

Psychotherapie und Soziale Arbeit

**Studien zu einer wechselvollen
Beziehungsgeschichte**

Hans-Peter Heekerens



Schriften zur psychosozialen Gesundheit

Hans-Peter Heekerens

Psychotherapie und Soziale Arbeit

Studien zu einer wechselvollen Beziehungsgeschichte



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Hans-Peter Heekerens
Psychotherapie und Soziale Arbeit
Studien zu einer wechselvollen Beziehungsgeschichte

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe
„Schriften zur psychosozialen Gesundheit“

Herausgeber:
Prof. Dr. Frank Como-Zipfel
Dr. Gernot Hahn
Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag
Alle Rechte vorbehalten

© 2016 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts
Lektorat und Gestaltung: Tony Hofmann

ISBN 978-3-934247-57-4

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154
Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
Mönchswiesenweg 12 A
96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de
www.zks-verlag.de
Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.
Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert
- Dr. Gernot Hahn
- Prof. Dr. Helmut Pauls

Für Ivo

in Respekt für seine Tapferkeit

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Einleitung	11
1 Otto Rank und sein Einfluss auf Sozialarbeit und humanistisch-experienzielle Therapie	13
1.1 Einleitung	14
1.2 Otto Rank - wer ist das?	15
1.3 Rank im heutigen Diskurs der deutsch(sprachig)en Sozialen Arbeit	16
1.4 Ranks Verdammung durch den psychoanalytischen Mainstream	22
1.5 „Die Anwendung der Psychoanalyse auf die soziale Fürsorge“ – Wien 1924 . .	24
1.6 Ranks Pathologisierung durch Freud	27
1.7 Rank, Paris und die USA	28
1.8 Rank und die „Penn“	29
1.9 Der Funktionale Ansatz an der <i>New York School of Social Work</i>	30
1.10 Das Konzept des „Willens“ beim späten Rank	32
1.11 Die „Wärme“ Ranks und die „Kälte“ der Psychoanalyse	32
1.12 Rank und Rogers	34
1.13 Ranks Wirkung auf die Gestalttherapie	38
2 Die Funktionale Schule des <i>Social Case Work</i> - ein Versuch, sie zu verstehen	47
2.1 Einleitung	48
2.2 Jessie Taft und Virginia Robinson	51
2.3 Die Diagnostische Schule des Social Case Work	56
2.4 Die Psychotherapie-Konzeption des späten Rank: die Willens-Therapie . . .	59
2.5 „Diagnostik“ im Verständnis der Funktionalen Schule	62
2.6 Die „Beziehungstherapie“ der Funktionalen Schule	63
2.7 Was meint die Funktionale Schule mit „funktional“?	66
2.8 Ressourcen- vs. Defizitorientierung	70
2.9 Schlussbemerkungen	70

3 Soziale Arbeit und Familientherapie - eine lange gemeinsame Geschichte	77
3.1 Einleitung	78
3.2 Zur Entwicklungsgeschichte der Familientherapie	78
3.3 Wer war Frederick H. Allen?	79
3.4 Die Child Guidance Clinics: multiprofessionell und interdisziplinär	80
3.5 Merkmale der „Philadelphia“: aufsuchend und mehrdimensional	81
3.6 Besonderheiten der „Philadelphia“: Gegenwarts- und Wachstumsorientierung .	83
3.7 Der Funktionale Ansatz des Case Work	85
3.8 Otto Rank	87
4 Die Aufsuchende Familientherapie - oder: Wenn Sozialarbeit und Psychotherapie sich zusammentun	93
4.1 Einleitung	94
4.2 Zur Geschichte der Familientherapie im aufsuchenden Setting	95
4.3 Der deutschen Familientherapie mangelte es lange am „Sozialen“	96
4.4 Familientherapie und Gemeindepsychologie	98
4.5 Die Aufsuchende Familientherapie (AFT) als eigenständige Hilfe zur Erziehung	99
4.6 Sozialpädagogische Familienhilfe und AFT	100
4.7 Aufsuchende familienbezogene Vorgehensweisen von Erziehungsberatungsstellen aus	102
4.8 Die Multisystemische Therapie: ein evidenzbasiertes AFT-Modell	105
4.9 Schlussbemerkungen	110
5 Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen - ein berufsgeschichtlicher Abriss	117
5.1 Einleitung	118
5.2 Wesentliche Entwicklungen seit Ende des 2. Weltkriegs	119
5.3 Die Frage der Eingangsberufe im Vorfeld des Psychotherapeutengesetzes .	122
5.4 Universitäre Sozialpädagogik und Psychotherapie	123
5.5 Die Geburt der deutschen KJPt-Profession im NS-Staat	124
5.6 Sozialarbeit und Kindertherapie: Nachkriegs-Allianzen	126
5.7 Psychoanalyse und Pädagogik: ein Rückblick auf die Anfänge	128
5.8 Zur Geschichte der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie	132
5.9 Anforderungen an Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen	134
5.10 Und wie geht es weiter?	135
6 Wirksamkeit psychosozialer Handlungsformen für die Soziale Arbeit - eine methodenkritische Übersicht	143
6.1 Einleitung	144

6.2	Die deutsche Soziale Arbeit und die „Wirksamkeits“-Frage	145
6.3	Warum Wirksamkeitsforschung?	147
6.4	Welche psychosozialen Handlungsformen sind hier berücksichtigt?	149
6.5	Die „Grüne Liste Prävention“	150
6.6	Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz: Ergebnisforschung	151
6.7	Wirkmechanismen und Wirkfaktoren: Prozessforschung	154
6.8	„Technik“ und „Beziehung“	154
6.9	„Wirkung“ und „Nebenwirkung“	155
6.10	Sozialberatung während stufenweiser Wiedereingliederung	157
6.11	Sozialtherapie im deutschen Strafvollzug	158
6.12	Soziotherapie gemäß § 37a SGB V	159
6.13	Elterntrainings	160
6.14	Angehörigenarbeit	162
6.15	Aufsuchende Formen der Arbeit mit Familien	163

Vorwort

Hans-Peter Heekerens beleuchtet eine lange und im deutschsprachigen Raum prekäre Beziehung zweier sich mit der psychosozialen Fallarbeit beschäftigender Disziplinen. Vielschichtig werden zunächst anhand beeindruckender Quellenstudien zu Grundlagen und Wegbereitern der Humanistischen-Experienziellen Schule die befruchtenden Begegnungen von Psychotherapie und Sozialer Arbeit rekonstruiert. Die Ausführungen zur Bedeutung von Otto Rank, Virginia Robinson und Jessie Taft (Kap. 1 und Kap. 2) im Zusammenhang mit dem Social Case Work und speziell der „Functional School“ in den 1920iger und -30iger Jahren und die weitreichenden Auswirkungen auf die Konzepte von Carl Rogers zur Klientenzentrierten Therapie, auf das Psychodrama und die Gestalttherapie sind auch für erfahrene Kolleginnen und Kollegen, die der Beziehungsorientierung eine zentrale Rolle einräumen, eine lesenswerte Quelle für ein erweitertes Verständnis der eigenen theorie- und methodengeschichtlichen Herkunft. Heekerens' Explikationen zu den grundlegenden Aussagen der Funktionalen Schule (Kap. 2) vermögen höchst interessante Anregungen zu weiteren fachlichen Entwicklungen eines klinisch-therapeutischen Profils der Sozialen Arbeit mit besonderer Beachtung der Verschränkungen der Beziehungsarbeit mit Merkmalen sozialer Organisationen zu geben. Man ist beschämt, dass diese Entwicklungen in Deutschland kaum aufgegriffen wurden, aber auch bestürzt, dass eine fruchtbare Wechselbeziehung psychotherapeutischer und klinisch-sozialarbeiterischer Fallarbeit vernachlässigt wurde.

Es sind aber nicht nur diese aus Heekerens' „Feder“ zu erwartenden vielschichtigen Schlaglichter auf historische Entwicklungen, versäumte Chancen, nicht haltbare fachliche Positionen, Forschungsdefizite und berufspolitische Fehlentwicklungen in der Sozialen Arbeit, die dieses Buch charakterisieren. Es werden auch vielversprechende und evidenzbasierte Interventionsansätze (z.B. familientherapeutische Ansätze - Kap. 3, Aufsuchende Familientherapie - Kap. 4) skizziert und leitende Merkmale bisher weitgehend vernachlässigter Perspektiven der Sozialen Arbeit in Theorie, Methodik

und Forschung im Felde therapeutischer Hilfen herausgearbeitet (z.B. Jugendhilfe, Erziehungsberatung, Arbeit mit Familien, Psychoedukation, Straffälligenhilfe).

Dass viele therapieaffine SozialarbeiterInnen sich mit dem Ergreifen des Berufes als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von ihrer Sozialarbeits-Identität verabschieden und dass dabei nicht zuletzt die Ignoranz an den Hochschulen eine bedeutende Rolle spielt, wird in Kap. 5 deutlich: Immerhin ist die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bisher in Deutschland der Weg für SozialarbeiterInnen in den Beruf des approbierten (Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapeuten. Das Kapitel entfaltet einen interessanten Abriss der vielschichtigen historischen Entwicklungen und aktuellen Problemstellungen, die durchaus das Ende des Zuganges zu diesem Beruf für die Soziale Arbeit bedeuten können.

Hans-Peter Heekerens sieht sich als Chronist, er enthält sich weitgehend expliziter Wertungen und möchte das Fazit aus seinen Analysen anderen überlassen. Er untermauert allerdings die Feststellung von Sigrid James, die er prominent zitiert, dass das „in Deutschland erstellte empirische Wissenskorpus äußerst klein und von geringer Bedeutung für die Wissensbildung in der Sozialen Arbeit“ (Kap. 6) ist. Nicht nur hier wird dieser Band auch ein wichtiger berufspolitischer Beitrag, der vielen KollegInnen an unseren Hochschulen, allen Studierenden, aber auch den Fach- und Berufsverbänden ins Stammbuch zu schreiben ist: die Schwierigkeiten der Identitätsbildung in klinischen Aufgabenbereichen sind für die Soziale Arbeit als Profession im deutschsprachigen Raum noch enorm. Die Fakultäten für Soziale Arbeit werden sich, wenn sie ihre nach wie vor in erheblichem Ausmaß zu findende anti-therapeutische und anti-empirische Einstellung nicht überwinden, möglicher Weise in nicht zu ferner Zeit der Situation stellen müssen, dass in wichtigen Arbeitsfeldern entweder wissenschaftlich in ihrer Qualität und Wirkung nicht hinreichend begründete, gleichwohl höchst kostenträchtige Handlungsansätze - und damit Stellen für die Profession - gestrichen werden oder andere Professionen sozialtherapeutische Aufgabenstellungen übernehmen.

Der „Chronist“ muss das nicht bewerten - aber wer die Augen nicht verschließen und dringende Aufgaben in Angriff nehmen will, lese diese Beiträge.

Coburg im Juli 2016

Helmut Pauls

Einleitung

Soziale Arbeit und Psychotherapie sind gesellschaftlich organisierte und professionell realisierte Hilfen zur Vermeidung, Linderung, Beseitigung oder Bewältigung menschlichen Leidens. Beide haben eine lange Tradition und eine mehr als hundertjährige Geschichte, in deren Verlauf beide Hilfeformen immer wieder Bezug aufeinander nahmen und auch heute noch nehmen. Eine umfassende Geschichte der wechselseitigen Beziehung von Psychotherapie und Sozialer Arbeit muss erst noch geschrieben werden. Die in vorliegendem Buch versammelten sechs Studien können als Puzzleteile für ein noch zu erststellendes Gesamtbild dienen; ihren Zweck hier und heute erfüllen sie, indem sie Schlaglichter werfen und damit einiges erhellen, was für viele im Dunkel liegt.

Die einzelnen Beiträge des Buches beruhen auf früheren Arbeiten. Mit Absicht wurde das Buch insgesamt so gestaltet, dass die einzelnen neu gestalteten Beiträge für sich selbst gelesen werden können; sie sind also keine „Kapitel“. Inhaltliche Überschneidungen sind bei der hier gewählten Buchgestaltung unvermeidlich, als stellenweise „Wiederholung“ werden das aber nur LeserInnen erleben, die das Buch in einem Zug von vorn bis hinten durcharbeiten; diese „Gefahr“ scheint mir gering.

Das Buch stammt von einem Autor, der in seinem Berufsleben die wechselseitige Beziehung von Psychotherapie und Sozialer Arbeit (mit-)erlebt hat: ab 1984 ein viertel Jahrhundert lang Professor für das damals in Bayern neu eingerichtete Zentralfach „Sozialarbeit / Sozialpädagogik“, berufen nach langen Berufsjahren in der Erziehungsberatung und Kinder- und Jugendpsychiatrie, die begleitet waren von Ausbildungen in Familien-, Gestalt- und Klientenzentrierter Therapie.

1 Otto Rank und sein Einfluss auf Sozialarbeit und humanistisch-experienzielle Therapie

Zusammenfassung

Der Beitrag erinnert an eine weithin vergessene Tradition sowohl der Sozialarbeit als auch der humanistisch-experienziellen Therapie. Verknüpft ist sie mit dem Namen des frühen Freud-Mitarbeiters und -Schülers Otto Rank. Er entwickelte ab Anfang der 1920er (zunächst zusammen mit seinem Budapest-er Kollegen Sándor Ferenczi) einen eigenständigen Behandlungsansatz: die „Beziehungstherapie“ oder (später) Willens-Therapie. Die fand bald großen Anklang in den USA, wo er ab 1924 auf wiederholten USA-Reisen durch Vorträge, Workshops, Seminare und Lehranalysen bekannt wurde und in denen er ab 1934 bis zu seinem Tod 1939 lebte. Dadurch gewann er Einfluss auf Lehrende an Ausbildungsstätten der Sozialarbeit; an zweien, der in New York und der in Philadelphia, ist dieser nachhaltig. Auf dem Gebiet der Psychotherapie hat, wie seit zwei, drei Jahrzehnten immer deutlicher wird, Rank auch solche PsychotherapeutInnen beeinflusst, die dem psychoanalytischen Mainstream angehörten. Weit auffälliger war und ist, dass er wesentlich zur Entstehung der Klientenzentrierter Therapie und der Gestalttherapie beigetragen hat, und das Psychodrama ihm eine bedeutsame Neuerung verdankt. Rank ist ein bedeutender Ahnherr der humanistisch-experienziellen Therapie.

Schlüsselbegriffe

Funktionale Schule, Geschichte der Psychotherapie, Geschichte der Sozialen Arbeit, Gestalttherapie, humanistisch-experienzielle Therapie, Klientenzentrierte Therapie, Psychodrama, Otto Rank, Carl Rogers, Virginia Robinson, *Social Case Work*, Jessie Taft

1.1 Einleitung

Die „Klinische Sozialarbeit“ veröffentlichte im 4. Heft des Jahres 2012 unter dem Titel „Zur Bedeutung der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychotherapie“ (Blume & Nauerth, 2012) einen Beitrag, der auf S. 6 folgende Passage enthält:

Mitte des 19. Jahrhunderts entwickelte sich, zeitgleich mit der empirischen Psychologie, eine damit verbundene, aber doch eigenständige Psychotherapie, zunächst verbunden mit dem Namen Sigmund Freud, dessen tiefenpsychologischer Ansatz später modifiziert und ergänzt wurde. In die hier entstehende psychotherapeutische Praxis einbezogen waren bereits sehr früh ExpertInnen, die man heute als SozialpädagogInnen oder SozialarbeiterInnen bezeichnen würde. Freud wie auch Rogers betrachteten die von ihnen eingebrachten pädagogischen Anteile mit hoher Wertschätzung für die Fortentwicklung einer gelingenden psychotherapeutischen Praxis. Anna Freud war selbst ausgebildete Sozialpädagogin und widmete sich vertieft der Kinderanalyse. Carl Rogers äußerte in Bezug auf seine Erfahrungen mit der Sozialen Arbeit: „Ich stellte eine Sozialarbeiterin ein ... und lernte viel von ihr. So wandelten sich meine Ansichten mehr und mehr. (Rogers, 1973/1975, S. 17; zit. n. Heekerens, 2009, S. 89)

Zu dieser Passage gäbe es Einiges zu sagen, aber ich will mich hier auf das konzentrieren, wofür ich als Zeuge aufgeboten werde: auf die These, der Psychotherapeut Carl Rogers habe die von Sozialen ArbeiterInnen „eingebrachten pädagogischen Anteile mit hoher Wertschätzung für die Fortentwicklung einer gelingenden psychotherapeutischen Praxis“ bewertet. Das klingt eingängig, weil es sich offensichtlich deckt mit in der deutsch(sprachige)en Sozialen Arbeit dominierenden Vorstellungen über den hier in den Blick kommenden Ausschnitt ihrer (Entstehungs-)Geschichte. Indes: So sinnig die These scheint, so unsinnig ist sie in Wahrheit. Nicht was an der (Sozial-)Pädagogik gut ist für die Psychotherapie, lernte Rogers von jener Sozialarbeiterin. Sondern: Was gute Psychotherapie ist! Das erschien der Autorin und dem Autor des genannten „Klinische Sozialarbeit“-Artikels eine so abwegige Idee, dass sie von der Passage meines Referenzartikels alles kunstvoll wegschnitten, was nicht ins Bild passte.

„Meine Meinung steht fest. Bitte verwirren Sie mich nicht mit Tatsachen“ steht auf einem gelben Warnschild, das unser Sohn auf die Außenseite seiner Zimmertür geklebt hat. Aber nichts anderes ist mit vorliegendem Beitrag beabsichtigt: mit Tatsachen verwirren – in bester Absicht, „hilfreich verstören“. Für viele LeserInnen hilfreich verstörend könnte schon sein, wenn sie aus meinen o.g. Artikel den relevanten Abschnitt

in Gänze, um den Sinnzusammenhang wahren, lesen. Hier ist er (Heekerens, 2009, S. 89):

Bevor er [Carl Rogers] 1940 als Professor berufen wurde, war er in der Erziehungsberatung (*Rochester Guidance Center*) tätig. Nach einem von Otto Rank auf Einladung Carl Rogers' hin geleiteten Seminar im Jahr 1936 traf er eine – für sich und die Entwicklung der Psychotherapie – folgenreiche Entscheidung, die er bald vier Jahrzehnte danach folgendermaßen beschrieb: „Ich stellte eine Sozialarbeiterin ein, die an der Philadelphia School of Social Work in *RANKs „Relationship Therapy“* ausgebildet war und lernte viel von ihr. So wandelten sich meine Ansichten mehr und mehr. Dieser Übergang ist gut festgehalten in meinem Buch *Clinical Treatment of the Problem Child*, geschrieben 1937 bis 1938, wo ich ein langes Kapitel der Relationship Therapy widme, wenn auch der Rest des Buches weitgehend ein diagnostisch-verordnendes Vorgehen zeigt. (Rogers, 1975/1973, S. 17)

1.2 Otto Rank - wer ist das?

Diese Frage werden sich die meisten Sozialen ArbeiterInnen im deutschsprachigen Raum stellen. Jenseits des Atlantiks ist, aus Gründen, die im Verlauf der Darstellung sichtbar werden, der aus Wien stammende Jude, dessen meiste Schriften nur oder zuerst in deutscher Sprache erschienen, weitaus bekannter. Man vergleiche zur Veranschaulichung nur den dürftigen deutschsprachigen wikipedia-Eintrag mit dem reichhaltigen und differenzierten englischsprachigen. Rank war seit Mitte der 1920er des letzten Jahrhunderts eine in Psychotherapie und Sozialarbeit umstrittene Person. Der Streit dauerte lange über seinen Tod hinaus an und scheint bis heute nicht gänzlich beigelegt. „Von der Parteien Gunst und Haß verwirrt, schwankt sein Charakterbild in der Geschichte“ heißt es in Friedrich Schillers Prolog zu *Wallenstein*. Ausgewogene Darstellungen über Ranks Leben und Werk sind selten. An ausführlichen deutschsprachigen Darstellungen, deren Sympathie für Rank unverkennbar, sind die als Übersetzungen aus dem Englischen greifbaren Bücher „Otto Rank. Leben und Werk“ (Lieberman, 1997 / 2014; vgl. Heekerens, 2014a) und „Sigmund Freud und Otto Rank. Ihre Beziehung im Spiegel des Briefwechsels 1906-1925“ (Lieberman & Kramer, 2014; vgl. Heekerens, 2014b) zu nennen.

Eine deutschsprachige Kurzdarstellung, die ich für sehr ausgewogen halte, bei der man aber bedenken sollte, dass sie von PsychoanalysehistorikerInnen geschrieben

wurde, findet sich im ersten Band (Brabant, Falzeder & Giampieri-Deutsch, 1993, S. 60, Anm. 5) des in mehreren Bänden editierten Briefwechsels zwischen Freud und Sándor Ferenczi:

Otto Rank (ursprünglich Rosenfeld) (1984-1939), ein gelernter Gewerbeschüler, hatte sich im Frühjahr 1905 – über Vermittlung seines Hausarztes Alfred Adler [gemeint ist der später als Tiefenpsychologe mit eigenem Ansatz bekannt gewordene frühere Freud-Schüler] – Freud vorgestellt und wurde einer seiner ersten Schüler und engsten Mitarbeiter. Er war bezahlter Sekretär und Protokollant der „Psychologischen Mittwochs-Gesellschaft“ jenes Diskussionszirkels in Freuds Wohnung, aus dem später die Wiener Psychoanalytische Vereinigung hervorging. Mit Freuds Unterstützung holte er ein Studium nach (Dr. phil.; 1912) und war, in enger Zusammenarbeit mit Freud, von 1912 bis 1924 Redakteur der Periodika *Imago* und *Internationale Zeitschrift für (ärztliche) Psychoanalyse* und von 1919 bis 1924 Leiter des *Internationalen Psychoanalytischen Verlags*. Rund um das Erscheinen seines Buches *Das Trauma der Geburt* (Leipzig 1924) kam es zu einer allmählichen Entfremdung und Distanzierung in seinen Beziehungen zu Freud und Ferenczi, mit dem Rank befreundet gewesen war und eine Gemeinschaftsarbeit veröffentlicht hatte (*Entwicklungsziele der Psychoanalyse*, Leipzig 1924). 1926 ging Rank nach Paris und 1934 nach den USA. Viele seiner Arbeiten – wie die unten zitierte [„Der Künstler“, 1907] und jene über Mythologie – werden als klassisch angesehen. Seine Schriften der 20er Jahre über Trennungsangst und psychoanalytische Technik, die damals heftige Kontroversen auslösten, dürften aus heutiger Sicht Pionierarbeiten sein, die unleugbaren Einfluß ausgeübt haben. Seine weitere Entwicklung einer Kurztherapie, die auf die Entscheidungsfähigkeit des Individuums setzte („will therapy“), war ebenfalls einflussreich, kann aber nicht mehr als psychoanalytisch bezeichnet werden.

1.3 Rank im heutigen Diskurs der deutsch(sprachig)en Sozialen Arbeit

Ja, Rank war einflussreich. Auch auf die Theorie vom künstlerischen Schaffen und, wie sein früherer Freund und Kollege Ferenczi, auf die moderne Psychoanalyse (vgl. Heeckerens, 2014a, 2014b, 2014f, 2015a). In der vorliegenden Arbeit werden zwei andere Bereiche seines Einflusses beleuchtet: Sozialarbeit und humanistisch-experienzielle Therapie. Um an dieser Stelle zu klären, was mit dem zweiten gemeint ist: Internationaler Sprachregelung folgend sind darunter psychotherapeutische Ansätze der „Dritten

Kraft“ wie etwa die Klientenzentrierte Psychotherapie, der Gendlinsche Experiencing-Ansatz, die Psychodrama- und Gestalttherapie sowie die noch relativ junge Emotionsfokussierte Therapie (vgl. Heekerens, 2012, 2013) zu verstehen. Das „Doppeln“ im Psychodrama hat von Rank neue Anregungen erhalten (Heekerens & Ohling, 2005; Landy, 2008).

Beginnen wir mit dem ersten. Die hiesige Soziale Arbeit kennt Rank sehr wohl. In „Wie Helfen zum Beruf wurde“ hat C.W. Müller darauf aufmerksam gemacht, dass Otto Rank über Virginia Robinson und Jessie Taft von der Universität von Pennsylvania die Funktionale Schule des Social Case Work beeinflusst hat (C.W. Müller, 1997, S. 88–89), und in einer Fußnote angemerkt: „Die Aussage, Sigmund Freuds Forschungen seien tragender Bestandteil der amerikanischen Praxis von social case work gewesen, gilt in dieser Allgemeinheit nur für die frühe ‚diagnostische Schule‘. Später wurden psychoanalytische Ansätze zugunsten der Psychologie des freien Willens von Otto Rank (1884 – 1939) zurückgedrängt. (C.W. Müller, 1997, S. 241, Anm. 83). Später insistieren Michael Galuske und C. W. Müller in Werner Tholes „Grundriss der Sozialen Arbeit“:

Es lag auf der Hand, dass die Gesprächsführung als tragende Säule handlungsorientierter sozialer Einzelhilfe Anleihen bei Sozialpsychologie und Kommunikationswissenschaft nahm. Häufig und zu Unrecht hat man dabei Sigmund Freud genannt. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, und vor allem in den USA, war der von S. Freud abgefallene Schüler Otto Rank und seine Psychologie des menschlichen Willens einflussreicher. (Galuske & Müller, 2002, S. 494)

Die deutsche Sozialarbeit kam mit dem „Rankianismus“ sogar in leibhaften Kontakt. Das US-amerikanische *Social Case Work*, das sie nach dem 2. Weltkrieg kennen lernte (ohne von ihm wesentlich geprägt zu werden, da die infrastrukturellen, kulturellen und sozioökonomischen Unterschiede zwischen den USA und Deutschland damals zu groß waren; C.W. Müller, 1997, S. 89) war geprägt von der Funktionalen Schule. Der Österreicher Ernst Federn, bekannt geworden durch seine psychoanalytisch orientierte Sozialarbeit mit Häftlingen, hat das 1990 so kommentiert:

Die Pennsylvania School of Social Work, die sogenannte „funktionale Schule“, wurde nicht nur nicht psychoanalytisch, sondern geradezu anti-psychoanalytisch geleitet. In den Vereinigten Staaten gab es in der Folge große Diskussionen zwischen den Freudianern und den Rankianern. Und damit kommen wir zum eigentlichen Unglück.

Als die Vereinigten Staaten den Krieg gewonnen hatten, glaubten sie, den Deutschen die Demokratie beibringen zu müssen. Für sie galt natürlich nur ihre Form der Demokratie, weil sie andere nicht kannten. Sie brachten alle möglichen

Einrichtungen mit und darunter auch Social Casework. Die Sozialarbeiterin, die das in Europa vertrat, war Frau Marguerite Pohek.... Ausgestattet mit der Autorität der Vereinten Nationen, der sie angehörte, kam sie nach Deutschland und nach Österreich. Sie war eine Rankianerin von der Philadelphia School of Social Work und brachte eine Sozialarbeit mit, die alles andere als psychoanalytisch war.“ (Federn, 1990, S. 17)

Pohek hat Rank in Philadelphia als Hochschullehrer erlebt, sie sprach deutsch und hatte vor dem 2. Weltkrieg in Wien gearbeitet, wo sie jüdischen Kindern und Familien das Leben rettete, indem sie ihnen bei der Emigration half (Liebermann, 1997, S. 493). Heute ist sie und ihr Lebenswerk – diesseits wie jenseits des Atlantiks - weithin vergessen. Das von ihr für den renommierten *Council on Social Work Education* herausgegebene Buch „Teaching and Learning in Social Work Education“ (Pohek, 1970) wurde in der deutsch(sprachig)en Literatur nicht rezipiert.

In der jüngeren deutsch(sprachig)en Sozialen Arbeit wird über Rank gesprochen in zwei gleichzeitig im Jahre 2012 erschienenen Werken, die sich der der Darstellung des Funktionalen Ansatzes des *Social Case Work* und der Porträtiierung von Robinson und Taft, deren Begründerinnen, widmen. Das eine Buch trägt den Titel „Caroline Newton, Jessie Taft, Virginia Robinson. Spurensuche in der Geschichte der Psychoanalyse und Sozialarbeit“ und stammt von Karl Fallend (2012; vgl. Heekerens, 2014c). Der ist seit 2008 an der FH Joanneum, Graz und dort als Lehrender in Bachelor- wie im Masterstudiengang Soziale Arbeit tätig. Er ist eine von (mindestens) vier Personen, die in Salzburg Psychologie studiert haben, und sich um die Geschichte der Psychoanalyse kümmern; die drei anderen sind Ernst Falzeder, Bernhard Handlbauer und Marina Leitner(-Dorchi Sherpa).

