

Klassendifferenz im psychotherapeutischen Setting

Sonja Zacharia

Meine Motivation, diesen Artikel zu schreiben, liegt unter anderem in meiner eigenen Klassenposition begründet. Als halbes Arbeiterkind habe ich, wie viele Menschen mit uneindeutigem Klassenhintergrund, ein konfliktgeladenes Verhältnis zur sozialen Differenzkategorie Klasse (Ryan, 2014). So habe ich Schuldgefühle aufgrund meines mittlerweile sehr privilegierten Lebens und fühle mich entfremdet in Bezug auf Teile meiner Herkunftsfamilie. Meine Gefühle sind dabei nicht untypisch, denn viele Bildungsaufsteiger:innen verspüren Schuld- und Entfremdungsgefühle gegenüber ihren Herkunftsfamilien (Arslan & Ackermann-Arslan, 2020).

Nicht nur in der allgemeinen Diskussion über das Thema Klasse ist der Einbezug von gesellschaftlichen Machtstrukturen von großer Bedeutung, sondern auch in spezifischen Lebensbereichen, die je nach sozialer Klasse variieren, so etwa im Gesundheitsbereich. Obwohl ein geringer sozioökonomischer Status die Wahrscheinlichkeit erhöht, psychisch zu erkranken (Berking, 2012; Jacobi et al., 2014), werden Menschen mit niedrigem Einkommen seltener psychotherapeutisch versorgt (Sonnenmoser, 2012). Außerdem genießen Psychotherapeut:innen viele berufsbezogene Privilegien (Baker, 1996), über die Menschen der Arbeiter:innenklasse nicht verfügen. Dadurch entsteht aufgrund des unterschiedlichen Zugangs zu Privilegien eine Klassendifferenz im Therapiesetting.¹

Ich bin Psychologin in Ausbildung zur tiefenpsychologischen Psychotherapeutin. Da es mir ein Anliegen ist, meinen Patient:innen² unabhängig

1 Vgl. den Artikel von Dücker in diesem Band mit weiterer Literatur zur Psychotherapie als *weißer* Mittelstandsberuf (Anm. d. Hrsg.).

2 Auch wenn der Begriff Patient:in unter Kritik steht, weil er eine Hierarchie zwischen Behandler:innen und Behandelten benennt und reproduziert, benutze ich ihn. Dies mache ich vor allem mangels einer Alternative, die mir gut gefällt. Denn die geläufigen alternativen Klient:in oder Kund:in haben den Beigeschmack, dass es sich bei der Behandlung um eine Dienstleistung handelt und somit mit einer Wertschöpfungslogik verknüpft ist (Kloiber, 2000). Der Begriff Patient:in drückt zudem etymologisch aus, dass die betroffene Person leidet (lat. *patiens* = leidend) (ebd.). Somit wird bestenfalls das Leid der Patient:innen ernstgenommen, um von kompetentem, empathischem und helfendem Personal entsprechend in einem sicheren Rahmen behandelt zu werden.

von ihrer Klassenposition und anderen sozialen Differenzkategorien zu begegnen, habe ich mich entschieden, das Thema Klasse im Kontext Psychotherapie eingehender zu untersuchen. Dieser Artikel basiert auf meiner Masterarbeit³, die sich mit klassenspezifischen Gefühlen im Therapiesetting zwischen Mittelklasse-Therapeut:innen und Arbeiter:innenklasse-Patient:innen beschäftigt. Für diese Arbeit habe ich drei problemzentrierte Interviews⁴ mit Patient:innen der Arbeiter:innenklasse in Deutschland geführt und tiefenhermeneutisch ausgewertet. Dabei bin ich im Sinne Bakers (1996) davon ausgegangen, dass Therapeut:innen aufgrund ihrer berufsbezogenen Privilegien der Mittelklasse angehören. Meine Hypothese, dass die Forschungssubjekte klassenspezifische Gefühle gegenüber ihren (Mittelklasse-)Therapeut:innen beschreiben, wurde anhand zweier Fallvignetten von Christa und Francis⁵ untersucht. In der vorliegenden Arbeit gebe ich anhand einer Literaturrecherche einen Überblick über Begriffe zum Thema Klasse und beschreibe Klassendifferenz und klassenspezifische Gefühle im Therapiesetting. Danach beschreibe ich mein Forschungsvorgehen und präsentiere die Ergebnisse anhand der Fallvignetten. Im abschließenden Fazit fasse ich die Erkenntnisse zusammen und erläutere meine Empfehlungen für ein klassensensibles therapeutisches Arbeiten.

Begriffe zum Thema Klasse

Um soziale Ungleichheiten zu definieren, werden verschiedene Begriffe verwendet, darunter (soziale) Klasse, Klassenlage, Klassenzugehörigkeit, soziale Lage, soziale Schicht, sozioökonomischer Status. Diese Begriffe dienen der Darstellung „vertikale[r] soziale[r] Ungleichheiten“ (Krais & Gebauer, 2014, S. 35), das heißt der „ungleiche[n] Teilhabe verschiedener Gruppen der Bevölkerung am gesellschaftlichen Reichtum“ (ebd.). Diese Einteilung beschreibt die faktisch bestehenden Besser- bzw. Schlechterstellungen von Menschen innerhalb einer Gesellschaft, die sich durch ungleichen Zugang zu Ressourcen wie Wohlstand, Sicherheit und Gesundheit äußern (ebd.). Folglich beschreiben diese Begriffe eine hierarchische Positionierung im

3 Masterarbeit zur Erlangung des Grades M. A. Psychologie an der Internationalen Psychoanalytischen Universität Berlin, betreut von Dr. Constanze Oth und Prof. Dr. Phil C. Langer. Das unveröffentlichte Manuskript kann bei der Autorin angefragt werden.

