintergrund zu erheben. Der höchste Anteil von Patient_innen mit Migrationshintergrund fand sich in den forensischen Abteilungen²⁵ mit 27,2%. Der zweitgrößte Anteil wurde in der Abteilung für Suchterkrankungen mit 21,8% registriert, wobei ihr Anteil in der Suchtrehabilitationseinrichtung nur bei 11,4% lag. Die geringste Inanspruchnahme war die Psychosomatik/Psychotherapie mit lediglich 4,5%. Bezüglich der Diagnosehäufigkeit in der Gesamtgruppe fiel besonders auf, dass mehr als ein Drittel der Patient_innen mit Migrationshintergrund (36,1%) eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis hatte²⁶. Die beteiligten Einrichtungen gaben mittels einer Selbsteinstufung an, dass in der Summe bei mehr als 45% der Patient_innen mit Migrationshintergrund sprachliche oder kulturelle Kommunikationsprobleme oder beides diagnostische und therapeutische Prozeduren belasteten oder erschwerten. Bei der weiteren Datenanalyse wurden folgende Befunde zusammengefasst: Migrant_innen werden seltener tagesklinisch behandelt als zu erwarten wäre, werden häufiger als zu erwarten langfristig, d. h. als Schwer- und Mehrfacherkrankte behandelt, befinden sich häufiger als Nichtmigrant_innen in Intensivbehandlung und seltener als erwartet in Psychotherapie. Bei der rehabilitativen Behandlung gab es keinen Unterschied zwischen Migrant_innen und Nichtmigrant_innen (Koch *et al.*, 2008).

Obwohl sich die obengenannte Pilotuntersuchung auf Patient_innen aus Kliniken konzentrierte, in denen ein besonderes Interesse an der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund besteht, und sprachliche oder kulturelle Kommunikationsprobleme die Arbeitsprozeduren erschwerten, wurden

²³ Die Autor_innen benutzten wahrscheinlich den Begriff synonym für Menschen mit Migrationshintergrund.

²⁴ Der deutsche Begriff „Fremdenfeindlichkeit“ wird häufig an der Stelle von Rassismus verwendet.

²⁵ Die Forensische Psychiatrie befasst sich mit der Behandlung, der Begutachtung und der Unterbringung von psychisch kranken Straftätern und –täterinnen.

²⁶ Eine Gruppe von schweren psychischen Krankheitsbildern, denen bestimmte Störungen im Bereich von Wahrnehmung, Denken, Ich-funktionen, Antrieb, Gefühlserleben und Bewegungsabläufen zugrunde liegen.

nach Angaben des Behandlungsteams Dolmetscherdienste selten in Anspruch genommen. Da die meisten gestellten Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis waren, ist diese Information besonders besorgniserregend, denn wie sicher sind die gestellten Diagnosen, wenn Sprachverständnisschwierigkeiten und kulturelle Kommunikationsprobleme vorliegen?²⁷ Gerade die psychiatrische Diagnosestellung ist auf Verständigung zwischen Behandlungsteam und Patient_in, und vor allem auf Sprache angewiesen. Wie verständigen sich Patient_innen und Behandler_innen ohne Dolmetscherdienst? Der Umstand, dass der höchste Anteil von Patient_innen mit Migrationshintergrund in den forensischen Abteilungen vorzufinden war, wirft in diesem Zusammenhang viele kritische Fragen auf. Auch der niedrige Anteil in der Suchtrehabilitation bei hohem Anteil in den Suchtabteilungen ist ein Hinweis auf Unterversorgung. Des Weiteren ist die niedrige Rate an Psychotherapie bei Patient_innen mit Migrationshintergrund sehr auffällig und bedarf einer kritischen Überprüfung der Ursache.

In einer Studie zum Suizidverhalten bei Migrant_innen bei psychiatrischen Akutaufnahmen wurde der Zusammenhang zwischen nationaler Zugehörigkeit und Suizidversuchen, Suizidäußerungen sowie Selbstverletzungen zum Aufnahmezeitpunkt untersucht (Grube, 2004).

Die Ergebnisse zeigten, dass sich Suizidversuche in 15,3% bei Migrant_innen (111 von 494 Patient_innen) und in 8,9% bei deutschen Patient_innen fanden. Dieser signifikante Unterschied variierte positiv mit „weiblichem Geschlecht“ und „Alter unter 45 Jahren“. In der Gruppe der Migrant_innen waren Suizidversuche überzufällig häufig mit „transkulturellen Konfliktsituationen“ verknüpft. Bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund berichten mehrere Autor_innen in unterschiedlichen Studien, dass in Deutschland lebende junge Frauen mit türkischem Migrationshintergrund eine wesentlich höhere Suizidrate aufweisen als gleichaltrige deutsche Frauen ohne Migrationshintergrund (Löhr *et al.*, 2006; Montesinos *et al.*, 2010). Suizidverhalten kann als Indiz für psychische Krisen und fehlende Bewältigungsmöglichkeit derselben gedeutet werden. Da es sich in diesen Studien um spezifische Bevölkerungsgruppen handelt, sind qualitative Studien zur Ursachenklärung von besonderer Wichtigkeit.

In einer Vergleichsstudie der 4-Wochen-, 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz von psychischen Störungen bei Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit mit einem ausländischen Geburtsort und Deutschen (ohne Migrationshintergrund) wurde gezeigt, dass Erstere signifikant höhere Prävalenzraten psychischer Störungen insgesamt, sowie insbesondere affektiver²⁸ und somatoformer²⁹ Störungen aufweisen (Bermejo *et al.*, 2010). Die Unterschiede waren am deutlichsten bezüglich affektiven Störungen (mit einer 4-Wochen-Prävalenz von 11.7 versus 5.8%, einer 12-Monats-Prävalenz von 17.9 versus 11.3% und einer Lebenszeitprävalenz von 24.9 versus 18.2%) und somatoformen Störungen (mit einer 4-Wochen-Prävalenz von 15.5 versus 6.9%, einer 12-Monats-Prävalenz von 19.9 versus 10.3% und einer Lebenszeitprävalenz von 24.1 versus 15.4%). Nach dieser Studie besteht bei Migrant_innen (im engeren Sinne) unabhängig von Diagnose eine höhere Prävalenz an psychischen Erkrankungen.

Die Untersuchung von Glaesmer und Kolleg_innen konnte in einer repräsentativen Stichprobe mit 2510 Befragten keinen Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und psychischen Beschwerden aufzeigen (Glaesmer *et al.*, 2009). Dieser Widerspruch könnte daran liegen, dass die Stichprobe von Glaesmer und Kolleg_innen mit einem Migrantanteil von 11,1% überwiegend europäischer Herkunft einen zu geringen Anteil an nach ICERD schutzbedürftigen Menschen einschloss. Auf der anderen Seite könnte diese Untersuchung einen Schlüssel zur Interpretation weiterer Studien liefern, denn es ist wahrscheinlich, dass die Migration an sich eher eine untergeordnete Rolle für die psychische Gesundheit bei Migrant_innen spielt.

²⁷ Die Diagnose stützt sich einzig und allein auf die Erzählung der betroffenen Person und die Beobachtung des Behandlungsteams.

²⁸ Psychische Störungen, die die Stimmungslage betreffen.

²⁹ Körperliche Beschwerden, denen (noch) keine Organe zugeordnet werden können.

Es ist bekannt, dass die psychosomatische Rehabilitation von Migrant_innen in vielen Fällen nicht erfolgreich verläuft. Zum Zeitpunkt der Aufnahme in eine psychosomatische Rehabilitationsklinik haben Migrant_innen bereits ein fortgeschrittenes Krankheitsstadium. In einer Studie wurde gezeigt, dass der Einfluss des Migrationshintergrundes eine nachgeordnete Bedeutung für den Behandlungserfolg hatte (Kobelt *et al.*, 2010). Anhand einer Stichprobe von 521 Patient_innen einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung in Bezug auf Ausgangsbedingungen, sowie Behandlungserwartungen und -erfolg bei Patient_innen mit türkischem Migrationshintergrund und Deutschen ohne Migrationshintergrund wurde gezeigt, dass gravierende Unterschiede zwischen beiden Gruppen vorliegen. Bei den Patient_innen mit türkischem Migrationshintergrund herrschten deutlich schlechtere Ausgangsbedingungen bei längerer Arbeitsunfähigkeit, passiverer Behandlungserwartung und höherer Rentenorientierung. Auch wiesen sie mehr psychische und somatische Störungen auf und es zeigten sich deutlich schlechtere Behandlungsergebnisse (Göbber *et al.*, 2010).