Was Fallends Darstellung von Rank im genannten Werk betrifft, ist das kein Meisterstück. Fallend versteht zu wenig von Rank und er lässt es an handwerklichem Können fehlen. Um für das Zweite ein Beispiel zu geben. Da wird Rank von Fallend auf S. 14 als „der vertriebene Freud-Schüler“ bezeichnet. „Vertrieben“ von wem? Aus der (nach üblichen österreichischen Maßstäben erstellten) Liste der üblichen Verdächtigen fallen zuerst die Nazi-Deutschen (die kamen erst 1938) und die Austrofaschisten (die waren erst ab 1933/34 mächtig) weg. Ja, wer „vertrieb“ Rank denn dann? Seine Psychoanalyse-internen Kritiker in Berlin, Budapest, London und New York hatten nicht die Macht dazu. Kommt also nur Freud selbst in Frage. Über den wird man bezüglich seines Verhaltens gegenüber Rank, dem „Abtrünnigen“, dem „Abgefallenen“,

(zu Recht) viel Schlechtes sagen können, aber nicht, dass er Rank „vertrieben“ habe. In der, von Fallend großzügig übersehenden, neueren Literatur zu Rank wird eine Reihe von guten Begründungen für seine Übersiedelung von Wien nach Paris (1926) und von dort nach Philadelphia (1934) genannt. Keine von ihnen ist mit dem Konzept der „Vertreibung“ in Deckung zu bringen.

Aber nicht nur zu Ranks Leben hat der Autor ein eigenümliches Verhältnis, sondern auch zu dessen Werk. Zum „Trauma“ merkt der Autor an: „Rank kann also als Vordenker der modernen Schwangerschafts- und Geburtsbewegung als auch der Säuglingsforschung angesehen werden. (vgl. Janus 1997, S. 87f.)“ (S. 37) Auf den Dossenheimer Arzt und Psychoanalytiker Ludwig Janus, den damaligen Präsidenten der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin, beruft sich der Autor zu Unrecht. Mit „der modernen Schwangerschafts- und Geburtsbewegung“ hatte der ebenso wenig am Hut wie mit „Säuglingsforschung“. Seine zentralen Aussagen zum „Trauma“ im angeführten Artikel sind keine Belege für des Autors Äußerungen. Janus verortet das „Trauma“ mit folgenden Sätzen:

Mit dem ‚Trauma der Geburt‘ vollzieht Rank einen systematischen Wechsel von der ödipalen- und Vaterebene zum Thema der Psychodynamik der Geburts erfahrung und der vorsprachlichen Mutterbeziehung.“ Und: „Meine wesentliche Aussage ist die, daß Rank die Bedeutung der vorsprachlichen Mutter- und El ternerfahrung aufgrund seiner fast 20jährigen Auseinandersetzung mit der Psy choanalyse Freuds in einem einheitlichen Konzept in einer Zeit erfassen konnte, als die lebensgeschichtliche Bedeutung der frühesten Mutterbeziehung in einem patriarchal bestimmten gesellschaftlichen Raum noch nicht thematisierbar war. (Janus, 1997, zitiert nach der online verfügbaren Darstellung)

In den Zusammenhang mit der bis heute (in Deutschland) bedeutsamsten „Schwangerschafts- und Geburtsbewegung“, nämlich der von Frédéric Leboyer, wurde das „Trauma“ aber tatsächlich gebracht: im Vorwort der Neuausgabe des „Traumas“ im Fischer Verlag von 1988. Für den Rank-Biographen Lieberman (1988) gehört dergleichen - er bezieht sich explizit auf dieses Vorwort - zu den zahlreichen „Mißdeutungen der Geburtstraumatheorie“ (S. 10). Ach, hätte Fallend doch nur seinen Salzburger Kollegen Ernst Falzeder, den bedeutendsten deutschsprachigen Psychoanalysehistoriker gelesen. Der hat auf dem Heidelberger Rank-Kongress von 1997 unter dem Titel „Freud, Ferenczi, Rank und der Stammbaum der Psychoanalyse“ in aller Klarheit benannt, was man an Rank auch aus einer psychoanalytischen Perspektive würdigen kann (Literaturverweise sind im Zitat weggelassen):

Auf der anderen Seite haben neuere Forschungen ... gezeigt, dass einflussreiche interpersonell orientierte Konzepte in der postfreudianischen psychoanalytischen

Theorie und Praxis in einem erstaunlich großen Ausmaß auf zwei von Freuds ersten und engsten Kollegen zurückgehen: auf den Ungarn Sándor Ferenczi und den Wiener Otto Rosenfeld, der sich selbst Otto Rank nannte. Sei es die Bedeutung der frühen Beziehung zwischen Pflegeperson und Kind, der präverbalen Entwicklung, sei es die Spaltung in eine „gute“ und eine „böse“ Mutter, sei es die Theorie und Behandlung von sexuellem Kindesmissbrauch, sei es die Nutzung von regressiven Zuständen und der Wiederholung des Traumas in der analytischen Interaktion, sei es die zentrale Rolle, die der Gegenübertragung und der Verwendung der Gefühle des Analytikers als Werkzeug eingeräumt wird, sei es das Interesse an nonverbalen Interaktionen, die Betonung des „Hier und Jetzt“ in der analytischen Situation, sei es das „Beziehungsmodell“ der Therapie im Gegensatz zum „Interpretationsmodell“ oder seien es die Konzepte der Spaltung, des „double-bind“ – all dies – und mehr – kann bereits in Ferenczis und Ranks Arbeiten gefunden werden. (Falzeder, 1998, S. 40-41)

Nur wenige Monate nach Erscheinen des „Traumas“ hielt Rank eine Rede, die aufzeigt, wie man das Buch zu verstehen habe. Als dem damals kurz in den USA weilenden Rank am 3. Juni 1924 von der (US-)Amerikanischen Psychoanalytischen Gesellschaft die Ehrenmitgliedschaft verliehen wurde, bedankte er sich – Taft sitzt im Auditorium – mit einem Vortrag über das „Trauma“. „Rank verglich in diesem Vortrag eine erfolgreiche Therapie mit einer psychologischen Wiedergeburt, wobei der Analytiker die Rolle der Hebamme übernehme.“ (Leitner, 1998, S. 95) Solche „Hebammenkunst“ hat nun freilich weniger mit der Leboyer-Methodik zu tun als mit der Mäeutik eines Sokrates. Im „Trauma“ hat Rank auf S. 187 notiert, man dürfe Sokrates „wohl als den Urvater der analytischen Technik bezeichnen“ und angefügt: „Dieser Vergleich erhält eine tiefe Berechtigung, wenn wir uns erinnern, daß Sokrates selbst seine dialektische Therapie des Herausziehens der Gedanken der Hebammenpraxis gleichgestellt hat, wie er es in Nachahmung seiner Mutter, die Hebamme war, übe.“

Die Hebammen-Metapher entwickelte sich ab 1924 zu einer der wirkungsmächtigsten Metaphern auf den Gebieten der Sozialen Beratung, des Coaching und der Psychotherapie und markiert den wesentlichen Kern dessen, was das deutschsprachige Publikum nach dem 2. Weltkrieg, meistenteils nicht wissend, dass es sich hier um einen Reimport handelt, unter der Bezeichnung „Helfende Beziehung“ (Hamilton, 1948/1950) als Kernstück von (*Social*) *Case Work* präsentierte bekam. Erst sehr viel später sollte die deutsch(sprachig)e Soziale Arbeit zur Kenntnis nehmen (können), was Rogers schon Jahre zuvor als eine der bedeutendsten Quellen eines neuen, und das heißt auch: eines

gegen die Freudsche Orthodoxye gerichteten, psychotherapeutischen Denkens bezeichnet hat: „The thinking of Otto Rank, as it has been modified by such individuals like Taft, Allen, Robinson, and other workers into ‚relationship therapy‘, is one important point of origin.“ (Rogers, 1942, S. 27-28)

Der beste Kenner des Funktionalen Ansatzes im deutschsprachigen Raum war der 2013 verstorbene Hans Thiersch-Schüler Burkhard Müller (2012a), der durch sein Buch „Sozialpädagogisches Können“ (2012b) vielen Sozialen ArbeiterInnen bekannt wurde. In „Professionell helfen. Was das ist und wie man das lernt: die Aktualität einer vergessenen Tradition sozialer Arbeit“ (Burkhard Müller, 2012a; vgl. Heekerens, 2014d) setzt er sich intensiv mit dem Funktionalen Ansatz auseinander. Natürlich geht das nicht, ohne auch auf Rank einzugehen. Den nennt er „Psychoanalytiker“. Den Rank der Jahre bis 1925 so zu bezeichnen, ist, historisch beurteilt, korrekt, den Rank der Jahre ab 1930 einen „Psychoanalytiker“ zu nennen, ist eine Redeweise, die mir falsch erscheint. Und ob man den Rank der Jahre dazwischen so ohne weiteres und bar jeglicher Kommentierung als „Psychoanalytiker“ bezeichnen kann und soll, scheint doch fraglich. Burkhard Müller hatte den nachfreudianischen Rank schon früher so bezeichnet; etwa in seinem Vortrag auf dem Heidelberger Rank-Kongress von 1997, wo er von „Otto Rank als Psychoanalytiker nach seinem Bruch mit Freud“ (Müller, 1998) spricht.

Jede Geschichtsschreibung ist von Interessen geleitete (Re-)Konstruktion, und Burkhard Müller hat einen guten Grund für die seine. Wenn man wie er beteiligt ist am Projekt einer Psychoanalytischen Sozialpädagogik und den Ansatz der Funktionalen Schule, in dem Ranks Ideen „aufgehoben“ sind, für diese reklamieren will, muss man auch den Rank jener späteren Jahre als „Psychoanalytiker“ bezeichnen und zur „Psychoanalyse“ rechnen. Das hat zur Folge, dass Burkhard Müller genau das tut, was C.W. Müller als Irrtum und irreführend bezeichnet hat: Er spricht bei der Betrachtung der US-amerikanischen Sozialarbeit der Zwischenkriegszeit von „Psychoanalyse“ und „psychoanalytisch“, wo mit diesen Begriffen keineswegs Theorie und Praxis des Freud-konformen US-amerikanischen Mainstreams gemeint sind.

Den Rank, der die Funktionale Schule des US-amerikanischen *Social Case Work* beeinflusst hat, als „Psychoanalytiker“ zu bezeichnen ist so unsinnig, wie den Apostel Paulus nach seinem „Damaskuserlebnis“ als „Juden“ oder Martin Luther nach dem Reichstag von Worms 1521 als „Katholiken“ zu bezeichnen. Ohne Zweifel war Paulus

bzw. damals noch Saulus, vor seinem „Damaskuserlebnis“ ein Jude, ja sogar einer, der die jüdischen Abweichler, die von der Lehre des Jesus von Nazareth beeinflusst waren, hart verfolgte; der vom Saulus zum Paulus gewandelte aber war kein „Jude“ mehr. Und es ist unsinnig von Martin Luther nach dem Wormser Reichstag als „Katholiken“ zu sprechen, der der Augustiner-Mönch früher ohne Zweifel war. „Damaskus“ und „Wormser Reichstag“ sind Chiffren, die uns veranschaulichen, dass Entwicklungsprozesse an einem Punkt angelangt sind, da sich eine grundlegende Wandlung in nicht mehr zu übersehender Weise präsentiert.

1.4 Ranks Verdammung durch den psychoanalytischen Mainstream

Für Rank und die Psychoanalyse ist solch eine Chiffre der Washingtoner *Mental Hygiene*-Kongress von 1930. Dieser unter der Schirmherrschaft des damaligen US-Präsidenten Herbert Hoover stehende Kongress war der erste internationale Kongress für *Mental Hygiene*, der über 4000 ExpertInnen und Laien aus 53 Ländern anzog. In einer im wesentlichen von PsychoanalytikerInnen besuchten Arbeitsgruppe wird Ranks Beitrag „The training of the will and emotional development“ als Tischvorlage präsentiert, und Rank trug, der Organisationsanweisung folgend, eine zehnminütige Zusammenfassung vor, in denen sich der später weit hin bekannt gewordene Satz findet: „Ich bin kein Psychiater, kein Sozialarbeiter, kein Psychoanalytiker, nicht einmal ein gewöhnlicher Psychologe, und, um Ihnen die Wahrheit zu sagen, ich bin froh darüber.“ (zitiert nach Lieberman, 1997, S. 373)

Von den zahlreichen dokumentierten und später veröffentlichten Diskussionsbeiträgen, unter denen sich der von Taft durch das größte Verständnis Ranks und für Rank auszeichnet, sei im vorliegenden Zusammenhang nur einer ausschnittsweise zitiert, der von Abraham Brill, damals Präsident sowohl der New Yorker als auch der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung und damit der mächtigste Psychoanalytiker der USA und entschiedener Gegner von „Laien“-PsychoanalytikerInnen:

Ich habe in Wirklichkeit das Gefühl, daß das ganze Zeug, das Dr. Rank uns heute morgen hier aufgetischt hat, nichts als ein Zeichen seiner gegenwärtigen Fehlanpassung ist. Es ist mir natürlich nicht sehr angenehm, gegen Dr. Rank sprechen zu müssen, mit dem mich viele Jahre eine intime Freundschaft verband. Ich habe keinen Zweifel, dass Dr. Rank, bei allem, was er sagt, absolut ehrlich

ist. Erinnern Sie sich jedoch, daß er uns gerade erzählt hat, er hätte eine Art Wandel durchgemacht; es muß eine schreckliche Art von Wandel gewesen sein in Anbetracht der sehr wichtigen Rolle, die Dr. Rank viele Jahre in der psychoanalytischen Bewegung gespielt hat. Ein tiefgreifender Wandel ist unterschiedslos mit einem tiefgreifenden emotionalen Umbruch verbunden. Bei Dr. Rank habe ich das Gefühl, daß diese emotionale Umwälzung verantwortlich für seine gegenwärtige Verfassung ist. (zitiert nach Lieberman, 1997, S. 377 – 378)

Das ist die größte Schmach, die die „offizielle“ Psychoanalyse Rank bis dahin angetan hat. „Rank wurde hier auf der Plattform einer Konferenz für Psychische Hygiene durch einen hochangesehenen Freudianer eigenhändig in die Kategorien der Krankheit und der Idiotie verwiesen, und zwar vor einem Publikum, das applaudierte.“ (Lieberman, 1997, S. 378) Doch man will Rank nicht nur immateriell, sondern auch materiell schaden. Am Nachmittag des selben Tages wird er auf der Jahresversammlung der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung, die auf die Kongresszeit terminiert worden war, von der Liste der Ehrenmitglieder, auf der er seit seinem ersten USA-Besuch 1924 steht, gestrichen; der Antrag kommt von Brill selbst.

Das bringt Rank schwerwiegenden materiellen Schaden, weil ein großer Teil seines Einkommens weg bricht. Wer nämlich künftig in die Amerikanische Psychoanalytische Vereinigung aufgenommen werden will, kann nicht mehr bei Rank in (Lehr-)Analyse gehen. Mehr noch: Wer eine solche bei ihm absolviert hat, muss sich einer zweiten „korrekten“ unterziehen. „Die Ranksche Häresie sollte um jeden Preis ausgemerzt werden.“ (Lieberman, 1997, S. 379) In die Amerikanische Psychoanalytische Vereinigung, die New Yorker Psychoanalytischen Vereinigung und die meisten anderen lokalen Psychoanalytischen Vereinigungen in den USA konnten damals ohnehin nur noch ÄrztInnen, nicht aber Nicht-Ärzte, sprich „Laien“ aufgenommen werden; Brill wollte nicht nur die „Häresie“ des Laien-Analytikers Rank beseitigen, sondern auch den „Dilettantismus“ der Laien-Analyse. So fügte sich in den USA denn eins zum anderen: Ab Mitte der 1920er konnten SozialarbeiterInnen keine PsychoanalytikerInnen mehr werden und ab 1930 durfte Rank nicht mehr (Lehr-)Analytiker von ÄrztInnen sein. Das waren die Kontextfaktoren, die die schon seit Längerem bestehenden Kontakte zwischen Rank und der US-amerikanischen Sozialarbeit intensivierten.

Ein Nachtrag noch. Es genügt der „offiziellen“ Psychoanalyse nicht, Rank ans Kreuz zu schlagen; sie wollte auch dessen Leiche in der dunkelsten Ecke verscharrt wissen. Der Londoner Ernest Jones, seit den Dreißigern bis in die Fünfziger des letzten Jahrhunderts

der weltweit (bewegungs-)politisch einflussreichste Psychoanalytiker schnürt im 1957 erschienenen dritten Band seiner Freud-Biographie (vgl. Jones, 1984), dann jenes Bündel an Pathologisierungen Ranks, das über Jahrzehnte unkritisch weiter gereicht wird, und unter dem Ranks Ruf auch außerhalb der Psychoanalyse schwer zu leiden hatte - und in bestimmten Kreisen bis heute zu leiden hat. Da werden ihm nicht nur verschiedene Komplexe zugeschrieben, wie etwa eine „Brüder-Feindseligkeit“, unter der auch Jones selbst zu leiden gehabt habe, und eine noch tiefer liegende „Vater-Feindseligkeit“, wie sie letztlich auch gegen Freud zutage getreten sei. Dann aber wird Rank das Kainsmal der „Zyklothymie“ auf die Stirn gebrannt und ihm - wie dem mit ihm in der Diffamierung wieder vereinten Ferenczi - nachgesagt, sie hätten „psychotische Erscheinungen“ entwickelt, „die sich unter anderem darin äußerten, daß sie sich von Freud und seinen Lehren abwandten“ (Jones, 1984, S. 62). Mit diesem verzerrten Rank-Bild sind Generationen von (angehenden) PsychotherapeutInnen - auch der Autor selbst - groß gezogen und interessierte Laien indoktriniert worden.

1.5 „Die Anwendung der Psychoanalyse auf die soziale Fürsorge“ – Wien 1924

Am 27. Februar 1924 konnten die anwesenden Mitglieder der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung (WPV) Ungewöhnliches hören. Dies etwa (ich zitiere eine mittlere und die Schlusspassage):

Wir erwarten also von der Anwendung der Psychoanalyse auf die Fürsorge richtige soziale Diagnosen [eine Anspielung auf Mary Richmond], das Erkennen von psychischen und unbewussten Faktoren, eine Behandlung, die auf Kenntnis der Übertragung basiert ist und es versteht, den Widerstand zu beherrschen.

...

Ich möchte nicht schließen, ohne ein Wort über den neurotischen Einschlag in der ganzen Fürsorge zu sagen. Ich habe die Bewegung ein Symptom genannt. Und ich glaube, mit Recht. Die breiten Volksschichten, die ungeheuer schwer unter den Neurosen leiden (Freud, „Wege der psychoanalytischen Therapie“), kommen zum Fürsorger um Hilfe. Aber der Fürsorger selbst ist im allgemeinen neurotisch und wenn dies nicht erkannt wird, haben wir einen *circulus vitiosus* vor uns. Viele der Irrtümer und Mißerfolge der Fürsorge sind darauf zurückzuführen. Ihre eigene Einstellung zu ihren Klienten wird erst durch das Verständnis ihres eigenen Unbewußten eine freie und sachliche werden.

Gehalten hat den Vortrag die damals 30jährige US-Amerikanerin Caroline Newton, eine von vielen US-AmerikanerInnen, die nach dem 1. Weltkrieg nach Wien kamen, um sich analysieren zu lassen; davon ernährten sich die Wiener PsychoanalytikerInnen – auch Freud. Newton war bei Rank in Analyse (Lieberman, 2014, S. 332) und ihr Vortrag war das Eintrittsbillet in die WPV - wider die Statuten, denn sie war nicht ortsansässig. Unter dem Titel „Die Anwendung der Psychoanalyse auf die soziale Fürsorge“ wurde der Vortrag 1925 in der „Imago“ (11, 239-253) veröffentlicht (eine pdf-Datei des schwer zugänglichen Artikels kann beim Autor angefordert werden), deren Herausgabe wohl nicht mehr Rank federführend besorgte, weil sich kurz vor Newtons Vortragstermin ein erster Riss in der Beziehung zwischen Freud und Rank gezeigt hatte, und die beiden bald getrennte Wege gehen sollten.

Bereits Ende 1923 Ranks waren Ranks „Trauma“ (Rank, 1924) sowie die von Ferenczi und ihm stammenden „Entwicklungsziele der Psychoanalyse“ (Ferenczi & Rank, 1924), beide auf das Jahr 1924 datiert, erschienen. Die beiden Schriften weisen einen engen sachlichen Zusammenhang auf, denn das „Trauma“ ist, wie nicht nur der sachliche Vergleich sondern auch Briefe von Rank und Ferenczi an Freud belegen, „eigentlich ein Produkt der Experimente mit der aktiven Technik“ (Leitner, 1998, S. 67), wie sie in den „Entwicklungszielen“ dargestellt sind. Freud ging am 15. Februar 1924 in seinem an die Mitglieder des Geheimen Komitees - den inneren Zirkel der psychoanalytischen Bewegung - gerichteten Rundbrief auf beide Bücher ein, zollt ihnen seinen Respekt und verhehlt nicht seine Kritik - bis hin zu „Hier weicht Rank von mir ab“ (Lieberman & Kramer, 2014, S. 213).

Wir dürfen annehmen, dass Newton von den Spannungen zwischen Rank und Freud, auf dessen Seite alle anderen Komitee-Mitglieder, wusste; die Welt der damaligen WPV war klein. Was wir nicht wissen ist, ob sie sich auf die eine oder andere Seite schlug. Fakt ist, dass sie die „Entwicklungsziele“ ins Englische übersetzte und für deren Erscheinen in den USA bereits im Jahre 1925 sorgte. Das trug zu einer heute nur wenigen, etwa dem Psychoanalysehistoriker Erst Falzeder bekannten Entwicklung bei: „Die amerikanische Psychoanalyse der 20er und 30er Jahre war in einem großen Ausmaß von Rank, Ferenczi und ihren Analysanden dominiert.“ (Falzeder, 1998, S. 44-45) Das v.a. in Boston, Philadelphia, Washington und Baltimore (Falzeder, 1998, S. 45, Anm. 23). Ob sich Newton und Rank in den USA je getroffen haben, ist unbekannt.

Nicht bekannt ist auch, wie sie persönlich zueinander standen. Es sei aber aufmerksam gemacht auf zwei Punkte, die Affinität nahe legen. Zum einen: Newton treibt „die Soziale Frage“ um, und was „die Soziale Frage“ konkret bedeutet, haben von den damaligen Mitgliedern der WPV zwei und nur zwei in Kindheit und Jugend am eigenen Leib erfahren: Rank und Theodor Reik. Was Rank, Reik und Newton, und damit kommen wir zu einem zweiten Punkt, einte, war etwas, worin sie sich von den übrigen damaligen WPV-Mitgliedern unterschieden: Sie sind „Laien“, also keine ÄrztInnen. Die Laienfrage war seit 1923 Thema: Die in jenem Jahr verabschiedeten Ausbildungsrichtlinien des Berliner Psychoanalytischen Instituts sahen vor, dass nur medizinisch vorgebildete Personen, die zudem eine psychiatrisch-neurologische Zusatzausbildung absolviert hatten, zur Ausbildung als PsychoanalytikerInnen zugelassen werden. Was Berlin vorgedacht hatte, machte bald in London und New York Schule. Budapest (Ferenczi) und Wien (Freud) waren dagegen, aber machtlos; auch hier zeigten sich Ungarn und Österreich als die größten Weltkrieg I-Verlierer. Freud, seit 1923 vom (Krebs-)Tod bedroht, hatte in diesem Punkte keine Macht mehr. Seine anlässlich der „Angelegenheit“ Reik - der war 1925 in Österreich, das die Kurierfreiheit schon vor Nazi-Deutschland abgeschafft hatte, wegen „Kurpfuscherei“ angeklagt worden - verfasste (Streit-)Schrift „Die Frage der Laienanalyse“ (Freud, 1926), sein brillanter Beitrag zur berufspolitischen Frage, wurde in Berlin, London und New York schlichtweg ignoriert.

Newton konnte in New York nie Psychoanalytikerin werden, weil ihr die dortige Psychoanalytische Vereinigung die Mitgliedschaft verweigerte; in die Geschichte geht die Philanthropin ein als Förderin von Thomas Mann in dessen USA-Exil. Wer eigentlich war Caroline Newton? Völlig aus der Luft gegriffen ist die in manchen Darstellungen zu findende Angabe, sie sei Psychiaterin gewesen. War sie eine *Social (Case) Worker*, aus deren Perspektive sie ja genannten Vortrag hält? Fallend (2012) bejaht das in seinem o.g. Buch. Aber darf man sie so nicht bezeichnen, wenn man ernst nimmt, was C. W. Müller (2006) für den diesseits wie jenseits des Atlantiks Ende de 19. / Anfang des 20. Jahrhunderts stattfindenden Wandels von ehrenamtlicher (Liebes-)Tätigkeit zum fürsorgerischen Beruf als Unterscheidungskriterien vorgestellt hat? Newton hat den Entwicklungsschritt von der Philanthropie zur sozialarbeiterischen Beruflichkeit nicht vollzogen, sie war keine „trained worker“ in dem Sinne, wie das Mary Richmond (1908, S. 80) in ihrem Referat auf der *National Conference on Social Welfare* von 1908 vor Augen hatte.

Den Nachweis, dass Newton eine - damals in den USA durchaus schon mögliche - Ausbildung in *Social (Case) Work* absolviert habe, bleibt Fallend schuldig (ausf. Heekerens, 2014c). Und was er sonst an „Beweisen“ aufbietet, sind bei näherem Hinsehen keine. So schreibt er etwa auf S. 30: „Anfang der 1920er Jahre wurde Caroline Newton Mitarbeiterin der Quäker Organisation American Friends Service Committee (AFSC), um als Sozialarbeiterin im Ausland Erfahrungen zu sammeln.“ In Sachen „Sozialarbeit“ hätte sie durch ihre Wiener Tätigkeit nichts lernen können. Sie selbst beschreibt die Tätigkeit, die sie damals ausübte folgendermaßen: „My position was with the American Friends Service committee, supervising the weighing rooms where flour, sugar, fat and cocoa were weighed and measured for distribution to the young and undernourished children of the city.“ (zitiert nach Fallend, 2012, S. 54) Hält man sich an die dokumentierten Fakten lässt sich zu Newtons Wien-Reise Anfang der 1920er sagen: Die junge Quäkerin aus gutem Haus und einer Vorliebe für deutsche Kultur (und die Psychoanalyse gehörte seit Neuestem dazu) war die ehrenamtliche Mitarbeiterin einer ihr affinen NGO, die ihr einen Job anbot, in dem sie ihre Hilfsbereitschaft in einem Krisengebiet (das war Wien nach dem 1. Weltkrieg) in die Tat umsetzen konnte, der ihren Kompetenzen entsprach (sie war offensichtlich eine tüchtige Person und hatte gute Deutschkenntnisse) - und ihr die Möglichkeit bot, PsychoanalytikerInnen der ersten Stunde kennenzulernen. Dass sie sich für die Soziale Frage wie die sich entwickelnde Sozialarbeit interessierte, ist kein Indiz dafür, dass sie selbst eine „Sozialarbeiterin“ war; das interessierte viele junge Frauen aus gutem Haus - diesseits wie jenseits des Atlantiks.

1.6 Ranks Pathologisierung durch Freud

Der psychoanalytische Mainstream hätte Rank niemals verdammen können, wäre sie sich nicht Freuds (expliziter oder impliziter) Zustimmung sicher gewesen. Freud hat Rank nur kurz nach dem Wiener Newton-Vortrag zum „Abschuss“ durch die „treuen“ Komitee-Mitglieder und andere einflussreiche Rank-Feinde frei gegeben. In einem auf den 23. Juli 1924 datierten Brief schreibt Freud an Rank mit Blick auf das „Trauma“: „Die Ausschaltung des Vaters in Ihrer Theorie scheint mir doch allzusehr den Einfluss persönlicher Momente aus Ihrem Leben, die ich zu kennen glaube, zu verraten, und mein Argwohn steigt, daß sie dieses Buch nicht geschrieben hätten, wenn Sie selbst

durch eine Analyse gegangen wären“ (zitiert nach Lieberman, 1997, S. 313). Rank hatte wahrlich keine guten Kindheitserfahrungen mit seinem Vater und wollte, nachdem er das Elternhaus verlassen hatte, nie mehr etwas mit ihm zu tun haben. Nur gilt der Verweis auf die Person gemeinhin nicht als Argument in der Sache. Was der Verweis auf das Fehlen einer Analyse anbelangt, so ist zweierlei anzumerken. Zum einen: Noch 1922 hatte Freud auf das Ansinnen von Jones, Rank solle doch endlich eine Analyse machen, mit wütender Ablehnung reagiert (Lieberman, 1997, S. 313). Und was Freuds Selbstanalyse – von einer „Fremdanalyse“ kann man selbst in Kenntnis der Gespräche mit Freneczi schwerlich sprechen – anbelangt, so hat schon Frank Sulloway (1982) aufgezeigt, dass daran mehr Mythos als Wahrheit ist.

