

90 Jahre Familientherapie – Spurensuche auf entlegenem Gelände

Hans-Peter Heekerens

Zusammenfassung

Es wird der These Salvador Minuchins nachgegangen, man habe den Beginn der Familientherapie im ersten Behandlungsfall Frederick H. Allens an der Philadelphia Child Guidance Clinic im Jahre 1925 zu sehen. Theorie und Praxis des Psychiaters Allen und die Arbeitsweise der „Philadelphia“, deren Direktor er über drei Jahrzehnte war, wird betrachtet; ebenso die beiden bedeutenden Kontexte: die durch Ideen der Mental Hygiene-Bewegung geprägten Child Guidance Clinics der 1920er und 1930er einerseits und andererseits der Funktionale oder Rankianische Ansatz des Social Casework, wie er damals an der Pennsylvania School of Social Work entwickelt wurde.

Historische Identität

Ab einem bestimmten Punkt ihrer Entwicklung, man könnte sagen: wenn ein bestimmter Reifegrad erreicht ist, versichern sich Professionen und Disziplinen ihrer historischen Identität. Mit historischer Identität ist dabei in einem ganz allgemeinen Sinne eine Selbstlokalisierung von sozialen Gruppen und ihren Mitgliedern im historischen Prozess gemeint. Versuche solcher geschichtlicher Verortungen finden sich auch auf dem Gebiet der Psychotherapie im Allgemeinen und dem der Familientherapie bzw. Systemischen Therapie im Besonderen. Anlass zu solcher Erinnerungsarbeit hatte 1985 die erste *Evolution of Psychotherapy Conference* in Phoenix (AR) gegeben. Zwei Jahre später erschienen deren Beiträge in einem Buch, dessen erster mit dem Titel „My Many Voices“ von Salvador Minuchin (1987) stammt.

Zunächst referiert er traditionelle Anschauungen darüber, wann und wo die Familientherapie denn „geboren“ worden sei. Dann wartet er mit einer Bemerkung auf, die die damalige Zuhörerschaft erstaunt haben dürfte und noch heute Erstaunen hervorrufen mag: „Nach meiner Einschätzung freilich, dürfte die Familientherapie 1925 ihren Anfang genommen haben – mit dem ersten Fall, der an der *Philadelphia Child Guidance Clinic* Dr. Frederick Allen vorgestellt wurde.“ (S. 5-6)

Überraschend noch heute dürfte die Bemerkung deshalb sein, weil zeitgenössische Darstellungen der Geschichte der Familientherapie in aller Regel weder Frederick H. Allen noch

die *Philadelphia Child Guidance Clinic* (im Weiteren: „Philadelphia“) auch nur erwähnen. Das gilt, auch wenn ansonsten über die Geschichte der Familientherapie und Systemischen Therapie ausführlich und kenntnisreich berichtet wird, sowohl diesseits wie jenseits des Atlantiks (vgl. etwa Rasheed et al., 2010; v. Schlippe, Schweitzer, 2012).

Wer war Frederick H. Allen?

Im Nachruf auf Allen (1890-1964) im *American Journal of Orthopsychiatry* findet sich der Satz: „Seine Karriere verlief parallel zur Etablierung der Kinderpsychiatrie“ (Robinson, 1964, S. 965). Er war nicht etwa ein bloßer Mitläufer, er war ein wesentlicher Treiber dieses Prozesses. Schon auf den ersten Blick ist das erkennbar an den vielen Funktionen, die er dabei innehatte. Ich nenne hier nur zwei: Er war der erste Präsident der *International Society of Child Psychiatry* und nach dem 2. Weltkrieg Präsident der *International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*, der bis heute bedeutsamsten internationalen Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sein 1942 erschienenes Buch „Psychotherapy with Children“ gehört zu den bedeutendsten Schriften der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