4 Aus inhaltlichen und Platzgründen stelle ich in diesem Artikel nur zwei der drei Personen vor.

5 Bei den Namen handelt es sich um Pseudonyme.

Hinblick auf Privilegien innerhalb eines sozialen Systems. So ist im deutschen Diskurs die Einteilung in Ober-, Mittel- und Unterschicht geläufig, um abzubilden, ob sich jemand in einer besseren, also privilegierteren, oder schlechteren, also weniger privilegierteren Klassenlage befindet. Der Schichtbegriff wird jedoch dafür kritisiert, dass er gesellschaftliche Ungerechtigkeiten nur benennt, ohne zu verdeutlichen, dass soziale Strukturen menschengemacht und dadurch veränderbar sind (Butterwegge, 2021). Ich benutze daher den Begriff der Klasse, um meine Kritik am Schichtbegriff auszudrücken und um darauf zu verweisen, dass die gegenwärtig herrschenden Ungerechtigkeiten veränderungsbedürftig und veränderbar sind. Denn der Begriff der Klasse ist eingebettet in die marxistische Kritik an den herrschenden Verhältnissen. So verwende ich die Begriffe Ober-, Mittel- und Arbeiter:innenklasse, um den unterschiedlichen Zugang zu Privilegien zu beschreiben. Neben dem geringeren Zugang zu gesellschaftlichen Gütern sind Menschen, die der Arbeiter:innenklasse angehören, zusätzlich noch Diskriminierung ausgesetzt. Diese Form der Diskriminierung wird als Klassismus bezeichnet und meint die Abwertung von Individuen und Gruppen aufgrund ihrer geringeren finanziellen und kulturellen Ressourcen (Kemper & Weinbach, 2020), also „aufgrund von Klassenherkunft oder Klassenzugehörigkeit“ (Seeck, 2021, S. 17).

Klassendifferenz und klassenspezifische Gefühle im Therapiesetting

Menschen der Arbeiter:innenklasse sind seltener Empfangende psychotherapeutischer Hilfe (Sonnenmoser, 2012), obwohl ein geringer sozioökonomischer Status die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Störung zu entwickeln, erhöht (Berking, 2012). Im Einkommensvergleich leiden prozentual mehr Individuen mit niedrigem Einkommen unter psychischen Erkrankungen (Jacobi et al., 2014). Zu den Gründen für die geringe Inanspruchnahme therapeutischer Angebote zählen beispielsweise eine niedrigere Gesundheitskompetenz⁶, alltagspragmatische Gründe wie Zeitmangel, aber

6 Gesundheitskompetenz, im englischen Sprachraum als *health literacy* bezeichnet, wird vom Robert Koch-Institut (2024) wie folgt definiert: „Die Fähigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden, werden als ‚Gesundheitskompetenz‘ oder ‚Health Literacy‘ bezeichnet“ (o. S.).

auch emotionale Gründe (Roth & Ebert, 2022⁷). Eine emotionale Vorsicht entsteht beispielsweise durch die Angst der Hilfesuchenden, dass Therapeut:innen nicht über eine ausreichende Klassismussensibilität verfügen oder sogar klassistische Ressentiments reproduzieren (ebd.; Sonnenmoser, 2012), was Niemeyer und Knaevelsrud (2023) in einer Fallstudie nachweisen konnten.

Im Gegensatz zu Hilfesuchenden der Arbeiter:innenklasse verfügen viele in Deutschland niedergelassene ambulante Psychotherapeut:innen über berufsbezogene Privilegien (Baker, 1996). Beispiele für diese Privilegien sind die Möglichkeit einer flexiblen Einteilung der Arbeitszeiten, eine geringe Wahrscheinlichkeit, aufgrund der beruflichen Tätigkeit körperlich zu erkranken, und ein hohes Ansehen für ihre berufliche Position (ebd.). Zudem gehören Psychotherapeut:innen in Deutschland zu den Besserverdienenden (praktischArzt, 2024), haben ein zulassungsbeschränktes Hochschulstudium sowie im Anschluss eine kostspielige Ausbildung abgeschlossen.⁸ Daher ordnet Baker (1996) Psychotherapeut:innen unabhängig von ihrer Klassenherkunft der Mittelklasse zu. Das finde ich dahingehend spannend, dass also eine Klassendifferenz im psychotherapeutischen Setting vorliegt, sobald Patient:innen der Arbeiter:innenklasse eine Psychotherapie aufsuchen.

Die britische Psychoanalytikerin Ryan (2014) erforschte unter anderem, welche Gefühle zwischen Mittelklasse-Therapeut:innen und Arbeiter:innenklasse-Patient:innen vorherrschen. Dazu befragte sie 13 britische Psychoanalytiker:innen (ebd.). Ihrer Untersuchung zufolge empfinden Mittelklasse-Therapeut:innen gegenüber ihren Arbeiter:innenklasse-Patient:innen oft Scham und Schuld wegen ihrer Privilegien, Ohnmacht angesichts der ungerechten Wohlstandsverteilung und Furcht vor Neid ihrer Patient:innen (ebd.). Die Mittelklasse-Therapeut:innen vermuten auch klassenspezifische Gefühle bei ihren Arbeiter:innenklasse-Patient:innen wie Neid und Unterlegenheitsgefühl gegenüber ihren Mittelklasse-Therapeut:innen, Scham für ihre Situation sowie Wut in Bezug auf ihre Klassenposition

7 Die Quelle, ein gedrucktes Zine, entstammt einem Seminar der Berlin University Alliance zu Psychotherapie im Kontext und ist nur in der Bibliothek der Internationalen Psychoanalytischen Universität und der Genderbibliothek der HU Berlin einzusehen, sowie auf Nachfrage bei der Autorin.