Freud ist in Sachen Rank durchaus noch steigerungsfähig. In einem Brief vom 13. April 1926 an Max Eitington schreibt er über Rank nach dessen Übersiedelung von Wien nach Paris: „Der Dämon in ihm hat jetzt auf langsamem, ruhigem Weg durchgesetzt, was er zuerst im Krankheitsanfall erstürmen wollte“ (zitiert nach Leitner, 1998, S. 142). Und in einem Brief vom 23. desselben Monats an Ferenczi spricht er davon, dass sich in Ranks Theorie „seine Neurose niedergeschlagen“ habe (zitiert nach Leitner, 1998, S. 142). Aus solcher „Neurose“ machten, wie oben dargestellt, Brill und Jones eine „Psychose“; irgendwie muss man den (Über-)Vater ja überbieten.

1.7 Rank, Paris und die USA

Was Rank anbelangt: Was hätte er noch zu suchen gehabt in einem Wien, das noch Mitte der 1920er wie keine andere Stadt der im 1. Weltkrieg Besiegten - selbst Budapest ging es besser - an Hunger und Elend litt? Er, der kein Vermögen besaß und weder auf soziale Absicherung durch die Familie noch auf eine gesicherte Altersversorgung rechnen konnte, der oft von der Hand in den Mund lebte und seine Existenz - als Nicht-Arzt - bislang nur sichern konnte unter dem Schirm der WPV? Die aber - und Freud hat hier eine besondere Bedeutung in der Frage der Zuweisung von möglichen Analysanden - hatte ihm nicht nur Gunst und Protektion entzogen, sondern ihn zum Gegner, ja Feind erklärt. Wohin hätte er sich denn wenden können?

Wer damals darauf angewiesen war, seinen Lebensunterhalt einzig mit seinem psychotherapeutischen Können zu verdienen, war auf eine Klientel angewiesen, die sich in hinreichendem Umfang nur in von der Psychoanalyse affizierten Großstädten, allen

voran bestimmten Hauptstädten fand. Der Sprung über den großen Teich schien Rank lange als zu gewagt, obschon er auf seinen USA-Reisen in den Jahren 1924-1926 auf große positive Resonanz gestoßen war. Budapest, obschon materiell ein wenig besser gestellt, kam nicht in Frage; das Sagen hatte dort Ferenczi, der sich damals auf Freuds schlug. In Berlin „regierte“ Karl Abraham (Zienert-Eilts, 2013; vgl. Heekerens 2014e) und in London Jones. In Nord- und Südeuropa sollte die Psychoanalyse erst weitaus später Fuß fassen können, blieb also noch Paris, wohin Rank im Mai 1926 übersiedeln sollte.

1.8 Rank und die „Penn“

Die Bedeutung Ranks für die Soziale Arbeit ist am deutlichsten zu sehen und am nachhaltigsten wirksam durch seinen Einfluss auf die von Taft und Robinson entwickelte Funktionale Schule des *Social Case Work*, die sich in Opposition setzte zum Diagnostischen, seit geraumer Zeit freudianisch beeinflussten Ansatz. Robinson war ab 1920, Taft ab 1934 Professorin an der *Pennsylvania School for Social and Health Work* (künftig: „Penn“). Mit ihr wird der Funktionale Ansatz üblicherweise in Zusammenhang gebracht, doch fasste er auch an anderen US-amerikanischen Ausbildungsstätten für Sozialarbeit Fuß (vgl. Robinson, 2008).

Taft hatte die engere Beziehung zu Rank, obschon auch Robinson bei ihm in (Lehr-) Analyse war und ihn als Dozenten kannte. Taft „war zuerst Ranks Patientin, dann seine Schülerin, sodann seine Kollegin und schließlich seine Biographin.“ (Lieberman, 2014, S. 303) Sie begegnete ihm erstmals 1924 während dessen erster USA-Reise in die USA 1924, traf ihn wieder auf dessen späteren USA-Reisen sowie (zusammen mit Robinson) in Paris und wurde nach dessen Übersiedelung in die USA 1934 seine engste Mitarbeiterin bei der Englisch-Übersetzung seiner Werke, in denen sein Ansatz als „Willens-Therapie“ seine letzte Gestalt erhielt.

Der Funktionale Ansatz lässt sich abgrenzend zum Diagnostischen so skizzieren:

- Er lehnt Diagnostik als einen der „eigentlichen“ Behandlung voraus gehenden gesonderten Akt ab,
- konzipiert seine zentrale Handlungsform als „Beziehungstherapie“,
- ist Ressourcen- (oder Kompetenzen-)orientiert und

- reflektiert in systematischer Weise über die Kontextbedingungen seiner Arbeit als (*Social Case Work* (Stichwort: „funktional“), womit er Unterscheidungskriterien zwischen Sozialer Arbeit und Psychotherapie heraus arbeitet und markiert.

In den ersten drei Punkten zeigt sich Ranks Einfluss, hinter dem vierten stehen genuin sozialarbeiterische Überlegungen.

1.9 Der Funktionale Ansatz an der *New York School of Social Work*

Der Funktionale Ansatz an dieser schon damals renommierten Ausbildungsstätte für Sozialarbeit ist unlösbar verknüpft mit Marion Kenworthy. Ihr (englischsprachiger) wikipedia-Eintrag beginnt mit dem Satz: „Marion Edwena Kenworthy, M.D. (1891-1980), an American psychiatrist and psychoanalyst, introduced psychiatric and psychoanalytic concepts to the education of social workers and to the field of social work.“ Wenig später findet sich dann die Notiz: „During her tenure, Kenworthy trained in psychoanalysis with Otto Rank.“ Wann war das? Bereits 1920 führt das „Korrespondenzblatt der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung“ (2007) in der Mitgliederliste der New Yorker Psychoanalytischen Gesellschaft eine „Dr. Marion Kenworthy, Adresse unbekannt“ auf. Es spricht vieles für die Richtigkeit der Darstellung, wie sie in „Psychoanalytikerinnen. Bibliographisches Lexikon“ (o.J.) geboten wird:

1919 zog Marion Kenworthy nach New York und absolvierte eine psychoanalytische Ausbildung bei der New York Psychoanalytic Society. Ihre Lehranalyse machte sie 1921 bei dem Wiener Analytiker Otto Rank. Ebenfalls 1921 begann sie an der New York School of Social Work - später Columbia University School of Social Work - zu lehren, ab 1924 als Professorin für Mental Hygiene und seit 1940 als Professorin für Psychiatrie. Kenworthy, die seit 1926 Mitglied der American Psychoanalytic Association (APsaA) war, führte die psychodynamische Theorie in die Sozialarbeit ein und bildete bis zu ihrer Emeritierung 1956 Hunderte von Sozialarbeitern in psychoanalytischer Psychiatrie aus.

Die Frage ist nur: War das, was Kenworthy angehenden SozialarbeiterInnen bei- und näher zu bringen suchte, Psychoanalyse in Gestalt des klassischen oder orthodoxen Freudianismus oder aber eine „Psychoanalyse“, die man besser als „Rankianismus“ bezeichnet? Ich neige zur zweiten Ansicht. Im Winter 1926 bis ins Frühjahr 1927 traf sich in New York regelmäßig eine Arbeitsgruppe - darunter neben Kenworthy auch Taft

- von 15 bis 20 Leuten, meist jüngeren PsychiaterInnen, um über Ranks „Genetische Psychologie“ zu diskutieren, über die Rank auf Einladung von Kenworthy an der *New York School of Social Work* Vorlesungen gehalten hatte (Liebermann, 2014; Sperling, 2005). Alles spricht dafür, dass Rank hier Überlegungen vortrug, die er zu eben der Zeit beim Verfertigen eines Buches anstellte, das 1929 als dritter Band der „Genetischen Psychologie“ unter dem Titel „Wahrheit und Wirklichkeit“ und 1936 in von Taft besorgerter Übersetzung als „Truth and Reality“ (Rank, 1936) erscheinen sollte. Mit diesem Buch hatte Rank das Gebiet der „klassischen“ Psychoanalyse endgültig verlassen hatte. Aber es ist nicht nur ein anderes Denken, sondern eine andere Haltung, die Kenworthy an Rank beeindruckt. In einem Brief vom 27. August 1926 hat sie sich beim ihm bedankt für „jene schöne Art von Idealismus und jenes reiche wissenschaftliche und soziale Verständnis, wozu Sie vor allen anderen auf diesem Gebiet das Rüstzeug haben, es zu vermitteln“ (zitiert nach Liebermann, 2014, S. 349).

Der so Geehrte wurde von ihr zu späteren Zeiten auch als Dozent eingeladen. Um einen Eindruck davon zu vermitteln, wie dergleichen konkret aussah, sei eine Passage aus Liebermanns Rank-Biographie (2014, S. 358-359) zitiert:

Am 14. Januar 1928 begann Rank eine Vortragsreihe, die an sechs Abenden, montags, an der New York School of Social Work in der East 22nd Street stattfand. Die Anmeldegebühr für die unter dem Titel „What is Truth“ veranstaltete Reihe belief sich auf zehn Dollar. Die einzelnen Vortragsthemen waren Kapiteln aus den zwei Projekten entlehnt, an denen er noch in Wien angefangen hatte zu arbeiten: Wille und Zwang, Selbst und Ideal, Schaffen und Schuldgefühl etc. Auf dem Flugblatt wurde „Otto Rank aus Wien und Paris“ angekündigt und die Reihe als „Ein Versuch“ vorgestellt, „das wesentliche Problem jeder Psychologie darzustellen und zu erklären, warum und wo die letzte, von der Psychoanalyse und ihren verschiedenen Schulen angebotene Lösung unzureichend ist.“ Die Liste der Teilnehmer umfaßte fast einhundert Namen, die meisten Frauen und meistenteils, abgesehen von seinem Psychiatern aus dem Seminar, vermutlich Sozialarbeiter und -arbeiterinnen. Rank hatte inzwischen einen Punkt erreicht, an dem er nichts mehr zu verlieren hatte, wenn er seine Differenzen zu den Freudianern klarstellte; und er schien überdies auf dem besten Wege zu sein, seine eigene Anhängerschaft um sich zu scharen.

Nachgeborenen LeserInnen wurde von Marion Kenworthy und die damalige *New York School of Social Work* anders - nach meinem Urteil: bewusst verfälschend - dargestellt. In der meistverbreiteten und am häufigsten zitierten deutschsprachigen Darstellung der

Sozialen Einzel(fall)hilfe (Roberts & Nee, 1982) liest man im Rahmen der Darstellung der psychosozialen oder Diagnostischen Ansatzes: „Die Theorie Freuds gewann ab 1926 Einfluß. Marion Kenworthy von der New York School of Social Work, Betsey Libbey ... und Gordon Hamilton ... leisteten hierzu die ersten Beiträge.“ (Hollis, 1982, S. 51) Geschrieben hat das eine Autorin, auf deren Wort man in der (Klinischen) Sozialarbeit Wert legt; Florence Hollis gilt als Expertin auf dem Gebiet des Diagnostischen oder psychosozialen Ansatzes des *Case Work* (vgl. etwa Hollis, 1977).

1.10 Das Konzept des „Willens“ beim späten Rank

Das Konzept des „Willens“, das für Ranks Spätphase typisch ist, hat immer wieder Verstehensschwierigkeiten bereitet und zu Missverständnissen geführt. Seine volle Bedeutung ist auch nicht so schnell und einfach in seiner Breite und Tiefe darzustellen. Es kann hier nur der Versuch gemacht werden, mit Hilfe eines Schlaglichtes das (Verstehens-)Dunkel etwas auf zu hellen. Zunächst sei Bezug genommen auf eine der letzten Definitionen durch Rank selbst, wie er sie in „*Beyond Psychology*“ (Rank, 1941) vorgenommen hat. Er grenzt seinen Begriff von „Willen“ ab sowohl vom Machtwillen im Sinne Friedrich Nietzsches und Alfred Adlers als auch vom Wunsch im Freudschen Sinne, und fügt dann an, dass sein Willens-Begriff „beide Aspekte mit einschließen kann“ (Rank, 1941, S. 50; deutsche Übersetzung nach Lieberman, 1997, S. 505). Neben einer solchen negativen Bestimmung stellt er eine positive, wonach unter „Wille“ zu verstehen sei als „eine autonome organisierende Kraft im Individuum, die weder einen bestimmten biologischen Impuls noch einen sozialen Trieb darstellt, sondern den schöpferischen Ausdruck der Gesamtpersönlichkeit und ein Individuum vom anderen unterscheidet“ (Rank, 1941, S. 50; deutsche Übersetzung nach Lieberman, 1997, S. 505).

1.11 Die „Wärme“ Ranks und die „Kälte“ der Psychoanalyse

Alle, die Rank persönlich begegnet sind und von seiner menschlichen Ausstrahlung erzählen, berichten übereinstimmend von seiner „menschlichen Wärme“, die auch in der analytischen Situation dominiert habe und in Übereinstimmung mit seinem therapeuti-

schen Ansatz stehe. Damit unterschied er sich offensichtlich von der kühl-distanzierten Haltung der meisten Psychoanalytikerinnen jener Jahre; Ferenczi (vgl. Ferenczi, 2013; Heekerens, 2014f) war da ebenso eine Ausnahme wie Rank. Einen Eindruck von der „Kälte“ der damaligen Psychoanalyse hat uns Esther Menaker vermittelt. Sie ist in die Geschichte der Psychotherapie eingegangen als Pionierin der Erforschung des weiblichen Masochismus. Sie hatte 1930, da war Rank dort schon „im Kommen“, den Master in Sozialarbeit erworben und danach den ersten und mit zwei Jahren längsten Teil ihrer unmittelbar danach in Wien stattfindenden Ausbildung zur (Laien-)Analytikerin bei Anna Freud absolviert.

Über ihre erste Sitzung berichtet sie in einem Interview, das 2007 unter dem Titel „An American woman in Freuds Vienna: Esther Menaker on Freudianism and her analysis with Anna Freud“ veröffentlicht wurde, liest man:

I grew up in America in the 1920s, during the flapper era, where people were more liberal, sexually speaking, than their Viennese counterparts. So basically I found the atmosphere of Vienna very conservative, if not reactionary. During my first analytic session, I dutifully told Anna Freud of all my sexual adventures - but only with great difficulty. Remember, I was young, not quite liberated, and Anna Freud was a stranger to me. After I recounted my exploits, I stood up from the couch and told her how exhausted I was from the effort. Anna, in turn, said that there was nothing unusual about my stories, adding that she had often heard of such things. Now, she said this in a very disparaging way, as if to say I should not be so proud of my progressiveness. I felt she was angling for my narcissism. That, in any case, was the tone and atmosphere of psychoanalysis in Vienna: to put you down, and never encourage or affirm the self. And that is why I became attracted to the works of Otto Rank and Heinz Kohut. (Dufrenne, 2007, S. 27)

In einem nach ihrem Tod 2003 in der britischen *Sun* erschienenen Nachruf (Miller, 2003) heißt es:

Within the profession, Menaker was widely viewed, at least in New York, as something of a renegade. Her first problem was the lack of a medical degree. More seriously, perhaps, she rejected Freud's views on women's sexuality and on masochism, preferring to see those who seek pain as victims of improper childhood development rather than as seekers of guilty pleasures. From her earliest published work in the 1940s, she had a vision of the human psyche as the product of relationships, rather than the contending instinctual drives of orthodox Freudianism. In 1965, she and her husband published „Ego in Evolution“, an influential study that regarded the self as a developing reality in the historical con-

text of the individual's life, including the then-unfashionable notion that creativity and spiritual development might play an important part. In a later book, „Otto Rank: A Rediscovered Legacy“ ([New York: Columbia University Press,]1982), she resurrected the reputation of a largely forgotten early Freudian rebel, whose concern for development and creativity turned out to be remarkably parallel to her own.

1.12 Rank und Rogers

„Kälte“ und „Wärme“ waren die beiden affektiven Konnotationen, mit denen vor einem halben Jahrhundert in der Bundesrepublik die damalige Psychoanalyse und die neu aufkommende, für Psychotherapie und Sozialarbeit gleichermaßen faszinierende, Klientenzentrierte Therapie unterschieden wurde. Das war mit dem Herzen gut erfasst, wenngleich mit dem Kopf (noch) nicht verstanden: Rogers war ein „Rankianer“, ohne dass er sich je als solcher bezeichnet hätte. Er hat dessen Einfluss auf ihn nie gelehnt, sondern öffentlich benannt. 1983 hat er in einem auf Video dokumentierten Interview auf die Frage, wer denn seine Lehrer seien, geantwortet: „Otto Rank and my clients“ (zitiert nach Kramer, 1995a, S. 78). Die Schriften von Rogers sind eine schlechte Quelle, um den Einfluss Ranks zu dokumentieren. Kein einziges Zitat von Rank habe er dort gefunden oder auch nur ein Referieren Rankscher Gedanken, das über drei Sätze hinaus gekommen wäre, konstatiert einer seiner Biographen, der sich die Mühe der Analyse gemacht hat (Kirschenbaum, 1979, S. 92).

Mehr von der Bedeutung Ranks für Rogers wird sichtbar, wenn man biographisches Material einsieht. Dort hat der erste vertiefte Blick einem Seminar zu gelten, das Rank auf Einladung von Rogers im Juni 1936 in Rochester, NY - Rogers war damals Leiter des neuen und unabhängigen *Rochester Guidance Center* und in dieser Entscheidung autonom - durchführt (Evans, 1975, S. 28; Lieberman, 1997, S. 460; Rogers, 1975, S. 17). Zu dieser Einladung angeregt hatten ihn Hinweise von bei ihm arbeitenden Absolventinnen der Penn. Dort, so wurde ihm gesagt, ginge es nicht um „interpretierende Therapie“ (*interpretative therapy*) in der Tradition der Psychoanalyse, mit der Rogers in Rochester angetreten war (Kirschenbaum, 1979, S. 86), sondern um „Beziehungstherapie“ (*relationship therapy*).

Es ist eine Ironie der Geschichte, dass Rank und Rogers keine persönliche Beziehung mit einander eingegangen sind. Rank hat das Potential Rogers' offensichtlich nicht

erkannt; in den zwei Briefen an Taft, in denen er dieses Seminar erwähnt, findet sich kein Wort zu ihm (vgl. Taft, 1985, S. 215 – 216). Und Rogers? Der war nach eigenem Bekunden von Rank seit jenem Seminar „infiziert“. Zum „Ausbruch“ kam diese „Infektion“ aber erst nach seinem Weggang von Rochester (Kirschenbaum, 1979, S. 95); das war 1940, und da war Rank schon ein Jahr tot.

Mit Bezug auf das *Rochester*-Seminar schreibt Rogers 1973 aus dem Abstand von bald vier Jahrzehnten:

Etwa zu dieser Zeit fand ein kurzes zweitägiges Seminar mit OTTO RANK statt, und ich bemerkte, daß er in seiner Therapie (nicht in seiner Theorie) einige der Dinge betonte, die ich zu lernen begonnen hatte. Ich fühlte mich angeregt und bestätigt. Ich stellte eine Sozialarbeiterin ein, die an der Philadelphia School of Social Work in RANKs „Relationship Therapy“ ausgebildet war und lernte viel von ihr. So wandelten sich meine Ansichten mehr und mehr. Dieser Übergang ist gut festgehalten in meinem Buch *Clinical Treatment of the Problem Child*, geschrieben 1937 bis 1938, wo ich ein langes Kapitel der Relationship Therapy widme, wenn auch der Rest des Buches weitgehend ein diagnostisch-verordnendes Vorgehen zeigt. (zitiert nach der deutschen Übersetzung: Rogers, 1975, S. 17)

Wie sehr sich Rogers in der Nachfolge von Rank sah, enthüllt eine historische Begebenheit von tiefer Symbolik. Rogers, sich sehr wohl bewusst, dass es geradezu absurd erscheinen muss, einen fixen Geburtstag der Klientenzentrierten Therapie zu nennen, nennt einen solchen sehr wohl: den 11. Dezember 1940 (Kirschenbaum, 1979, S. 112). Dieser (Selbst-)Einschätzung entspricht, dass, wie schon dargestellt, die „Inkubationszeit“ der „Infektion“ durch Rank noch im Februar 1940 andauerte. An besagtem 11. Dezember 1940 aber präsentierte Rogers an der Universität von Minnesota vor der *Psi Chi*, der 1929 gegründeten renommierten *U.S. Honor Society in Psychology*, sein Papier „*Newer Concepts in Psychotherapy*“. Rank öffentlich Respekt zollend, erklärt er, die Absicht dieser neueren Therapie bestehe nicht darin, dieses oder jenes einzelnes Problem zu lösen, sondern darin, einem Individuum beim Wachsen zu helfen (Kirschenbaum, 1979, S. 113). Zwei Jahre zuvor hatte am selben Ort Rank seine postfreudianischen Anschauungen vorgetragen!

Nathaniel Raskin, der Theorie und Praxis des Klientenzentrierten Ansatzes durch verschiedene Arbeiten (gesammelt in Raskin, 2004) beeinflusste, hat seinen Artikel „*The development of nondirective therapy*“, 1948 veröffentlicht im *Journal of Consulting Psychology*, eröffnet mit den Sätzen: „*The term ‚nondirective therapy‘ is today*

commonly identified with the method and views of Carl R. Rogers and his students and associates. For some, nondirective therapy is just a new name for Jessie Taft's 'relationship therapy' and Otto Rank's 'will therapy'." (S. 92) Ja, im Vergleich mit Psychoanalyse und Verhaltenstherapie hatten diese drei Handlungsansätze etwas Gemeinsames und sie von jenen unterscheidendes; da wurde eine „Dritte Kraft“ sichtbar.

So einheitlich die genannten drei Handlungsformen im Vergleich mit außen erscheinen, so verschieden zeigen sie sich doch in einem Binnenvergleich. Wenn hier von Rank's Einfluss auf Rogers gesprochen wird, so sollte man sich vor Augen halten, dass dieser ganz überwiegend kein direkter, sondern indirekter ist, kein unmittelbarer, sondern ein über die Funktionale Schule vermittelter. Ich stimme dem von Roy deCarvalho (1999) skizzierten Entwicklungsprozess mit drei Gliedern zu: Rank - „Willens“-Therapie, Funktionaler Ansatz - „Beziehungstherapie“, Rogers - Personenzentrierter Ansatz. Aber auch als indirekter oder vermittelter Einfluss, ist Rank, sofern man ihn einigermaßen kennt, in Theorie und Praxis der Klientenzentrierten Therapie und Beratung leicht zu finden.

Wie ist das etwa mit dem „Verbalisieren der Gefühle“, das geradezu als Markenzeichen des Klientenzentrierten Ansatzes gilt? In Rank's „Technik der Psychoanalyse II: Die analytische Reaktion“ von 1929 findet sich beispielsweise der Satz, dass das „Therapeutische ... im Verbalisieren der bewußten Gefühle [liegt], während das sogenannte Bewußtmachen des Unbewußten immer nur ein Interpretieren von sehr zweifelhaftem Werte, ein Ersetzen einer Rationalisierung durch die andere bleibt“ (Rank, 1929a, S. 35). In dem vom späten Rogers gestalteten Buch „A Way of Being“ findet sich der Beitrag „Empathic: an unappreciated way of being“ (Rogers, 1980). Dort notiert Rogers, er erinnere sich an eine an der „Penn“ ausgebildete Sozialarbeiterin, die „mir half zu lernen, dass der effektivste Ansatz der sei, auf die Gefühle, die Emotionen zu hören. ... Ich glaube, sie war es, die die Idee aufbrachte, die beste Antwort sei, diese Gefühle dem Klienten zurück zu ,reflektieren“ (Rogers, 1980, S. 138; Übers. d. Verf.).

Und wie ist das mit dem Konzept der „Einfühlung“? Klientenzentrierten Therapeuten und BeraterInnen, denen das Wort (nur) als Übersetzung der für originär gehaltenen englischen Begriffe *empathy* oder *empathic understanding* bekannt ist, sei gesagt, dass er sich „Einfühlung“ in Rank's Schriften selbst noch in englischen Übersetzungen seiner deutschen Originale findet. Einfühlung, hatte Rank erklärt, „vereint unser Ich mit dem anderen, mit dem Du“ (zitiert nach Kramer, 1995b, S. 75; Übers. d.

Verf.). Und was das *Experiencing*-Konzept anbelangt, so sei darauf verwiesen, dass die Linie, die in der Therapie dem unmittelbaren emotionalen Erleben den höchsten Rang einräumt, zurück reicht bis zu den schon genannten von Ferenczi und Rank verfassten „Entwicklungszielen der Psychoanalyse“ von Anfang der 1920er.

Von Rank weiß die deutsch(sprachig)e Klientenzentrierte Therapie doch recht wenig. Abhilfe schaffen könnte da eine der Schriften von Robert Kramer, von denen es einige nur auf Englisch gibt (etwa Kramer 1995a, 1995b), zwei aber auch auf Deutsch (Kramer, 1999, 2002), der sachkundig aufzeigt, dass Rank Rogers nicht etwa nur in dessen Frühzeit beeinflusst hat, sondern bis zum Schaffensende. An seinem Lebensende befindet sich Rogers an eben jenem Punkt seiner Entwicklung, den Rank in seinem 1938 – 1939 geschriebenen und erst posthum 1941 - und lediglich als Privatdruck - veröffentlichten Buch „*Beyond Psychology*“ (1958 veröffentlicht bei Dover in New York) für sich markiert hatte. Unter der Überschrift „*The Viennese Origins of the Person-Centered Approach: Otto Rank's Influence on Carl Rogers*“ hat Kramer seine Thesen im Juli 2002, auf einem während des 3. Weltkongresses für Psychotherapie in Wien abgehaltenen Symposium anlässlich des 100. Geburtstages von Carl Rogers vorgetragen; eine deutsche Übersetzung liegt vor (Kramer, 2002).

Wie geschichtsvergessen es im Falle Ranks selbst in seiner Wahlheimat USA und bei denen, die faktisch seine geistigen ErbInnen sind, zugeht, sei an einem Beispiel veranschaulicht. Im Jahre 2003 wurde im *Journal of Counseling and Development*, dem Organ der *American Counseling Association* ein Artikel (Wilks, 2003) veröffentlicht, der sich mit der Geschichte des Determinismus und des (freien) Willens in Beratung und Psychotherapie auseinandersetzt. Das Thema ist für die Identitätsbildung der humanistisch-experienziellen Therapie und Beratung zentral. Der Artikel ist differenziert, klug und kenntnisreich bis auf einen Punkt: Während selbst Adler und Viktor Frankl, ganz zu schweigen von Abraham Maslow und Rogers, als Vertreter eines freien Willens im Sinne von Selbst-Determinierung genannt werden, wird Rank nicht erwähnt. Das ist für eine historische Analyse ein eklatanter Fehler. Er war es doch, der wie kein zweiter den Willens-Begriff im 20. Jahrhundert (wieder) in die Diskussion gebracht hatte.

1.13 Ranks Wirkung auf die Gestalttherapie

Es ist hierzulande vor allem der Düsseldorfer Gestalttherapeut Bertram Müller, der „Das Konzept des Willens bei Otto Rank“ (Müller, 1998) gründlich analysiert und mit „Ranks schöpferischer Wille und sein Einfluss auf die Gestalttherapie“ (Müller, 2006) auf einen speziellen Entwicklungsstrang hingewiesen hat. Damit sind wir bei der Betrachtung der Wirkung Ranks auf die Gestalttherapie. Dass es eine solche gibt, ist in der gestalttherapeutischen Community unbestritten. Nachfolgend die entsprechende Passage aus der Arbeit „The historical roots of Gestalt Therapy theory“ der Berliner Gestalttherapeutin Rosemarie Wulf (1996):

Among the psychoanalysts who had a STRONG influence on Gestalt therapy, **Otto Rank** deserves special mention. Otto Rank was an early student of Freud's. He began a new line in psychoanalysis with his work „The Trauma of Birth“. In this book he questioned the Oedipus theory and presents the trauma of birth to be the paradigm of the psychological process of individuation. Rank's therapy is centered on the will and the ego-functions as an autonomous organizing force inside the individual. He demands re-experiencing and repeating instead of remembering, which inevitably implies an active role of the therapist. For Rank, therapy is the reestablishment of meaning in the „here and now“. Here we find many elements that were later included in Gestalt therapy.