In der Literatur finden sich weitere Studien, die überwiegend zu ähnlichen Ergebnissen kommen, wobei die meist untersuchte, spezifische Gruppe die Patient_innen mit türkischem Migrationshintergrund darstellen. Viele dieser Studien beinhalten Erklärungsmodelle für die schlechtere psychische Versorgung von Migrant_innen und theoretisieren über ein „migrationsspezifisches Stress-Syndrom“. Migration wird häufig pathologisiert und als Ursache für den schlechten Gesundheitszustand der Migrantenpopulation dargestellt. Andere Studien konzentrieren sich auf festgemachte Unterschiede zwischen „Deutschen und Migrant_innen“, und zwar sowohl auf reelle, als auch auf konstruierte Unterschiede, in jedem Fall unüberwindbare Unterschiede, die als „Kultur“ dargestellt werden. Vor allem Frauen mit türkischem Migrationshintergrund werden vor diesem Hintergrund untersucht. Dagegen werden psychische Erkrankungen durch psychosoziale Belastungen infolge der Trennung von der Familie oder politischer Verfolgung im Herkunftsland, der Einfluss von (ausländer)rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland und Diskriminierungserfahrungen als gesundheitliche Risikofaktoren kaum thematisiert (Razum *et al.*, 2008; Velho, 2011).

Rassismus und die psychischen Folgen für Schwarze und PoC

Rassismus und Trauma

Der Begriff Trauma stammt aus dem Griechischen und bedeutet Verletzung. In der Psychologie findet der Trauma-Begriff zur Beschreibung von Gewalterfahrungen Verwendung. Die aktuelle Definition eines psychischen Traumas beinhaltet die Erfüllung von zwei Kriterien: Die betroffene Person erlebt oder beobachtet ein Ereignis, das mit einer ernsthaften Bedrohung der körperlichen oder psychischen Integrität der eigenen oder einer anderen Person einhergeht, und die Reaktion der betroffenen Person beinhaltet intensive Furcht, Hilflosigkeit, Grauen, aufgelöstes oder agitiertes Verhalten (Saß *et al.*, 2003). Nach Lenore C. Terr sind Typ-I-Traumata einmalige, unvorhersehbare Ereignisse wie beispielweise ein Brand oder ein Verkehrsunfall zu unterscheiden von Typ-II-Traumata, die wiederholt auftreten und teilweise vorhersehbar sind, wie beispielweise familiäre Gewalt oder chronische sexuelle Ausbeutung (Terr, 2003). Trauma-Symptome haben nachweisbare neurobiologische Effekte.³⁰

Mit offenen und verdeckten rassistischen Praktiken werden Schwarze und PoC von Weißen explizit oder implizit aufgefordert, sich aus der sozialen Gemeinschaft zu entfernen. Rassistisches Verhalten von Weißen gegenüber Schwarzen und PoC reicht von subtilen Formen der Ausgrenzung beispielweise mit Fragen wie: „Nein, aber wo kommst du wirklich her?“ über aggressive Formen der Diskriminierung wie beispielweise: „Wir vermieten nicht an Schwarzen!“ bis Mord und Totschlag. Die Botschaft lautet in jedem Fall: Du gehörst nicht in diesen sozialen Resonanzraum. Du bist (sozial) tot. Diese Botschaft ist ein Akt der Gewalt. Jede Erfahrung, aus der menschlichen Gemeinschaft

³⁰ Körpereigener Alarmbotenstoffe werden vermehrt ausgeschüttet, z. B. Cortisol und Glutamat.

ausgestoßen zu werden, also jede rassistische Erfahrung, kann traumatisch wirken. Die Erfahrung der Ausgrenzung bewirkt auf der körperlichen Ebene, d.h. in den Körperorganen, dass bestimmte Gene aktiviert und/oder abgeschaltet werden, so dass Zellen zugrunde gehen. Systematischer sozialer Ausschluss von Schwarzen und PoC bedeutet, dass chronische biologische Selbstzerstörungsprogramme in den Körperorganen von Schwarzen und PoC aktiviert werden.

Die tagtäglichen, wiederkehrenden Konfrontationen mit Alltagsrassismus werden in der Rassismus-Forschung *racial microaggressions* genannt (Pierce, 1974). Diese subtile Ausdrucksform von Rassismus im Sinne von verbalen oder non-verbalen Beleidigungen, Kränkungen und Demütigungen, die Weiße bewusst oder unbewusst durch ihr rassistisches, stereotypes Verhalten gegenüber Schwarzen und PoC zeigen, korrelieren mit Typ-II-Traumata nach Terr. Weiße üben demnach täglich eine chronische, traumatisierende Gewalt an Schwarze und PoC aus. Denn der absichtsvolle oder unabsichtliche, andauernde Entzug der spiegelnden Wahrnehmung und der systematische Ausschluss von Schwarzen und PoC durch Weiße aus dem Raum der sozialen Zugehörigkeit in der Bundesrepublik sind Akte der Gewalt, und vor dem Hintergrund der neurobiologischen Reaktionen in den betroffenen Personen sind dies ebenfalls Akte der biologischen Vernichtung.³¹ Durch die Gewaltakte werden Selbstzerstörungsprogramme in den Betroffenen aktiviert. Suizid, Selbstverletzungen und Substanzmissbrauch können die Folge sein.

Der Arzt und Shoa-Überlebender Hans Keilson führte den Begriff der sequentiellen Traumatisierung nach seiner Langzeitstudie³² über die Entwicklung von jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden ein (Keilson, 1991). Er beschrieb drei Phasen, die das Trauma der Kinder ausmachten. Erstens die feindliche Besetzung der Niederlande und den Beginn des Terrors, zweitens die Phase der direkten Verfolgung mit Deportation der Eltern und Kinder, Trennung von Eltern und Kindern und Konzentrationslager, und drittens die Phase nach dem Krieg, die von der kontroversen Entscheidung geprägt war, ob die Kinder in den holländischen Familien bleiben oder in eine jüdische Umgebung kommen sollten. Seine Analyse ist von äußerster Wichtigkeit für das Verständnis von Trauma: Trauma wird als Prozess beschrieben, bei dem die Abfolge bestimmter Ereignisse von großer Bedeutung ist. So konnte Keilson nachweisen, dass nicht nur der Schweregrad der ersten beiden Phasen für die Kinder traumatisierend war. Für die langfristige psychische Gesundheit war insbesondere die dritte Phase entscheidend.

Keilsons Kontextualisierung von Trauma ist für Schwarze und PoC afrikanischer Herkunft in Deutschland von großer Relevanz. Sie müssen mit dem kollektiven Gedächtnis der Vernichtungspolitik des deutschen Kolonialismus und dessen Verdrängung und Verneinung durch den Weißen Mehrheitskollektiv bei gleichzeitiger Verherrlichung desselben, beispielweise durch die Straßenbenennung nach Kolonialverbrechern leben. Für Schwarze und PoC afrikanischer Herkunft ist dieser Umstand eine Fortdauernde, traumatisierende Erinnerung an die Kolonialzeit. Denn das Schweigen über die Kolonialzeit durch den Weißen Kollektiv verleugnet diese historische Tatsache und negiert gleichzeitig die kollektive Erfahrung der Traumatisierung von Schwarzen und PoC afrikanischer Herkunft durch den Weißen Terror.

Die erlebte Realität von Rassismus, die subjektiven Begegnungen, Erfahrungen, Kämpfe, Wissen, Verständnis und Gefühle von Schwarzen und PoC in Bezug auf Rassismus, sowie die psychischen Narben von Rassismus sind in der Welt der Wissenschaft, insbesondere in der Psychologie und Psychiatrie weitgehend vernachlässigt worden.³³ Nach Grada (Ferreira) Kilomba wird

„Rassismus selten als Trauma wahrgenommen und benannt. Die Absenz der Benennung von Rassismus als Trauma liegt daran, dass die Geschichte der rassistischen Unterdrückung und

³¹ Vgl. Bauer, J. (2006). *Warum ich fühle, was du fühlst: intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*: Hoffmann und Campe. Seite 109-116

³² Er begleitete die jüdischen Kriegswaisen über einen Zeitraum von mehr als 25 Jahre.

³³ Vgl. Analyse von Essed, 1990 und 1991.

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“ (Kilomba Ferreira, 2004).