8 Die Ausbildungskosten übernehmen häufig Eltern und Partner:innen (Engel et al. 2015), weswegen es für Psychotherapeut:innen in Ausbildung ohne diese Ressourcen eine große finanzielle Belastung darstellt, auch aufgrund der teilweise ausbleibenden bis geringen Vergütung im Ausbildungsblock *Praktische Tätigkeit* (ebd.).

(ebd.). Wenn ich im weiteren Verlauf des Artikels von klassenspezifischen Gefühlen spreche, beziehe ich mich auf diese von Ryan (2014) beschriebenen Gefühlsmuster.

Forschungsdesign und Operationalisierung

Mich interessierte, wie sich klassenspezifische Gefühle im Therapiesetting zwischen Mittelklasse-Therapeut:innen und Arbeiter:innenklasse-Patient:innen zeigen. Im Gegensatz zu Ryan (2014) wollte ich dies nicht aus der Perspektive der Therapeut:innen, sondern aus der Sicht der Patient:innen erforschen. Für dieses Forschungsvorhaben befragte ich im Zuge meiner Masterarbeit (Zacharia, 2022) Menschen, die der Arbeiter:innenklasse zugeordnet werden können und mindestens eine ambulante Psychotherapie⁹ aufgesucht haben. Klasse operationalisierte ich hierbei mittels der Bildungsabschlüsse meiner Proband:innen sowie ihrer Eltern, um nach Seeck (2021) sowohl Klassenzugehörigkeit als auch Klassenherkunft zu integrieren. Proband:innen ordnete ich der Arbeiter:innenklasse zu, wenn weder sie selbst noch ihre Eltern ein Hochschulstudium absolviert hatten.

Meine Stichprobe bestand aus drei Personen, mit denen ich problemzentrierte Interviews führte, die ich tiefenhermeneutisch auswertete. Die tiefenhermeneutische Methode versucht neben dem explizit Gesagten auch den unbewussten Subtext miteinzubeziehen (Morgenroth, 2012). Diese Herangehensweise wird oft kritisiert, da bei der Erfassung von Unbewusstem die Forschenden ihre Erkenntnisse eben nicht nur aus dem intersubjektiven Dialog mit den Befragten generieren, sondern auch ihre eigenen Hypothesen dazu, was die Befragten *wirklich* denken und fühlen, formulieren (Markard et al., 2017). Dennoch halte ich es für einen fruchtbaren Ansatz, Unbewusstes mit in die Forschung einzubeziehen, da Gefühle – besonders ohne Übung – nicht immer leicht in explizite Aussagen zu fassen sind. Die Auswertung tiefenhermeneutischer Forschung erfordert ein Bewusstsein dafür, dass Erkenntnisse aus subjektiven Eindrücken der

9 Da ich einerseits an Ryans (2014) Forschung anschließen wollte, die ihre Interviews mit Psychoanalytiker:innen führte, andererseits selbst die Ausbildung im Bereich Tiefenpsychologie absolviere, hätte ich präferiert, wenn meine Proband:innen ebenso in diesen beiden psychodynamischen Therapierichtungen ihre ambulanten Therapien durchgeführt hätten. Da die Interviewakquise sich jedoch als sehr herausfordernd erwies, ließ ich diesen Anspruch recht schnell fallen. Meine drei Proband:innen fand ich über einen Aushang an einer Kiezlitfasssäule, über den Kontakt zu einer praktizierenden Psychotherapeutin und über eBay Kleinanzeigen.

Forschenden entstanden sind, sodass Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden müssen und keine allgemeingültigen Aussagen getroffen werden können. Tiefenhermeneutisch gewonnene Ergebnisse können beispielsweise zur Generierung neuer Hypothesen für quantitative Studien genutzt oder zur Reflexion des eigenen (therapeutischen) Verhaltens herangezogen werden.

Nach einem ersten offenen Gesprächsteil, in dem meine Proband:innen durch einen Erzählstimulus angeregt wurden, von ihrer Bildungsherkunft und -geschichte sowie von ihren Therapieerfahrungen zu erzählen, fragte ich explizit danach, welche Rolle der Klassenunterschied zu den Therapeut:innen gespielt hatte. Im Folgenden werde ich in meinen beiden Fallbeispielen zu Christa und Francis beschreiben, ob, wie und von welchen klassenspezifischen Gefühlen sie gegenüber ihren Therapeut:innen berichteten.

Ergebnisteil 1: Fallvignette Christa – klassenspezifische Gefühle im Therapiesetting?