So geehrt er am Ende seines Schaffens (auch) in der Medizin war, so viel Unverständnis schlug ihm gerade von Medizinern am Anfang seiner dreißigjährigen Tätigkeit als Direktor der „Philadelphia“ (1925-1956) entgegen. Seine langjährige Mitarbeiterin (ab 1931 bis zu seinem Dienstende), die Sozialarbeiterin Dorothy Hankins, hat notiert (Hankins, 1969) – und Harry J. Aponte (1979, S. 6) hat uns das überliefert –, was ein Mitglied des Gründungsausschusses und Aufsichtsgremiums (Board) ihr über die Anfangszeit berichtet hat. Die Neurologen und Psychiater seien höchst verwundert darüber gewesen, dass Allen bei Diagnose und Therapie sozialen Gesichtspunkten die gleiche Bedeutsamkeit einräumte wie (organ-)medizinischen. Die Mehrheit verlor daher schnell ein Interesse an weiterer Zusammenarbeit. Drei Ärzte blieben, da auch sie den Eindruck hatten, Allen sei ein Mann „born to help children“. Er, der nach nur wenigen allgemeinspsychiatrischen Lehrjahren an die „Philadelphia“ gekommen war, muss schon Mitte der 1920er ausgestrahlt haben, dass er das Zeug zum „Sozialpsychiater“ habe (vgl. Aponte, 1979, S. 5).

Child Guidance Clinics: multiprofessionell und interdisziplinär

Dass sich Minuchin und Aponte so gut mit Allen und der „Philadelphia“ auskennen, kommt nicht von ungefähr. Minuchin war in den Jahren 1967-1975 (die Zeitangaben in der Literatur schwanken) Direktor der „Philadelphia“; 1967 erschien „Families of the Slums“, das eine frühere Tätigkeitsphase an einem anderen Ort dokumentiert. Sein Nachfolger oder einer seiner Nachfolger an der „Philadelphia“ (genaue Angaben sind nicht zu ermitteln) ist Aponte,

der für 1979 sicher als deren Direktor ausgewiesen ist (Aponte, 1979, S. 1). Die beiden sahen also, der eine aus kurzem, der andere aus längerem zeitlichem Abstand auf die wirkmächtige Arbeit Allens zurück.

Die „Philadelphia“ war nicht die einzige *Child Guidance Clinic*, noch nicht mal die erste, aber sie hat, historisch beurteilt, die größte Strahlkraft entfaltet. Die für die *Child Guidance Clinics* charakteristische Personalstruktur (Mitarbeiter verschiedener Professionen) war eine aus der damaligen US-amerikanischen *Mental Hygiene*-Kultur entstammende Vorgabe: Ärzte (in der Regel Psychiater), Psychologen (die damals in der Regel nur diagnostisch tätig wurden) und Sozialarbeiterinnen (in der Regel als *Case Worker* ausgebildet, ab Mitte der 1920er oft mit einer psychodynamischen Weiterbildung in *Psychiatric Social Work*; vgl. Swift, 1934). Im Falle der „Philadelphia“ bestand das Personal um 1930 aus zwei Psychiatern, zwei Psychologen und sieben bis neun Sozialarbeiterinnen (Allen, 1932). Ob eine solch in beruflicher Hinsicht gemischte Mitarbeiterschaft tatsächlich ein multiprofessionelles Team bilden konnte, das eine interdisziplinäre Sicht und Herangehensweise zu realisieren imstande war, hing wesentlich von der Leitung ab. Allen war nach allen Zeugnissen ein Förderer und Gewährleister dieser Sache.