In ihrer qualitativen Analyse zu Alltagsrassismus in der deutschsprachigen Diaspora beschrieb Kilomba die Lebensrealitäten Schwarzer Frauen in Deutschland aus psychoanalytischer und postkolonialer Perspektive (Kilomba, 2008). Sie beschreibt die traumatisierende Erfahrung von Schwarzen Frauen, die wiederholt rassistische Beschimpfungen von bekannten und unbekanntem Weißen ausgesetzt sind. Kilomba führt aus, dass

„in der Psychoanalyse ein Trauma durch seine Intensität, die es unmöglich macht, adäquat zu reagieren, definiert wird. Es beinhaltet die Idee eines gewalttätigen Schocks, der plötzlich die Beziehung mit anderen und mit der Gesellschaft auseinander reißt. Ebenso ist es die Idee einer unbeschreiblichen Wunde, auf die man/frau keine Worte und Symbole zum Reagieren hat. Es hinterlässt psychologische Narben in Form von Ängsten, Albträumen und 'Flashbacks' oder hat zusätzliche körperliche Auswirkungen.“

Besonders hervorzuheben in ihrem Werk ist die Schmerzerfahrung, die für die Betroffene unbeschreiblich bleibt und sich im Rahmen einer rassistischen Situation körperlich äußert. Eine Schwarze Frau berichtet:

„Und dann... dann... ich erinnere mich, dass ich es das erste Mal fühlte... diese Art von physischem Schmerz, weil jemand dieses rassistische Wort zu mir sagte. Es gibt diesen Schmerz in den Fingern, es gibt etwas... Ich hatte das noch nie in meinem Körper gefühlt.“³⁴

Nach Kilomba ist der Schmerz, der hier beschrieben wird, eine Enthüllung der innerlichen Verwundung durch Rassismus auf der Körperoberfläche, eine Veräußerung der Verwundung durch Rassismus. Das Transferieren der psychischen Erfahrung von Rassismus auf den Körper vermittelt uns die Idee, dass es keine Worte gibt, einen solchen Schmerz zu beschreiben – die betroffene Person ist einfach sprachlos. Die Sprache von Traumata ist also visuell, graphisch und physisch. Sie artikuliert den unmittelbaren Effekt von Schmerz.³⁵

Die Assoziation zwischen Rassismus und Trauma wurde in zahlreichen internationalen Forschungsarbeiten dokumentiert, analysiert und diskutiert mit logischen Implikationen, sowie expliziten Empfehlungen für die psychische Versorgung von Schwarzen und PoC (Bryant-Davis & Ocampo, 2005a; Bryant-Davis & Ocampo, 2005b; Bryant-Davis, 2007; Butts, 2002; Comas-Díaz & Jacobsen, 2001; Loo *et al.*, 2001). Die Analyse von Bryant-Davis und Ocampo (2005) markierte wichtige Parallelen zwischen Rassismus, Vergewaltigung und häuslicher Gewalt, denn alle drei Unterdrückungsformen basieren auf Macht oder dem Bedürfnis, Macht über andere Personen auszuüben. Unabhängig von der Ausdrucksform ist rassistische Diskriminierung eine Form psychischen Missbrauchs und kann daher traumatisch sein, so die Forscherinnen.

Rassismus und Stress

Die Stressforschung nimmt eine zentrale Rolle im Verständnis von psychischen Reaktionen auf rassistische Diskriminierung ein, obwohl dieselbe (aus Weißer Perspektive) die Auswirkungen von Rassismus-bedingtem Stress typischerweise weitgehend ignoriert hat. Nach Taylor und Kolleg_innen (1997) wird Stress definiert als eine psychische, physische und verhaltensbezogene Antwort auf ein

³⁴Kilomba, G. (2008). *Plantation memories: episodes of everyday racism*. Unrast. Seite 97.

³⁵ Ebenda.

Ereignis, das entweder als positiv oder negativ beurteilt wird. Nach der primären Antwort, die eine Beurteilung und Bewertung des Ereignisses einschließt, folgt eine sekundäre Reaktion, die auf Bewältigung und Anpassung fokussiert. Wenn die Anpassung misslingt, intensiviert sich das Stress-Erlebnis. Ein Schaden entsteht, wenn die Stressreaktion lange anhält und/oder der Stress eine Traumatisierung bewirkt (Taylor *et al.*, 1997). Stress-Intensivierung entsteht vor allem dann, wenn ein Ereignis mehrdeutig, negativ, unvorhersehbar und unkontrollierbar ist. Stressreaktionen werden unabhängig von der Objektivität des Ereignisses aktiviert. Nach Taylors ausführlicher Übersichtsarbeit hat alltäglicher Stress dann eine negative Konsequenz für die psychische und physische Gesundheit, wenn sich zahlreiche kleine Ereignisse addieren und die betroffene Person vulnerabel für Erkrankungen macht.

Studien haben nachgewiesen, dass wiederkehrende Konfrontationen mit *racial microaggressions* Stressreaktionen aktivieren und die Entstehung von Depression, Angststörungen und physische Desintegration bei Schwarzen und PoC begünstigen (Carter, 2007; Taylor & Turner, 2002). Die meisten Studien zur Auswirkung von Rassismus auf die psychische Gesundheit wurden in den USA und im Vereinigten Königreich durchgeführt. Mittlerweile existieren auch Studien aus Australien, Neuseeland und Südafrika.³⁶ Im Folgenden werden Ergebnisse von Beispiel-Studien präsentiert:

In einer Studie zu belastenden Lebensereignissen und psychischer Gesundheit bei Schwarzen Frauen in Südafrika wurde gezeigt, dass 1.) alltägliche Stressereignisse zur psychischen Belastung der Frauen führt, und 2.) diese Korrelation nur bei Interaktionen mit staatlichen Institutionen bestand. Die soziopolitischen Bedingungen hatten einen hochsignifikant stärkeren negativen Effekt auf die psychische Gesundheit, als die persönlichen Lebenskrisen (Spangenberg & Pieterse, 1995).

Eine Stichproben-Untersuchung der indigenen Bevölkerung Australiens in der Darwin-Region ergab, dass interpersoneller Rassismus hoch signifikant mit der Entwicklung einer Depression (nach Anpassung sozio-ökonomischer Faktoren) assoziiert war (Paradies & Cunningham, 2012). Dieselbe Studie 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.

In einer Querschnittsstudie zur Wirkung rassistischer Diskriminierung auf die Bevölkerung Neuseelands zeigten Harris und Kolleg_innen, dass sowohl interpersoneller, als auch institutioneller Rassismus Gesundheitsschäden bei den Māori verursachen (im Gegensatz zu den Menschen europäischer Abstammung), die wiederum für ungleiche Gesundheitsvorsorge zum Nachteil der Māori sorgen (Harris *et al.*, 2006).

In einer Fallstudie der Afro-Karibischen Gemeinschaft einer Stadt im südlichen England über die ungleiche psychische Versorgung der Bevölkerung berichteten die Befragten, dass ihre Erfahrungen und Erwartungen von rassistischer Fehlbehandlung durch die psychosozialen Dienste die Schlüsselfaktoren sind, die sie von einer frühzeitigen ärztlichen Vorstellung bei psychischen Beschwerden abschrecken (McClean *et al.*, 2003).

In einer national repräsentativen Stichprobe wurden 5196 Personen karibischer, afrikanischer und asiatischer Herkunft über rassistische Diskriminierung im Vorjahr befragt. Diejenigen, die rassistische Beschimpfungen erlebt hatten, hatten ein dreifach höheres Risiko, an einer Depression oder Psychose zu erkranken. Diejenigen, die einen rassistischen Angriff erlebt hatten, hatten fast ein dreifach höheres Risiko für Depressionen und ein fünfmal höheres Risiko für eine Psychose.

³⁶ Vgl. Publikationen auf Pubmed: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed und Google Scholar: scholar.google.de

Diejenigen, die ihre Arbeitgeber_innen als rassistisch bezeichneten, hatten ein 1,6 mal höheres Risiko, an einer Psychose zu erkranken (Karlsen & Nazroo, 2002).

Wie die obengenannten Beispiel-Studien zeigen, bestehen in der internationalen Forschungslandschaft große Bemühungen, die Folgen rassistischer Diskriminierung auf die psychische Gesundheit von Zielpersonen zu entschlüsseln. Allerdings sind die bisherigen Ergebnisse unbefriedigend. Zwar belegen die zahlreichen Studien zusammenfassend negative Konsequenzen von rassistischer Diskriminierung für die psychische Gesundheit Schwarzer und PoC, die genauen Mechanismen der Interaktionen mit individuellen Personeneigenschaften sind unbekannt. Es ist bekannt, dass nicht alle Menschen, die von Rassismus betroffen sind, psychische Störungen erleiden. Historisch gesehen haben Schwarze und PoC trotz jahrhundertelanger Unterdrückung in Form von Kolonialismus und Sklaverei positiven Widerstand geleistet und kämpfen heute noch gegen Rassismus und andere Formen der sozialen Unterdrückung. Entgegen dem Zweck rassistischer Unterdrückung schaffen Schwarze und PoC, ihre Lebensziele weitgehend zu verfolgen und erreichen teilweise hohes soziales und politisches Ansehen. In diesem Zusammenhang erscheint die Erforschung von Faktoren, die die Widerstandsfähigkeit der Zielpersonen rassistischer Diskriminierung erhöhen von großer Bedeutung.