Christa war 46 Jahre alt¹⁰, weiß und aufgrund von gesundheitlichen Problemen frühberentet. Nach unabgeschlossener Schullaufbahn holte sie sowohl ihren Hauptschul- als auch ihren Realschulabschluss nach. Sie arbeitete einige Zeit am Fließband und war anschließend in verschiedenen Tätigkeiten durch Zeitarbeitsfirmen beschäftigt, bevor sie einen Quereinstieg bei einem Telefonanbieter machte. Dort war sie unter anderem in der telefonischen Beratung der Störungsstelle tätig, bis ihre gesundheitlichen Einschränkungen das Arbeiten unmöglich machten. Christa berichtete als Einzige aus meiner Stichprobe von Armut und Existenzängsten.

Christas Therapiegeschichte gestaltete sich wie folgt: Ihre erste tiefenpsychologisch fundierte Therapie hatte sie Mitte 20 fünf bis sechs Jahre lang „wegen [ihrer] Kindheit“ (Christa, Interview vom 17.06.2021) gemacht. Im Zuge ihrer sich seit 2011 anhäufenden körperlichen und psychischen Beschwerden hatte sie sich mehrmals in Reha- und psychiatrischen Kliniken aufgehalten. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte sie eine weitere ambulante tiefenpsychologisch fundierte Therapie angefangen. Besonders ihre beiden ambulanten Therapieerfahrungen beschrieb Christa als positiv.

10 Alle zeitlichen Referenzen beziehen sich auf den Zeitpunkt der Interviewführung, nämlich 2021.

Als ich Christa dazu befragte, inwiefern der Klassenunterschied zwischen ihr und ihren Therapeut:innen eine Rolle gespielt habe, antwortete sie zunächst nicht darauf. Erst bei meiner dritten Nachfrage schilderte sie mir eine Erfahrung mit einer Leiterin einer Adipositas-Gruppe, mit der sie während eines Reha-Aufenthalts in Kontakt gekommen war:

„Die war auch sehr, sehr überheblich. Weil auf egal, was du gesagt hast, hat sie erwidert, dass man sich im Prinzip mit den kleinen Mahlzeiten an sein Leben anpassen muss. Ich hab ihr gesagt: ‚Sagen Sie mal, ich arbeite im Büro, da darf man gar nicht essen.‘ Sie sagte darauf: ‚Und wenn Sie ein Brötchen essen, das ist doch erlaubt?‘ Ich sagte: ‚Da esse ich vier Stunden dran.‘ Sie: ‚Ja wie vier Stunden?‘ Ich: ‚Weil ich immer sporadisch reinbeißen kann. [...] Wo soll ich da noch ein kleines Salätchen dazwischen machen, [das] dürfte ich ja nicht [mit ins Büro] nehmen.‘ Sie: ‚Ja, aber Sie haben ’ne halbe Stunde Pause.‘ Ich sagte: ‚Ja, da ich Narkolepsie habe, lege ich mich irgendwo in den Hinterraum und schlafe.‘ Also diese Überheblichkeit. [...] Und dann habe ich das ganz krass gesagt, [...] aber manchmal musst du den Leuten das so sagen: ‚Also hören Sie mal, ich habe auf der Arbeit schon Stress, wenn ich scheißen gehe. Wenn man zwei Minuten drüber ist und zu spät zum Platz kommt. Na wissen Sie, was das für ein Alltagsstress ist?‘ Manchmal musst du den Leuten wirklich so auf den Kopf hauen. Hinterher stellte sich heraus, dass sie zwar auch mehrere Kinder hat, aber auch ’ne Haushaltshilfe, Kinderbetreuung. Und da habe ich auch gedacht: ‚Weißte was Frau, schmeiß die ganze Scheiße mal richtig selber! [...] Dann kannst du mitreden‘“ (ebd.).

Aus Christas Bericht geht hervor, dass die Leiterin der Adipositas-Gruppe unpraktische Vorschläge zur Umstellung ihrer Ernährung machte, ohne Christas Lebensumstände und prekäre Arbeitsbedingungen zu berücksichtigen oder zu verstehen. Im Verlauf der Sitzungen stellte sich heraus, dass die Gruppenleiterin über das Privileg verfügt, Haushaltstätigkeiten abzugeben. Dies führte bei Christa zu Gefühlen von Wut und Unverständnis. Christas Erfahrung aus dieser Adipositas-Gruppe veranschaulicht eine typische strukturelle Ungleichheit, die Menschen der Arbeiter:innenklasse erleben: Finanzielle Mittel bestimmen maßgeblich, ob Sorgearbeit selbst verrichtet werden muss oder nicht (Kemper & Weinbach, 2020). Darüber hinaus verdeutlicht Christas Erfahrung ein fehlendes Privilegienbewusst-

sein¹¹ seitens der Therapeutin, konkret, dass es ein Privileg ist, Sorgearbeit abzugeben und dadurch über mehr zeitliche Freiräume zu verfügen, die beispielsweise für die Umsetzung bestimmter (gesunder) Ernährungsweisen genutzt werden könnten.

Nach diesem Erfahrungsbericht fragte ich Christa erneut, inwieweit der Bildungsunterschied zwischen ihr und ihren Therapeut:innen in der Therapiebeziehung spürbar wurde. Sie antwortete: „Also ich hatte keine Gefühle also irgendeine Gefühlsregung im negativen Sinne, was den Status jetzt angeht, der hat jetzt studiert oder wat weiß ich nicht, das jetzt weniger“. Während sie ihre Gefühle weiter erläuterte, sprach sie dennoch von einigen klassenspezifischen Gefühlen, die im Therapiekontext auftraten:

„Aber klar Scham naja, was heißt Scham. Das ist nicht direkt Scham (seufzt). Deswegen bedarf's ja eines sehr guten Vertrauensverhältnisses, dass man sich so tief öffnen kann. Aber es hat nichts mit Scham zu tun, weil schämen ist für mich wieder was Anderes. Muss nur mal kurz überlegen. Klar, dass man, ich sag mal, eine gewisse Aggressivität oder Neid, ja ich weiß nicht, Neid (seufzt). Neid mag vielleicht 'ne kleine Rolle spielen. Aber das ist ja auch so ein Wort, aber natürlich, dass man sagt, ja das ganze Leben ist irgendwie scheiße und man sieht natürlich auch nicht die positiven Dinge“ (Christa, Interview vom 17.06.2021).