Die Erziehungsberatungsstellen im Westen Nachkriegsdeutschlands, in der US-Zone vorweg, wurden nach dem Vorbild der US-amerikanischen *Child Guidance Clinics* aufgebaut und ausgestattet. Ob sie ihre Vorbilder je erreichten, mag man bezweifeln, und sie an der „Philadelphia“ zu messen, wäre ein wahrlich unfairer Vergleich. Die Erziehungsberatungsstelle war aber, und darin hat man sie als wahre Erbin der *Child Guidance Clinic* zu sehen, vor der Mitte der 1970er diejenige Institution im Sozial- und Gesundheitsbereich der Bundesrepublik, in der ein biopsychosozialer Ansatz in Diagnostik und Therapie schon am ehesten realisiert wurde, und sie war, mit Blick auf den hiesigen Sozial- und Gesundheitsbereich, der Ort, an dem die Familientherapie am schnellsten aufgegriffen wurde und sich am weitesten verbreitete (Heekerens, 1986).

Merkmale der „Philadelphia“: aufsuchend und mehrdimensional

Zur Begründung seiner These, die Familientherapie habe ihren Anfang 1925 mit dem ersten Behandlungsfall an der unter Allens Leitung stehenden „Philadelphia“ genommen, berichtet Minuchin (1987) – aus Hankins (1969) Aufzeichnungen referierend – einiges zu dem Patienten und seiner Familie sowie zu den Therapeut(inn)en und deren Vorgehen. Von der Mutter angemeldet worden war ein 10-jähriger wegen „Störungen des Sozialverhaltens“, um den Anmeldegrund pauschalisierend zu kennzeichnen. Die Familie lebte in einem der „schlechteren“ Viertel Philadelphias und bestand aus dem Jungen, seiner Mutter, seinem Stiefvater und seiner dreieinhalbjährigen Stiefschwester. Ein „typischer Fall“ würden Mitarbeiter von

Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Ambulanzen auch heute und auch hierzulande sagen.

Was das diagnostische und therapeutische Vorgehen anbelangt, so erfahren wir, dass es neben direkt Kind-bezogenen und in der Klinik stattfindenden Maßnahmen (wie körperliche und psychologisch-diagnostische Untersuchungen sowie ärztliche Gespräche) andere gab, die von der Sozialarbeiterin „draußen“ und mit „bedeutsamen Dritten“ durchgeführt wurden. Da führte man mit der Familie, mal mit der ganzen, mal mit einzelnen Familienmitgliedern, in deren Zuhause Gespräche, interviewte Nachbarn vor Ort und suchte die Schule auf, um mit den Lehrer(inne)n zu sprechen. Im Verlauf all dessen erstellte die Sozialarbeiterin eine ausführliche *Social History*, in der eine Sozialanamnese ebenso vertreten war wie eine Familiengeschichte.

Minuchin referiert über den Fall noch Weiteres (z. B. über das erweiterte familiäre System), aber schon das Bisherige deutet an, womit damals experimentiert wurde und was heute noch oder neuerdings wieder – vor allem für Aufgabengebiete und Handlungsfelder der Sozialen Arbeit – bedeutsam erscheint. Da ist zum einen der aus der Tradition der Sozialen Arbeit (Stichwort „Hausbesuch“) stammende Aspekt des Aufsuchens; die „Aufsuchende Familientherapie“ ist seit einigen Jahren hierzulande als eigenständige Hilfe zur Erziehung etabliert und genießt disziplinäre wie professionelle Aufmerksamkeit (vgl. etwa Müller, Bräutigam, 2011). Der andere Aspekt der damaligen Arbeit ist der, dass er sich in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht nicht auf den Patienten und dessen Familie beschränkt, sondern andere „Kontexte“ berücksichtigt. Diese Idee wird hier und heute vor allem von zwei aus den USA stammenden Ansätzen, die – „natürlich“ möchte man sagen – im aufsuchenden Modus arbeiten, propagiert: der Multisystemischen Therapie und der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT). Die MDFT wurde begründet von Howard Liddle, und der empfing seine Inspiration für und sein Training in Familientherapie an der „Philadelphia“ durch Aponte und Minuchin (<http://www.mdft.org/About/Program-history>; Zugriff 02.05.15)

Besonderheiten der „Philadelphia“: Gegenwarts- und Wachstumsorientierung

„Aufsuchend“ und „mehrdimensional“ waren Merkmale der „Philadelphia“, die sie mit manch anderen *Child Guidance Clinics* der frühen Jahre teilte (vgl. Horn, 1989). Besonderheiten der frühen „Philadelphia“, die bis heute durch ihre Modernität beeindruckten und über deren Gründe nachfolgend noch informiert werden wird, sind zu nennen: Die Betonung der „Hier-und-Jetzt“-Beziehung und die Konzeptualisierung von Therapie als (Ermöglichung von) Wachstum.