Intersektionalität: Schwarze und PoC mit Multiplen Unterdrückungserfahrungen

Die Forschung über Rassismus bedingte Traumata betont die Bedeutung der Analyse von individuellen Realitäten im Kontext multipler gesellschaftlicher Unterdrückungsformen. Insbesondere Menschen am Rand der Gesellschaft erfahren mehrere Diskriminierungsformen mit multiplikativen Effekten (Carter, 2007; Suyemoto & Kim, 2005). Gesellschaftlich induzierte Traumata basieren nicht nur auf Rassismus, sondern auch auf Klassenherrschaft, Sexismus, Heterosexismus, religiöser Intoleranz u. a. Die Analyse der jeweiligen Unterdrückungsform ist wichtig für das Verständnis, allerdings sind Menschen häufig von mehreren Traumata betroffen aufgrund mehrerer gesellschaftlicher Markierungen. Als Beispiel soll die Situation von Frauen, die wegen Gewalterfahrung in der Partnerschaft Schutz im Frauenhaus suchen, näher betrachtet werden: die Schwarzen Frauen und *Women of Color* sind häufig betroffen von Armut, Arbeitslosigkeit (oder geringere Beschäftigung) und Unterqualifizierung. Crenshaw (1994) argumentiert, diese Frauen kommen zwar primär wegen der gewalttätigen Partner ins Frauenhaus, das Helferteam kann sich nicht leisten, sich nur mit der gewaltsamen Beziehung der Frauen zu befassen. Jedes Hilfeangebot muss die multiplen, routinierten Dominanzformen konfrontieren, die sich im Leben dieser Frauen manifestieren, und zwar die gesellschaftliche Marginalisierung aufgrund der multiplikativen Effekte von Rassismus, Klassismus und Sexismus (Crenshaw, 1994).

Rassismus und Schwarze/PoC Lebenskraft

Erzählungen³⁷ von Schwarzen und PoC über Konfrontationen mit *racial microaggressions* werfen einen tieferen Blick auf die Bedeutung einer Schwarzen- und PoC-Identität in der Bundesrepublik.

Eine PoC Frau berichtet über ihren Kampf, einfach zu überleben und für die Tochter da zu sein:

„Dieses Gefühl, immer kämpfen zu müssen, mein Dasein rechtfertigen zu müssen, meine Herkunft und mein Aussehen erklären zu müssen. Immer bereit zu sein, in den Kampf zu ziehen, mich zu verteidigen, immer wieder, jeden Tag... ich bin so fertig am Ende des Tages, ich will nur ins Bett, und selbst im Bett muss ich immer wieder an die Gespräche mit ihnen (Weißen) denken. Ich erinnere mich nicht mehr, wann ich meine Mutter das letzte Mal besucht habe... ich habe keine Kraft für meine Tochter und finde es so traurig, dass sie dieselben Erfahrungen machen wird. Die (Weißen) machen mich so wütend!“

³⁷ Im klinischen Alltag, im Freundes- und Familienkreis, bei Begegnungen in der *Community*.

Eine PoC Frau berichtet über ihre psychische Anspannung und Spannungen im Nacken:

„Ich weiß, die (Weißen) schauen genau, wie ich mich verhalte. Auf Arbeit weiß ich, ich darf mir keinen Fehler erlauben. Sie sagen mir: „Ihr seid so fleißig!“ Sie sprechen mich an, als wäre ich eine riesige Bevölkerungsgruppe, mich als Individuum gibt es nicht! Ich kontrolliere und kontrolliere meine Arbeit, das ist sehr anstrengend. Ich sage meinem Sohn immer, er soll brav sein, nicht auffallen, wenn die Weißen Kinder Blödsinn machen, darf er nicht mit, denn er wird immer schuld sein, wenn die Lehrerin kommt. Ist das falsch? Ich will nicht, dass er negativ auffällt. Mein armer Sohn, er ist so ruhig und in sich gekehrt.“

Ein PoC Mann berichtet, wie er den Alltag meistert und nachts wach liegt:

„Auf Arbeit versuche ich, möglichst freundlich und entspannt zu wirken. Vor allem während der OP³⁸ meinen die Kollegen, tiefsinnige Gedanken über Muslime und „Ausländer“ austauschen zu müssen. Ich sage nichts, meistens tue ich so, als hätte ich nichts gehört. Das ist meine Strategie, ich schweige einfach. Manche halten mich für arrogant, aber das ist besser, als vor Wut zu platzen. Ich mache meine Arbeit, aber nachts kreisen meine Gedanken über den Blödsinn, den sie erzählen... einfach unfassbar.“

Ein PoC Mann berichtet über die Unruhe an öffentlichen Orten und Angst vor der Polizei:

„Eigentlich sollte ich froh sein, wenn die Polizei in der Nähe ist, sorgen sie doch für Sicherheit. Aber die Polizei bedeutet Terror. Ich werde immer als Einziger kontrolliert, ich finde das so demütigend, denn ich merke, wie die Passanten zuschauen nach dem Motto, ein Krimineller! Und wenn die Kinder dabei sind, ist es doppelt beschämend. Ich vermeide öffentliche Plätze und benutze nur noch das Auto. Das kostet so viel Kraft, den Tag zu planen und immer auf der Hut zu sein.“

Eine PoC Frau erkennt, wie viel Energie die Weißen kosten, und zieht Konsequenzen:

„Ich habe ganz andere Karrierepläne gehabt. Ich erinnere mich, wie mich meine Kollegen und Kolleginnen immer wieder ausfragten... die endlosen Diskussionen über ihre beleidigenden Kolonialfloskeln. Ich fragte mich, ob es bewusst oder unbewusst war, aber irgendwann hatte ich keine Lust mehr, als Projektionsfläche ihrer Fantasien zu dienen. Ich habe gekündigt und muss schauen, was ich sonst machen kann... ich war kurz vor einem Nervenzusammenbruch.“

Die oben präsentierten Berichtbeispiele von psychisch stabilen Menschen zeugen von einem andauernden Energieverbrauch zur Abwehr von Alltagsrassismus durch Schwarze und PoC. Energie, die für Familie, Schule, Studium, Sport, Arbeit, Freundschaft, gesellschaftliches Engagement, Kreativität usw. usw. fehlt. Die Kraft für die vielen Aktivitäten des Lebens ist drastisch reduziert oder fehlt gänzlich. Persönliche Ziele werden aufgegeben, Karrierepläne geändert oder gar gestrichen, Beziehungen beendet, Familien verlassen und vieles mehr, was sonst als persönliches Versagen im Gesamtkollektiv gedeutet wird. Doch das ist nicht alles. Besonders schwierig für Schwarze und PoC ist die Konfrontation mit *racial microaggressions* bei gut bekannten Weißen, die Freunde oder gar Familienangehörige sind. Für die betroffene Person bedeutet dies, es gibt keinen sicheren Ort. Selbst im eigenen Zuhause sind über Angehörige direkte und indirekte Botschaften der Zurückweisung vorhanden. Auch bei psychischer Stabilität bedeutet dieser Umstand Unberechenbarkeit und Gefahr.

³⁸ Erzähler ist Chirurg.

Die Erfahrung, sich als Menschen gegenseitig zu erkennen und anzuerkennen ist eine absolute Notwendigkeit für das Leben. Für Schwarze und PoC sind in diesem Zusammenhang geschützte Räume absolut notwendig, in denen die erlebte Zurückweisung in der Weißen Gesellschaft durch Erfahrungsaustausch eine soziale Verankerung bekommt, und nicht als individuelles Defizit gedeutet wird. Solche Räume können Quellen der Lebenskraft sein, denn durch die Validierung der Erfahrungen, die gegenseitige Wahrnehmung und Anerkennung wird das Umfeld vorhersehbarer und berechenbarer, und somit vertraulicher. Auch die Solidarität, die dadurch entsteht, hat enormes Kraftpotential zur Überwindung der Vernichtungsabsichten rassistischer Diskriminierung.