Christa fiel es nicht leicht, Worte für ihre starken Gefühle zu finden. Sie umschrieb einige klassenspezifische Gefühle wie Scham, Aggressivität und Neid, war mit diesen Begriffen jedoch nicht vollständig zufrieden. Dass sie sich geschämt habe, nahm sie wieder zurück, denn ihrer Erfahrung nach ermögliche „ein sehr gutes Vertrauensverhältnis“ (ebd.), dass klassenspezifische Scham in der Therapie nicht von Bedeutung sei. Bezüglich Aggressivität oder auch Neid konnte sich Christa nicht festlegen, wie viel Relevanz sie diesen Gefühlen zuschreiben möchte. Sie bettete diese Gefühle im Nachhinein in ein allgemeines negatives Gefühlskonglomerat ein, denn ihre Sicht auf „das ganze Leben“ (ebd.) sei zu diesem Zeitpunkt „irgendwie scheiße“ (ebd.) gewesen. Auf diese Weise erklärte sie (sich), wie sich ihre allgemeine Gefühlslage auch auf die Therapie und die therapierende Person auswirkte.

11 Vgl. Saase et al. in diesem Band zu einer Erhebung von Privilegienbewusstsein bei Therapeut:innen in Deutschland (Anm. d. Hrsg.).

Ergebnisteil 2: Fallvignette Francis – klassenspezifische Gefühle im Therapiesetting?

Francis, ein *weißer* 55-jähriger seit knapp 20 Jahren in Deutschland lebender US-Amerikaner¹², war als Lagerarbeiter tätig. In den USA absolvierte er auf dem zweiten Bildungsweg eine Massageausbildung, die ihn dort zur physiotherapeutischen Arbeit befähigte. Da seine Ausbildung in Deutschland jedoch nicht anerkannt ist, war er seit mehreren Jahren als ungelernter Arbeiter bei einer Supermarktkette beschäftigt.

Francis' Therapieerfahrungen umfassen ausschließlich ambulante Behandlungen. Seine erste Therapie war Ende der 1990er-Jahre eine Gesprächstherapie in den USA mit einem Therapeuten, der auch als Autor für buddhistisch-philosophische Themen bekannt gewesen sei. Francis hatte diese circa sechsmonatige Therapie wegen Erfahrungen in seiner Kindheit begonnen. Seine zweite Psychotherapie fand von 2016 bis 2018 bei einer tiefenpsychologisch arbeitenden Therapeutin in Deutschland statt. Zudem begann er kurz vor dem Zeitpunkt des Interviews eine psychodynamische Therapie.

Ähnlich wie im Interview mit Christa, wick mir Francis zunächst meiner Frage aus, inwieweit der Klassenunterschied für ihn in seinen Therapien eine Rolle gespielt habe. Daher fragte ich ihn unter anderem explizit nach Neid- und Schamgefühlen in Bezug auf seine Therapeut:innen. Folgende Zitate entstanden als Antworten auf meine Nachfragen:

„Envy was a part of my life at that time. I really thought, oh God, everybody has a formal education and has a job, a career or something; they must be so happy. [...] Yeah, a lot of shame, definitely. I was ashamed. Not ashamed relating to the therapist. There is no shame. They have the formal education. I am in a different class. [...] There was no shame. I think there was just respect for these therapists – every therapist that I have ever had“ (Francis, Interview vom 28.04.2021).

In diesen Ausschnitten berichtete Francis mir, dass er in seinem Leben oft sowohl Neid als auch Scham verspürt habe, jedoch nicht in Bezug auf seine Therapierenden. Er betonte, dass er lediglich Respekt für deren Bildung empfunden habe. Da er dies sehr vehement beteuerte und jegliche nega-

12 Vgl. den Artikel von Laguna in diesem Band zu potenziell widersprüchlichen Prä- und Post-Migrations-Identitäten z. B. durch unterschiedliche Sprache oder Ausprägungen der sozialen Differenzkategorien (Anm. d. Hrsg.).

tiven klassenbezogenen Gefühle negierte, versuchte ich im Interview ein Gedankenexperiment. Ich bat ihn sich vorzustellen, wie seine Therapien verlaufen wären, wenn er einen vergleichbaren Abschluss wie seine Therapierenden gehabt hätte. Von seiner ersten Therapie in den 1990er-Jahren berichtete er dazu Folgendes:

„I think that just the communication and maybe being able to articulate myself. It would have been more flowing. And maybe I am thinking right now, there would not be some doubt in my mind. I would know, I think I would just, at least intellectually, I would know myself better and know kind of better where I stand with in regard to his education. It is, I think it is kind of, if you (lacht) play an instrument with a beginner and you have already an intermediate level, Mittelstufe oder so. It is a different dynamic, yeah. But if you get two fortgeschrittenen Leute zusammen, there is a whole another dynamic there, it's at another level. Therefore I would have been different [...] maybe I would have addressed my emotions more“ (ebd.).