Was den ersten Punkt anbelangt, so hat Aponte (1979, S. 5) im Vorwort zur zweiten Auflage von Allens „*Psychotherapy with Children*“ hervorgehoben: „Immer und immer wieder hat Allen die Aufmerksamkeit der Therapeut(innen) auf Zweierlei ausgerichtet: auf die gegenwärtige Realität im Leben des Kindes und auf die gegenwärtige Realität der therapeutischen Beziehung.“ Beide Punkte hängen sachlich zusammen, können und müssen zur näheren Betrachtung unterschieden werden. Nehmen wir zunächst einmal „die gegenwärtige Realität im Leben des Kindes“ in den Blick.

In der „Philadelphia“ wurden keine gemeinsamen Familiengespräche, wie sie für eine *Conjoint Family Therapy* typisch sind, durchgeführt; vielmehr wurde mit kindlichen (Index-) Patient(inn)en und den Eltern getrennt gearbeitet. Ferner gab es damals (selbstverständlich) noch keine theoretischen Entwürfe, die eine systemische Konzeptualisierung der Arbeit ermöglicht hätten. Aber es gab gewisse Ideen über Interdependenz. Hankins hat in ihren Notizen über ein Seminar bei dem für die Denk- und Arbeitsweise der „Philadelphia“ außerordentlich bedeutsamen Freud-Schüler und -Dissidenten Otto Rank (zu ihm unten noch mehr) notiert, er habe gesagt: „Wenn man einen Patienten behandelt, beeinflusst man auch das Leben anderer Familienmitglieder ... Durch die Einzeltherapie kann man Personen, die man nie sieht, helfen oder schaden.“ (zitiert nach Lieberman, 2014, S. 473)

Der Interdependenz-Gedanke hatte damals an der „Philadelphia“ große Bedeutung: Man verknüpfte bei den theoretischen Überlegungen das Problem des Kindes mit dem Verhalten seiner Eltern und machte (daher) im praktischen Vorgehen sowohl Kind als auch Eltern zum Ziel therapeutischer Bemühungen. Zwei Zitate mögen das illustrieren. Da ist zum einen ein Auszug aus Allens Positionspapier von 1930, in dem er die Entwicklung der klinischen Theorie der „Philadelphia“ skizziert.

„Eine der ungesunden Eigenschaften des Vorgehens bei (angestrebten) Verhaltensänderungen des Kindes ... besteht darin, dass es dem Erwachsenen eine weitere Entschuldigung für die Vermeidung der Notwendigkeit gibt, sich diesen Problemen selbst zu stellen, was wiederum in einem kausalen Zusammenhang zum Verhalten des Kindes steht ... Eine einigermassen direkte und verständnisvolle Erarbeitung der eigenen Haltung und Beziehungen der Erwachsenen – nicht bloß des Kindes, sondern mit anderen Erwachsenen, insbesondere denjenigen in der Ehe- und Familiensituation – scheint die Zielsetzung zu sein, mit der wir in der Erziehungsberatung arbeiten.“ (Allen, 1930, S. 8)

Das Ziel solcher therapeutischer Arbeit hat Almena Dawley, *Chief Social Worker* während Allens ganzer Zeit an der „Philadelphia“, so formuliert: „Ein erster Grundsatz in der Arbeit mit Kindern und ihren Eltern in der Erziehungsberatung ist, dass ungeachtet dessen, wie kritisch das Problem des Kindes und wie gestört die Beziehung mit der Familie sein mag, die

potentielle Wiederbelebung für das Kind und seine Eltern innerhalb dieser Familienbeziehungen liegt.“ (referiert von Hankins, 1969; zitiert nach Aponte, 1979, S. 4).