Keine der GründerInnen der Gestalttherapie ist Rank jemals persönlich begegnet - auch nicht Fritz Perls selbst. Als der 1927 nach Wien übersiedelte, war Rank bereits in Paris, auf dem Kongress der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung in Mariánské Lázně (Marienbad) 1936, auf dem sich Perls und Freud begegneten, war längst kein Platz mehr für Rank, und als Lore und Fritz Perls nach dem 2. Weltkrieg von Südafrika in die USA kamen, war Rank schon einige Jahre tot. Spuren Ranks sind in der Gründungsgeschichte der Gestalttherapie indessen sehr wohl nachweisbar. Isadore From (vgl. die Nachrufe von Goleman, 1994 und Rosenblatt, 1995), einer der GründerInnen des ersten Gestalttherapie-Instituts, des *New York Institut for Gestalt Therapy*, hat 1978 in einem Interview zum Einfluss von Rank auf Perls folgendes erklärt:

Paul Goodman hat bemerkt, dass Perls direkt oder indirekt von Rank beeinflusst war. Als Perls in Europa war, war Rank kein Unbekannter. Auch die Differenzen mit Freud waren ja bekannt. Später erfuhr ich, daß Otto Rank der erste war, der den Ausdruck hier und jetzt benutzte. Er war der erste, der die Möglichkeit hervorhob, daß die Konzentration auf die Gegenwart vielleicht nützlich sei. Er ging darin nicht so weit wie Perls. Aber er hat sicherlich daran gedacht. Otto

Rank hat, wie ich später herausbekam, auch etwas anderes entdeckt, was Perls wiederentdeckt hat. ... Es war Otto Rank, der vorschlug, daß es nützlich sein könnte, jedes Element in einem Traum als Projektion zu sehen. Das hat Perls später, wie ich meine, als seine eigene Entdeckung ausgegeben. Ich bin sicher, daß er das auch so empfunden hat. (zitiert nach Rosenfeld, 2002, S. 9)

Offensichtlich ist der Einfluss Ranks in der „Geburtsurkunde“ der Gestalttherapie, dem Buch „Gestalt Therapy“ (Perls, Hefferline & Goodmann, 1951). Allein die Entstehungsgeschichte dieses Buches wäre gesonderter Betrachtung wert, zumal bis heute nicht völlig geklärt ist, wie groß der Anteil ist, den Paul Goodmann an der letzten schriftlichen Gestalt hat. Nach dessen eigener Aussage (Glasgow, 2003, S. 51) stammt der theoretische Teil des Buches gänzlich von ihm, der darin namentlich „Art and Artist“ (Rank, 1932) röhmt und sich bei der Formulierung der theoretischen Basis auf Rank stützt.

Wenn man weiterhin wissen will, wie und in welcher Weise Rank die Gestalttherapie beeinflusst hat, tut man im Übrigen gut daran, in den Schriften der Gestalttherapie weniger nach Worten als nach dem Spirit von Rank zu suchen. Was damit gemeint ist, veranschaulicht ein Auszug aus einem kurzen Essay von Miriam Polster, die zusammen mit ihrem Mann ein weit verbreitetes Lehrbuch der Gestalttherapie (Polster & Polster, 1975) geschrieben hat. Der Essay, um den es hier geht, trägt den Titel „Was gibt's Neues in der Gestalttherapie?“ und in ihm findet sich folgende Passage:

Neulich war ich auf einer Tagung der American Psychological Association und besuchte dort ein Seminar über Otto Rank und seine Therapie mit Künstlern. Wie Sie wissen, hatten Ranks Konzepte gravierenden Einfluß auf die Formulierung der gestalttherapeutischen Prinzipien. Einer der Vortragenden zitierte Rank mit dessen Aussage, er brauche für jeden neuen Patienten eine neue Theorie. Natürlich meinte er damit nicht, daß er jedesmal ganz von vorne anfing. Was er sagen wollte, war vielmehr, daß er sich die Freiheit bewahren wollte, auf die neue Einladung zu reagieren, die jeder ihm noch unbekannte Patient ihm implizit entgegenbrachte. Dieselbe Gelegenheit bietet sich auch uns. Was es Neues gibt? Meine Damen und Herren, gut, daß Sie fragen. Den Patienten. (Polster, 2002)

Anmerkung

Der vorliegende Beitrag beruht auf Ausführungen in Publikationen aus den Jahren 2004 - 2015: Ohling, M. & Heekerens, H.-P. (2004). Otto Rank und die Soziale Arbeit. Neue Praxis, 34, 355-370.

Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (2005). Am Anfang war Otto Rank: 80 Jahre Experienzielle Therapie. *Integrative Therapie*, 31, 276-293.

Heekerens, H.-P. (2014a). Rezension vom 10.09.2014 zu Lieberman, E. J. (2014). Otto Rank. Leben und Werk (2., unveränderte Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16563.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014b). Rezension vom 10.09.2014 zu Lieberman, E. J. & Kramer, R. (Hrsg.) (2014). Sigmund Freud und Otto Rank. Ihre Beziehung im Spiegel des Briefwechsels 1906-1925. Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16964.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014c). Rezension vom 08.08.2014 zu Fallend, K. (2012). Caroline Newton, Jessie Taft, Virginia Robinson. Wien: Löcker. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16977.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014d). Rezension vom 08.08.2014 zu Müller, B. (2012). Professionell helfen. Ibbenbüren: Münstermann. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/17368.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014e). Rezension vom 05.05.2014 zu Zienert-Eilts, K. (2013). Karl Abraham. Eine Biografie im Kontext der psychoanalytischen Bewegung. Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet-Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16718.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014f). Rezension vom 20.03.2014 zu Ferenczi, S. (2013). Das klinische Tagebuch. Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16363.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2015a). Rezension vom 26.08.2015 zu Haynal, A. (2015). Die Technik-Debatte in der Psychoanalyse. Freud, Ferenczi, Balint. Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/19358.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2015b). Rezension vom 05.05.2015 zu Peglau, A. (2015). Unpolitische Wissenschaft? Wilhelm Reich und die Psychoanalyse im Nationalsozialismus (2. Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet Rezensionen. Online Verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/18421.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2015c). Rezension vom 12.11.2015 zu Falzeder, F. (2015). Psychoanalytic Filiations. London: Karnac Books. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/19623.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Literatur

Blume, S. & Nauert, M. (2012). Zur Bedeutung der Sozialen Arbeit für die Kinder- und Jugendpsychotherapie. *Klinische Sozialarbeit*, 8, 6-7. Online verfügbar unter http://www.zks-verlag.de/files/s620_e2327_o25406/0?size=o [letzter Zugriff am 2.7.2016].

Brabant, E., Falzeder, E. & Giampieri-Deutsch, P. (Hrsg.) (1993). Sigmund Freud - Sándor Ferenczi. Briefwechsel Bd. I/1. Wien u.a.: Böhlau.

Cain, D. J. & Seeman, J. (eds.) (2002). Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice. Washington, DC: American Psychological Association.

deCarvalho, R.J. (1999). Otto Rank, the Rankian circle in Philadelphia, and the origins of Carl Rogers' person-centered psychotherapy. *History of Psychology*, 2, 132-148.

Dufresne, T. (2007). An American Woman in Freud's Vienna: Esther Menaker on Freudianisme and Her Analysis with Anna Freud (Interview). In T. Dufresne, Against Freud (pp. 26-34). Stanford: Stanford University Press. Online verfügbar unter <https://books.google.de/books?id=oCVTwewy2wrUC&pg=PA26&dq=esther+menaker+interview&hl=de&sa=X&ved=0ahUKEw is8p6ejqrNAhXDFiwKHbKWCnkQ6AEIITAA#v=onepage&q=esther%20menaker%20interview&f=false> [letzter Zugriff am 3.7.2016].

Evans, R. (1975). Carl Rogers: The Man and His Ideas. New York: E. P. Dutton.

Fallend, K. (2012). Caroline Newton, Jessie Taft, Virginia Robinson. Wien: Löcker (Socialnet-Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/16977.php> [letzter Zugriff am 3.7.2016]).

Falzeder, E. (1998). Freud, Ferenczi, Rank und der Stammbaum der Psychoanalyse. In Janus, L. (Hrsg.), Die Wiederentdeckung Otto Ranks für die Psychoanalyse. *Psychosozial*, 21(3), 39-51.

Federn, E. (1990). Geschichtliche Bemerkungen zum Thema Psychoanalyse und Sozialarbeit. In C. Büttner, U. Finger-Trescher & M. Scherpner (Hrsg.), Psychoanalyse und soziale Arbeit (S. 11-19). Mainz: Matthias-Grünewald.

Ferenczi, S. (2013). Das klinische Tagebuch. Gießen: Psychosozial-Verlag (Socialnet-Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/16363.php> [letzter Zugriff am 03.07.2016]).

Ferenczi, S. & Rank, O. (1924). Entwicklungsziele der Psychoanalyse: Zur Wechselbeziehung zwischen Theorie und Praxis. Leipzig u.a.: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Freud, S. (1926). Die Frage der Laienanalyse. GW XIV (S. 207-284). Online verfügbar unter <http://gutenberg.spiegel.de/buch/die-frage-der-laienanalyse-928/4> [letzter Zugriff am 3.7.2016].

Galuske, M. & Müller, C.W. (2002). Handlungsformen in der Sozialen Arbeit. In W. Thole (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit (S. 485-508). Opladen: Leske & Budrich.

Glasgow, R.W. (2003). Interview mit Paul Goodman. Gestaltkritik 2/2003. Online verfügbar ist diese deutsche Übersetzung des 1971 erschienenen englischsprachigen Originals unter http://www.gestalt.de/goodman_interview.html [letzter Zugriff am 17.6.2016].

Goleman, D. (1994). Isadore From, main theorizer of Gestalt therapy, dies at 75. New York Times vom 2.7.1994. Online verfügbar unter <http://www.nytimes.com/1994/07/02/us/isadore-from-main-theorizer-of-gestalt-therapy-dies-at-75.html> [letzter Zugriff am 17.6.2016].

Hamilton, G. (1950). Die helfende Beziehung. In H. Kraus (Hrsg.), Casework in USA (S. 47 – 55). Frankfurt a. M.: Metzner (Original 1948).

Heekerens, H.-P. (2009). Der Beruf der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin – ein Abriss seiner Geschichte. Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 2009, 5, 85-97.

Heekerens, H.-P. (2012). Rezension vom 02.03.2012 zu Greenberg, L. S. (2011). Emotionsfokussierte Therapie. München: Reinhardt. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/12908.php> [letzter Zugriff am 8.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2013). Rezension vom 11.11.2013 zu Bischkopf, J. (2013). Emotionsfokussierte Therapie. Göttingen: Hogrefe. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/14524.php> [letzter Zugriff am 8.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014a). Rezension vom 10.09.2014 zu Lieberman, E. J. (2014). Otto Rank. Leben und Werk (2., unveränderte Aufl.). Gießen: Psychosozial- Verlag. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16563.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014b). Rezension vom 10.09.2014 zu Lieberman, E. J. & Kramer, R. (Hrsg.) (2014). Sigmund Freud und Otto Rank. Ihre Beziehung im Spiegel des Briefwechsels 1906-1925. Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16964.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014c). Rezension vom 08.08.2014 zu Fallend, K. (2012). Caroline Newton, Jessie Taft, Virginia Robinson. Wien: Löcker. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16977.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014d). Rezension vom 08.08.2014 zu Müller, B. (2012). Professionell helfen. Ibbenbüren: Münstermann. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/17368.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014e). Rezension vom 05.05.2014 zu Zienert-Eilts, K. (2013). Karl Abraham. Eine Biografie im Kontext der psychoanalytischen Bewegung. Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet-Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16718.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014f). Rezension vom 20.03.2014 zu Ferenczi, S. (2013). Das klinische Tagebuch. Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16363.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2015a). Rezension vom 26.08.2015 zu Haynal, A. (2015). Die Technik-Debatte in der Psychoanalyse. Freud, Ferenczi, Balint. Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/19358> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (2005). Am Anfang war Otto Rank: 80 Jahre Experienzielle Therapie. *Integrative Therapie*, 31, 276-293.

Hollis, F. (1982). Die psychosoziale Arbeitsweise als Grundlage Sozialer Einzelhilfe-Praxis. In R.W. Roberts & R.H. Nee (Hrsg.), *Konzepte der Sozialen Einzelhilfe* (3. Aufl., S. 47-90). Freiburg: Lambertus (deutschsprachige Erstausgabe 1974; englischsprachiges Original 1970).

Hollis, F. (1977). Social casework: the psychosocial approach. *Encyclopedia of Social Work* (17th edn., pp. 1300-1307). Washington: National Association of Social Workers.

Janus, L. (1997). Die Stellung Otto Ranks im Prozeß der psychoanalytischen Forschung. *Werkblatt - Zeitschrift für Psychoanalyse und Gesellschaftskritik*, H. 38, 83-100. Online verfügbar unter <http://www.werkblatt.at/archiv/38Janus.html> [letzter Zugriff am 18.6.2016].

Jones, E. (1984). Sigmund Freud: Leben und Werk Bd. III. München: dtv (englisches Original: 1957).

Kasius, C. (1951). *A Comparision of Diagnostic and Functional Casework Concepts*. New York: Family Service Association of America (1. Aufl. 1950).

Kirschenbaum, H. (1979). *On Becoming Carl Rogers*. New York: Delacorte. Korrespondenzblatt der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung 1910 - 1941 (2007). Online verfügbar unter http://www.luzifer-amor.de/fileadmin/bilder/Downloads/korrespondenzblatt_1910-1941.pdf [letzter Zugriff am 3.7.2016].

Kramer, R. (1995a). Carl Rogers, Otto Rank and „The beyond“. *Journal of Humanistic Psychology*, 35(4), 54 – 110.

Kramer, R. (1995b). Carl Rogers meets Otto Rank: The discovery of relationship. In T. Pauchant (Ed.), *In Search of Meaning* (pp 197 – 223). San Francisco: Jossey-Bass.

Kramer, R. (1999). Einsicht und Blindheit. Zur Aktualität von Otto Rank. *Psyche*, 53, 158-200 (gekürzte deutsche Übersetzung des Einleitungskapitels „Insight and blindness. Visions of Rank“ in Kramer, R. (Ed.) (1996). *A Psychology of Difference: The American Lectures by Otto Rank* [pp. 3-47]. Princeton, NJ: Princeton University Press).

Kramer, R. (2002). „Ich wurde von Rank'schem Gedankengut angesteckt“: Die Wiener Wurzeln des Personenzentrierten Ansatzes. *Person*, 2, 5-18. Landy, R.J. (2008). *The Couch and the Stage: Integrating Words and Action in Psychotherapy*. Lanham: Jason Aronson.

Leitner, M. (1998). Freud, Rank und die Folgen: Ein Schlüsselkonflikt für die Psychoanalyse. Wien: Turia + Kant.

Liebermann, E. J. (1998). Über „Das Trauma der Geburt“. In L. Janus (Hrsg.), Die Wiederentdeckung Otto Ranks für die Psychoanalyse. psychosozial, 21(3), 9-12.

Lieberman, E. J. (1997). Otto Rank. Leben und Werk (1. Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Lieberman, E. J. (2014). Otto Rank. Leben und Werk (2., unveränderte Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag (Socialnet-Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/16563.php> [letzter Zugriff am 2.7.2016]).

Lieberman, E. J. & Kramer, R. (Hrsg.) (2014). Sigmund Freud und Otto Rank. Ihre Beziehung im Spiegel des Briefwechsels 1906-1925. Gießen: Psychosozial-Verlag (Socialnet-Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/16964.php> [letzter Zugriff am 2.7.2016]).

Miller, S. (2003). Nachruf auf Esther Menaker. *The Sun* vom 17.9.2003. <https://groups.google.com/forum/#!topic/alt.obituaries/Wf442056ZPs> [letzter Zugriff am 7.7.2016].

Müller, C. W. (1997). Wie Helfen zum Beruf wurde Bd. 2 (3., erweiterte und neu ausgestattete Aufl.). Weinheim u. a.: Beltz.

Müller, C. W. (2006). Wie Helfen zum Beruf wurde (4., erweiterte und aktualisierte Auflage). Weinheim: Juventa.

Müller, Bertram (1998). Das Konzept des Willens bei Otto Rank. In L. Janus (Hrsg.), Die Wiederentdeckung Otto Ranks für die Psychoanalyse. psychosozial, 21(3), 115-133.

Müller, Bertram (2006). Ranks schöpferischer Wille und sein Einfluss auf die Gestalttherapie. In M. Spagnuolo Lobb, M. & N. Amendt-Lyon (Hrsg.), Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung (S. 145 - 157). Wien – New York: Springer.

Müller, Burkhard (1998). Otto Rank als Psychoanalytiker nach seinem Bruch mit Freud, die Anfänge der Objektbeziehungstheorie und D. W. Winnicott. In L. Janus (Hrsg.), Die Wiederentdeckung Otto Ranks für die Psychoanalyse. psychosozial, 21(3), 143-156.

Müller, Burkhard (2012). Professionell helfen. Ibbenbüren: Münstermann. (Socialnet Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/17368.php> [letzter Zugriff am 2.7.2016]).

Nin, A. (1997). Trunken vor Liebe - Intime Geständnisse. Bern u. a.: Scherz.

Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. (1951). Gestalt Therapy. New York: Delta.

Pohek, M. (Ed.) (1970). Teaching and Learning in Social Work Education. New York: Council on Social Work Education. Polster, M. (2002). Was gibt's Neues in der Gestalttherapie? Gestaltkritik 2/2002. Online verfügbar ist diese deutsche Übersetzung des 1999 erschienenen englischsprachigen Originals unter http://www.gestalt.de/polster_miriam_neues.html [letzter Zugriff am 17.6.2016].

Polster, E. & Polster, M. (1975). Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie. München: Kindler.

Rank, O. (1907). Der Künstler. Wien: Hugo Heller.

Rank, O. (1924). Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse. Leipzig u.a.: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Rank, O. (1929). Grundzüge einer Genetischen Psychologie auf Grund der Psychoanalyse der Ichstruktur III: Wahrheit und Wirklichkeit. Leipzig – Wien: Deuticke.

Rank, O. (1936). Truth and Reality: A Life History of the Human Will. New York: Knopf.

Rank, O. (1932). Art and Artist. New York: Tudor (eine der späteren Veröffentlichungen 1989 bei W.W. Norton & Company in New York; 2000 Veröffentlichung des deutschen Urtextes „Kunst und Künstler“ beim Psychosozial Verlag in Gießen).

Rank, O. (1941). Beyond Psychology. Philadelphia: posthume private Veröffentlichung (als Buch 1958 veröffentlicht bei Dover in New York).

Raskin, N.J. (1948). The development of nondirective therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 12, 92-110. Online verfügbar unter <http://www.allanturner.co.uk/papers.asp?function=paper&id=12> [letzter Zugriff am 18.6.2016]

Raskin, N.J. (2004). Contributions to client-centered therapy and the person-centered approach. Ross-on-Wye.

Richmond, M.E. (1908). The family and the social worker. In National Conference on Social Welfare (Ed.), Official proceedings of the annual meeting: 1908 (pp. 76 - 81). Online verfügbar unter <http://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/ACH8650.1908.001?view=toc> [letzter Zugriff am 18.6.2016].

Roberts, R.W. & Nee, R.H. (Hrsg.) (1982). Konzepte der Sozialen Einzelhilfe (3. Aufl.). Freiburg: Lambertus (deutschsprachige Erstausgabe 1974; englischsprachiges Original 1970).

Robinson, V. (Ed.) (1962). Jessie Taft: Therapist and Social Work Educator. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. Robinson, V. (1978). The Development of a Professional Self. Teaching and Learning in Professional Helping Processes: Selected Writings, 1930 – 1968. New York: AMS Press.

Robinson, V. (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 Welfare at Penn (pp. 82-101. Philadelphia: University of Pennsylvania Press (Reprint des gleichnamigen Artikels aus Otto Rank Association Journal, 1968, 3, 5-41).

Rogers, C. (1942). Consulting and psychotherapy. Cambridge, MA: University Press.

Rogers, C.R. (1975). Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg.), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (S. 17 – 24). München: Kindler (englischsprachiges Original: My philosophy of interpersonal relationship and how it grew. *Journal of Humanistic Psychology*, 1973, 13(2), 3 – 15).

Rosenblatt, D. (1995). „Wie wenig wir wissen! - Wie viel wir zu lernen haben!“ Erinnerungen an den Gestalttherapeuten Isadore From. *Gestaltkritik* 2/1995. Online verfügbar unter http://www.gestalt.de/rosenblatt_from-nachruf.html [letzter Zugriff am 17.6.2016].

Rosenfeld, E. (2002). Interview mit Isadore From 1978. Gestaltkritik 1/2002. Online verfügbar ist diese deutsche Übersetzung des 1978 erschienenen englischsprachigen Originals unter http://www.gestalt.de/from_interview.html [letzter Zugriff am 17.6.2016].

Sperling, R. L. (2005). KENWORTHY, Marion Edwena. In S. Ware, S. & S. Braukman (eds.), Notable American Women: A Biographical Dictionary, Volume 5: Completing the Twentieth Century (S. 339 -341). Cambridge, MA: Belknap Press.

Sulloway, F.J. (1982). Freud and biology: the hidden legacy. In W. R. Woodward & M. G. Ash (eds), The Problematic Science: Psychology in Nineteenth-Century Thought (pp. 198-227). New York: Praeger.

Taft, J. (1958). Otto Rank. A Bibliographical Study Based on Notebooks, Letters, Collected Writings, Therapeutic Achievements and Personal Associations. New York: The Julian Press.

Wilks, D. (2003). A historical review of counseling theory development in relation to definitions of free will and determinism. *Journal of Counseling and Development*, 81, 278-284.

Wulf, R. (1996). The historical roots of Gestalt Therapy theory. *Gestalt Dialogue*. Online verfügbar unter <http://www.gestalt.org/wulf.htm> [letzter Zugriff am 3.7.2016].

Zienert-Eilts, K. (2013). Karl Abraham. Eine Biografie im Kontext der psychoanalytischen Bewegung. Gießen: Psychosozial-Verlag (Socialnet-Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/16718.php> [letzter Zugriff am 2.7.2016]).

2 Die Funktionale Schule des *Social Case Work* - ein Versuch, sie zu verstehen

Zusammenfassung

Im vorliegenden Essay wird das besondere Profil der Funktionalen Schule des *Social Case Work* heraus gearbeitet. Dazu dient einmal der querschnittliche Vergleich mit der Diagnostischen Schule und die längsschnittliche Analyse der (klinisch-)psychologischen und soziologischen Einflüsse auf die Funktionale Schule. Es sind vier Merkmale, die den Funktionale Ansatz auszeichnen: Sie lehnt Diagnostik als einen der „eigentlichen“ Behandlung voraus gehenden gesonderten Akt ab, sie konzipiert ihre zentrale Handlungsform als „Beziehungstherapie“, sie ist Ressourcen- (oder Kompetenzen-)orientiert und sie reflektiert in systematischer Weise über die Kontextbedingungen ihrer Arbeit als (*Social*) *Case Work* (Stichwort: „funktional“), womit sie Unterscheidungskriterien zwischen Sozialer Arbeit und Psychotherapie heraus arbeitet und markiert.

Schlüsselbegriffe

Beziehungstherapie, (*Social*) *Case Work*, (*Clinical*) *Social Work*, Diagnostik, Diagnostische Schule, Funktionale Schule, Geschichte der Sozialen Arbeit, Klinische Sozialarbeit, Psychoanalyse, Psychotherapie, Ressourcenorientierung, Sozialarbeit, Otto Rank, Jessie Taft, Virginia Robinson, *Pennsylvania School for Social and Health Work*, Willenstherapie

2.1 Einleitung

In der deutschsprachigen Literatur findet die Funktionale Schule (*Functional School*) des US-amerikanischen *Social Case Work* mit der bemerkenswerten Ausnahme der Arbeiten von Burkhard Müller keine systematische Darstellung. Erwähnung findet sie in durchaus würdigenden (methoden-)geschichtlichen Darstellungen (Galuske & C.W. Müller, 2002; C.W. Müller, 1997, 2006), die aber recht knapp ausfallen. Eine Darstellung, die bei aller Knappheit doch erahnen lässt, welche große geschichtliche Bedeutung die Funktionale Schule für die heutige US-amerikanische *Clinical Social Work* hat, findet sich in dem 2005 in der „Klinischen Sozialarbeit“ abgedruckten Vortrag „Clinical social work practice in the U.S.: a brief history of the past 100 years“ (Graziano, 2005). Aus dem ist nachstehend ein Auszug zitiert, weil er den Verstehenshorizont eröffnen kann:

Mary Richmond (1917, 1922), einer der „Gründermütter“ der Sozialen Arbeit, wird zugeschrieben, als erste einen vollständigen Ansatz für die klinische Praxis formuliert zu haben. Beeinflusst von den wissenschaftlichen Fortschritten des späten 19. und frühen 20. Jahrhunderts, war sie bestrebt, die Soziale Arbeit „wissenschaftlich“ zu machen, indem sie die Wichtigkeit sorgfältiger Datenerhebung und daraus abgeleiteter Diagnosen betonte. Somit war frühe klinische Sozialarbeit „diagnostisch“, und der entsprechende Bezugsrahmen aus Untersuchung, Diagnose und Behandlung liefert die Dekoration der wissenschaftlichen Methodik. Die „diagnostische“ (jetzt als „psychosoziale“ bezeichnet) Schule der Sozialarbeit wurde in den 1920ern richtig erwachsen, als sich das Interesse, zunehmend von Freuds Triebtheorie beeinflusst, mehr und mehr weg von den Außeneinflüssen und hin zur Bedeutung von Erfahrung im Individuum wendete.

Eines Tages, als die USA die Ereignisse der *Great Depression* [ab Oktober 1929] durchmachte, während derer große Teile der Mittelschicht arbeits- und mittellos wurden, machten Kritiker geltend, dass die Soziale Arbeit die größeren historischen sowie aktuelle soziale und ökonomische Realitäten ignoriere und an der Überzeugung festhalte, dass die therapeutische Beziehung das Größte sei. Als Ergebnis dieser Situation wurden während den 1930er einige der grundlegenden Ideen des psychoanalytischen Ansatzes von einer Gruppe klinischer Sozialarbeiter in Frage gestellt. Unter Bezugnahme auf die Theorien von Otto Rank betonten sie die Fähigkeit des Klienten zur aktiven Lebensgestaltung. Sie lehnten das medizinische [*medical*] Model sowie seine Behandlungskonzepte ab und ersetzen es durch ein anderes Denkbild: der Sozialarbeiter als Helfer, der Dienstleistung anbietet im Kontext der Funktion eines Trägers [*agency*]. Zu jener Zeit hatten sich die *Agency*-Funktionen in mehrreli Hinsicht verändert, indem die US-(Zentral-)

Regierung durch zahlreiche Programme zunehmend für Sozialhilfe [im deutschen Sinne] sorgte.

Für Sozialarbeiter und insbesondere Lehrende der Sozialen Arbeit, die damit begannen, die neuen Ideen zu lehren, verloren Untersuchung und Diagnose als zentrale Konzepte zunehmend an Bedeutung. Beziehung [*relationship*] und die bewusste Nutzung von „Zeit“ [z.B. in Form vorab zeitlich limitierter Treatments] wurden in einer dem Treatment-Prozess angepassten Art und Weise eingesetzt, um Klienten beim Erreichen der von ihnen selbst gesetzten Ziele zu helfen. Diese Art und Weise, klinische Sozialarbeit zu konzipieren, wurde unter der Bezeichnung „funktionale Schule“ bekannt. Das Ergebnis war eine große Kluft zwischen den zwei grundlegenden Konzepten. Einige Ausbildungsstätten für Soziale Arbeit und einige *Agencies* blieben bei der „diagnostischen“ oder „psychosozialen“ Haltung, während andere engagierte Unterstützer des „funktionalen“ Ansatzes wurden.