Rassismus und die psychischen Folgen für Weiße

Rassismus und *White Privilege*³⁹

Die Fundamente des Weißen Rassismus und des heutigen rassistischen Systems wurden in westeuropäischer Ideologie und Sprache gegründet. Rassismus ist somit ein untrennbarer Teil Weißer Kultur (Katz, 2003). Diese historische Tatsache weist uns auf die heutige gesellschaftliche Realität hin:

„...white people enjoy the spoils of racism, even if we do not believe we're acting in racist ways... Whether or not we exhibit racism in our individual acts and behaviors, we willingly participate in institutions and systems built on racist foundations...“⁴⁰

Nach Katz profitieren Weiße von der rassistischen Unterdrückung von Schwarzen und PoC, ob es ihnen bewusst ist oder nicht, ob sie es glauben oder nicht, und ob sie aktiv rassistisch sind oder nicht. Weiße haben seit dem Aufkommen von Rassismus regelmäßig und routiniert an rassistischer Diskriminierung gegen Schwarze und PoC teilgenommen und nehmen heute weiterhin aktiv und passiv daran teil, was das rassistische System aufrechterhält. Denn für Weiße bedarf es einer äußerst geringen Anstrengung, Rassismus zu unterstützen: Es reicht, zu schweigen. Auch wenn Weiße das System in Frage stellen, in der Regel brauchen sie nichts zu tun, um einerseits davon zu profitieren, und andererseits zur Stabilität beizutragen.

Nach Ruth Thompson-Miller und Joe R. Feagin stellt sich eine zentrale Frage bei der Analyse der Weißen Psyche: Was passiert mit der Weißen Psyche, das Weißen ermöglicht, Schwarzen und PoC solchen Schaden zuzufügen? Sind die Folgen der rassistischen Unterdrückung spezifische kollektive und individuelle psychische Krankheiten bei Weißen? (Thompson-Miller & Feagin, 2007).

Rassismus und die psychische Entwicklung von Weißen

Nach aktueller Studienlage identifizieren mehrere Forscher_innen sowohl positive, *white privilege* genannt, als auch negative Konsequenzen, *costs of racism*, rassistischer Diskriminierung für Weiße. Mit *white privilege* sind unverdiente Vorteile und Chancen gemeint, zu denen Weiße Individuen aufgrund ihres Weißseins Zugang haben aber für Schwarze und PoC unzugänglich bleiben (McIntosh, 1988). Beispiele von *white privilege* sind vereinfachter Zugang zur Gesundheitsvorsorge, Chancen auf höhere Bildung, die Möglichkeit, Normen zu setzen, das Recht auf Anonymität u.v.m. (McIntosh, 1998; Neville *et al.*, 2001; Wachendorfer, 2001). Der Ausdruck *costs of racism* wird definiert als die negativen psychosozialen Konsequenzen, die Weiße aufgrund der Existenz von Rassismus erfahren. Diese Konsequenzen betreffen ihre affektiven und kognitiven Fähigkeiten, sowie Verhaltensmuster (Katz, 2003; Kivel, 1996; Spanierman & Heppner, 2004). Beispiele von *costs of racism* sind Schuld- und Schamgefühle, irrationale Angst vor Schwarzen und PoC, Ignoranz und verzerrte Vorstellungen in Bezug auf Rassismus, Unwissen über ihre Identität als Weiße, eingeschränkte bis fehlende Kompetenz, in einer multikulturellen Welt zu leben u. a. (Katz, 2003; Spanierman & Heppner, 2004;

³⁹ Unverdiente Vorteile, die Weiße im System Rassismus genießen.

⁴⁰ Siehe: Katz (2003) *White awareness: Handbook for anti-racism training*. Seite 10.

Swim & Miller, 1999). Es ist wichtig hervorzuheben, dass Forschungsarbeiten *costs of racism* bisher auf psychischer Ebene am intensivsten untersucht und beschrieben haben.⁴¹

Rassismus als Basis Weißer Identität wurde mehrfach als eine psychische Erkrankung bzw. Persönlichkeitsstörung von überwiegend Weißen Forscher_innen theorisiert mit Implikationen zur spezifischen antirassistischen Behandlung.⁴² Auf eine Auflistung der postulierten Diagnosen wird an dieser Stelle verzichtet. Erwähnenswert ist die Beschreibung einer bestimmten Form von Schizophrenie bei Weißen. Mit dem Begriff Schizophrenie wird die psychische Spannung umschrieben, die Weiße aufgrund der Diskrepanz zwischen ihrem eigenen Selbstbild und ihren rassistischen Praktiken aushalten (müssen). Die Weiße Person empfindet sich selbst in der Regel als gütig, fair, demokratisch und individuell, und glaubt an Gleichberechtigung, Chancengleichheit, Freiheit und Unantastbarkeit der Würde des Menschen. In der Realität existiert jedoch ein Paradoxon; Trotz ausreichender Ressourcen und Reichtum in der Gesellschaft existiert strukturelle rassistische Diskriminierung mit Ausgrenzung und Ausbeutung von Schwarzen und PoC.⁴³ Um diese Realität auszuhalten, müssen Weiße ihre Selbstwahrnehmung und reellen Erlebnisse spalten (Allen & Allen, 1975).

Die meisten qualitativen Untersuchungen zur Weißen Identität wurden in den Vereinigten Staaten von Amerika durchgeführt. Einige Autor_innen führten ihre Analysen in Kanada, Süd-Afrika und im Vereinigten Königreich durch. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen liefern reichhaltiges Material, das ein Einblick in das psychische Erleben von Weißen in Bezug auf ihr Weißsein erlaubt.

Das wahrscheinlich interessanteste Merkmal Weißer Identität ist die Unbewusstheit über die Existenz des eigenen Weißseins. In ihrer detaillierten Analyse von Weißen Narrativen beschrieb Karyn D. McKinney die Ahnungslosigkeit über das eigene Weißsein und identifizierte sie als Faktor für die Verleugnung von Rassismus auf der Basis von *colorblindness*⁴⁴ (McKinney, 2013). Sie führt weiter aus, dass das Unwissen über die eigene Weiße Identität Weiße verleitet, Schwarze und PoC Erfahrung von Rassismus zu verleugnen. Auch wurde ein verzerrtes Selbstbild von Weißen beschrieben, die gleichzeitig ihr Weißsein verleugnen und eine rassifizierte Identität ablehnen (Utsey *et al.*, 2005).

Als wichtige Konstante wurde die wahnhaftige Vorstellung von Weißer Überlegenheit beschrieben, die bereits bei vierjährigen Weißen Kindern vorhanden war. Dieser Befund wurde auch bei Kindern festgestellt, die keinen Kontakt zu Schwarzen oder PoC hatten und korrelierte mit internalisierter Dominanz. Eine Ablehnung von Schwarzen und PoC durch Weiße Kinder nahm mit zunehmendem Alter allmählich zu, so dass die Forscher_innen die rassistische Sozialisation als Ursache dieses Verhaltens angeben. (D'Andrea, 1999; Goodman, 1952; Katz, 2003; Singh & Yancey, 1974).

Die Wahrnehmung von *white privilege* war häufig mit Schuld- und Schamgefühlen assoziiert (Ancis & Szymanski, 2001; Thandeka, 2000). Bei Bewusstheit über die eigene Weiße Identität (beispielweise nach der Teilnahme am Interkulturellen Kompetenztraining) berichteten Weiße Befragte von Wut, Trauer, Frustration und Ekel wegen der Existenz von Rassismus. Diese Reaktionen korrelierten mit Empathie für Schwarze und PoC (Spanierman *et al.*, 2008) bei sonst fehlender Empathie gegenüber Schwarzen und PoC (Gutsell & Inzlicht, 2012; Keilson, 1991).

⁴¹ Vgl. Yeboah, A. & Hamaz, S. (2013). Empowerment nach dem Phoenix-Ansatz. *MID-Dossier*, 101.

⁴² S. Thomas, A., Sillen, S. & Hammond, P. B. (1972). Racism and psychiatry: Elsevier.; Skillings, J. H. & Dobbins, J. E. (1991). Racism as a disease: Etiology and treatment implications. *Journal of Counseling & Development* 70, 206-212.; Comer, J. P. (1969). White racism: Its root, form, and function. *American Journal of Psychiatry* 126, 802-806.; Delaney, L. T. (1991). The other bodies in the river.

⁴³ Vgl. Katz (2003) *White awareness: Handbook for anti-racism training*. Seite 13; Myrdal, G. (1944). *An American Dilemma, Volume 2: The Negro Problem and Modern Democracy*: Transaction Publishers.

⁴⁴ Die Behauptung von Weißen bei Begegnung von Schwarzen und PoC, keine „Farbe“ zu sehen.