(Re-)Vitalisierung als Therapieziel – das klingt nach Humanistischer Psychotherapie. Aber „gibt“ es die denn nicht erst ab den 1940ern? In der Geschichte „gibt“ es nichts, was nicht durch (mehr oder minder sinnfällige) Konstruktion hergestellt würde, und möglicherweise muss man (auch) die Geburtsstunde der Humanistischen Psychotherapie vorverlegen. Als die gilt nach üblicher Auffassung der Dezembertag des Jahres 1940, an dem Carl Rogers an der Universität von Minnesota sein Papier „Newer Concepts in Psychotherapy“ präsentierte.

Im Februar desselben Jahres hatte die 17. Jahrestagung der *American Orthopsychiatric Association* stattgefunden, in deren Rahmen auch eine Arbeitsgruppe für grundlegende Fragen der Psychotherapie eingerichtet war. Deren Tagungsbericht zeigt uns einen Rogers, der da noch in einer Weise spricht, die er kurze Zeit später heftig kritisieren würde: ganz in der Tradition der „interpretierenden Therapie“ spricht er von Interpretation und Einsicht als Wirkelementen der Therapie (*American Orthopsychiatric Association*, 1940, S. 702-703).

Ganz andere Töne hingegen waren von einem zweiten Teilnehmer der Arbeitsgruppe, nämlich Allen, zu hören. Der skizzierte ein Konzept von Therapie als „einzigartiger Wachstums-erfahrung“ und sprach den Satz aus, der programmatisch für die sich am Horizont der Geschichte abzeichnende Humanistische Psychotherapie werden sollte: „Ein Therapeut hat nichts anzubieten als sich selbst“ (A therapist has nothing to offer except himself; *American Orthopsychiatric Association*, 1940, S. 698). Solche Rede macht nur Sinn, und damit sind wir beim zweiten eingangs genannten Punkt angelangt, im Rahmen einer Therapiekonzeption, die die gegenwärtige Realität der therapeutischen Beziehung betont.

Wie sehr heutige Systemische Therapeut(inn)en Erb(inn)en einer solchen Grundhaltung sind, hat Kurt Ludewig, einer der bedeutsamsten Förderer der Systemischen Therapie, in seinem „Brief an die nächste Generation“ festgehalten: „Psychotherapie ist eine grundsätzlich persönliche Auseinandersetzung zwischen Menschen, zu deren Erklärung die bislang gültigen, auf Kausalität gerichteten Konzepte phänomenologisch unangemessen sind. Die Professionalität der Psychotherapeuten erweist sich nicht darin, standardisierte Maßstäbe nach vorgegebenen Regeln anzuwenden, sondern vielmehr darin, die eigene Person im Einklang mit den Kanons der eigenen Profession zur Verfügung zu stellen.“ (Ludewig, 2013, S. 228)

Der Rankianische oder Funktionale Ansatz des (Family) Case Work

Rogers hat 1983 in einem auf Video dokumentierten Interview auf die Frage, wer denn seine Lehrer gewesen seien, geantwortet: „Otto Rank and my clients“ (zitiert nach Kramer, 1995, S. 78). Direkten persönlichen Kontakt hatte Rogers mit Rank nie; er hat offensichtlich manche seiner Schriften gelesen und man weiß, dass er im Juni 1936 – in seiner Funktion als Leiter des *Rochester Guidance Center* – Rank zur Durchführung eines zweitägigen Seminars eingeladen hatte (ausf. Heekerens, Ohling, 2005). Angeregt worden war er dazu durch den Hinweis von Absolventinnen der *Pennsylvania School of Social Work* in Philadelphia (im Weiteren: „Penn“). Die sagten ihm, an der „Penn“ ginge es nicht um (die in der Freudschen Tradition stehende) „interpretierende Therapie“, mit der er in Rochester angetreten war (Kirschenbaum, 1979, S. 86), sondern um „Beziehungstherapie“. Nach diesem Seminar tat Rogers einen entscheidenden Schritt: „Ich stellte eine Sozialarbeiterin ein, die an der Philadelphia School of Social Work in Ranks ‚Relationship Therapy‘ ausgebildet war und lernte viel von ihr.“ (Rogers, 1975, S. 17)