Francis imaginierte in diesem Ausschnitt, dass er ohne Klassendifferenz in einer therapeutischen Beziehung mit homogenem Mittelklassestatus möglicherweise weniger Selbstzweifel gehabt hätte. Er stellte sich vor, dass er sich besser hätte ausdrücken können, eine erhöhte Introspektionsfähigkeit gehabt hätte und dass der Therapieprozess intellektuell fortgeschrittener gewesen wäre. Dies hätte auch eine andere therapeutische Dynamik geschaffen und ihm möglicherweise einen besseren Zugang zu seinen Emotionen ermöglicht. Das verdeutlichte mir, dass für ihn der Bildungsgrad seines Therapeuten aus den USA mit erhöhten (erlernten und erlernbaren) Kompetenzen assoziiert war, da er sich diese selbst zugeschrieben hätte, hätte er den gleichen Bildungsgrad wie sein ehemaliger Therapeut gehabt.

Um zu konkretisieren, ob für Francis das Fehlen dieses Abschlusses und der damit einhergehenden aufgezählten Fähigkeiten klassenspezifische Unterlegenheitsgefühle auslösen könnte, fragte ich direkt nach solchen Gefühlen gegenüber seinem ersten Therapeuten. Francis antwortete:

„Let me think. Yeah, maybe I thought, that he might have, I mean, he knew about my education [...] and I mean, he did not have that, when he was younger, you know. I am sure when he was 18 and he went on to the university, he already had his plan. And I bet his family, his parents, they are, I do not know, they were also probably very educated people. And I do not know, maybe there was something, I thought, he does not

really understand how it is to grow up with a father [...] [who] has got about seven years of education and my mother [...] has got seven years of education. And you know, in our household we had, they were not reading books. [...]. So I guess there was in the back of my mind, I did think about, wow, you know, this guy, he is never, he is just, came from a different class. And maybe there was a little bit of envy there on my side too because I maybe thought: 'Why can't I be a therapist?' And so, there was some envy there" (ebd.).

Zu möglichen Unterlegenheitsgefühlen äußerte sich Francis zwar nicht mehr direkt, jedoch offenbarte er, dass er seinen Therapeuten um dessen Klassenposition und berufliche Stellung ein wenig beneidet habe. Zudem fragte er sich, ob sein Therapeut ihn aufgrund seiner beruflichen Privilegien und akademischen Laufbahn sowie seiner vermuteten bildungsbürgerlichen Sozialisation wirklich verstehen konnte, da Francis selbst unter weniger privilegierten Startbedingungen aufgewachsen ist. Insgesamt wurden auch in diesem Interview bewusste und unbewusste klassenspezifische Gefühle aufgrund der wahrgenommenen Differenz im Therapiesetting deutlich.

Interpretation der Ergebnisse

Abschließend möchte ich die Ergebnisse interpretieren und mit der bestehenden Studienlage in Zusammenhang bringen. Zudem möchte ich zusammenfassend darlegen, welche Erkenntnisse meiner Forschung ich als relevant für die klinisch-praktische Arbeit erachte.

Die von Baker (1996) beschriebenen berufsbezogenen Privilegien von Psychotherapeut:innen und die von Sonnenmoser (2012) beschriebene damit verbundene, fehlende Klassismussensibilität wurden in meiner Forschung in beiden Fallvignetten von den Patient:innen der Arbeiter:innenklasse wahrgenommen. Christa verdeutlichte die gespürte Klassendifferenz vor allem an unterschiedlichen Möglichkeiten zur (un-)flexiblen Arbeitszeiteinteilung, was zu Unverständnis der Therapeutin mit realitätsfernen Ratschlägen führte. Francis hingegen verdeutlichte die gespürte Klassendifferenz vor allem als Kompetenzunterschied. In beiden Fallvignetten wurde die Veränderlichkeit der Klassendifferenz deutlich, sodass meine Wahl des Begriffs Klasse gerechtfertigt war. Während Francis die Verantwortung zur Überbrückung der Klassendifferenz bei den Patient:innen sah, sah Christa die Verantwortung bei den Therapeut:innen. Francis legte dar, dass

die den Therapeut:innen zugeschriebenen intellektuellen Kompetenzen im sprachlichen und emotionalen Ausdruck auch für Patient:innen erlernbar seien, ähnlich dem Erlernen eines Instruments. Christa dagegen betonte die Notwendigkeit 1.) eines Privilegienbewusstseins von Therapeut:innen, 2.) einer Wissensaneignung über die konkreten Lebensumstände ihrer Patient:innen, um keine ignoranten oder klassistischen Aussagen zu treffen, 3.) einer Perspektivübernahme der Therapeut:innen, beispielsweise indem sie auch mal ohne Haushaltshilfe den Alltag mit Kindern gestalten würden, und 4.) des Schaffens eines Vertrauensverhältnisses, sodass Patient:innen sich öffnen können. Ein gutes Vertrauensverhältnis wurde mehrheitlich auch bei den von McEvoy, Clarke und Thomas (2021) befragten Beratenden und Therapeut:innen hervorgehoben. Während diese Beratenden und Therapeut:innen mit berufsspezifischen Privilegien klassenignorant berichteten, dass die therapeutische Beziehung so gestaltet werden könne, dass Klassenunterschiede keine Rolle spielten (ebd.), zeigten die von mir untersuchten Patient:innen der Arbeiter:innenklasse nach unterstützendem Nachfragen ein klassenbewusstes Wahrnehmen der Klassendifferenz im Therapiesetting.