Eine heftige Debatte zwischen den Befürwortern beider Ansätze sorgte in der Sozialarbeits-Community jahrelang für große Feindseligkeit. Andererseits förderte das auch kreatives Nachdenken über Theorie und Praxis der Klinischen Sozialarbeit. Der „Problemlöse-Ansatz“ war in den 1950ern der Versuch, den Streit dadurch beizulegen, dass man von jedem Ansatz die nützlichsten Konzepte aufgriff und sie mit neueren sozialwissenschaftlichen und psychologischen Theorien, etwa der Ich-Psychologie, der Kognitionstheorie und der Rollentheorie, kombinierte. Das medizinische Modell wurde aufgegeben und mehr Wert darauf gelegt, Klienten bei der Lösung aktueller Probleme zu helfen anstatt Persönlichkeitsveränderung zu befördern. Die Lagebeurteilung verschob sich zu einer Einschätzung der auf Klientenseite vorhandenen Motivation, Kapazität und Möglichkeiten bezüglich des Problems oder des Anliegens, das zum Suchen nach Hilfe geführt hatte. Von den Klienten nahm man an, dass sie ein angeborenes Wachstumspotential haben, das sie zur Besserung ihrer Lebenssituation nutzen können.

Ich habe diese Passage zitiert, um anzuzeigen, wie hoch die Funktionale Schule in der US-amerikanischen *Clinical Social Work* gewichtet wird und welche Bedeutung für deren historische Identität ihr zugeschrieben wird. In der Tat: Wenn die Klinische Sozialarbeit und die Soziale Arbeit überhaupt die Funktionale Schule nicht kennt und würdigt, geht sie eines bedeutsamen Teils ihrer historischen Identität verlustig. Das ist das eine. Und das andere: Ich habe die obige Passage nicht zitiert, weil sie meine Ansichten wiedergäbe. In Manchem, was dort angesprochen wird, bin ich abweichender bis gegenteiliger Ansicht. So kann man die nachfolgenden Ausführungen auch lesen als

Korreferrat, ohne dass auf Grazianos Referat im einzelnen Bezug genommen würde; die Unterschiede, die Unterschiede machen, dürften auch so sichtbar werden.

Auf eine Differenz sei, weil dazu nach kein rechter Platz ist, gleich hier eingegangen: Auf die These, die Funktionale Schule sei eine Reaktion auf die *Great Depression* (ab Ende 1929). Dazu ist Folgendes zu sagen. In dem Maße, in dem in einem Staat andere gesellschaftliche und vor allem staatliche Hilfen die Sicherung der materiellen Wohlfahrt (Essen, Kleidung, Wohnung u.a.m.) übernehmen, wendet sich die Sozialarbeit immateriellen Notlagen zu; das ist bei allen Unterschieden der Sozialgesetzgebung in den USA wie in Deutschland so. Für die Bearbeitung immaterieller Notlagen jenseits körperlicher Erkrankungen, für die in Deutschland wie in den USA das (sich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts stark entwickelnde) Gesundheitssystem zuständig ist, bieten sich naturgemäß Kenntnisse und Erfahrungen der Psychotherapie an, die sich in den ersten drei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts in Europa schnell und stark entwickelte und - verstärkt nach dem 1. Weltkrieg und durch dessen Ausgang bestimmt - ihren Weg (auch) in die USA fand. Um die Mitte des letzten Jahrhunderts konnte man daher zwei Großklassen der *Case Work*-Arbeit unterscheiden: Soziale Therapie und Psychotherapie [*social therapy and psychotherapy*] (Austin, 1948; referiert nach Kasius, 1951, S. 18).

Der Funktionale Ansatz gehört zur zweiten Großklasse. Aber er war ja nicht der einzige „psychotherapeutische“ und nicht der erste; der war freudianisch. Dass der von dem Freud-Schüler Otto Rank beeinflusste Funktionale Ansatz erst später entwickelt wurde und daher auch erst um 1930 herum seine reife Gestalt annahm, hat nun wahrlich nichts mit der *Great Depression* zu tun. Hierin spiegelt sich zuallererst der Alters- und Erfahrungsunterschied zwischen Lehrer und Schüler. Als Freud (geb. 1856) 1909 an der *Clark University* (Worcester, MA) seine ersten (und einzigen) Vorlesungen in den USA hielt, da war Rank (geb. 1884) noch in seiner „vor-klinischen“ Phase (Liebermann, 1997, 2014). Aber noch vor Ausbruch der *Great Depression* war der Funktionale Ansatz in seinen wesentlichen Teilen entwickelt, wie etwa ein Blick in Robinsons 1930 gedruckte Dissertation „A Changing Psychology in Social Casework“ (zu finden in Robinson, 1978), lehrt. Und in Ranks 1929 im fernen Kontinentaleuropa erschienenen Buch „Die analytische Reaktion“ (Rank, 1929a) zeigte sich schon der Ansatz, der unter dem Namen „Willens-Therapie“ bekannt werden sollte.

Bleibt noch das Konzept der „Funktion“, das dem Funktionalen Ansatz seinen Namen gab. Als deren Schöpferin gilt gemeinhin Jessie Taft und die kam erst 1934 als Professorin an die „Penn“. Aber dort war ihr Konzept, entwickelt schon zuvor während ihres Direktorats (seit 1918) am *Child Study Department der Children's Aid Society* in Philadelphia, natürlich bekannt; der „Rankian circle in Philadelphia“ (deCarvalho, 1999) war sehr gut vernetzt. Auch einer breiten Fachöffentlichkeit war Tafts Denken in „Funktionen“ bereits zuvor bekannt. 1927 hielt sie auf der *National Conference of Social Work* ein Referat mit dem Titel „The function of a mental hygienist in a children's agency“ (zu finden in Robinson, 1962), wo sie u.a. der Frage nachgeht: „what is he function of a mental hygiene department in a children's agency, as different from casework“ (zitiert nach Robinson, 1962, S. 110). Dass sie überhaupt so fragt, kann nur die verwundern, die nichts von ihrer soziologischen Ausbildung (s.u.) wissen.

2.2 Jessie Taft und Virginia Robinson

In der deutschsprachigen feministisch inspirierten Literatur zur Sozialen Arbeit (Cremer, Bader & Dudeck, 1992; Eggemann & Hering, 1999; Hering & Waaldijk, 2002) sucht man wegen deren Beschränkung auf Deutschland beziehungsweise Europa Taft und Robinson, die großen Frauengestalten der Sozialen Arbeit, vergeblich; desgleichen aber auch in deutschsprachigen Darstellungen von TheoretikerInnen oder KlassikerInnen der Sozialen Arbeit (Engelke, 1999; Thole, Galuske & Gängler, 1998). Sie scheinen hierzulande ebenso wenig interessant wie der von ihnen entwickelte und durch die *Pennsylvania School for Social and Health Work* in Philadelphia (künftig „Penn“) verbreitete Ansatz.

Die im Rahmen der Sozialen Arbeit gemeinhin als „Funktionschule“ bekannte Gruppe des US-amerikanischen *Social Casework* wird mitunter - in der psychotherapeutischen Literatur, aber nicht nur dort - als „Rankianische Schule“ bezeichnet. Der Ausdruck wird hier bewusst gemieden, da im Funktionalen Ansatz qualitativ bedeutsam mehr als nur „Rank“ drin ist (vgl. etwa Smalley, 1971, 1982). Dessen Ideen waren nicht der einzige Einflussfaktor auf Entstehung und Ausformung der Funktionalen Schule, es gab andere. Eine genaue und umfassende Analyse des Zusammenspiels all dieser Faktoren steht noch aus; aber alles deutet darauf hin, dass Ranks Beitrag der bedeutendste war.

Vermittelt wurde er vorwiegend über Taft. Sie war an Psychologie und Psychotherapie interessiert, sie war - wie viele gebildete US-AmerikanerInnen - damals ausgesprochen germanophil und sie beherrschte die deutsche Sprache so gut, dass sie später bedeutende Werke Ranks, die nicht eben in eingängiger Sprache verfasst waren, ins Englische übersetzte. Es war nun keineswegs so, dass Robinson Rank nie begegnet wäre und ihn nicht als Dozenten gehört hätte. Sie hat bei ihm Ende 1927 sogar eine „Therapie“ gemacht, von der sie später sagte: „How little I realized when I applied for ‘therapy’ with Rank in 1927 that the experience which was to follow one hour a day for six weeks, a time-limited, internal process, could possibly be the basis, the raw material, as it were, for an understanding of the problem of relationship, of self and other, professional as well as personal relationships.“ (Robinson, 2008, S. 91)

Die Beziehung zwischen Taft und Rank war intensiv, stets ein inniges und ein sich ein sich wandelndes: „Sie war zuerst Ranks Patientin, dann seine Schülerin, sodann seine Kollegin und schließlich seine Biographin.“ (Lieberman, 2014, S. 303) Indessen: Was Taft oder Robinson erlebt hatte, wusste, dachte und empfand, war der anderen bald zumindest in Umrissen bekannt. Taft und die nahezu gleichaltrige Robinson waren nicht nur Kolleginnen. Die beiden lernten sich 1909 - Taft war damals 27, Robinson 26 - kennen, wurden bald ein Paar und wohnten später in der Nähe von Philadelphia zusammen mit zwei adoptierten Kinder; keine völlige Ausnahme in den USA der 1920er und 1930er, aber doch recht ungewöhnlich. Sie zogen sich 1950 mit 68 beziehungsweise 67 Jahren vom Berufsleben an der „Penn“ zurück, wo sie seit 1920 (Robinson) bzw. 1934 (Taft) als Professorinnen gewirkt hatten. Sie gehören zu den sehr eigenwilligen Frauengestalten, die auch in der Sozialen Kultur und in der Sozialen Arbeit, wo es an eigensinnigen Frauen wahrlich nicht mangelt, auffallen.

Taft hörte Rank erstmals, als dieser während seiner ersten Reise in die USA 1924, damals von amerikanischen PsychoanalytikerInnen als Emissär Sigmund Freuds angesehen, von der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung zum Ehrenmitglied ernannt wurde und anlässlich dieser Ehrung einen Vortrag über das Geburtstrauma hielt. Dies ist die Geburtsstunde der psychotherapeutischen „Hebammen-Metapher“: „Rank verglich in diesem Vortrag eine erfolgreiche Therapie mit einer psychologischen Wiedergeburt, wobei der Analytiker die Rolle der Hebamme übernehme. Rank vertrat, im Gegensatz zu Freud, einen therapeutischen Optimismus.“ (Leitner, 1998) Taft und Rank blieben nach dessen Rückkehr nach Wien in brieflichem Kontakt. Für seinen

zweiten Aufenthalt in den USA vom Herbst 1926 bis zum Frühjahr 1927 organisierte sie für ihn Vortragsveranstaltungen und führte eine Liste von AnalysandInnen; auch sie selbst steht darauf.

Im Herbst 1927, bei seinem dritten USA-Aufenthalt, war Rank dann auf Einladung Tafts hin wieder einmal - er war dort erstmals im Juni 1924 - an der „Penn“. Er hielt dort Vorlesungen, und sein Verhältnis zu Taft wandelte sich zu einer kollegialen, ja freundschaftlichen Beziehung. „Damit wurde der Grundstein zu einer langjährigen Zusammenarbeit und Verbindung mit der University of Pennsylvania School of Social Work gelegt, die am Ende seinen bleibendsten Eindruck begründen und sich als beständige Basis für die Lehre und Verbreitung seiner Philosophie und seines klinischen Ansatzes erweisen sollte.“ (Lieberman, 1997, S. 356; vgl. aus Robinsons Taft-Biographie von 1962 den 4. Teil „Association with Rank“, 1926-1939) Der Funktionale Ansatz wäre aber völlig missverstanden, würde man ihn ansehen als ein Unternehmen, das PsychotherapeutInnen mit dem „Eingangsberuf“ Sozialarbeit ausbilden oder *Case Work* zu einer Art „kleiner Psychotherapie“ machen wollte. „It is interesting and characteristic of Rank's own understanding of differentiation in growth processes, that . . . there was no tendency to introduce into casework or supervision any imitation or adaption of the therapeutic form or method of treatment.“ (zitiert nach Robinson, 1978, S. 258)

Im Jahr 1930 kamen Taft und Robinson zum ersten Mal zu Rank nach Paris. Im selben Jahr dokumentierte Robinson in ihrer Dissertation „A Changing Psychology in Social Casework“ (zu finden in Robinson, 1978), erstmals öffentlich den Einfluss Ranks auf ihr Denken. 1934 wiederholten Taft und Robinson ihren Rank-Besuch in Paris; sie waren dort TeilnehmerInnen eines mehrheitlich von US-amerikanischen SozialarbeiterInnen besuchten Kurses von Rank an einer *Summer School*. Im Oktober desselben Jahres kam Rank dann wieder in die USA, wo er zunächst bei Taft und Robinson in der Nähe von Philadelphia lebte. Seine letzten Lebensjahre, die er dauerhaft in den USA verbrachte, waren die Jahre seiner verstärkten Arbeit an der „Penn“ und der intensivierten Zusammenarbeit mit Taft. Um über den Charakter seiner Lehrtätigkeit an der „Penn“ keinen Zweifel aufkommen zu lassen, hatte er in einem Brief vom 12. August 1934 an Georg Wilbur, einen seiner treu gebliebenen Analysanden, erklärt, dass er keine Laien-Analytiker ausbilden, sondern die psychologischen Fertigkeiten von SozialarbeiterInnen verbessern wolle (vgl. Lieberman, 1997, S. 437).

Mit Taft arbeitete Rank an der Übersetzung des 2. und 3. Bandes der „Genetischen Psychologie“ und des 3. Bandes der „Technik der Psychoanalyse“. Trotz Störfeuers orthodoxer FreudianerInnen, die eine Ausgabe der englischen Übersetzung verhindern wollten, erschien die Übersetzung der „Technik der Psychoanalyse“ II und III (Rank, 1929a, 1931) unter dem Titel „Will Therapy: An Analysis of the Therapeutic Process in Terms of Relationship“ (Rank, 1936a) und die der „Grundzüge einer genetischen Psychologie auf Grund der Psychoanalyse der Ichstruktur“ III (Rank, 1929b) als „Truth and Reality: A Life History of the Human Will“ (Rank, 1936b). An der „Penn“ sind die dort enthaltenen Gedanken durch die Lehrveranstaltungen von Rank schon seit 1927 bekannt. „In diesen Büchern kommt seine reife post-Freudsche Psychologie zum Ausdruck. Ein zugegebenermaßen komplexes Wort, ‚Wille‘ - das nach der Zeit von Nietzsche und William James aus der Psychologie fast verschwand - , beinhaltet den Kern von Ranks Philosophie des Helfens und Lebens. Ranks Theorie, soweit sie formuliert werden kann, basiert auf dem Begriff des Willens.“ (Lieberman, 1997, S. 449)

In der Literatur findet sich mitunter die Angabe, Taft und Robinson seien „Sozialarbeiterinnen“ gewesen; so etwa bei Karl Fallend (2012; vgl. Heekerens, 2014a), seit 2008 an der FH Joanneum, Graz und dort als Lehrender im Bachelor- wie im Masterstudiengang Soziale Arbeit tätig. Eine solche Redeweise kann sich berufen auf Angaben wie der von Robinson (2008), wenn sie über ihre und Tafts Beziehung zu Rank schreibt: „Among his patients in the 1926-27 were two social workers“ (S. 83). Als „Sozialarbeiterinnen“ fühlten sich die beiden Frauen ab einem bestimmten Zeitpunkt ihrer beruflichen Entwicklung ganz sicherlich, Zertifikate, die sie als „Sozialarbeiterinnen“ im berufsrechtlichen Sinne auswiesen, können beide aber nicht vorlegen. Im berufsrechtlichen Sinne aber verstehen heutige LeserInnen die Bezeichnung, weshalb man Taft und Robinson nicht - oder zumindest nicht unkommentiert - als „Sozialarbeiterinnen“ bezeichnen sollte. So nährt man auch nicht Vorstellungen, es sei in den USA schon vor 1920 verbreitet gewesen, Sozialarbeit zu studieren. Ferner verschleiert man nicht die Tatsache, dass diesseits wie jenseits des Atlantiks Menschen in der Ausbildung von Sozialen ArbeiterInnen tätig sind und waren, ohne selbst in Sozialer Arbeit ausgebildet zu sein; Fallend und der Autor dieses Buches sind dafür lebende Beispiele.

Taft hat lange auf eine Festanstellung in der Ausbildung von SozialarbeiterInnen warten müssen (zum Folgenden vgl. Deegan, 1986; Liebermann, 1997, 2014; Robinson,

1962, 2008). 1934, da war sie schon über 50 und ihre Promotion lag 21 Jahre zurück, wurde sie an der „Penn“ angestellt und zwei Jahre später Leiterin des dann erstmals angebotenen Master-Programms in Sozialarbeit. In den fünfzehn Jahren davor, seit 1918 also, war sie die erste Direktorin des *Child Study Department* der *Children's Aid Society* in Philadelphia. Bis dahin hatte sie zuerst als *High School*-Lehrerin gearbeitet und sich dann auf verschiedenen Feldern des *Mental Hygiene* und der Sozialarbeit versucht (vgl. aus Robinsons Taft-Biographie von 1962 den 2. Teil „New York and Mental Hygiene“ und 3. Teil „Philadelphia and children's work“). Beruflich wirklich Fuß fassen in der Sozialarbeit konnte sie in den frühen Berufsjahren aber nicht. Als sie sich deshalb an Richmond wandte, fand sie nicht die Hilfe, die sie suchte: „Her qualifications apparently did not impress Miss Richmond who told her she would need training in a good casework agency under a competent supervisor.“ (Robinson, 1962, S. 44)

Ruth Smalley, in den 1960ern Dekanin der „Penn“ und eine große Verfechterin des Funktionalen Ansatzes (vgl. Smalley, 1971 / 1967), hat im Vorwort zu Robinsons Taft-Biographie (Robinson, 1962) Taft mit den Worten „scholar, psychotherapist and social work educator“ (S. 7) charakterisiert und nachfolgend auf ihre enge Beziehung mit Robinson sowie auf die Bedeutung Ranks hingewiesen. In dem so skizzierten Bild fehlt etwas: das Soziologische. Tafts Dissertation, die 1915 (!) von der *University of Chicago Press* veröffentlicht wurde, hat den Titel „The Women Movement From the Point of View of Social Consciousness“, und ihr Doktorvater war kein geringerer als George H. Mead, der Begründer des Symbolischen Interaktionismus. Mary Deegan, heute Professorin, hat die These aufgestellt: „Taft combined the concepts of G. H. Mead and Otto Rank into a powerfull theoretical framework for interpreting problems of daily living.“ (Deegan, 1986, S. 35) Dieser These, für die sie selbst allerdings nur schwache Beweise vorbringt, kann hier nicht weiter verfolgt werden.

Deegan nennt Taft eine „Soziologin“, was sich auch andernorts findet. Mit gleichem Recht könnte man auch Robinson als „Soziologin“ bezeichnen, weil sie an der soziologischen Fakultät der Universität von Pennsylvania promoviert wurde. Ihre 1930 gedruckte Dissertation „A Changing Psychology in Social Casework“ (zu finden in Robinson, 1978) ist nach sachlicher Beurteilung aber keine soziologische Analyse. Das kann sie auch gar nicht sein, weil die Autorin etwas Anderes wollte: Selbstvergewisserung.

Diese Studie wurde in Angriff genommen, um die für ein Promotionsverfahren erforderliche Dissertation anzufertigen. Als sich die Angelegenheit in meinem

Denken entfaltete, verlor sie zunehmend den Charakter eines von außen kommenden Zwangs und bekam den der Organisation und des Ausdruck meines eigenen Denkens und Philosophierens auf dem Gebiet des Case Work. Diese Philosophie hatte in meiner zwanzigjährigen Beziehung zur Sozialarbeit Gestalt angenommen, besonders in den letzten zehn Jahren, in denen ich in Social Case Work unterrichtete. (Robinson, 1930, S. ix; Übers. d. Verf.)

Robinson hatte am renommierten *Bryan Mawr College* zuerst den Bachelor, dann den Master in Philosophie und Psychologie erworben und arbeitete dann als Lehrerin an einer Mädchen-*High School*, was sie aber nicht glücklich machte. Die Wende in ihrem beruflichen wie privaten Leben kam, als sie sich 1909 an der *Summer School* der Universität von Chicago einschrieb: „a decision that provided the dynamic that was to change the shape and direction of my ‚career‘ of the rest of my life“ (Robinson, 2008, S. 85). Dort traf sie Taft. Und dort lernte sie kennen, was als „Pragmatismus“ von William James populär gemacht wurde: „It assailed everything I had been taught in college work in philosophy and psychology and the standbys I had built for myself oder taken for granted in a conventional Protestant home and a Quaker college.“ (Robinson, 2008, S. 85)

Nach einigen beruflichen Zwischenstationen, darunter als „sociologist“ (Robinson, 2008, S. 86) im *Laboratory of Social Hygiene*, wo sie sich von den Ideen der *Social Hygiene*-Bewegung (vgl. Meyer, 1918) anstecken ließ, wurde sie 1920 *Associate Director* der „Penn“.

2.3 Die Diagnostische Schule des Social Case Work

Zum Verstehen, was das Besondere der Funktionalen Schule des *Social Case Work* ausmacht, kann ein Vergleich mit der „Diagnostischen Schule“ des *Social Case Work* Wesentliches beitragen. Wir beginnen mit einer Betrachtung der Diagnostischen Schule, weil sie dem Verstehen der meisten LeserInnen entgegen kommen dürfte; deren Ansatz wirkt „vertrauter“. Der Diagnostische Ansatz des *Social Case Work* wird oft gleichgesetzt mit dem psychoanalytischen Ansatz (Freudscher Prägung) im Unterschied und Gegensatz zu einem „Rankianischen“: so etwa in Roy Luboves (1977) einflussreichen Werk „The Professional Altruist. The Emergence of Social Work as a Career“, wo unterschieden wird zwischen „the Freudian (diagnostic) und Rankian (functional) casework schools“ (S. 114). Ich halte diese Formulierung für gleich aus zwei Gründen irrefüh-

rend: Zum einen ist der Diagnostische Ansatz mit „freudianisch“ völlig unzureichend beschrieben, und zum anderen hat das namensgebende „Funktionale“ des Funktionalen Ansatzes nichts mit Rank zu tun.

Ende der 1940er hatte die *Family Service Association of America* ein *Committee to Study Basic Concepts in Casework Practice*, bestehend aus VertreterInnen des Diagnostischen bzw. Funktionalen Ansatzes gegründet, dessen Arbeitsergebnisse in „A Comparision of Diagnostic and Functional Casework Concepts“ (Kasius, 1951/1950) überliefert sind. Die Selbstdarstellung des Diagnostischen Ansatzes beginnt mit den Worten:

Die zwei grundlegenden Prinzipien der diagnostischen Schule sind: 1. dass die von Social Case Work angebotene Hilfe auf einem individualisierten Verständnis des Klienten und seines Problems beruht und 2. dass die gewährte Hilfe darauf abzielt, dem Klienten zu ermöglichen, Verbesserung in einigen Aspekten seines Soziallebens zu erreichen. Diese zwei Prozesse sind als Diagnose und Behandlung [*diagnosis and treatment*] beschrieben. (Kasius, 1951, S. 14; Übers. d. Verf.)

Diagnose und Behandlung, genauer: vorgängige Diagnose und sich „daraus ergebende“ nachfolgende Behandlung, das ist das Grundmuster des Vorgehens, das Richmond (1917, 1922) der „Vorbild“-Profession Medizin entnommen und der Sozialen Arbeit zum Zwecke der Professionalisierung anempfohlen hat. Mit Erfolg selbst der Sozialen Arbeit jenseits des Atlantiks empfohlen; die Bücher „Soziale Diagnose“ (Salomon, 1926) und „Soziale Therapie“ (Wronsky & Salomon, 1926) sind Nachklang der Richmondschen Publikationen. Richmonds Grundmuster ist offen für unterschiedliche Behandlungsansätze und die zu ihnen passenden diagnostischen Vorgehensweisen, und es wurde seit Richmond immer wieder neu ausgefüllt. Das aus vielerlei und unterschiedlichen Gründen wie etwa: Änderungen in den Kontextbedingungen Sozialer Arbeit, Entwicklungen in Disziplin und Profession der Sozialen Arbeit, Aufkommen neuer diagnostischer und Behandlungsansätze.

Im hier betrachteten Komitee-Bericht schreiben die VertreterInnen des Diagnostischen Ansatzes:

Auf dem Feld des *Case Work* wird derzeit der Versuch unternommen, verschiedene Behandlungsansätze hinsichtlich ihrer Behandlungsziele zu klassifizieren und anzugeben, welche Techniken zu den jeweiligen Klassifikationen passen. Lucille N. Austin [1948] hat zwei Großklassen der Case Work-Arbeit unterschieden: Soziale Therapie und Psychotherapie [*social therapy and psychotherapy*]. Die zweite hat sie in drei Gruppen geteilt: supportive, „experienzielle“ und

Einsichts-orientierte [*supportive, „experiential“, and insight*]. (S. 18; Übers. d. Verf.)

Robinson (2008 / 1968) hat in ihren Erinnerungen über die Zeit, bevor sie 1920 an die „Penn“ kam, erzählt, wie sie und Taft umgetrieben waren von Fragen, wie sie (auch) die damalige nordamerikanische *Mental Hygiene*-Bewegung und die dortige Sozialarbeit bewegte. Die beiden suchten nach Orientierung. Eines war für sie klar: „It was not social work as represented by Mary Richmond of the Russel Sage Foundation who developed social casework but what seemed to us a more creative dynamic approach to human problems.“ (Robinson, 2008, S. 86) Das war damals keine Absage an den Diagnostischen Ansatz in Gänze, sondern nur in der Gestalt, den es damals überhaupt gab: *Social Therapy* im Richmondschen Sinne. Das Unbehagen, das hier formuliert wird, teilten Robinson und Taft mit vielen, die sich dann der *Psychotherapy* zuwandten. Dass sie sich dann der Rankschen Variante und nicht der Freudschen oder einer anderen zuwandten, hat mehr mit Zufall als Absicht, mehr mit Affektivität als mit Rationalität zu tun: Das waren offenbar experienziell begründete Entscheidungen.

In ihrer Rank-Biographie berichtet Taft (1958) über ihre erste Begegnung mit Rank. Die fand, wie oben berichtet, am 3. Juni 1924 auf einem Treffen der *American Psychological Association* statt, zu dem sie als Nicht-Analytikerin überhaupt keine Einladung hatte, dann aber doch irgendwie Zugang fand. Bekannte hatten ihr vorher berichtet, zwischen Freud und Rank gebe es Zwistigkeiten, weil Rank in theoretischer und behandlungstechnischer Hinsicht Neuerungen vorgeschlagen habe. Die Auseinandersetzungen hatten damals tatsächlich schon stattgefunden, und der Anlass waren Ranks Überlegungen, wie sie in den beiden Ende 1923 erschienenen Büchern „Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse“ (Rank, 1924) und „Entwicklungsziele der Psychoanalyse: Zur Wechselbeziehung zwischen Theorie und Praxis“ (Ferenczi & Rank, 1924) niedergelegt sind. Im Nachhinein betrachtet, markieren sie Ranks Einstieg in den Ausstieg aus dem Freudianismus und den Beginn einer eigenen Entwicklung bis hin zur Willens-Therapie.

Von all dem, was da in Wien passierte und was das Ranksche Neue war, hatte Taft keine genauere Vorstellung. „In cheerful ignorance“ (zitiert nach Robinson, 2008, S. 89) sei sie Rank begegnet. Nach über drei Jahrzehnten erinnert sie sich nicht mehr, was die einzelnen RednerInnen besagter Tagung sagten, wohl aber daran, wie diese auf sie wirkten. Mit einer Ausnahme machten die keinen Eindruck auf sie, und die Ausnahme

war Rank: „He was the very image of my idea of a scholarly German student and spoke so quietly, so directly and simply, without circumlocution or apology, that despite the strong German accent I was able to follow his argument and I thought to myself, Here is a man one could trust.“ (zitiert nach Robinson, 2008, S. 89) Das war der Beginn einer langen und zunehmend intensiveren Beziehung, ohne die es nicht zur Entwicklung des Funktionalen Ansatzes gekommen wäre.

2.4 Die Psychotherapie-Konzeption des späten Rank: die Willens-Therapie

Ranks Willens-Therapie zu verstehen ist selbst für KennerInnen der Materie eine schwere Aufgabe (vgl. etwa Bertram Müller, 1998, 2006), und sie Außenstehenden einigermaßen verständlich zu machen eine noch schwierigere. Am besten gemeistert hat sie nach meiner Einschätzung der junge Nathaniel Raskin, später einmal Präsident der *American Academy of Psychotherapists*, Verfasser des von dieser Akademie 1974 herausgebrachten Buches „Studies of Psychotherapeutic Orientation: Ideology and Practice“ und bekannt durch mehrere Arbeiten zu Theorie und Praxis des Klientenzentrierten Ansatzes (gesammelt in Raskin, 2004). Er hatte schon damals die nötige Fachkompetenz, er war zeitlich und räumlich nahe genug sowie nicht verwickelt in die Kämpfe zwischen „Rankianern“ und „Freudianern“ und in die Auseinandersetzungen zwischen der Funktionalen und der Diagnostischen Schule.