Statt vom Rankianischen, eine Redeweise, die von der Psychotherapie bevorzugt wird, spricht man auch, und das ist in der Sozialen Arbeit vorherrschend, vom Funktionalen Ansatz. Beide Begriffe beleuchten die zwei unterschiedlichen Seiten des an der „Penn“ ab Mitte der 1920er entwickelten Ansatzes des *Case Work* (Soziale Einzelfallhilfe). Dort wurde erstmals in systematischer Weise der Versuch unternommen, eine zentrale und bis heute offene Frage der Sozialen Arbeit grundlegend zu klären: das Verhältnis von „Helfen als Prozess und Dienstleistung als Funktion“ (Müller, 2012, S. 10). Der Rankianische oder Funktionale Ansatz wurde an der „Penn“ von der Psychologin Virginia P. Robinson und der Soziologin Jessie Taft ab der Mitte der 1920er, 1924 waren sie erstmals mit Rank in Kontakt gekommen, entwickelt (Ohling, Heekerens, 2004; Robinson, 1968/2008). Die Entwicklung dieses Ansatzes an der „Penn“ und die der Arbeit mit Familien an der „Philadelphia“ liefen also zeitlich parallel.

Man darf hier Wechselwirkungen vermuten, wenngleich wir gesichertes Wissen nur über den Einfluss der „Penn“ (und ihres Inspirators Rank) auf die „Philadelphia“ haben. Eine erste Einflussquelle waren die an der „Philadelphia“ tätigen Sozialarbeiterinnen, die entweder an der „Penn“ zu Zeiten von Robinson und Taft ausgebildet worden waren oder aber sich dem Funktionalen Ansatz zugewandt hatten. Das dürfte auf die meisten oder gar alle „Philadelphia“-Sozialarbeiterinnen zutreffen. Von Allens langjährigen Mitarbeiterinnen Dawley und Hankins wissen wir das mit Sicherheit und für alle anderen Sozialarbeiterinnen darf man das aus gutem Grund vermuten. Der Rankianische Ansatz hatte sein Zentrum außerhalb der „Penn“ in Philadelphias klinischen und sozialen Einrichtungen für Kinder (Lubove, 1965, S. 115).

Heutzutage ist der Rankianische oder Funktionale Ansatz der „Penn“ selbst in der Sozialen Arbeit wenig bekannt, die allgemeine Psychotherapie kennt ihn kaum und in der Familientherapie hat nur einer ihrer Vertreter, ohne dass er freilich als solcher identifiziert würde, eine Würdigung erhalten: M. Robert Gomberg (1914-1958). Ihm zu Ehren wurde 1961 eine *Memorial Conference* veranstaltet, deren Vorträge noch im gleichen Jahr durch die *Family Service Association of America* veröffentlicht wurden. Als Herausgeber fungierten Nathan W. Ackerman, Frances L. Beatman und Sanford N. Sherman und unter den Referent(inn)en finden sich illustre Namen: neben Nathan W. Ackerman etwa Gregory Bateson, Don D. Jackson, Virginia Satir und Lyman C. Wynne. Gomberg hatte in den 1930ern an der „Penn“ den Master of Social Work erworben und in das 1944 von Taft herausgegebene Werk „A Functional Approach to Family Casework“ den zentralen Beitrag „The Specific Nature of Family Case Work“ eingebracht.