In Bezug auf klassenspezifische Gefühle hatten sowohl Christa als auch Francis Schwierigkeiten, ihre Wahrnehmungen und Emotionen auszudrücken. Durch Umformulieren und Wiederholen der Fragen konnten dennoch Hinweise auf die von Ryan (2014) formulierten klassenspezifischen Gefühle wie Neid, Wut, Scham und Unterlegenheitsgefühle gefunden werden. Christa negierte zwar Unterlegenheitsgefühle aufgrund des Statusunterschieds, formulierte aber Neid und Aggression aufgrund des mangelnden Klassenverständnisses der Therapeutin sowie uneindeutige schambehaftete Gefühle. Auch Francis äußerte sich uneindeutig zu Scham, formulierte jedoch eindeutig Neid und deutete zudem Unterlegenheitsgefühle an. Dass meine Proband:innen diese Gefühle nicht explizit auf bewusster Ebene wahrnahmen, verstehe ich auch als Resultat des emotionalen Bedürfnisses, sich sicher im Therapiesetting zu fühlen und dieses als frei von Klassismus zu erleben, besonders weil meine Proband:innen klassistische Diskriminierung außerhalb der Therapie erfahren haben (Zacharia, 2022). Das unbewusste Ausklammern klassenspezifischer Gefühle im Therapieprozess deute ich als Strategie, um die bei Roth und Ebert (2022) sowie Sonnenmoser (2012) beschriebene emotionale Vorsicht, die als hemmender Faktor während der Therapieplatzsuche ausgemacht wurde, überwinden und so nicht nur Therapien aufsuchen, sondern auch ein positives Verhältnis zu den Therapeut:innen aufbauen zu können. Hier bedarf es konkre-

ter Vergleichsstudien, die unterschiedliche Zeitpunkte (Therapieplatzsuche oder Therapieprozess) untersuchen. Die tiefenhermeneutische Methode war also gerechtfertigt, um diese unbewussten Gefühle einzubeziehen. Aufgrund der geringen Stichprobengröße sind meine Ergebnisse zwar nicht verallgemeinerbar, aber sie stützen bestehende Forschungsergebnisse und können zur Hypothesengewinnung für zukünftige Forschung genutzt werden. So könnte das Verdrängen von Klassendifferenz im Therapiesetting als sicherheitsstiftende Strategie in zukünftiger Forschung untersucht werden.

Fazit

Basierend auf meinen eigenen Forschungsergebnissen und weiterer Forschungsliteratur (Ryan, 2014, 2017) lässt sich festhalten, dass Klassendifferenz und die damit verbundenen klassenspezifischen Gefühle im Therapiesetting eine Rolle spielen, jedoch individuell variieren können. Im Folgenden leite ich daraus Empfehlungen für das therapeutische Arbeiten ab.

Ryan (2017) hat gezeigt, dass das Nicht-Thematisieren von Klassendifferenzen zwischen Patient:innen und Therapeut:innen sich negativ auf die Therapiebeziehung auswirkt, weil diese Differenzen als unbesprochenes Thema eine Distanz schaffen können. Meine Forschungsergebnisse zeigen, dass Patient:innen der Arbeiter:innenklasse Klassendifferenz zunächst vorsichtig ausklammern, möglicherweise aufgrund verinnerlichter Unterdrückung (David, 2013) oder als sicherheitsstiftende Strategie im Sinne der emotionalen Vorsicht (Roth & Ebert, 2022; Sonnenmoser, 2012), um die Therapie effektiv nutzen zu können. Daher sollten Therapeut:innen die Themen Klasse und Klassendifferenz nicht ignorieren, sondern Patient:innen der Arbeiter:innenklasse dabei unterstützen, diese Themen produktiv für sich und die Therapie zu nutzen. Ich plädiere dafür, Klassendifferenzen und die damit einhergehenden klassenspezifischen Gefühle explizit anzusprechen, insbesondere wenn Klassendifferenzen für Patient:innen emotional stark aufgeladen sind. Auf diese Weise können im Therapiesetting auch klassistische Erfahrungen, die in der Außenwelt erlebt wurden, bearbeitet werden. Die Exploration und Bearbeitung klassenspezifischer Differenzen und Gefühle kann zudem die therapeutische Beziehung stärken, was als entscheidender Faktor für den Therapieerfolg gilt (Flückiger et al., 2015). Obwohl Patient:innen (am Anfang) möglicherweise kein Bedürfnis haben, diese Themen anzusprechen – wie es bei meinen Proband:innen der Fall war –, kann ein wiederholtes und klassengerechtes (Um-)Formulieren

der Fragen und Themen dazu beitragen, dass klassenspezifische Gefühle den Patient:innen zugänglich und somit bearbeitbar werden. Weiterhin signalisiert das aktive Einbringen der Thematik, dass man versucht ein:e klassensensible:r Therapeut:in zu sein. Dafür sollte sich therapeutisches Personal darum bemühen, 1.) die teils prekären und daher anspruchsvollen Lebensumstände ihrer Patient:innen zu verstehen und zu berücksichtigen, 2.) ein eigenes Privilegienbewusstsein zu entwickeln, 3.) Klassendifferenzen als fluide zu verstehen mit erlernbaren Kompetenzen und verlernbaren Handlungsweisen aller Beteiligten und 4.) die Handlungsmacht von Patient:innen zu fördern beispielsweise durch Ermutigen, die eigene Lebenslage detailliert zu beschreiben, neue Kompetenzen im Leben für die persönliche Weiterentwicklung zu erwerben und klassenspezifische Gefühle und Kritik am (klassistischen) Verhalten von Therapeut:innen trotz der ihnen zugeschriebenen Expertise zu äußern.