Neben den qualitativen Studien existieren quantitative Analysen zu psychischen Folgen rassistischer Diskriminierung auf Weiße mit Fokussierung auf die Rolle von Weißer Schuld in Bezug auf Weiße Verhaltensmuster im rassistischen Kontext. Beispielweise fanden Swim und Miller heraus, dass Weiße in unterschiedlichem Ausmaß wegen *white privilege* Schuld empfinden. Außerdem verzeichneten sie eine positive Korrelation zwischen dem Grad des Schuldbewusstseins und der Anerkennung von *white privilege* (Swim & Miller, 1999).

Rassismus-Forscher_innen betonen, dass Weiße als Täter_innen rassistischer Diskriminierung im Zentrum der Erforschung von psychischen Folgen von Rassismus gehören, denn sie sind Akteur_innen in allen Institutionen und auf allen strukturellen Ebenen vertreten, wo sie mit ihren Verhaltensmustern und Handeln dafür sorgen, dass Schwarze und PoC Rassismus bedingte Stressreaktionen und Traumata erleiden. Bryant-Davis und Ocampo schreiben:

„Weiße nutzen kognitive Verzerrungen und projizieren eine Reihe von Emotionen wie Furcht, Angstgefühl, Unbehagen und Wut auf Schwarze und PoC als eine Möglichkeit, sich von ihren rassistischen Taten zu distanzieren“ (Bryant-Davis & Ocampo, 2005b).

Die rassistische Prägung von Weißen bereits ab der frühen Kindheit bestimmt nach aktueller Studienlage eine spezifische psychische Entwicklung, die Weißen ermöglicht, meistens unbewusst, aber auch teilweise bewusst Schwarzen und PoC mit ausgrenzenden und Vernichtungsabsichten zu begegnen. Inwieweit eine Pathologisierung der Weißen Psyche für Forschungszwecke nützlich sein kann, erscheint eher fragwürdig. Aus Schwarzer Perspektive sind die Kernelemente Weißen Verhaltens Ignoranz, Dominanz, Aggression, Gewalt und Terror. Da es sich auch um kulturelle Aspekte der Weißen Gesellschaft handelt, und insbesondere vor dem Hintergrund fehlendes Beklagen von Leid auf Seiten Weißer Individuen, erscheint die Pathologisierung Weißer rassistischer Diskriminierung obsolete.

Weiße Behandler_innen und Schwarze/PoC Patient_innen

Die oben genannten Studien und Analysen zu psychischen Folgen von Rassismus belegen, dass Weiße ab der frühesten Kindheit über implizites Wissen der rassistischen Hierarchisierung in der Gesellschaft verfügen und sich ihr Gefühl, Denken und Verhalten nach diesem Wissen richten. Aufgrund der insbesondere psychischen Auswirkungen ihrer rassistischen Sozialisation und des soziopolitischen, sowie ökonomischen privilegierten Status verspüren Weiße jedoch keine Motivation, Rassismus zu thematisieren und dekonstruieren. Dieser Umstand hat bedeutende Implikationen für die therapeutische Beziehung zwischen Weißen Behandler_innen und Schwarzen/PoC-Patient_innen. Denn rassistische Verhaltensmuster im Behandlungssetting dürfen komplex, subtil und häufig unbeabsichtigt zum Vorschein kommen und gehören wahrscheinlich eher zum rassistischen Ausdrucksform der *racial microaggressions*. Doch wie kann eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung unter solchen Umständen gelingen? Wie kann eine therapeutische Allianz entstehen, die für den Behandlungserfolg unabdingbar ist? Die folgenden Beispiele⁴⁵ zeigen, dass es häufig erst gar nicht zur Vorstellung bei den Weißen Therapeut_innen kommt und wenn doch, dass selten eine vertrauensvolle Beziehung gelingt.

1. Ein junger PoC⁴⁶ Auszubildender sei auf einer Party plötzlich ohnmächtig geworden. Bei Ankunft in die Notaufnahme war er aufgeklärt und ansprechbar. Die Ergebnisse der Blut- und EKG-Untersuchungen waren unauffällig. Das Behandlungs-Team vermutete einen psychischen Hintergrund für den Ohnmachtsanfall, zumal der Patient über mehrere Belastungen berichtet hatte und empfahl ein psychologisches Gespräch. Bei der Mitteilung der Blutergebnisse staunte der Patient nicht

⁴⁵ Berichte aus eigener Praxiserfahrung.

⁴⁶ Für alle Fallbeispiele verwende ich den Begriff PoC; Schwarze sind PoC aber nicht umgekehrt.

schlecht, dass u. a. ein HIV-Test durchgeführt wurde, denn er war nicht aufgeklärt worden.⁴⁷ Er verweigerte daraufhin die Vorstellung und ggf. Behandlung in der Klinik für Psychosomatik und verließ verärgert und enttäuscht die Notaufnahme.

„Ich lass mich nicht von diesen Leuten behandeln. Es sind doch alle Rassisten. Sie schauen mich an und denken an AIDS, obwohl ich erzählt habe, dass ich viel Stress habe und mich überfordert fühle... ist es nicht verboten, bei mir einfach einen HIV-Test durchzuführen? Ich sollte sie anzeigen, aber ich habe keine Kraft...“

Er entwickelte im Verlauf eine schwere Depression mit Selbstmordgedanken und brach seine Ausbildung ab. Er lehnte die psychiatrische/psychologische Behandlung in der Klinik und bei einer Weißen Person vehement ab, fand aber keine(n) PoC Therapeut_in in seiner Umgebung und wandte sich schließlich an den Gemeindepastor, auch ein PoC, der für ihn schließlich eine PoC Therapeutin in der nächsten größeren Stadt suchte.

2. Eine PoC Erstgebärende mit Symptomen einer Depression wurde vom Hausarzt auf die Beratungsstelle des Sozialdiensts verwiesen, da dort ein früherer Termin bei einer Psychologin vereinbart werden konnte. Beim Erstgespräch sei die Patientin sehr herzlich empfangen worden, sie habe sich zunächst sehr gut aufgehoben gefühlt bei der Psychologin. Nachdem sie über ihre Beschwerden berichtet hatte, habe die Psychologin eine Psychoanalyse empfohlen und beiläufig gefragt, ob die Patientin beschnitten sei.

„Ich war so schockiert, ich wusste nicht, was ich sagen soll. Ich dachte, was hat das mit mir zu tun? Warum fragt sie das? Wo in Deutschland werden Frauen beschnitten? Wie kann sie so... einfach so dämlich fragen? Würde sie eine Weiße auch sowas fragen? Ich habe nein gesagt aber ich konnte mich nicht mehr aufs Gespräch konzentrieren, ich wollte nur weg, mein Kopf war ganz heiß und ich wurde sehr böse auf sie, sehr böse... ich wollte das dämliche Lächeln von ihrem Gesicht wegkratzen, so wütend war ich!“

Da die Patientin sonst keinen Therapieplatz hatte, hat der (Weiße) Partner empfohlen, dass sie der Psychologin erzählen soll, dass die Frage klischeehaft und unangebracht war und das Angebot der Psychoanalyse annehmen.

„Sie war wirklich nett und wirkte kompetent, und benahm sich trotzdem so dämlich und unprofessionell. Wer weiß, was sie sonst für Klischees in ihrem Kopf hat? Sie guckt mich an und ihr fällt nichts ein, außer Beschneidung, und das soll eine Psychologin sein!“

Die Patientin zog es vor, mit der unbehandelten postpartalen Depression zu leben, was eine große Belastung für die junge Familie darstellte. Im Verlauf entwickelte sie eine psychotische Symptomatik und wurde in eine psychiatrische Klinik zwangseingewiesen.

3. Eine PoC Angestellte berichtete über ihre Erfahrung bei einer Weißen Psychotherapeutin, bei der sie in Behandlung war, als sie zu Studienzeiten Panikattacken entwickelte. Sie habe die Therapeutin selbst ausgesucht und darauf geachtet, dass es sich um eine Verhaltenstherapeutin handelte, denn sie hielt nichts von der Psychoanalyse. Sie mochte die Therapeutin sofort, da sie ihr alles sehr gut erklärt und einen Therapieplan erstellt habe. Nach etwa 4 oder 5 Sitzungen kreiselte das Gespräch um ihre Diskriminierungserfahrungen an der Universität und sie merkte, dass die Therapeutin bei jedem Diskriminierungsvorfall die Weißen Protagonist_innen zu verteidigen versuchte. Die Patientin hatte das Gefühl, sie müsste ihr erklären, was Rassismus überhaupt ist. Außerdem hatte sie das Gefühl, dass die Therapeutin Partei ergreift, was sie als unprofessionell bewertete.