Otto Rank

Der Freud-Biograph E. James Lieberman berichtet, eine von ihm interviewte Zeitzeugin habe erzählt, Rank habe einer Studentin gegenüber einmal gesagt, „Allen sei Rankscher als er selbst“ (Lieberman, 2014, S. 474). Ob Allen Ranks Analysand war, ist nicht mit Sicherheit geklärt. In der jüngsten Rank-Biographie (Lieberman, 2014) gibt es zwar eine entsprechende Bemerkung (vgl. S. 356), aber es wird keine belastbare Quelle genannt; vor allem fehlt im Unterschied zu etwa Robinson und Taft ein entsprechendes Selbstzeugnis. Gut dokumentiert ist, dass er (wie etwa auch Dawley, Robinson und Taft) sich ab 1925 zu verschiedenen Gelegenheiten mit Rank traf, sei es in Paris oder in Philadelphia (Lieberman, 2014). Unverkennbar sind die Spuren Rankschen Denkens in Allens Schrifttum, oben wurden Proben zu Gesicht gebracht, und in seinem Handeln, soweit es durch Selbst- und Fremdzeugnisse historisch rekonstruierbar ist. Allen hat sich ebenso wenig wie Rogers „Rankianer“ genannt; was beide aber getan haben ist, dass sie zentrale Impulse Ranks aufgegriffen, fortentwickelt und in ihr je eigenes Modell integriert haben. Und was sie ferner eint: Sie haben dem von der Psychoanalyse Verfeimten ihre Reverenz erwiesen, Rogers später, Allen bald nach Ranks Tod mit seinem Nachruf „Otto Rank: An Appreciation“ (1940).

Was diesen Nachruf von dem zeitgleich erschienenen Ernest Jones' (1940), damals unumstrittener Führer der Freudschen Bewegung, unterscheidet, ist die Bewertung des Ranks nach dem „Abfall“ von der Freudschen Lehre, also des Ranks ab 1925. Den hat Allen leibhaftig kennengelernt, wohingegen ihm Jones, der nur den Rank der Wiener Zeit kannte, nie persönlich begegnet ist. Während Jones hier nur einen intellektuell verkümmerten und in manisch-depressiven Zyklen schwankenden Rank ausmachen kann, zeichnet Allen das Bild eines Mannes, der sich emotional freigeschwommen hat, intellektuell zu sich selbst gekommen ist und zu Ende geführt hat, was er zusammen mit seinem damaligen Freund Sándor

Ferenczi mit „Entwicklungsziele der Psychoanalyse“ (Ferenczi, Rank, 1924) begonnen hatte. Das Paradigma der Interaktion, das in vielen therapeutischen Ansätzen – seit rund zwei Jahrzehnten auch in der „postinterpretativen“ Psychoanalyse (Buchholz, 2003) – eine zentrale Rolle spielt, wurde in diesem Buch erstmals ausformuliert.