In seinen Artikel „The development of nondirective therapy“, 1948 veröffentlicht im *Journal of Consulting Psychology* hat er Ranks Willens-Therapie in sieben Punkten zusammenfassend (und in vielen Bandwurmsätzen) dargestellt (zitiert nach der online verfügbaren Ausgabe):

1. Das nach Hilfe suchende Individuum ist nicht einfach das Schlachtfeld unpersönlicher Kräfte wie Es und Überich, sondern hat ihm eigene Kräfte, einen Willen. Wenn das Individuum bedroht ist, wenn es einem fremden Willen ausgesetzt ist, verwandelt sich der Wille in Gegenwillen. [Der Gegenwille ist bereits bei Rank, 1909 konzipiert; eine ausgearbeitete Konzeption des Willens findet sich erstmals bei Rank, 1929a]

2. Wegen all der Gefahren, die das Leben mit sich bringt, und aus Furcht vor dem Tod, erlebt jedermann eine Grundambivalenz, die sich in mancherlei Gestalt zeigt: als Konflikt zwischen Gesund-sein-Wollen und Krank-sein-Wollen, zwischen Selbstbestimmung und Fatalismus, zwischen Individualität und So-wie-die-anderen-Sein. Diese (Grund-)Ambivalenz ist charakteristisch nicht nur für Neurotiker, sondern ist integraler Bestandteil jeglichen Lebens.
3. Das entscheidende Merkmal des Neurotikers ist seine „Ich-Gebundenheit“: Seine destruktiven wie seine produktiven Tendenzen sind auf das Selbst gerichtet, der Wille ist eingefroren und verleugnet in einer unbefriedigten Konzentration auf die o.g. Ambivalenzen des Lebens.
4. Im Lichte des Gesagten, hat das Ziel der Therapie einmal darin zu bestehen, dass sich das Individuum mit all seinen Ambivalenzen als einzigartiges und eigenverantwortliches Wesen akzeptiert, und zum anderen darin, dass es den positiven Willen dadurch befreit, dass es temporäre Blockierungen, die in der Konzentration kreativer Energien auf das Ich bestehen, beseitigt.
5. Um dieses Ziel zu erreichen, muss eher der Patient als der Therapeut die zentrale Figur im therapeutischen Prozess werden. Der Patient ist sein eigener Therapeut, er hat in sich die Kraft sowohl der Selbstschöpfung wie der Selbstzerstörung. Das erste kann ins Spiel gebracht werden, wenn der Therapeut nicht die Rolle einer Autorität, sondern eines Hilfs-Ichs [*ego-helper or assistant ego*] spielen will, nicht eines positiven Willens, sondern eines Gegenwillens, um den positiven Willen des Patienten zu stärken, nicht des ganzen Ichs des Patienten, sondern jeden einzelnen Ich-Teils, der vom Patienten als störend erlebt wird und gegen den er (an)kämpfen möchte. Zusammengefasst: Der Therapeut „wird im Behandlungsverlauf zu einer Müllhalde, auf der der Patient sein altes neurotisches Ich ablegt und es im Erfolgsfalle schließlich hinter sich lässt“ [Rank, 1945]. Der Therapeut kann weder ein Instrument der Liebe noch der Erziehung sein. Im ersten Falle würde er den Patienten noch abhängiger machen und im zweiten, wo ja versucht wird, das Individuum zu verändern, würde der positive Wille gehemmt durch Wecken des Gegenwillens.
6. Die Ziele der Therapie werden durch den Patienten nicht durch Erklärung der Vergangenheit erreicht; der würde er sich widersetzen. Und wenn er sie akzept-

tierte, so würden sie seine Verantwortung für eine Anpassung in der Gegenwart mindern. Die Therapieziele werden eher erreicht durch Erfahrung im Hier-und-Jetzt der therapeutischen Situation, in der er in Reaktion auf den Gegenwillen des Therapeuten das Wollen lernt und in der er all seine Verhaltensmuster von gestern und heute zeigt. In dieser Situation kann der Patient den sein alltägliches Leben durchziehenden Willenskonflikt, die Verleugnung des Wollens von Unabhängigkeit und Selbständigkeit, unmittelbar spüren und ihm dadurch verständlich werden. Der Patient ist gelähmt nicht durch irgend einen bestimmten Inhalt seiner Vergangenheit, sondern durch die Art und Weise, wie er Material in der Gegenwart benutzt. Deshalb muss seine Hilfe eher durch ein Verstehen seiner momentanen Dynamik als eines Inhalts von Dort-und-Damals kommen.

7. Die Beendigung der Therapie, die Auflösung der therapeutischen Beziehung, ist ein Symbol für alle Trennungen, die das Leben mit sich bringt und die mit der Trennung des Fötus von der Gebärmutter beginnen. Wenn der Patient zum Verständnis des hier vorliegenden Willenskonfliktes gebracht werden kann, eines Konfliktes um Wachstum in Richtung Unabhängigkeit und Selbständigkeit, und wenn er die Trennung als etwas handhaben kann, das er bei allem damit verbundenen Schmerz selbst will, dann kann er sie [die Beendigung der Therapie] als Geburt eines neuen Individuums symbolisieren. Durch zeitliche Limitierung der Therapie im Vorhinein kann der Therapeut die Situation ins Spiel bringen, dass er als positiver Wille agiert und damit den Gegenwillen des Patienten hervorruft. Ohne dass dies einen Schock bedeuten würde, ermöglicht der Therapeut so auf Patientenseite eine zunehmende Stärkung der Fähigkeit, den Therapeuten als Hilfs-Ich aufzugeben, die Sache selbst in die Hand zu nehmen und der Realität ins Gesicht zu sehen. (Übers. d. Verf.)

Der oben eingefügte Literaturhinweis stammt, ohne dass eine Seitenzahl genannt würde, von Raskin, der dabei das 1945 bei Knopf in New York erschien Buch „Will Therapy & Truth and Reality“ meint. Das Buch enthält zwei Arbeiten Ranks (1936a, 1936b), die im selben Verlag bereits 1936 als getrennte Publikationen auf den Markt kamen. Wenn VertreterInnen der humanistischen-experienziellen Therapie und Beratung oder auch LeserInnen, die sich mit diesem Ansatz einigermaßen auskennen, die obigen sieben Punkte lesen, werden sie möglicherweise fragen: Geht es hier wirklich um Rank? Klingt doch so, als würde hier von Carl Rogers oder Laura und Fritz Perls geredet?

Das Erstaunen ist verständlich und die Frage nachvollziehbar. Ja, in Rank haben wir einen Ahnherrn sowohl der Klientenzentrierten als auch der Gestalttherapie vor Augen. Nur zur Illustration zwei Statements. Der zweite Satz des referierte Raskin-Artikels lautet: „For some, nondirective therapy is just a new name for Jessie Taft's ‚relationship therapy' and Otto Ranks ‚will therapy'.“ (S. 92) Und Miriam Polster hat in ihrem Essay „Was gibt's Neues in der Gestalttherapie?“ bemerkt: „Wie Sie wissen, hatten Ranks Konzepte gravierenden Einfluß auf die Formulierung der gestalttherapeutischen Prinzipien.“

2.5 „Diagnostik“ im Verständnis der Funktionalen Schule

Bekanntlich war Diagnostik in dem Sinne, wie es die Diagnostische Schule verstanden hat, kein Thema für die junge Klientenzentrierte und Gestalttherapie - und auch nicht für den Funktionalen Ansatz, womit wir beim ersten großen Unterschied zwischen Diagnostischer und Funktionaler Schule wären. In allen drei Frühformen der humanistisch-experienziellen Grundrichtung spielt - natürlich, möchte man sagen - Diagnostizieren auch eine Rolle. Allerdings nicht in der Form einer vorgängigen Diagnostik und einer nachfolgenden Behandlungs-Phase, sondern in Gestalt eines engen In- und Miteinanders von „Diagnostizieren“ und „Behandeln“. Man spricht von einer solchen Konzeption des Diagnostizierens als „prozessualer“ oder „eingebetteter“ Diagnostik; ausführlich beschrieben wurde eine solche Konzeption erstmals 1951 - von Carl Rogers (vgl. Rogers, 1995).

Die Mannheimer Sozialarbeiterin Ruth Bang hat mit Hilfe des Hauptausschusses der Arbeiterwohlfahrt Ende der 1950er mit „Psychologische und methodische Grundlagen der Einzelfallhilfe (Casework)“ (Bang, 1963a) das erste deutsch(sprachig)e Lehrbuch über *Case Work* (Einzelfallhilfe) vorgelegt. Im sich daran anschließenden Werk „Hilfe zur Selbsthilfe für Klient und Sozialarbeiter“ (Bang, 1963b) erklärt sie ihren LeserInnen die Sache mit der Diagnostik ganz im Geist der Funktionalen Schule so: „Das psychosoziale Verstehen eines Menschen ist nicht die erste, die Hilfeleistung nicht der zweite Teil der gesamten Fallbearbeitung. Das Verstehen ist schrittweise und hört eigentlich bis zum Schluss der Arbeit mit dem Klienten nicht auf.“ (S. 27)

Es sind im Wesentlichen zwei Gründe, die zu einer skeptischen Haltung gegenüber einer vorgängigen Diagnostikphase führen und beide resultieren aus der Konzeption der „Behandlung“. Zum einen: In dem Maße, in dem „eher der Patient als der Therapeut die zentrale Figur im therapeutischen Prozess“ (s.o.) wird, verliert vorgängige Diagnostik in ihrer Funktion als Orientierungsmaßnahme für den Therapeuten an Bedeutung. Zum anderen: Wenn man Behandlung im Grundmodell einer „Beziehungstherapie“ konzipiert (s.u.), setzt man auf eine Subjekt-Subjekt-Beziehung; die stellt sich in der „Behandlungs“-Phase schwerlich ein, wenn man in der vorgängigen „Diagnostik“-Phase durch Vollzug einer Subjekt-Objekt-Beziehung installiert hat; analoge Beziehungsdefinitionen sind recht zählebig.

Taft und Robinson, Rogers und die Perls' hatten überhaupt nichts gegen eine vorgängige Diagnostik, wenn diese keine negative Auswirkung auf eine Behandlung hat. Eine Blinddarmoperation bedarf zum Gelingen weder eines Patienten als Hauptakteurs noch einer Subjekt-Subjekt-Beziehung zwischen Patient und Operateur(in); eine vorgängige Diagnostik ist in diesem Falle der Behandlung nicht nur nicht schädlich, sondern höchst nützlich. In dem Maße aber, da sich ein Behandlungsansatz konzeptionell entfernt vom „Operations-Modell“ wachsen hinsichtlich einer vorgängigen Diagnostik Anfragen ihre Notwendigkeit betreffend und Bedenken wegen schädlicher Folgen.

2.6 Die „Beziehungstherapie“ der Funktionalen Schule

In dem o.g. Buch „Die Analyse des Analytikers“ (Rank, 1931) findet sich auf den S. 17-18 eine Passage (zitiert nach der vom Giessener Psychosozial-Verlag 2006 herausgebrachten Neuausgabe von „Technik der Psychoanalyse“ S. 404-405), die den therapeutischen Ansatz veranschaulicht, zu dem hin Rank sich entwickelt hatte. Der war an der „Penn“ zumindest Taft schon vor Erscheinen des Buches bekannt, danach wurde er einem Kreis US-amerikanischer SozialarbeiterInnen und PsychotherapeuTIInnen mit hinreichenden Deutschkenntnissen bekannt und erfuhr ab 1936, als die Übersetzung unter dem Titel „Will Therapy“ erschien, eine weite Verbreitung. Die Passage lautet:

Im Gegensatz zu dieser ideologischen Therapie [Freuds] hat mich die therapeutische Ausnützung der analytischen Situation selbst zu einer dynamischen Therapie geführt, die in jedem einzelnen Falle, ja in jeder einzelnen Stunde desselben Falles eine andere ist, weil sie jeweils ad hoc aus dem in der Situation selbst gegebenen Kräftespiel abgeleitet und sofort angewendet wird. Meine Technik

besteht im wesentlichen darin, keine „Technik“ zu haben, dafür aber so viel als möglich Erfahrung und Verständnis, das sich konstant in Können umsetzt, aber niemals zu technischen Regeln, die ideologisch anwendbar wären, kristallisiert. Eine Technik kann es nur in einer ideologischen Therapie geben und dort ist die Technik eben identisch mit der Theorie, da ja auch die Hauptaufgabe des Analytikers im (ideologischen) Erklären (interpretieren) und nicht im Bewirken und Gestalten von Erleben besteht. Dies aber ist die wesentliche Rolle, die dem Therapeuten bei der dynamischen Methode zufällt. Dabei verwischt sich auch die scharfe Grenze zwischen Patient und Therapeut bis zu dem Grade, dass der letztere zum Hilfs-Ich herabsinkt und nicht mehr als Hauptakteur die Szene beherrscht. Der Patient ist ja nicht nur krank und der Therapeut ist nicht nur das vorbildliche Gesundheitsideal, sondern der Kranke war und ist auch noch in der Analyse sein eigener Therapeut, ebenso wie der Analytiker zum schädlichen Hindernis werden kann. Wenn dieser Fall eintritt, und zwar nicht nur als gelegentlicher Widerstand, sondern sich als Situation zu etablieren droht, muß der Therapeut die überlegene Einsicht besitzen, den Patienten freizulassen, auch wenn er noch nicht im Sinne der analytischen Ideologie angepasst ist, die sich als Vertreter der Realität aufspielt. Denn nicht um die Anpassung an irgend eine Realität handelt es sich zunächst, sondern um die Anpassung des Patienten an sich selbst, d.h. aber um die Akzeptierung seiner Individualität oder desjenigen Teiles seiner Persönlichkeit, den er früher verleugnet hatte.

Rogers nennt den ihm über die „Penn“ vermittelten therapeutischen Ansatz *Ranks Relationship Therapy* (vgl. Rogers 1975). Deren wesentliches Kennzeichen besteht darin, dass „die therapeutische Beziehung **selbst** ... das wesentliche Agens“ (Quelle wird gleich genannt) ist. Das ist der zweite große Unterschied zwischen der Diagnostischen und der Funktionalen Schule des *Social Case Work*.

Die moderne Psychoanalyse hat die Ideen der von ihr lange verfeindeten Begründer einer „Beziehungstherapie“, Rank und Sándor Ferenczi, in den letzten Jahren und Jahrzehnten aufgegriffen und in ihre heutige Gesamtkonzeption eingebaut; so auch die deutsche. Die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, der Spitzenverband der PsychoanalytikerInnen Deutschlands, hat in ihrer „Stellungnahme zum Forschungsgutachten zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes“ vom Januar 2009 Folgendes formuliert:

Auch wenn der Eindruck entstehen könnte, dass die moderne Psychotherapie letztlich doch ähnlich wie die Medizin durch eine Aggregation von erlernbaren Behandlungsmethoden und -techniken beschrieben werden kann, so zeigen inzwischen doch viele Untersuchungen zur Analyse der Wirkfaktoren in einer

gelingenden Psychotherapie, dass es vor allem eines ist, was den zentralen Platz beansprucht, nämlich die therapeutische Beziehung. Während in der somatischen Medizin die Arzt-Patienten-Beziehung der Rahmen ist, innerhalb dessen die spezifischen Maßnahmen dann zur Anwendung gebracht werden, so ist in der Psychotherapie aus psychoanalytischer Sicht die therapeutische Beziehung **selbst** – neben einer konsistent begründeten Behandlungstechnik - das wesentliche Agens.

Es ist nicht nur die moderne Psychoanalyse, die der therapeutischen Beziehung solch hohen Stellenwert einräumt, es ist die heutige Psychotherapie überhaupt. Im Jahre 2011 hat die *Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships* (Leitung: John C. Norcross), gebildet von den Sektionen „Klinische Psychologie“ (von der behavioralen Richtung dominiert) und „Psychotherapie“ (dort sammelt sich das nicht-behaviorale Lager) der *American Psychological Association* (APA) als erste vier ihrer auf umfangreicher Forschungsarbeit basierenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Norcross, 2011) festgehalten:

- Die therapeutische Beziehung leistet substantielle und konsistente Beiträge zum Ergebnis einer Psychotherapie - und das unabhängig von einem spezifischen Behandlungsansatz.
- Die therapeutische Beziehung trägt zum Gelingen (oder Misslingen) einer Therapie in mindestens demselben Maße bei wie eine bestimmte Behandlungsmethode.
- Praxis- und Behandlungsrichtlinien sollten explizit solche Verhaltensweisen und Qualitäten von Therapeuten ins Auge fassen, die eine hilfreiche therapeutische Beziehung befördern.
- Auflistungen von Best Practice- oder Evidenzbasierte Praxis-Ansätzen, die die therapeutische Beziehung unberücksichtigt lassen, sind in schwerwiegendem Maße unvollständig und möglicherweise irreführend. (Übers. d. Verf.)

Es spricht alles dafür, dass das Gesagte nicht nur für die therapeutische Beziehung gilt, sondern für jede professionell organisierte „helfende Beziehung“, die wirklich hilfreich sein will.

2.7 Was meint die Funktionale Schule mit „funktional“?

Mit dieser Frage kommen wir zum dritten großen Unterschied zwischen dem Diagnostischen und dem Funktionalen Ansatz des *Social Case Work*. Das Konzept des „Funktionalen“ korrepondiert zwar mit der Rankschen Willens-Therapie, ist nicht aber dort begründet. Rank scheint es gar nicht verstanden zu haben, jedenfalls hat er es „nicht abgesegnet“ (Liebermann, 1997, S. 497). Rank, der wiederholt und öffentlich erklärt hatte, er sei nicht nur kein Sozialarbeiter, sondern die Soziale Arbeit sei auch nicht sein Geschäft, konnte hierzu auch gar nichts sagen, denn der Begriff markiert eine genuin sozialarbeiterische Positionsbestimmung. „Rank was the last person to understand function as used by the social agency“ (Taft, zitiert nach Robinson, 2008, S. 94).

Taft gilt mit einigem Recht als „Erfinderin“ des Konstrukts „funktional“, sie hatte dazu eher als Robinson die nötigen Voraussetzungen. Zum einen hat sie durch ihre soziologische Ausbildung gelernt, organisationssoziologisch zu denken, und zum anderen hatte sie leibhaftige Erfahrung mit Psychotherapie: durch ihre eigene (länger als die Robinsonsche dauernde) Analyse bei Rank Ende 1926 und durch ihre danach einsetzende, wenngleich nicht in Vollzeit ausgeführte Tätigkeit als Psychotherapeutin in eigener Privatpraxis. Sie wusste in gleichem Maße, was Psychotherapie ist und was Sozialarbeit ist; daher konnte sie den Unterschied auch klar markieren. Nachdem sie 1934 mit über 50 Jahren Professorin an der „Penn“ wurde und zwei Jahre später Leiterin des dort erstmals seit 1936 angebotenen Master-Programms in Sozialarbeit, konnte sie eine Frage nicht mehr abweisen: Wo ist der Platz des *Case Work* zwischen unverfälschter Psychotherapie und Sozialhilfe, wo ist „its place between pure therapy and public relief“, wie sie das 1937 in der Einleitung des ersten Heftes des ersten Bandes des *Journal of Social Work Process* formuliert (zitiert nach Robinson, 1962).

Es ist schon viel Verständnis für das „Funktionale“ und viel an Verständnis für das „Funktionale“ des Funktionalen Ansatzes gewonnen, wenn man es einerseits nicht in Verbindung bringt mit Rank (bis hin zur Erfindung eines „funktionalistischen Rank“) und es andererseits als genuin sozialarbeiterische Positionsbestimmung begreift, die in den USA der 1930er als Suche nach einem Platz zwischen „unverfälschter Psychotherapie“ und „Sozialhilfe“ markiert ist. Deutschsprachigen LeserInnen muss man an dieser Stelle aus gegebenem Anlass auf die unterschiedliche Bedeutung von „funktional“ und „funktionell“ hinweisen: Das erste meint „auf die Funktion bezogen“, das zweite

„dem Zweck entsprechend“. Was müssen sich LeserInnen seit Jahren und Jahrzehnten eigentlich denken, wenn sie in der meistverbreiteten und am häufigsten zitierten deutschsprachigen Darstellung der Sozialen Einzel(fall)hilfe (Roberts & Nee, 1982) den Funktionalen Ansatz als „Die funktionelle Methode“ (Smalley, 1982) präsentiert bekommen? Ruth Smalley, seit 1950 an der „Penn“ und dort bald auch Dekanin, eine große Verfechterin des Funktionalen Ansatzes in der Nachkriegszeit (vgl. Smalley, 1971 / 1967) würde sich im Grabe umdrehen ob solchen Fehlverstehens, das man ja nur zum geringsten Teil der Übersetzerin anlasten kann.

Sind somit bedeutsame kognitive Außengrenzen markiert, kann man sich dem Binnenbereich von „funktional“ zuwenden, der mir nirgendwo in solcher Prägnanz beschrieben scheint, wie in dem Abschnitt „Function and Structure“ der Funktionalen Gruppe in dem schon genannten Buch „A Comparision of Diagnostic and Functional Casework Concepts“ (Kasius, 1951). Daraus werden die ersten drei Absätze zitiert:

Funktionales Case Work ist eine Methode, Leuten mittels spezifischer von Trägern [*social agencies*] unterbreiteten Dienstleistungen [*services*] zu helfen in der Weise, dass die Erfahrung, solche Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, in psychischer Hinsicht konstruktiv sein kann. Somit hat das Konzept der Funktion zwei unterscheidbare, aber untrennbare Aspekte.

Der erste besteht darin, die Hilfspotentiale für eine Person (oder eine Familie) so zu konzipieren, dass sie in der Eigenheit der Dienstleistung liegen. Obwohl zwei Leute sich darin unterscheiden, wie sie eine bestimmte Dienstleistung nutzen, bleibt eine bestimmte Dienstleistung konstant das, was sie ist. In anderen Worten: Die Art von Dienstleistung, die ein Träger anbietet, und deren Zweck (Fremdplatzierung eines Kindes, Familienberatung u.s.w.) bleiben dieselben - trotz Unterschiedlichkeit der Klientel, die sie in Anspruch nimmt, und ungeachtet der Verschiedenheit von Inanspruchnahmegründen.

Der zweite Aspekt besteht darin, dass im Rahmen eines gegebenen Leistungsangebotes eine Art von Erfahrung ermöglicht wird, die in psychologischer Hinsicht charakteristisch ist für Nehmen und Geben bezüglich dieser besonderen Dienstleistung; eine Art von Erfahrung, die sich unterscheidet von jener einer anderen Dienstleistungsform, ungeachtet der Gleichheit des Problems, dessentwegen Leute zwei (unterschiedliche) Dienstleistungsangebote in Anspruch nehmen. Ein Beispiel: Die Erfahrung, dass ein Kind von einer *Agency* in einem Pflegeheim untergebracht wird, ist sehr verschieden von der, dass das Kind einer Erziehungsberatungsstelle vorgestellt wird, auch wenn die Inanspruchnahme beider Angebote motiviert ist durch die gleiche emotionale Ablehnung auf Elternseite. Diese Ablehnung wird als solche gleich empfunden werden, egal welche Dienstleistung

in Anspruch genommen wird; Eltern können aber, wenn sie so oder so wählen, die mit dieser Entscheidung verbundene Erfahrung nutzen, um die Beziehung zu ihrem Kind zu ändern. Das jedoch wird nur möglich sein, wenn die Art der Erfahrung getreu der psychologischen Realität des Gebens und Nehmens von Hilfe im Geiste eines spezifischen Hilfsangebotes ist. (Übers. d. Verf.)

Eine „moderne Übersetzung“, die dem Verstehenshorizont heutiger deutscher Sozialen ArbeiterInnen mehr entgegen kommen dürfte als die oben referierten Ausführungen aus den USA Ende der 1940er bietet Burkhard Müller in seinem Buch „Professionell helfen. Was das ist und wie man das lernt: die Aktualität einer vergessenen Tradition sozialer Arbeit“ (2012a, vgl. Heekerens, 2014b):

Ihr [Robinsons und Tafts] Zweifel geht stattdessen [statt Bezwiflung der Möglichkeit einer fachgerechten professionell gesteuerten Organisationsweise Sozialer Arbeit] gerade von der Rolle des Klienten im Prozess der Fallarbeit aus. Diese Rolle, so ihre These, könne nur dann eine die Autonomie von Lebenspraxis wieder herstellende sein, jedenfalls im Aufgabenfeld Sozialer Arbeit, wenn „Hilfe“ gerade auch vom Klienten als Handeln einer Institution der realen Welt erlebt werden kann, die Hilferessourcen anbietet, aber auch Bedingungen und Grenzen setzt.

Diese These stellt den herkömmlichen Vorstellungen über die Maximen der Klientenorientierung und Lebensweltorientierung [heutiger deutscher] Sozialer Arbeit einen radikalen Einwand gegenüber. Sie behauptet: Nicht die Identifikation mit den Bedürfnissen, nicht das „Anschmiegen“ der Hilfe an die Lebenswelt sichert die Autonomie des Klienten und stärkt seine Fähigkeit, Wahlmöglichkeiten zu entdecken. Es gelte vielmehr, den Prozess des Nehmens und Gebens von Hilfe, der mit der Realität von Abhängigkeiten arbeitet um Autonomie zu befördern, in seiner Paradoxie zu verstehen und zu handhaben. Nur Sozialarbeiter, die sich, statt mit dem Klienten, mit ihrer eigenen Funktion bzw. ihrer organisierten Dienstleistung identifizieren und zugleich diese Funktion dem Klienten so gut als möglich zur Verfügung stellen, können diese Paradoxie fruchtbar bearbeiten. Nur sie sind nach dieser Auffassung in der Lage einerseits den Widerstand von Klienten gegen das hilfsbedürftig gemacht Werden oder die Wut, nur wenig des Gewünschten zu bekommen, als Ausdruck von Stärke und Würde des Klienten zu verstehen, deren Anerkennung Ausgangspunkt jeder Bereitschaft ist, sich zur Selbsthilfe helfen zu lassen. Und andererseits können nach dieser Auffassung nur solche Sozialarbeiterinnen vermeiden, sich von der eigenen Rolle und Realität als Anbieter begrenzter Möglichkeiten einer Hilfe zur Selbsthilfe abbringen zu lassen und Illusionen zu nähren, die ihren Klienten mehr schaden als nützen. Die

Stabilität einer Organisation mit definierten Funktionen und Zuständigkeiten wird dabei als Rückendeckung sowohl für die einzelnen Sozialarbeiter als auch für die Autonomie der Klienten verstanden. Die Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Organisation diese doppelte Funktion als Stütze professioneller Arbeitsprozesse auf reflektierte Weise auch erfüllt, wie sie selbst von diesen getragen und mit Leben erfüllt wird. (S. 25-26)

Die Frage, der Burkhard Müller im genannten Buch (und im zusammenfassenden „Neue Praxis“-Artikel von 2013) nachgeht und bejaht, ist, „ob die damals geschlagene theoretische Brücke zwischen den am individuellen Arbeitsbündnis orientierten Diskussionen über sozialpädagogische Professionalität und den auf Organisation bezogenen Ansätzen heute noch tragfähig ist“ (S. 26). Ob man Burkhard Müllers Beweisführung nun in Gänze folgen mag oder nicht, er hat jedenfalls im jüngsten Diskurs der deutschen Sozialen Arbeit Beachtung gefunden in dem Punkt, der das „Funktionale“ des Funktionalen Ansatzes betrifft.