⁴⁷ In Deutschland darf ein HIV-Test nur mit Zustimmung der betroffenen Person durchgeführt werden.

„Sie wollte mir ernsthaft beibringen, die Welt nicht in schwarz-weiß zu sehen und nicht so empfindlich zu sein. Ha! Wer hat die Welt in schwarz-weiß aufgeteilt? Ich dachte, ich hör nicht richtig... auf welchem Planeten lebt sie denn?“

Sie brach die Therapie ab, suchte eine PoC Therapeutin und begann eine Psychoanalyse, wobei sie eine sehr lange Fahrstrecke in Kauf nehmen musste. Heute würde sie bei der ersten Terminvereinbarung die Weiße Therapeutin fragen, ob sie bereits ein Anti-Rassismus-Training absolviert hätte.

Auf eine Analyse dieser Fallbeispiele wird bewusst verzichtet. Es geht lediglich darum, einige Gründe aus PoC perspektive zu beleuchten, die zum Abbruch bzw. Verweigerung der notwendigen psychischen Versorgung führen.

Empfehlungen für eine gerechtere psychische Versorgung in Deutschland

In den letzten Jahren versuchen Krankenhäuser in Deutschland vermehrt, die speziellen Belange von Migrant_innen bei der medizinischen Versorgung gerecht zu werden. Konzepte sogenannter interkultureller Öffnung werden zunehmend umgesetzt. Diese Entwicklung ist generell zu begrüßen. Allerdings dürfte die daraus resultierende Verbesserung der psychischen Gesundheit der Zielgruppe eher gering ausfallen. Denn Weißsein als Bestimmungsfaktor für den Therapieerfolg wird nicht berücksichtigt.⁴⁸ Stattdessen wird die Wichtigkeit der Selbstreflektion und der Empathie betont. Wie sieht eine selbstreflektierende Empathie aus, wenn die gesamte Prägung und Ausbildung der Weißen Person nicht befähigt, ausgerechnet gegenüber Schwarzen und PoC Empathie zu entwickeln? (Forgiarini *et al.*, 2011; Gutsell & Inzlicht, 2012). Die Konzepte der interkulturellen Öffnung basieren auf der Konstruktion der „Anderen“, die aufgrund ihrer „anderen Kultur“ eine „andere Versorgung“ benötigen. Wie kurzfristig dieses Konzept in Wirklichkeit ist, zeigt dessen Umsetzung in der Realität: Die meisten Kliniken mit interkultureller Öffnung sprechen von einem „speziellen Versorgungsangebot“ für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Die Praxis führt zur Ausschließung der Menschen mit Migrationshintergrund nicht türkischer Herkunft.

Empfehlenswert ist ein Konzept, das vom Gesamtkollektiv ausgeht und eine gezielte Analyse der strukturellen, institutionellen und individuellen Gründe für den Ausschluss der Bevölkerungsgruppen durchführt, die im Gesundheitswesen unterversorgt werden. Solch ein Konzept hätte inklusiven Charakter und zusätzlich den Vorteil, dass das Versorgungssystem im Allgemeinen und die Mitglieder der Behandlungsteams im Besonderen eine Kompetenzsteigerung erfahren. Dringend zu empfehlen sind:

A. Thematisierung von Rassismus im deutschen Gesundheitswesen

- Die bisherigen Studien über die psychische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland liefern keine Ergebnisse zur Versorgungssituation der nach ICERD schutzbedürftigen Menschen. Es besteht eine dringende Notwendigkeit von Studien, die Folgen rassistischer Diskriminierung auf die psychische Gesundheit und Diskrepanzen in der Versorgung von psychisch Erkrankten aus nach ICERD schutzwürdigen Gruppen gezielt qualitativ und quantitativ untersuchen.
- Das Thema Rassismus sollte ins Ausbildungscurriculum für praktizierende und zukünftige Fachkräfte in der medizinischen Versorgung aufgenommen werden. Dazu sind folgende Inhalte zu empfehlen:
 1. Grundlagenwissen über die Entstehungsgeschichte und Vorkommen von Rassismus. Definition von „Rasse“, Rassismus und Diskriminierung. Spezielle Formen von Rassismus (z.

⁴⁸ Vgl. die Analyse von Wachendorfer, U. (2000). WEISS-SEIN(k) eine Variable in der Therapie. *Psychologie Gesellschaftskritik* 93, 55-68.

B. Antisemitismus, antimuslimischer Rassismus, Kulturalisierung) und Ausdrucksformen von Rassismus (z. B. Rechtsextremismus, Alltagsrassismus, *racial microaggressions*).

2. Selbstbewusstseins-Training mit dem Ziel, sich selbst im System Rassismus zu verorten und Reflexion der Folgen von Rassismus auf die eigene Identität. Definition von Macht, Privileg und rassistischer Unterdrückung.

3. Aufbau trainings mit dem Ziel, die alltäglichen Rassismus-Praktiken zu erkennen und die eigene Praxis zu reflektieren.

- Die Qualität der medizinischen Versorgung von Rassismus Betroffenen mit psychischen Störungen und Erkrankungen soll geprüft und überwacht werden, um Qualitätsstandards sicherzustellen und Diskrepanzen in der Versorgung im Vergleich mit der Mehrheitsbevölkerung zu beenden.
- Aktive Werbekampagnen sollten durchgeführt werden mit dem Ziel, eine gesamtgesellschaftliche Wahrnehmung von Rassismus und die psychischen Folgen für Schwarze, PoC und Weiße zu fördern, und um die Bevölkerung aufzuklären.

B. Kompetenz-Steigerung der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

- Weiterbildungsprogramm für die Therapeut_innen und Fachpflege über psychische Reaktionen auf Rassismus mit besonderer Berücksichtigung von Traumata, die auf Rassismus-Erfahrungen basieren und deren Wechselwirkung mit anderen Traumata. Folgende Inhalte werden empfohlen:
 1. Grundkenntnisse über Trauma (Kindheitstrauma und Gedächtnis, Methoden der Erhebung der Trauma-Geschichte, Trauma-Folgestörungen, kollektives Trauma, Methoden der Traumatherapie).
 2. Erkennen von Parallelen, sowie Unterschieden zwischen posttraumatischer Belastungsstörung und Belastungsstörung nach rassistischer Diskriminierung.
 3. Erkennen von psychischen Störungen wie Depression, Zwangs- und Angststörung als Reaktion auf Erlebnisse rassistischer Diskriminierung.
 4. Erkennen von Rassismus induzierter Stressreaktion als Komplikation anderer erlebter Traumata und als zusätzliche Komplikation im Rahmen einer bestehenden psychischen Erkrankung.
 5. Erkennen von Rassismus bedingten Traumata in Verbindung mit anderen gesellschaftlichen Traumata wie beispielsweise Sexismus und Armut.⁴⁹
- Erlernen von professionellen Umgangsformen mit eigenen Erfahrungen der Hilflosigkeit, Unsicherheit und Schuld-/Schamgefühlen bei der Behandlung von Schwarzen und PoC. Hilfreich sind insbesondere:
 1. Anerkennung der eigenen rassifizierten Identität. Für Weiße ist in diesem Zusammenhang die Kontextualisierung der Behandlungspraxis von Bedeutung, da diese als universell erlebt wird.
 2. Einzel-/Teamsupervisionen und Fallbesprechungen.

⁴⁹ S. Intersektionalität, Seite 13.