Literatur

- American Orthopsychiatric Association (1940). Proceedings of the seventeenth annual meeting: Areas of agreement in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 10, S. 698-709.
- Allen, F. H. (1930). Evolution of our treatment philosophy in child guidance. *Mental Hygiene*, 14, S. 1-11.
- Allen, F. H. (1932). Philadelphia Child Guidance Clinic. *American Journal of Psychiatry*, 88, S. 1006-1008.
- Allen, F. H. (1940). Otto Rank: An Appreciation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 10, S. 186-187.
- Allen, F. H. (1942). *Psychotherapy with Children*. New York: Norton.
- Aponte, H. J. (1979). Introduction. In: Allen, F. H., *Psychotherapy with Children* (2nd ed.). Lincoln: University of Nebraska Press, S. 1-6.
- Buchholz, M. B. (2003). Relationen und Konvergenzen. *Psychotherapeutenjournal*, 2, S. 87-96.
- Ferenczi, S., Rank, O. (1924). *Entwicklungsziele der Psychoanalyse: Zur Wechselbeziehung zwischen Theorie und Praxis*. Leipzig – Wien – Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Gomberg, M. R. (1944). The Specific Nature of Family Case Work. In: Taft, J. (Ed.), *A Functional Approach to Family Casework*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, S. 111-147.
- Hankins, D. (1969). *An Incomplete History of the Philadelphia Child Guidance Clinic*. Unveröffentlichtes Typoskript, Philadelphia Child Guidance Clinic.
- Heekerens, H.-P. (1986). Zehn Jahre Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen – Entwicklung und Fehlentwicklung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 35, S. 294-302.
- Heekerens, H.-P., Ohling, M. (2005). Am Anfang war Otto Rank: 80 Jahre Experimentelle Therapie. *Integrative Therapie*, 31, S. 276-293.
- Horn, M. (1989). *Before It's Too Late: The Child Guidance Movement in the United States 1922-1945*. Philadelphia: Temple University Press.
- Jones, E. (1940). Otto Rank. *International Journal of Psychoanalysis*, 21, S. 112-113.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On Becoming Carl Rogers*. New York: Delacorte.
- Kramer, R. (1995). Carl Rogers, Otto Rank and „The beyond“. *Journal of Humanistic Psychology*, 35(4), S. 54-110.
- Lieberman, E. J. (2014). *Otto Rank. Leben und Werk* (2. Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lubove, (1965). *The Professional Altruist: The Emergence of Social Work as a Career, 1880-1930*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ludewig, K. (2013). *Entwicklungen systemischer Therapie. Einblicke, Entzerrungen, Ausblicke*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Minuchin, S. (1967). *Families of the slums*. New York: Basic Books.

- Minuchin, S. (1987). My many voices. In: Zeig, J. K. (Ed.), *The Evolution of Psychotherapie*. New York: Brunner/Mazel, S. 5-14.
- Müller, B. (2012). Professionell helfen: Was das ist und wie man das lernt. Die Aktualität einer vergessenen Tradition Sozialer Arbeit. Ibbenbüren: Münstermann.
- Müller, M., Bräutigam, B. (Hrsg.) (2011). *Hilfe, sie kommen. Systemische Arbeitsweisen im aufstrebenden Kontext*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Ohling, M., Heekerens, H.-P. (2004). Otto Rank und die Soziale Arbeit. *Neue Praxis*, 34, S. 355-370.
- Rasheed J. M., Rasheed M. N., Marley, J. A. (2010). *Family Therapy: Models and Techniques*. New York: Sage.
- Robinson, J. F. (1964). In memoriam. FREDERICK H. ALLEN, M.D. – 1890-1964. *American Journal of Orthopsychiatry*, 34, S. 965-967.
- Robinson, V. P. (2008). The influence of Otto Rank in social work: a journey into the past. In: Cnaan, R. A., Dichter, M. E., Draine, J. (Eds.), *A Century of Social Work and Social Wellfare at Penn* (S. 82-101). Philadelphia: University of Pennsylvania Press, S. 82-101 (Reprint des gleichnamigen Artikels aus *Otto Rank Association Journal*, 1968, 3, S. 5-41).
- Rogers, C. R. (1975). Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen. In: *Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg.), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler, S. 17-24.
- Schlippe, A. v., Schweizer, J. (2012). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Swift, S. (1934). *Training in Psychiatric Social Work*. New York: The Commonwealth Fund.
- Taft, J. (Ed.) (1944). *A Functional Approach to Family Casework (Social Work Process Series, vol. 2)*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Hans-Peter Heekerens: *Dr. theol., Dr. phil. habil., Dipl.-Psych., Klinischer Psychologe und Professor i. R. für Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Pädagogik. Jahrgang 1947; Ausbildung in Klientenzentrierter Therapie (GwG), Gestalttherapie (Fritz-Perls-Institut) und Familientherapie (Stierlin-Institut); Autor von Artikeln, Buchbeiträgen und Büchern zur Familien- und Systemischen Therapie.*

Hans-Peter.Heekerens@t-online.de