So etwa in Falko Müllers (2016) „Neue Praxis“-Artikel „Professionelles Handeln als organisierte und situierte Tätigkeit“

Dies eröffnet die Perspektive zu untersuchen, wie Arbeitsbeziehungen und Organisation praktisch aufeinander bezogen sind. Die Perspektivverschiebung von der Struktur des Arbeitsbündnisses, innerhalb derer sich die gemeinsame Krisenbearbeitung vollzieht, hin zum Prozess der Arbeitsorganisation, innerhalb dessen Arbeitsbeziehungen formiert werden, lenkt das Interesse auf diejenigen Bedingungen und Verhältnisse, welche den „Hilfebeziehungen“ zunächst äußerlich erscheinen, aber zum einen für sie konstitutiv und zum anderen, wie etwa „Setting“ und Organisationskultur, zugleich Produkt und Gegenstand professioneller Tätigkeit sind. (Falko Müller, 2015, S. 475)

Und auch in Mathias Schwabes (2016) Buch „Die ‚dunklen Seiten‘ der Sozialpädagogik“

Es ist immer dasselbe: Will der / die gute Helfer/in gute Arbeit machen, muss sie sich dazu mit ihrer Funktion, der ihr in der Organisation zugewiesenen Aufgabe, identifizieren, auch wenn diese in vielerlei Hinsicht lediglich begrenzte und bescheidene oder gar armselige Hilfestellungen geben kann und / oder schmerzliche und zunächst konfliktverschärfende Interventionen vornehmen muss. Zwischen dem Mitarbeiter [sic!] und seinem [sic!] Dienst darf kein Löschblatt passen. Das schließt nicht aus, dass man den eigenen Dienst weiter verbessern kann und muss. Aber dem Klienten gegenüber ist das, was man anbietet, das Beste, was er im

Moment haben kann. Das muss man selbst glauben und glaubhaft machen können oder den Dienstherrn wechseln.

So ein radikales Einverständensein mit institutionellen Beschränkungen ist uns heute fremd. Und wir verdächtigen es fast automatisch, mit den gegebenen Verhältnissen und damit den Mächtigen im Bunde zu sein und gegen die „Armen“. Aber das ist nicht die Position von Taft und Robinson. Ihnen geht es darum, dass man aus Begrenzungen etwas machen kann und dass das Problem von Begrenzungen zunächst keines ist von Quantität. (S. 305-306)

2.8 Ressourcen- vs. Defizitorientierung

Das Rad wird bekanntlich immer wieder neu erfunden - von jenen, die nicht wissen können, dass es das schon gab, von jenen, die nicht wissen wollen, dass es sich gar nicht um eine Neuerfindung handelt, und von jenen, die, wohl wissend um die Existenz des Rades, einem unwissenden Publikum vortäuschen, es sei gerade - von ihnen oder ihren Gewährsleuten - erfunden worden. Die deutsch(sprachig)e Soziale Arbeit würde die Ressourcenorientierung nicht als Neuerfindung preisen (vgl. etwa Knecht & Schubert, 2012; Möbius & Friedrich, 2010), sondern als Wiederentdeckung feiern, kannte sie die Funktionale Schule. Indem sie den Willen zum zentralen Bezugspunkt der Arbeit macht, mit den „gesunden Anteilen“ der KlientInnen arbeitet, deren „Selbsthilfepotentiale aktiviert“, zeigt sie sich als ressourcenorientierter Ansatz *par excellence* – und der ersten Stunde. Damit sind wir beim vierten großen Unterschied zwischen der Funktionalen und der Diagnostischen Schule; die war nämlich Pathologie- oder Defizit-orientiert, sie folgte dem „medical model“ (Graziano, 2005, S. 7).

2.9 Schlussbemerkungen

In Helmut Pauls' (2013) „Klinischer Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung“ findet sich auf S. 13 der Satz: „Einen wichtigen Beitrag zur historischen Identität der Clinical Social Work in den USA leistete die ‚funktionale‘ Schule des US-amerikanischen social casework, mit ihren Begründerinnen Virginia Robinson (Robinson veröffentlichte 1930 „A Changing Psychology of Social Work“) und Jessie Taft sowie deren Mentor Otto Rank (weitere Ausführungen hierzu siehe

unten Kapitel: „Die erfahrungsorientierte Perspektive“).“ Zunächst einmal: Robinsons Buch trägt den Titel „A Changing Psychology in [und nicht of] Social Work“ (Robinson, 1978); die Autorin wollte keine professionssoziologische Analyse der Sozialen Arbeit vornehmen. Was die Frage der Identität(sbildung) anbelangt, so ist die Antwort eine zweifache.

Soweit die Klinische Sozialarbeit die Bedeutung von klinisch-psychologischem und psychotherapeutischem Wissen für ihre verschiedenen Handlungsformen auf unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern des *Case Work* hoch bewertet, kann sie sich v. a. auf Taft, Robinson und die Funktionale Schule mit demselben Recht berufen wie auf diejenigen Formen des Diagnostischen Ansatzes, die zur *Psychotherapy*-Klasse gehören. Auf Taft kann man auch verweisen, wenn man anzeigen will, wie früh im US-amerikanischen *Case Work* auf die Notwendigkeit einer „klinischen“ Qualifikation der Professionellen hingewiesen wurde. Nur: diese Forderung entspringt nicht (erst) dem Funktionalen Ansatz, sie wurde von Taft schon früher gestellt. Beispielsweise auf der schon oben erwähnten *National Conference of Social Work* von 1927, wo sie in ihrem Referat „The function of a mental hygienist in a children’s agency“ den „caseworker with mental hygiene training“ (zitiert nach Robinson, 1962, S. 117) fordert, den sie sich noch stark im Geiste der Diagnostischen Schule dachte.

Wenn sich, um zur zweiten Antwort zu kommen, die hiesige Klinische Sozialarbeit als in der Tradition der Funktionalen Schule stehend verstehen und verstanden werden will, dann muss sie alles, was sie unter „Diagnostik“ und „Behandlung“ zu ihren Handlungsformen zählt, auf deren Prüfstand stellen; die vier essentiellen Prüfkriterien wurden oben genannt. Aber auch wenn die deutsch(sprachig)e Klinische Sozialarbeit keinen Erbanspruch an den Funktionalen Ansatz stellt, so könnte sie sich doch mit ihm beschäftigen; die von ihr gestellten Grundfragen sind heute so aktuell wie damals.

Anmerkung

In die vorstehende Arbeit flossen frühere Beobachtungen und ältere Überlegungen ein. In seinem Hauptbestandteil aber ist sie jung und hat ihre Gestalt erst in der jüngsten Entstehungsgeschichte des vorliegenden Buches gefunden.

Literatur

Austin, L.N. (1948). Trends in differential treatment in social casework. *Journal of Social Casework*, 29, 203-211.

Bang, R. (1963a). Psychologische und methodische Grundlagen der Einzelfallhilfe (Case-work) (3., überarb. und erg. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Jugendpflege- und Gruppenschrifttum (1. Aufl. 1958).

Bang, R. (1963b). Hilfe zur Selbsthilfe für Klient und Sozialarbeiter (2., verb. Aufl.). München – Basel: Reinhardt (1. Aufl. 1960).

Cremer, C., Bader, C. & Dudeck, A. (Hrsg.) (1992). Frauen in sozialer Arbeit: Zu Theorie und Praxis feministischer Bildungs- und Sozialarbeit (2. Aufl.). Weinheim u. a.: Juventa.

deCarvalho, R.J. (1999). Otto Rank, the Rankian circle in Philadelphia, and the origins of Carl Rogers' person-centered psychotherapy. *History of Psychology*, 2, 132-148.

Deegan, M.J. (1986). The clinical sociology of Jesse Taft. *Clinical Sociology Review*, 4, 30-45.

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (2009). Stellungnahme zum Forschungsgutachten zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes. Online verfügbar unter http://www.dgpt.de/fileadmin/download/Aus-Weiterbildung/SN_GV_zum_Forschungsgutachten.pdf [letzter Zugriff am 2.7.2016].

Eggemann, M. & Hering, S. (Hrsg.) (1999). Wegbereiterinnen der modernen Sozialarbeit. Weinheim u. a.: Juventa.

Engelke, E. (1999). Theorien der Sozialen Arbeit: Eine Einführung (2. Aufl.). Freiburg i. B.: Lambertus.

Fallend, K. (2012). Caroline Newton, Jessie Taft, Virginia Robinson. Wien: Löcker (Socialnet-Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/16977.php> [letzter Zugriff am 2.7.2016]).

Ferenczi, S. & Rank, O. (1924). Entwicklungsziele der Psychoanalyse: Zur Wechselbeziehung zwischen Theorie und Praxis. Leipzig u.a.: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Galuske, M. & Müller, C.W. (2002). Handlungsformen in der Sozialen Arbeit. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit* (S. 485-508). Opladen: Leske & Budrich.

Graziano, R. (2005). Clinical social work practice in the U.S.: a brief history of the past 100 years. *Klinischen Sozialarbeit*, 2(4), 7-8. Online verfügbar unter http://www.zks-verlag.de/files/s620_e2327_o25432/0?size=o [letzter Zugriff am 27.06.2016].

Heekerens, H.-P. (2014c). Rezension vom 10.09.2014 zu Lieberman, E. J. (2014). Otto Rank. Leben und Werk (2., unveränderte Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16563.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014a). Rezension vom 08.08.2014 zu Fallend, K. (2012). Caroline Newton, Jessie Taft, Virginia Robinson. Wien: Löcker. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16977.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014b). Rezension vom 08.08.2014 zu Müller, B. (2012). Professionell helfen. Ibbenbüren: Münstermann. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/17368.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014c). Rezension vom 10.09.2014 zu Lieberman, E. J. (2014). Otto Rank. Leben und Werk (2., unveränderte Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16563.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Hering, S. & Waaldijk, B. (Hrsg.) (2002). Die Geschichte der Sozialen Arbeit in Europa (1900 – 1960). Opladen: Leske & Budrich.

Kasius, C. (1951). A Comparision of Diagnostic and Functional Casework Concepts. New York: Family Service Association of America (1. Aufl. 1950).

Knecht, A. & Schubert, F.-C. (Hrsg.) (2012). Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit. Zuteilung – Förderung – Aktivierung. Stuttgart: Kohlhammer.

Lieberman, E. J. (1997). Otto Rank. Leben und Werk (1. Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Lieberman, E. J. (2014). Otto Rank. Leben und Werk (2., unveränderte Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag (Socialnet-Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/16563.php> [letzter Zugriff am 2.7.2016]).

Meyer, A. (1918). The Mental Hygiene Movement. The Canadian Medical, 8, 632-634. Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1585211/?page=1> [letzter Zugriff am 29.6.2016].

Möbius, T. & Friedrich, S. (Hrsg.) (2010). Ressourcenorientiert arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Müller, Bertram (1998). Das Konzept des Willens bei Otto Rank. In L. Janus (Hrsg.), Die Wiederentdeckung Otto Ranks für die Psychoanalyse. psychosozial, 21(3), 115-133.

Müller, Bertram (2006). Ranks schöpferischer Wille und sein Einfluss auf die Gestalttherapie. In M. Spagnuolo Lobb, M. & N. Amendt-Lyon (Hrsg.), Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung (S. 145 - 157). Wien – New York: Springer.

Müller, Burkhard (2012b). Sozialpädagogisches Können (7., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Freiburg Freiburg i.B.: Lambertus.

Müller, Burkhard (2012a). Professionell helfen. Ibbenbüren: Münstermann. (Socialnet Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/17368.php> [letzter Zugriff am 2.7.2016]).

Müller, Burkhard (2013). Professionelle Handlungsgewissheit und professionelles Organisieren Sozialer Arbeit. Neue Praxis, 43, 246-262.

Müller, C. W. (1997). Wie Helfen zum Beruf wurde Bd. 2 (3., erweiterte und neu ausgestattete Aufl.). Weinheim u. a.: Beltz.

Müller, C. W. (2006). Wie Helfen zum Beruf wurde (4., erweiterte und aktualisierte Auflage). Weinheim: Juventa.

Müller, Falko (2015). Professionelles Handeln als organisierte und situierte Tätigkeit. Neue Praxis, 45, 469-487.

Norcross, J.C. (2011). Conclusions and Recommendations of the Interdivisional (APA Divisions 12 & 29) Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships. Online verfügbar unter <http://societyforpsychotherapy.org/evidence-based-therapy-relationships/> [letzter Zugriff am 2.7.2016].

Pauls, H. (2013). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung (3. Aufl.). Weinheim – Basel: Beltz.

Polster, M. (2002). Was gibt's Neues in der Gestalttherapie? Gestaltkritik 2/2002. Online verfügbar ist diese deutsche Übersetzung des 1999 erschienenen englischsprachigen Originals unter http://www.gestalt.de/polster_miriam_neues.html [letzter Zugriff am 17.6.2016].

Rank, O. (1909). Der Mythos von der Geburt des Helden. Leipzig - Wien: Deuticke. Online verfügbar unter https://archive.org/details/SzaS_5_Rank_1909_Mythos_von_der_Geburt_des_Helden [letzter Zugriff am 30.6.2016].

Rank, O. (1924a). Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse. Leipzig u.a.: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Rank, O. (1928). Grundzüge einer Genetischen Psychologie auf Grund der Psychoanalyse der Ichstruktur II: Gestaltung und Ausdruck der Persönlichkeit. Leipzig – Wien: Deuticke.

Rank, O. (1929a). Technik der Psychoanalyse II: Die analytische Reaktion in ihren konstruktiven Elementen. Leipzig – Wien: Deuticke. Online verfügbar unter https://archive.org/stream/Rank_1929_Technik_2_k/Rank_1929_Technik_2_k_djvu.txt [letzter Zugriff am 16.6.2016]

Rank, O. (1929b). Grundzüge einer Genetischen Psychologie auf Grund der Psychoanalyse der Ichstruktur III: Wahrheit und Wirklichkeit. Leipzig – Wien: Deuticke.

Rank, O. (1931). Technik der Psychoanalyse III: Die Analyse des Analytikers und seiner Rolle in der Gesamtsituation. Leipzig – Wien: Deuticke. Online verfügbar unter https://archive.org/details/Rank_1931_Technik_3_k [letzter Zugriff am 16.6.2016]

Rank, O. (1936a). Will Therapy. New York: Knopf.

Rank, O. (1936b). Truth and Reality. New York: Knopf.

Rank, O. (1945). Will Therapy & Truth and Reality. New York: Knopf.

Raskin, N.J. (1948). The development of nondirective therapy. Journal of Consulting Psychology, 12, 92-110. Online verfügbar unter <http://www.allanturner.co.uk/papers.asp?function=paper&id=12> [letzter Zugriff am 18.6.2016].

Raskin, N.J. (2004). Contributions to client-centered therapy and the person-centered approach. Ross-on-Wye. Richmond, M. (1917). Social Diagnosis. New York: Russell Sage Foun-

dation. Online verfügbar unter https://archive.org/stream/socialdiagnosis00richala/socialdiagnosis00richala_djvu.txt [letzter Zugriff am 28.06.2016].

Richmond, M. (1922). What is Social Casework? An Introductory Description. New York: Russell Sage Foundation.

Roberts, R.W. & Nee, R.H. (Hrsg.) (1982). Konzepte der Sozialen Einzelhilfe. Freiburg: Lambertus (deutschsprachige Erstausgabe 1974; englischsprachiges Original 1970).

Robinson, V. (1978). A changing psychology in social casework. In V. Robinson, The Development of a Professional Self (pp. 31-152). New York: AMS Press (Gekürzte Fassung der gleichnamigen Dissertation von 1930, der vollständiger Text ist online ist verfügbar unter <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015050206989;view=1up;seq=7> [letzter Zugriff am 25.6.2016]).

Robinson, V. (Ed.) (1962). Jessie Taft: Therapist and Social Work Educator. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Robinson, V. (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 Welfare at Penn (pp. 82-101. Philadelphia: University of Pennsylvania Press (Reprint des gleichnamigen Artikels aus Otto Rank Association Journal, 1968, 3, 5-41).

Rogers, C.R. (1975). Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwi-schenmenschliche Beziehungen. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg.), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (S. 17 – 24). München: Kindler (englischsprachiges Original: My philosophy of interpersonal relationship and how it grew. Journal of Humanistic Psychology, 1973, 13(2), 3 – 15)

Rogers, C. R. (1995). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Fischer: Frankfurt a. M.: Fischer (Original 1951: Client-Centered Therapy).

Salomon, A. (1926). Soziale Diagnose. Berlin: Carl Heymann.

Schwabe, M. (2016). Die „dunklen Seiten“ der Sozialpädagogik. Ibbenbüren: Münstermann.

Smalley, R.E. (1971). Theory for Social Work Practice. New York – London: Columbia University Press (1. Aufl. 1967); Smalley, R.E. (1982). Die funktionelle Methode als Grundlage der Sozialen Einzelhilfe-Praxis. In R.W. Roberts & R.H. Nee (Hrsg.), Konzepte der Sozialen Einzelhilfe (3. Aufl., S. 91-143). Freiburg: Lambertus (deutschsprachige Erstausgabe 1974; englischsprachiges Original 1970).

Taft, J. (1958). Otto Rank. A Bibliographical Study Based on Notebooks, Letters, Collected Writings, Therapeutic Achievements and Personal Associations. New York: The Julian Press.

Thole, W., Galuske, M. & Gängler, H. (Hrsg.) (1998). KlassikerInnen der Sozialen Arbeit. Neuwied u. a.: Luchterhand.

3 Soziale Arbeit und Familientherapie - eine lange gemeinsame Geschichte

Zusammenfassung

Es wird der These Salvador Minuchins nachgegangen und durch die Analyse bekräftigt, man habe den Beginn der Familientherapie im ersten Behandlungsfall Frederick H. Allens an der *Philadelphia Child Guidance Clinic* im Jahre 1925 zu sehen. Dazu wird das Wirken des Psychiaters Allen und die Arbeitsweise der Einrichtung, deren Direktor er über drei Jahrzehnte war, näher 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 Ansatz des *Social Casework*, wie er damals an der *Pennsylvania School for Social and Health Work* in Philadelphia entwickelt wurde. Die letztgenannte Entwicklung wurde stark durch den Freud-Schüler und -Dissidenten Otto Rank geprägt; ihm gelten die abschließenden Ausführungen.

Schlüsselbegriffe

Frederick Allen, Aufsuchende Familientherapie, Beziehungstherapie, *Case Work*, Familientherapie, Funktionaler Ansatz, Gegenwartsorientierung, Mehrdimensionale Familientherapie, Salvador Minuchin, *Pennsylvania School of Social Work*, *Philadelphia Child Guidance Clinic*, Otto Rank, Wachstumsorientierung

3.1 Einleitung

Die häufigste Form der Fort- und Weiterbildung von Sozialen ArbeiterInnen in psychosozialen Interventionen, ja die häufigste Form der Fort- und Weiterbildung von Sozialen ArbeiterInnen überhaupt, ist seit Jahren und Jahrzehnten die in Familientherapie (vgl. Heekerens, 1986, 1989). Unter „Familientherapie“ sind hier auch all jene Fort- und Weiterbildungen verstanden, die gegebenenfalls unter „systemisch“ laufen, faktisch aber solche in Familientherapie sind. Eine solche Fort- und Weiterbildung kann die professionelle Identität beeinflussen im Sinne eines Wandels der professionellen Identität von Sozialen ArbeiterInnen zu PsychotherapeutInnen (Ohling, 2015). Die Gründe für einen solchen Wechsel der professionellen Identität sind vielfältig (ausf. Ohling, 2015), aber einer dürfte nicht zu unterschätzen sein: fehlende historische Kenntnis bei den betreffenden und betroffenen Sozialen ArbeiterInnen in diesem Punkte sowie mangelnde historische Identität der Sozialen Arbeit.

Die GründerInnen der Familientherapie in Deutschland waren sich der Beziehung zwischen Sozialarbeit und Familientherapie bewusst:

Sucht man nach den Wurzeln der Familientherapie, so findet man sie vor allem in zwei Praxisfeldern: in der Sozialarbeit und der psychodynamisch orientierten Schizophrenietherapie. In beiden Bereichen vermittelt sich die Erfahrung, daß das Individuum *nicht* die kleinste Therapie-Einheit sein kann. Sozialarbeiter sind von jeher mit Problemen konfrontiert, die sich nicht auf das Individuum beschränken. In ihrem Arbeitsbereich läßt sich nicht übersehen, daß die Schwierigkeiten eines einzelnen stets mit den Schwierigkeiten anderer, in der Regel der Familie, verbunden sind. Sozialarbeiterische Interventionen bezogen daher in der Regel von Anfang an mehrere Personen ein. Den Anforderungen des Alltags entsprechend wurden pragmatische Methoden der „Familienarbeit“ entwickelt ..., ohne daß es jedoch zu einer spezifischen Theorieentwicklung gekommen wäre. (Stierlin & Simon, 1986, S. 250-251)

3.2 Zur Entwicklungsgeschichte der Familientherapie

Den letzten Halbsatz gilt es zu bezweifeln, was keinen Vorwurf an die Adresse der Autoren darstellt, denn was sie nicht im Blick haben, ist eine selbst für die Soziale Arbeit „vergessenen Tradition“, um eine Formulierung Burkhard Müllers (2012; vgl. Heekerens, 2014a) aufzugreifen. Die in der Tradition der Sozialen Arbeit entwickelten Formen

der Arbeit mit Familien sind eben nicht samt und sonders nur der Vor-Geschichte der Familientherapie zuzuweisen, sondern teilweise ihrer Gründungsgeschichte zuzuordnen. Das ist nicht die Ansicht eines beliebigen Vertreters der Sozialen Arbeit, sondern die Meinung eines profilierten Familientherapeuten. Im Jahre 1985 hatte die erste *Evolution of Psychotherapy Conference* in Phoenix (AR) stattgefunden. Zwei Jahre später erschienen deren Beiträge in einem Buch, dessen erster mit dem Titel „My many voices“ von Salvador Minuchin (1987) stammt. Schon nach wenigen Zeilen wartet er mit einer Bemerkung auf, die die damalige Zuhörerschaft erstaunt haben dürfte und noch heute Erstaunen hervorrufen mag: „For my own personal reasons, however, I would suggest that family therapy began in 1925 with the first case seen at the Philadelphia Child Guidance Clinic under the auspices of Dr. Frederick Allen.“ (S. 5-6) 1925, das war nur 17 Jahre, nachdem Mary Richmond (1908, S. 80) in ihrem Referat „The family and the social worker“ auf der *National Conference on Social Welfare* von 1908 den „trained worker“ gefordert hatte.

Minuchins Bemerkung dürfte noch heute deshalb überraschend 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, Rasheed & Marley, 2010; Schlippe & Schweitzer, 2012).

3.3 Wer war Frederick H. Allen?

Im Nachruf auf Allen (1890 - 1964) im *American Journal of Orthopsychiatry* findet sich der Satz: „His career paralleled the establishment of clinical child psychiatry“ (Robinson, 1964, S. 965). Er war nicht etwa ein bloßer Mitläufer, er war ein wesentlicher, wenn nicht der bedeutsamste Treiber dieses Prozesses, erkennbar an den vielen Funktionen, die er dabei innehatte. Ich nenne hier nur fünf: Er war der der erste Präsident der *International Society of Child Psychiatry*, erster Präsident der *American Association of Psychiatric Clinics for Children*, der Vorsitzende des ersten *Committee of Child Psychiatry* der *Group for the Advancement of Psychiatry*, einer der frühen Präsidenten der *American Academy of Child and Adolescent 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. Und: Sein 1942 erschienenes Buch „Psychotherapy with Children“ gehört zu den bedeutendsten Schriften zur 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 MedizinerInnen am Anfang seiner 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:

The doctors who composed this group [of neurologists and psychologists] would have been rather startled if they had realized what the Clinic was going to stand for, how much the social aspects of medicine were going to be of importance equal to medical interests ... However, the neurologists and the organic psychiatrists soon lost interest in the whole matter and on the first Board there were only three doctors ... who were not too frightened by the unorthodox ideas of Dr. Fred Allen who seemed to us a man born to help children.

3.4 Die Child Guidance Clinics: multiprofessionell und interdisziplinär

Dass sich Minuchin und sein früherer Mitarbeiter 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) war 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 zeitlichen Abstand, zurück auf die wirkmächtige Arbeit Allens an der „Philadelphia“.

Die 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 (MitarbeiterInnen 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 psychodynamisch orientierten 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 solche 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 (vgl. Heekerens, 1989). Ob sie ihre Vorbilder je erreichten, mag man bezweifeln; sie an der „Philadelphia“ zu messen, wäre freilich auch ein unfairer Vergleich. Die bundesdeutsche Erziehungsberatungsstelle war aber vor Mitte der 1970er diejenige Institution im Sozial- und Gesundheitssystem der Bundesrepublik, in der ein multiprofessionelles Team, zu dem auch KonsultativärztInnen aus den Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Pädiatrie gehörten, einen biopsychosozialen Ansatz in Diagnostik und Therapie schon am ehesten realisieren konnte; darin hat man sie als wahre Erbin der *Child Guidance Clinic* zu sehen. Eine solche multiprofessionelle und interdisziplinäre Arbeit hatte Curt Bondy schon in den 1950ern als vorbildlich für die gesamte Soziale Arbeit hingestellt: „eine wirkungsvolle soziale Arbeit verlangt eine enge Zusammenarbeit von Fürsorgern, Psychologen und Psychiatern, wie sie etwa in der Teamarbeit der Erziehungsberatungsstellen üblich ist“ (Bondy, 1963, S. 9).

3.5 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 – aus Hankins (1969) Aufzeichnungen referierend - einiges zu dem Patienten und seiner Familie sowie zu den TherapeutInnen und deren Vorgehen.

Von der Mutter angemeldet worden war ein Zehnjähriger 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 MitarbeiterInnen von Erziehungsberatungsstellen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen auch heute und hierzulande sagen.

Was das diagnostische und therapeutische Vorgehen anbelangt, so erfahren wir, dass es neben direkt kindbezogenen 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 wurden mit der Familie - mal mit der ganzen, mal mit einzelnen Familienmitgliedern - in deren Zuhause Gespräche geführt, man interviewte Nachbarn vor Ort und suchte die Schule auf, um mit den Lehrern 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 Gesagte 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 v. a. von zwei aus den USA stammenden Ansätzen propagiert: der Multisystemischen Familientherapie (MFT; vgl. Henggeler, Schoenwald, Rowland & Cunningham, 2012) einerseits und der Multidimensionalen Familientherapie (MFDT; vgl. Spohr, Gantner, Bobbink & Liddle, 2011) andererseits.

3.6 Besonderheiten der „Philadelphia“: Gegenwarts- und Wachstumsorientierung

„Aufsuchend“ und „mehrdimensional“ waren Merkmale der „Philadelphia“, die sie mit einigen anderen *Child Guidance Clinics* der frühen Jahre teilte (vgl. Horn, 1989). Besonderheiten der frühen „Philadelphia“ sind 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“ hervor gehoben: „Again and again Allen draws the therapist’s attention to the present reality of the child’s life and to the present reality of the therapeutic relationship.“ Beide Punkte hängen sachlich zusammen, können aber zu analytischen Zwecken unterschieden werden; wir betrachten hier zunächst einmal den Punkt „present reality of the child’s life“.

In der „Philadelphia“ wurde keine gemeinsamen Familiengespräche, wie sie für eine *Conjoint Family Therapy* typisch sind, durchgeführt; vielmehr wurde mit kindlichen (Index-)PatientInnen und deren 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, der 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)

Wie „systemisch“ damals an der „Philadelphia“ schon gedacht wurde, indem man bei den theoretischen Überlegungen das Problem des Kindes mit dem Verhalten seiner Eltern verknüpfte und im praktischen Vorgehen daher sowohl Kind als auch Eltern zum Ziel therapeutischer Bemühungen machte, mögen zwei Zitate illustrieren. Da ist zum einen ein Auszug aus Allens Positionspapier „Evolution of our treatment philosophy in child guidance“ von 1930:

One of the unhealthy features of the focusing on changing the behavior of the child by direct but superficial means is that it has provided the adults with another excuse for avoiding the necessity of facing these problems of their own which bear a causal relationship to the behavior of the child. ... A fairly direct and sympathetic working out with the adults of their own attitudes and relationships - not only

with the child, but with other adults, particularly those in their marital and family situation - seems the objective toward which we are working in the field of child guidance. (Allen, 1930, S. 8)

Das Ziel solcher Arbeit hat Almena Dawley, *Chief Social Worker* während Allens ganzer Zeit an der „Philadelphia“, so formuliert: „A first principle in working with children and their parents in a child guidance clinic is that no matter how critical the problem in the child may be, no matter how distorted the relationship with the family, the potential revitalization for both the child and his parents lies within these family relationships.“ (referiert von Hankins, 1969; zitiert nach Aponte, 1979, S. 4).

(Re-)Vitalisierung als Therapieziel - das klingt nach humanistisch-experienzieller 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 humanistisch-experienziellen Psychotherapie vorverlegen. Als die gilt nach üblicher Auffassung der Dezembertag des Jahres 1940, an dem Carl Rogers an der Universität von Minnesota vor der *Psi Chi* sein Papier „*Newer concepts in psychotherapy*“ präsentierte.