C. Erkennen von Rassismus als globales Phänomen

- Es ist wichtig, Rassismus als national gesamtgesellschaftliches Unterdrückungssystem zu begreifen und Konzepte für die Besonderheiten der Deutschen Kontexte zu entwickeln. Gleichzeitig ist es notwendig, den Blick auf das globale Unterdrückungssystem zu erweitern und Wissensaustausch auf internationaler Ebene zu praktizieren.
- Langfristig sollen Studien zu Rassismus und psychischer Gesundheit helfen, Diagnosekriterien für Rassismus bedingte psychische Störungen und Erkrankungen zu entwickeln, um diese in die Klassifikation psychischer Störungen und Erkrankungen aufzunehmen

Literatur

- Allen, R. L. & Allen, P. P. (1975).** *Reluctant reformers: Racism and social reform movements in the United States*: Doubleday Books.
- Ancis, J. R. & Szymanski, D. M. (2001).** Awareness of White privilege among White counseling trainees. *The Counseling Psychologist* **29**, 548-569.
- Arndt, S. (2004).** Kolonialismus, Rassismus und Sprache. Kritische Betrachtungen der deutschen Afrikaterminologie: Aufsatz, September.
- Bauer, J. (2006).** *Warum ich fühle, was du fühlst: intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*: Hoffmann und Campe.
- Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L. & Härter, M. (2010).** Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis* **37**, 225-232.
- 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. *Counseling Psychologist* **33**, 574-578.
- Bryant-Davis, T. (2007).** Healing Requires Recognition The Case for Race-Based Traumatic Stress. *The Counseling Psychologist* **35**, 135-143.
- Butts, H. F. (2002).** The black mask of humanity: Racial/ethnic discrimination and post-traumatic stress disorder.
- Carter, R. T. (2007).** Racism and Psychological and Emotional Injury Recognizing and Assessing Race-Based Traumatic Stress. *The Counseling Psychologist* **35**, 13-105.
- Comas-Díaz, L. & Jacobsen, F. M. (2001).** Ethnocultural allodynia. *The Journal of psychotherapy practice and research* **10**, 246.
- Comer, J. P. (1969).** White racism: Its root, form, and function. *American Journal of Psychiatry* **126**, 802-806.
- Crenshaw, K. (1994).** Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *1994*, 93-118.
- D'Andrea, M. (1999).** The evolution and transformation of a White racist: A personal narrative. *Journal of Counseling & Development* **77**, 38-41.
- Delaney, L. T. (1991).** The other bodies in the river.
- Essed, P. (1991).** *Understanding everyday racism: An interdisciplinary theory*: Sage.
- Forgiarini, M., Gallucci, M. & Maravita, A. (2011).** Racism and the empathy for pain on our skin. *Frontiers in psychology* **2**, 108.
- Göbber, J., Pfeiffer, W., Winkler, M., Kobelt, A. & Petermann, F. (2010).** Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* **58**, 181-187.
- Goodman, M. E. (1952).** Race awareness in young children.
- Grube, M. (2004).** Suizidversuche von Migranten in der Akutpsychiatrie. *Der Nervenarzt* **75**, 681-687.

- Gutsell, J. N. & Inzlicht, M. (2012).** Intergroup differences in the sharing of emotive states: neural evidence of an empathy gap. *Social cognitive and affective neuroscience* **7**, 596-603.
- Harris, R., Tobias, M., Jeffreys, M., Waldegrave, K., Karlsen, S. & Nazroo, J. (2006).** Effects of self-reported racial discrimination and deprivation on Māori health and inequalities in New Zealand: cross-sectional study. *The Lancet* **367**, 2005-2009.
- Karlsen, S. & Nazroo, J. Y. (2002).** Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *American journal of public health* **92**, 624-631.
- Katz, J. H. (2003).** *White awareness: Handbook for anti-racism training*: University of Oklahoma Press.
- Keilson, H. (1991).** *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Ergebnisse einer Follow-up-Untersuchung*: Springer.
- Kilomba Ferreira, G. (2004).** Don't You Call Me Neger! Das "N-Wort", Trauma und Rassismus In *AntiDiskriminierungsBüro Köln/cyberNomads (Eds), TheBlackBook Deutschlands Häutungen*, 173-182.
- Kilomba, G. (2008).** *Plantation memories: episodes of everyday racism*: Unrast.
- Kivel, P. (1996).** The costs of racism to White people. *Uprooting racism: How White people can work for racial justice*, 36-39.
- Kobelt, A., Winkler, M., Göbber, J., Pfeiffer, W. & Petermann, F. (2010).** Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* **58**, 189-197.
- Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R. & Schouler-Ocak, M. (2008).** Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. *Der Nervenarzt* **79**, 328-339.
- Löhr, C., Schmidtke, A. & Wohner, J. (2006).** Epidemiologie suizidalen Verhaltens von Migranten in Deutschland. *Suizidprophylaxe* **33**, 171-176.
- 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.
- McIntosh, P. (1988).** White privilege: Unpacking the invisible knapsack.
- McIntosh, P. (1998).** White privilege, color, and crime: A personal account. *Images of color, images of crime*, 207-216.
- McKinney, K. D. (2013).** *Being white: Stories of race and racism*: Routledge.
- Mclean, 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**, 657-669.
- Memmi, A. & Rennert, U. (1992).** *Rassismus*: Anton Hain.
- Montesinos, A. H., Bromand, Z., Aichberger, M. C., Temur-Erman, S., Yesil, R., Rapp, M., Heinz, A. & Schouler-Ocak, M. (2010).** Suizid und suizidales Verhalten bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* **58**, 173-197.
- Myrdal, G. (1944).** *An American Dilemma, Volume 2: The Negro Problem and Modern Democracy*: Transaction Publishers.
- Neville, H. A., Worthington, R. L. & Spanierman, L. B. (2001).** Race, power, and multicultural counseling psychology: Understanding white privilege and color-blind racial attitudes.
- 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.
- Pierce, C. (1974).** Psychiatric problems of the Black minority. *American handbook of psychiatry* **2**, 512-523.
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Glodny, S., Menkhaus, B. & Salman, R. (2008).** *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung*.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003).** Dsm-iv-tr. *Diagnostische Kriterien Hogrefe, Göttingen* **565**, 566.
- Singh, J. M. & Yancey, A. V. (1974).** Racial attitudes in white first grade children. *The Journal of Educational Research*, 370-372.
- Skilling, J. H. & Dobbins, J. E. (1991).** Racism as a disease: Etiology and treatment implications. *Journal of Counseling & Development* **70**, 206-212.
- Spangenberg, J. J. & Pieterse, C. (1995).** Stressful life events and psychological status in black South African women. *The Journal of social psychology* **135**, 439-445.
- Spanierman, L. B. & Heppner, M. J. (2004).** Psychosocial Costs of Racism to Whites Scale (PCRW): Construction and Initial Validation. *Journal of counseling psychology* **51**, 249.

- Spanierman, L. B., Poteat, V. P., Wang, Y.-F. & Oh, E. (2008).** Psychosocial costs of racism to white counselors: Predicting various dimensions of multicultural counseling competence. *Journal of counseling psychology* **55**, 75.
- Suyemoto, K. & Kim, G. (2005).** Journeys through diverse terrains: Multiple identities and social contexts in individual therapy. *Psychotherapy with women: Exploring diverse contexts and identities*, 9-41.
- Swim, J. K. & Miller, D. L. (1999).** White guilt: Its antecedents and consequences for attitudes toward affirmative action. *Personality and Social Psychology Bulletin* **25**, 500-514.
- Taylor, J. & Turner, R. J. (2002).** Perceived discrimination, social stress, and depression in the transition to adulthood: Racial contrasts. *Social Psychology Quarterly*, 213-225.
- Taylor, S. E., Repetti, R. L. & Seeman, T. (1997).** Health psychology: what is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual review of psychology* **48**, 411-447.
- Terr, L. C. (2003).** Childhood traumas: An outline and overview. *Focus* **1**, 322-334.
- Thandeka (2000).** *Learning to be white: Money, race, and God in America*: Burns & Oates.
- Thomas, A., Sillen, S. & Hammond, P. B. (1972).** Racism and psychiatry: Elsevier.
- Thompson-Miller, R. & Feagin, J. R. (2007).** Continuing Injuries of Racism Counseling in a Racist Context. *The Counseling Psychologist* **35**, 106-115.
- 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**, 449-478.
- Van den Broek, L. & Löffelholz, A. (1993).** *Am Ende der Weisheit: Vorurteile überwinden*. Berlin: Orlanda Frauenverlag GmbH.
- Velho, A. (2011).** Auswirkungen von Rassismuserfahrungen auf die Gesundheit, das Befinden und die Subjektivität. Ansätze für eine reflexive Berufspraxis. *Landeshauptstadt München, Direktorium, Antidiskriminierungsstelle für Menschen mit Migrationshintergrund AMIGRA (Hrsg), Alltagsrassismus und rassistische Diskriminierung, Dokumentation der Fachtagung vom 12.*
- Wachendorfer, U. (2000).** WEISS-SEIN-(k) eine Variable in der Therapie. *Psychologie Gesellschaftskritik* **93**, 55-68.
- Wachendorfer, U. (2001).** Weiß-Sein in Deutschland. *Zur Unsichtbarkeit einer herrschenden Normalität* in: Arndt, Susan (Hrsg), *AfrikaBilder Studien zu Rassismus in Deutschland* Münster S, 87-101.
- Yeboah, A. & Hamaz, S. (2013).** Empowerment nach dem Phoenix-Ansatz. *MID-Dossier*, 101.
- Young, I. M. (2011).** *Justice and the Politics of Difference*: Princeton University Press.