Auf diese Weise können Patient:innen der Arbeiter:innenklasse Psychotherapien bei bestehender Klassendifferenz effizient nutzen, und gleichzeitig können die Auswirkungen von Klassendifferenzen verringert werden.

Literatur

- Arslan, E., & Ackermann-Arslan, V. (2020). Die gespaltenen inneren Bilder einer Bildungsaufsteigerin: Ist die soziogenetische Betrachtung für die Psychotherapie unabdingbar? In P. Wahl (Hrsg.), *Bildung und innere Bilder* (S. 96–119). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baker, N. L. (1996). Class as a construct in a 'classless' society. *Women and Therapy*, 18(3–4), 13–23. https://doi.org/10.1300/J015v18n03_03
- Berking, M. (2012). Ursachen psychischer Störungen. In M. Berking & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor*. Bd. I: *Grundlagen und Störungswissen* (S. 19–28). Springer.
- Butterwegge, C. (2021). *Ungleichheit in der Klassengesellschaft* (2. Aufl.). PapyRossa.
- David, E. J. R. (2013). *Internalized oppression. The psychology of marginalized groups*. Springer.
- Engel, M. C., Jacobs, I., Fydrich, T., & Ziegler, M. (2015). Belastungserleben von Psychotherapeuten in Ausbildung. *Psychotherapeut*, 60, 536–546, <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0055-2>
- Flückiger, C., Horvath, A. O., Del Re, A. C., Symonds, D., & Holzer, C. (2015). Bedeutung der Arbeitsallianz in der Psychotherapie: Übersicht aktueller Metaanalysen. *Psychotherapeut*, 60, 187–192. <https://doi.org/10.5167/uzh-135938>

- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77–87.
- Kemper, A., & Weinbach, H. (2020). *Klassismus. Eine Einführung* (3. Aufl.). Unrast.
- Kloiber, O. (2000). ‚Patienten sind keine Kunden‘. *Deutsches Ärzteblatt*, 97(5), A-229.
- Krais, B., & Gebauer, G. (2014). *Habitus* (6. Aufl.). transcript.
- Markard, M., Mey, G., Scholz, J., Thomas, S., Rüppel, J., & Uhlig, T. D. (2017). Qualitative Forschung: Ein Weg zu einer kritischen Psychologie? Eine Podiumsdiskussion. In D. Heseler, R. Iltzsche, O. Rojon, J. Rüppel & T. D. Uhlig (Hrsg.), *Perspektiven kritischer Psychologie und qualitativer Forschung. Zur Unberechenbarkeit des Subjekts* (S. 351–382). Springer.
- McEvoy, C., Clarke, V., & Thomas, Z. (2021). ‘Rarely discussed but always present’: Exploring therapists’ accounts of the relationship between social class, mental health and therapy. *Counselling & Psychotherapy Research*, 21(2), 324–334. <https://doi.org/10.1002/capr.12382>
- Morgenroth, C. (2012). Gegenübertragung in der Forschungsbeziehung: Störung als Erkenntnischance. *Soziale Passagen*, 4, 23–38.
- Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2023). Socioeconomic status and access to psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 937–953. <https://doi.org/10.1002/jclp.23449>
- praktischArzt (2024, 14. April). *Psychologe/-in: Gehalt und Verdienst*. <https://www.praktischarzt.de/arzt/psychologe-gehalt/>
- Robert Koch-Institut (2024, 3. Juni). *Gesundheitskompetenz / Health Literacy*. RKI. https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/G/Gesundheitskompetenz/Gesundheit_skompetenz_node.html
- Roth, J., & Ebert, J. (2022). Psychotherapie für Betroffene von Armut: eine Annäherung [gedrucktes Zine, vorgestellt auf Seminar der Berlin University Alliance zu Psychotherapie im Kontext]. *Kontext. Intersektionale Perspektiven für psychologische Forschung, Lehre und Praxis*, 35–49.
- Ryan, J. (2014). ‘Class is in you’: An exploration of some social class issues in psychotherapeutic work. In F. Lowe (Hrsg.), *Thinking space. Promoting thinking about race, culture and diversity in psychotherapy and beyond* (S. 127–146). Karnac.
- Ryan, J. (2017). *Class and psychoanalysis. Landscapes of inequality*. Routledge.
- Seeck, F. (2021). Hä, was heißt den Klassismus? In F. Seeck & B. Theißl (Hrsg.), *Solidarisch gegen Klassismus. Organisieren, intervenieren, umverteilen* (3. Aufl., S. 17–18). Unrast.
- Sonnenmoser, M. (2012). Soziale Schicht und Psychotherapie: Kluft zwischen den Lebenswelten. *Deutsches Ärzteblatt*, 9, 412–413. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?i=d=129363>

Zacharia, S. (2022). *Klassendifferenz im psychotherapeutischen Setting. Eine tiefenhermeneutische Auseinandersetzung anhand von Interviews mit Patient:innen ‚der Arbeiterklasse‘* [unveröffentlichte Masterarbeit]. Internationale Psychoanalytische Universität Berlin.