Zuvor aber, 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 kurz 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 „a unique growth experience“ und sprach den Satz aus, der programmatisch für die sich am Horizont der Geschichte abzeichnende Humanistische Psychotherapie werden sollte: „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, im Rahmen einer Konzeption von psychosozialer Arbeit, die „the present reality of the therapeutic relationship“ betont.

3.7 Der Funktionale Ansatz des 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. Dazu anregt wurde er durch den Hinweis von AbsolventInnen der *Pennsylvania School of Social and Health 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 Rogers 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 bezeichnen den an der „Penn“ ab Mitte der 1920er entwickelten Ansatz des *Social Case Work*, in dem erstmals der Versuch unternommen wurde, eine 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 Funktionale Ansatz wurde an der „Penn“ von Virginia Robinson und Jessie Taft ab der Mitte der 1920er entwickelt (vgl. 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 ihm zugewandt hatten. Das dürften 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 den „Philadelphia children’s agencies and child guidance clinics“ (Lubove, 1965, S. 115).

Heutzutage ist der Rankianische 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). Nach seinem Tod wurde ihm zu Ehren 1961 eine *Memorial Conference* veranstaltet, dessen Papers 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, 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, in das 1944 von Taft herausgegebenen Werk „A Functional Approach to Family Casework“ den zentralen Beitrag „The specific nature of family case work“ (Gomberg, 1944) eingebracht und war Mitglied der „Funktionalen Gruppe“ des *Family Service Association of America Committee to Study Basic Concepts* in Casework Practice, dessen Arbeitsergebnisse uns in dem Buch „A Comparision of Diagnostic and Functional Casework Concepts“ (Kasius, 1951 / 1950) überliefert sind.

Der Funktionale Ansatz lässt sich abgrenzend zum Diagnostischen so skizzieren:

- Er lehnt Diagnostik als einen der „eigentlichen“ Behandlung voraus gehenden gesonderten Akt ab,
- konzipiert seine zentrale Handlungsform als „Beziehungstherapie“,
- ist Ressourcen- (oder Kompetenzen-)orientiert und
- reflektiert in systematischer Weise über die Kontextbedingungen seiner Arbeit als *(Social) Case Work* (Stichwort: „funktional“), womit er Unterscheidungskriterien zwischen Sozialer Arbeit und Psychotherapie heraus arbeitet und markiert.

In den ersten drei Punkten zeigt sich Ranks Einfluss, hinter dem vierten stehen genuin sozialarbeiterische Überlegungen.

3.8 Otto Rank

Dem Freud-Biographen E. James Lieberman (2014; vgl. Heekerens, 2014b) hat eine Zeitzeugin berichtet, 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; v. a. 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.

Ein sachkundiger externer Beobachter, zeitlich und räumlich nahe genug dabei, ist der junge Nathaniel Raskin, später einmal Präsident der *American Academy of Psychotherapists*, hat in seinen Artikel „The development of nondirective therapy“, 1948 veröffentlicht im *Journal of Consulting Psychology*, zu Rank und Allen Folgendes gesagt:

In Allen's work at the Philadelphia Child Guidance Clinic we see continued the Rankian emphases on the dynamics of the therapeutic situation, the importance of the relationship between client and therapist, the capacity of the client to effect his own changes, the need for the therapist to be aware of the use which the client is making of him, the notion that during the therapy the client casts off his „neurotic selves“ on the therapist, leaving him an individuated, unified person at the conclusion of successful therapy, and the importance of the ending phase of the therapy. (zitiert nach der online verfügbaren Darstellung)

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 Verfemten 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 umstrittener 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

kennen gelernt, wohingegen Jones, der nur den Rank der Wiener Zeit kannte, ihm nie persönlich begegnet ist.

Während Jones in seinem Nachruf 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 psychosozialen Ansätzen - seit rund zwei Jahrzehnten auch in der „postinterpretativen“ Psychoanalyse (Buchholz, 2003) - eine zentrale Rolle spielt, wurde in diesem Buch erstmals ausformuliert. Damit sind die beiden frühen Freud - Mitarbeiter rehabilitiert, von denen Erich Fromm schon früh gesagt hatte: „die beiden einzigen produktiven und einfallsreichen Jünger aus der ursprünglichen Gruppe, die nach Adlers und Jungs Abfall geblieben waren“ (Fromm, 1984, S. 116).

Einen Eindruck davon, was das von Freud verschiedene Neue in Ranks Denken ist, mag eine Passage aus „Die Analyse des Analytikers“ (Rank, 1931, S. 17-18) vermitteln:

Im Gegensatz zu dieser ideologischen Therapie [Freuds] hat mich die therapeutische Ausnutzung der analytischen Situation selbst zu einer dynamischen Therapie geführt, die in jedem einzelnen Falle, ja in jeder einzelnen Stunde desselben Falles eine andere ist, weil sie jeweils ad hoc aus dem in der Situation selbst gegebenen Kräftespiel abgeleitet und sofort angewendet wird. Meine Technik besteht im wesentlichen darin, keine „Technik“ zu haben, dafür aber so viel als möglich Erfahrung und Verständnis, das sich konstant in Können umsetzt, aber niemals zu technischen Regeln, die ideologisch anwendbar wären, kristallisiert. Eine Technik kann es nur in einer ideologischen Therapie geben und dort ist die Technik eben identisch mit der Theorie, da ja auch die Hauptaufgabe des Analytikers im (ideologischen) Erklären (interpretieren) und nicht im Bewirken und Gestalten von Erleben besteht. Dies aber ist die wesentliche Rolle, die dem Therapeuten bei der dynamischen Methode zufällt. Dabei verwischt sich auch die scharfe Grenze zwischen Patient und Therapeut bis zu dem Grade, dass der letztere zum Hilfs-Ich herabsinkt und nicht mehr als Hauptakteur die Szene beherrscht. Der Patient ist ja nicht nur krank und der Therapeut ist nicht nur das vorbildliche Gesundheitsideal, sondern der Kranke war und ist auch noch in der Analyse sein eigener Therapeut, ebenso wie der Analytiker zum schädlichen Hindernis werden kann. Wenn dieser Fall eintritt, und zwar nicht nur als gelegentlicher Widerstand, sondern sich als Situation zu etablieren droht, muß der Therapeut die überlegene Einsicht besitzen,

den Patienten freizulassen, auch wenn er noch nicht im Sinne der analytischen Ideologie angepasst ist, die sich als Vertreter der Realität aufspielt. Denn nicht um die Anpassung an irgend eine Realität handelt es sich zunächst, sondern um die Anpassung des Patienten an sich selbst, d.h. aber um die Akzeptierung seiner Individualität oder desjenigen Teiles seiner Persönlichkeit, den er früher verleugnet hatte. (zitiert nach der vom Gießener Psychosozial-Verlag 2006 herausgebrachten Neuauflage von „Technik der Psychoanalyse“ S. 404-405)

Anmerkung

Dieser Aufsatz beruht auf Ausführungen zweier Artikel, die im Jahre 2015 in einer Zeitschrift für Soziale Arbeit bzw. einer für Familientherapie veröffentlicht worden sind:

Heekerens, H.-P. (2015). Soziale Arbeit und Familientherapie – eine lange Gemeinsamkeit. *Neue Praxis*, 45, 545 – 551.

Heekerens, H.-P. (2015). 90 Jahre Familientherapie – Spurensuche auf entlegenem Gelände. *Systhema*, 29(2), 161 – 170.

Literatur

American Orthopsychiatric Association (1940). Proceedings of the seventeenth annual meeting: Areas of agreement in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 10, 698-709.

Allen, F. H. (1930). Evolution of our treatment philosophy in child guidance. *Mental Hygiene*, 14, 1-11.

Allen, F. H. (1932). Philadelphia Child Guidance Clinic. *American Journal of Psychiatry*, 88, 1006-1008.

Allen, F.H. (1940). Otto Rank: An appreciation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 10, 186 - 187.

Allen, F. H. (1942). *Psychotherapy with Children*. New York: Norton.

Aponte, H. J. (1979). Introduction. In F. H. Allen, *Psychotherapy with Children* (2nd ed., pp. 1-6). Lincoln: University of Nebraska Press.

Bondy, C. (1963). Vorwort. In R. Bang, *Psychologische und methodische Grundlagen der Einzelfallhilfe (Casework)* (S. 9). Wiesbaden: Verlag für Jugendpflege- und Gruppenschrifftum (1. Aufl. 1958).

Buchholz, M. B. (2003). Relationen und Konvergenzen. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 87 – 96.

Ferenczi, S. & Rank, O. (1924). Entwicklungsziele der Psychoanalyse: Zur Wechselbeziehung zwischen Theorie und Praxis. Leipzig – Wien – Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Fromm, E. (1984). Das Christusdogma und andere Essays. München: dtv.

Gomberg, M. R. (1944). The specific nature of family case work. In J. Taft, J. (ed.), A Functional Approach to Family Casework (pp. 111-147). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

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, 294-302.

Heekerens, H.-P. (1989). Familientherapie und Erziehungsberatung. Heidelberg: Asanger (2. Aufl. 1991).

Heekerens, H.-P. (2014a). Rezension vom 08.08.2014 zu Müller, B. (2012). Professionell helfen. Ibbenbüren: Münstermann. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/17368.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014b). Rezension vom 10.09.2014 zu Lieberman, E. J. (2014). Otto Rank. Leben und Werk (2., unveränderte Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16563.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (2012). Multisystemische Therapie bei dissozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Berlin - Heidelberg: Springer.

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, 112-113.

Jones, E. (1984). Sigmund Freud: Leben und Werk Bd. III. München: dtv (englischsprachiges Original 1957).

Kasius, C. (1951). A Comparision of Diagnostic and Functional Casework Concepts. New York: Family Service Association of America (1. Aufl. 1950).

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), 54 – 110.

Lieberman, E. J. (2014). Otto Rank. Leben und Werk (2. Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag (Socialnet-Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/16563.php> [letzter Zugriff am 18.06.2016]).

Lubove, (1965). The Professional Altruist: The Emergence of Social Work as a Career, 1880-1930. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin, S. (1985). My many voices. In J. K. Zeig (ed.), The Evolution of Psychotherapie (pp. 5 - 14). New York: Brunner / Mazel.

Müller, B. (2012). Professionell helfen: Was das ist und wie man das lernt. Die Aktualität einer vergessenen Tradition Sozialer Arbeit. Ibbenbüren: Münstermann (Socialnet Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/17368.php> [letzter Zugriff am 18.06.2016]).

Müller, M. & Bräutigam, B. (Hrsg.) (2011). Hilfe, sie kommen. Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext. Heidelberg: Carl-Auer.

Rasheed J. M., Rasheed M. N. & Marley, J. A. (2010). Family Therapy: Models and Techniques. New York: Sage.

Rank, O. (1931). Technik der Psychoanalyse III: Die Analyse des Analytikers und seiner Rolle in der Gesamtsituation. Leipzig – Wien: Deuticke. Online verfügbar unter https://archive.org/details/Rank_1931_Technik_3_k [letzter Zugriff am 16.6.2016].

Rank, O. (2006). Technik der Psychoanalyse Bd. I – III (Neuausgabe). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Raskin, N.J. (1948). The development of nondirective therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 12, 92-110. Online verfügbar unter <http://www.allanturner.co.uk/papers.asp?function=paper&id=12> [letzter Zugriff am 18.6.2016].

Richmond, M.E. (1908). The family and the social worker. In National Conference on Social Welfare (Ed.), Official proceedings of the annual meeting: 1908 (pp. 76 - 81). Online verfügbar unter <http://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/ACH8650.1908.001?view=toc> [letzter Zugriff am 18.6.2016].

Rogers, C.R. (1975). Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg.), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (S. 17 – 24). München: Kindler.

Robinson, J. F. (1964). In memoriam. FREDERICK H. ALLEN, M.D.—1890–1964. *American Journal of Orthopsychiatry*, 34, 965-967.

Robinson, V. P. (2008). The influence of Otto Rank in social work: a journey into the past. In R.A. Cnaan, M.E. Dichter & J. Draine (eds). *A Century of Social Work and Social Welfare at Penn* (pp. 82-101). Philadelphia: University of Pennsylvania Press (Reprint des gleichnamigen Artikels aus Otto Rank Association Journal, 1968, 3, 5-41)

Schlippe, A. V. & Schweizer, J. (2012). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Spohr, B., Gantner, A., Bobbink, J. A. & Liddle, H. A. (2011). Multidimensionale Familietherapie. Jugendliche bei Drogenmissbrauch und Verhaltensproblemen wirksam behandeln. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

3 Soziale Arbeit und Familientherapie - eine lange gemeinsame Geschichte

Stierlin, H. & Simon, F.B. (1986). Familientherapie. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller & E. Strömgren (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart* (3. Aufl., S. 249-275). Berlin: Springer.

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.

4 Die Aufsuchende Familientherapie - oder: Wenn Sozialarbeit und Psychotherapie sich zusammentreten

Zusammenfassung

Es wird beschrieben, was unter aufsuchenden familienbezogenen Vorgehensweisen im Allgemeinen und Aufsuchender Familientherapie (AFT) im Besonderen zu verstehen ist. Die aufsuchenden familienbezogenen Vorgehensweisen werden in der Tradition der Sozialen Arbeit verortet, im Kontext der deutschen Familientherapie betrachtet und in ihrer Bedeutung für die Erziehungsberatungsstellen beleuchtet. Bei systematischer Implementierung aufsuchender familienbezogener Vorgehensweisen in Erziehungsberatungsstellen könnten familientherapeutische und gemeindepsychologische Expertise vereint vor allem mehrfach belasteten Familien zugute kommen. Als Beispiel für ein effektives und effizientes Modell aufsuchender familienbezogener Vorgehensweisen wird die Multisystemische Therapie in Ausschnitten dargestellt.

Schlüsselbegriffe

Aufsuchende Familientherapie, Erziehungsberatungsstelle, Familientherapie, Gemeindepsychologie, Sozialpädagogische Familienhilfe, Multisystemische Therapie, Systemische Therapie

4.1 Einleitung

Im Frühjahr 2011 erschien im Heidelberger Carl-Auer Verlag, herausgegeben von einer Hochschullehrerin und einem Hochschullehrer des Fachbereichs Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung an der Hochschule Neubrandenburg, ein Sammelwerk mit 30 Beiträgen unter dem Titel „Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext“ (Müller & Bräutigam, 2011). Im selben Verlag war im Jahre 2008 in bereits 4. Auflage ein anderes Sammelwerk, das Buch „Wo keine Hoffnung mehr ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie“, herausgegeben von Marie-Luise Conen, erschienen. Der Carl-Auer Verlag versteht sich nach eigenem Bekunden in seinen Verlagsprospekten als „Der Fachverlag für systemische Therapie, Beratung und systemisches Management“; er ist faktisch *der* Verlag der (Systemischen) Familientherapie im deutschsprachigen Raum. Die beiden genannten Publikationen aus diesem Haus sind der sichtbarste Ausdruck davon und Hinweis dafür, dass die aufsuchende Arbeit mit Familien in der deutsch(sprachig)en (Systemischen) Familientherapie angekommen ist.

Spätestens „Hilfe, sie kommen!“ kündet, darin stimme ich Jochen Schweizer (2011), einem der besten Kenner der Entwicklung der deutsch(sprachig)en (Systemischen) Familientherapie, zu, von einem Revival: „Mir scheint, dass man das nach der Jahrtausendwende neu erstarkte Interesse an aufsuchenden Arbeitsformen als zeitgemäßes Revival eines größeren ‚ökosystemischen‘ Ansatzes ansehen kann. Diesen ‚gab es schon einmal‘, von den 1960er- bis in die frühen 1980er-Jahre, an der Schnittstelle von Gemeinwesenarbeit und frühen familien- und sozialtherapeutischen Ansätzen“ (Schweizer, 2011, S. 11).

Noch vor zwei Jahrzehnten war ein solches Revival schwer vorstellbar. Die deutsche familientherapeutische Bewegung war (und ist in überwiegendem Maße noch heute) bei aller gegenüber anderen psychotherapeutischen Grundorientierungen reklamierten „Modernität“ doch darin konservativ, dass sie in Settingfragen recht traditionell war (und wohl mehrheitlich noch ist). So hatte etwa Arist von Schlippe, damals wie heute einer der hiesigen Opinionleader der familientherapeutischen Szene, in einer 1983 erschienenen Arbeit zum Thema „Familientherapie mit Unterschichtsfamilien“ deklariert: „Der Hausbesuch ist eine Ausnahmesituation und sollte als solche vereinbart werden. Der Therapeut ist in der Gastrolle, die Familie ist der Gastgeber. Daher sind regelrechte therapeutische Sitzungen kaum durchzuführen und sollen m. E. auch

nicht in diesem Setting konzipiert werden“ (Schlippe, 1983, S. 383). Die Settingfrage „Geh-Struktur oder Komm-Struktur“ ist in ihrer praktischen Bedeutung bedeutender als jede andere Settingfrage; Komm-Struktur ist faktisch verknüpft mit einer Verengung des Aktionsradius und sozialer Selektion.

4.2 Zur Geschichte der Familientherapie im aufsuchenden Setting

Familientherapie im aufsuchenden Setting hat eine kurze Geschichte, und eine lange Tradition (vgl. Heekerens & Ohling, 2007). Die Traditionslinie findet sich in der Geschichte der Sozialen Arbeit und reicht zurück bis zu dem Anfang des 19. Jahrhunderts im Vereinigten Königreich entwickelten System ehrenamtlicher Hausbesucherinnen, das sich Mitte des 19. Jahrhunderts in Deutschland erstmals in Gestalt des „Elberfelder Systems“ und ab dem letzten Viertel des 19. Jahrhunderts in der US-amerikanischen *Charity Organization Society* mit ihren *Friendly Visitors* (vgl. Walter, 2011) wieder findet. Am Ende dieser vorprofessionellen Entwicklungslinie stand Mary Richmond, die Begründerin des *Social Case Work* (der Sozialen Einzelfallhilfe), die 1917 erstmals vom *Family Case Worker* sprach und die Bedeutung des gemeinsamen Familiengesprächs in der Wohnung der Familie betonte.

Zu der Zeit hatte sich in Europa bereits die Psychotherapie in ihrer psychodynamischen Grundorientierung entwickelt, und seit dem Ende des 1. Weltkrieges gab es (nicht nur) in Deutschland ein Neben-, Mit- und Gegeneinander von Sozialer Arbeit und Psychotherapie, das bis heute andauert. Eine gründliche Aufarbeitung dieser Geschichte steht noch aus. Fakt ist: Obschon die Familientherapie die Soziale Arbeit mit Familien als eine ihrer Wurzeln nicht verkennt (vgl. Stierlin & Simon, 1986), war Familientherapie im *aufsuchenden Setting* selbst in den USA bis Anfang der 1980er kein Thema - zumindest kein großes.

Die Wende brachte dort ein 1980 erlassenes Bundesgesetz. Dieses Gesetz verpflichtet die Behörden, „vernünftige Anstrengungen“ zu unternehmen, um Fremdplatzierung (von Pflegelernschaft bis Justizvollzugsanstalt bzw. stationäre Psychiatrie) zu vermeiden. Das beförderte die Entwicklung und Verbreitung zahlreicher Familien-*Erhaltungs-Programme*, von denen es drei Grundtypen gibt:

- das *Crisis Intervention-*,

- das *Home-based*- und das
- *Family Treatment*-Modell.

Die beiden ersten arbeiten im aufsuchenden Modus. Zum zweiten Grundtyp gehören einzelne Ansätze und Modelle, die unter dem Überbegriff *Home-based Family Therapy* zusammengefasst werden. Ideen und Interventionsformen der *Home-based Family Therapy*, der Familientherapie im aufsuchenden Setting, wurden hierzulande durch einige wenige PionierInnen - Conen aus Berlin ist besonders hervor zuheben - ab Anfang der 1990er aufgegriffen. Das geschah hauptsächlich deshalb, weil hierzulande zunehmend mehr Jugendämter Bedarf anmeldeten für eine psychosoziale Interventionsform, die eine teure stationäre Unterbringung effektiv - die Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) konnte / kann dies offensichtlich nicht (s.u.) - verhindert. Es waren letztendlich ökonomische Beweggründe, die der Einführung der Familientherapie im aufsuchenden Setting hierzulande den Weg geebnet haben.

4.3 Der deutschen Familientherapie mangelte es lange am „Sozialen“

„Sucht man nach den Wurzeln der Familientherapie, so findet man sie vor allem in zwei Praxisfeldern: in der Sozialarbeit und in der psychodynamisch orientierten Schizophrenietherapie.“ (Stierlin & Simon, 1986, S. 250) Allerdings ist es im Bereich der Sozialen Arbeit - mit Ausnahme eines frühen Ansatzes an der *Philadelphia Child Guidance Clinic* - nicht zu einer spezifischen Theorieentwicklung für die Arbeit mit Familien gekommen. Deshalb begrüßte die Soziale Arbeit diesseits wie jenseits des Atlantiks die ganz überwiegend nicht von Sozialen ArbeiterInnen entwickelten familientherapeutischen Konzepte und Modelle mit großer Begeisterung begrüßte. Der Mangel einer spezifischen Theorieentwicklung haftet auch der Arbeit von Horst Eberhard Richter (1963, 1970) an. Richter war ein bedeutsamer Wegbereiter für die Familientherapie in Deutschland (vgl. Heekerens, 1989; Reiter, 1988). Das zeigte sich nicht nur in seiner Publikationsaktivität; er organisierte in den 1970ern auch die ersten Kongresse für familientherapeutisch Interessierte, gründete 1971 eine Vorläuferorganisation der „Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie“, regte die Gründung der „Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie“ an und sorgte dafür, dass

1976 der erste deutschsprachige Sammelband zur Familientherapie (Richter, Strotzka & Willi, 1976) erschien.

Richters Name steht für einen frühen Ansatz familienbezogener Vorgehensweisen mit gemeindepsychologischen Beiklängen. „Die Bedeutung von Prävention und Arbeit im außerklinischen Bereich war Richters wichtigstes Anliegen, da er den etablierten Institutionen wenig Wandelungsfähigkeit zutraute. In den neuen Berufsgruppen der Sozialarbeiter und -pädagogen sah er die potentielle Anhängerschaft für sein psychosoziales Konzept.“ (Reiter, 1988, S. 27) Richter hat sich mit seiner Gesamtkonzeption in der Entwicklung der Familientherapie in Deutschland nicht durchsetzen können. Ab Mitte der 1970er wandte sich das Interesse derer, die als Soziale ArbeiterInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen zu arbeiten hatten, ganz überwiegend „echten“ familientherapeutischen Ansätzen zu. Helm Stierlin kam 1974 nach Heidelberg, 1976 betrat erstmals eine genuin familientherapeutische Zeitschrift in deutscher Sprache, die „Familiendynamik“, die Bühne und mit dem Erscheinen von „Das erste Familiengespräch“ (Stierlin, Rücker-Emden, Wetzel & Wirsching, 1977) machte die Heidelberger Schule mit einem ersten deutschsprachigen Ansatz auf sich aufmerksam. Zuvor nur einem kleinen Kreis meist ortsansässiger Interessierter bekannt, verbreitete sich ihr Ruf im gesamten deutschsprachigen Raum und darüber hinaus (etwa nach Mailand). Zur gleichen Zeit übertrug gleich nebenan in Weinheim Maria Bosch (1978) den humanistisch-experienziellen Ansatz Virginia Satirs nach Deutschland. Der familientherapeutische Ansatz jener Zeit aber, der wie kein zweiter geeignet gewesen wäre, familientherapeutisches und gemeindepsychologisches Denken und Handeln mit einander zu verknüpfen, der strukturelle Ansatz Salvador Minuchins in der Arbeit mit mehrfach belasteten Familien („Multiproblem-Familien“ klingt zu diskriminierend), fand aus verschiedenen Gründen damals in der Bundesrepublik wenig Anklang. Damals! Als nämlich im Jahre 1998 mit „Working with Families of the Poor“ das zweite Buch der Minuchin-Gruppe zur Arbeit mit mehrfach belasteten Familien erschien, lag es schon zwei Jahre später in deutscher Übersetzung vor (Minuchin, Colapinta, & Minuchin, 2000). Das erste Buch aber, „Families of the Slums“ (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman & Schumer, F, 1967), wurde damals nicht übersetzt - und ist es bis heute nicht. Die junge familientherapeutische Bewegung in Deutschland lernte die Minuchin-Gruppe ganz anders kennen: als SpezialistInnen für psychosomatische Erkrankungen (Minuchin, 1977; Minuchin, Rosman & Baker, 1981).

Insgesamt ist zu sagen: Die junge deutsche Familientherapie folgte ganz überwiegend einer „klinischen“, nicht einer „sozialen“ Grundorientierung; dies war prägend für die Folgejahre - auch an den Erziehungsberatungsstellen (vgl. Heekerens, 1989; Rudeck, 2010). Die Sozialen ArbeiterInnen, die ehedem nach Gießen gepilgert waren, fanden sich nun (mit zunehmend verblassender Erinnerung an Gießen) wieder auf Wallfahrten nach Weinheim und Heidelberg.

4.4 Familientherapie und Gemeindepsychologie

So auch wir, das Team einer kleinen Erziehungsberatungsstelle nahe Heidelberg. Wir - und anderen Erziehungsberatungsstellenteams in näherer oder weiterer Umgebung - erging es ähnlich - sahen uns damit einem Hin und Her zwischen Familientherapie und Gemeindepsychologie ausgesetzt. Die Familientherapie verstand sich damals explizit als Psychotherapie; die Gemeindepsychologie war dezidiert antipsychotherapeutisch eingestellt. Man war also in der Zwickmühle. Bildlich gesprochen: In der linken Hand schwangen wir „Gemeindepsychologie“ von Gerd Sommer und (dem nachmaligen Chefredakteur von „Psychologie heute“) Heiko Ernst (1977) und in der rechten „Das erste Familiengespräch“ der Heidelberger FamilientherapeutInnen von 1977. Nichts hat in den Jahren zwischen 1975 und 1985 - Heiner Keupp und die Erziehungsberatung - hatten sich damals noch nicht gefunden - die inhaltlich-methodische Ausrichtung der Arbeit an Erziehungsberatungsstellen mehr beeinflusst als die Familientherapie einerseits und die Gemeindepsychologie andererseits (vgl. Heekerens, 1986, 1989; Nestmann, 1984). Indes: Die beiden konnten zueinander nicht kommen, obwohl es in jenen Pioniertagen nicht an Beispielen erfolgreicher Integration familientherapeutischer und gemeindepsychologischer Versatzstücke fehlte.

Für die MitarbeiterInnen an Erziehungsberatungsstellen verlor die Gemeindepsychologie zunehmend an Attraktivität. Nicht zuletzt deshalb, weil sich die deutsche Familientherapie unter dem Einfluss systemischen, konstruktivistischen und hypotherapeutischen Gedankenguts bald Vorstellungen wie „Ressourcenorientierung“, „Empowerment“ und „Salutogenese“ einverleibte; diese waren damit nicht mehr Alleinstellungsmerkmale der Gemeindepsychologie. Ferner machte in den Kreisen der psychosozialen Szene, die die Vorwürfe gegenüber der Familientherapie wie „therapeutischer Reduktionismus“, „Familialismus“ und „Mittelschichtsorientierung“ nicht einfach über-

hören wollten, der vornehmlich von PsychologInnen getragenen Gemeindepsychologie bald eine andere, v. a. von Sozialen ArbeiterInnen aufgegriffene Idee Konkurrenz: die der Lebenswelt(orientierung). Seit Erscheinen von Hans Thierschs (1978) Artikel „Alltagshandeln und Sozialpädagogik“ ist diese Idee über Tübingen und eine kleine Eingeweihtenschar hinaus schnell bekannt und einflussreich geworden (vgl. Thiersch, 2003). Der lebensweltliche Ansatz kam ebenso wie der gemeindepsychologische mit dem Anspruch daher, gesellschaftspolitisch avantgardistisch zu sein; in der sozialarbeiterischen Linken Deutschlands hatte die Gemeindepsychologie keinen (Konkurrenz-)Vorteil mehr.

4.5 Die Aufsuchende Familientherapie (AFT) als eigenständige Hilfe zur Erziehung

Die Aufsuchende Familientherapie (AFT) in Deutschland blickt auf eine rund zwanzigjährige Entwicklungsgeschichte zurück, in deren Verlauf sie den Rang einer eigenständigen Hilfe zur Erziehung erlangt hat (vgl. Heekerens & Ohling, 2007). Mit Jahresbeginn 2007 trat in Berlin eine „Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten therapeutischen Leistungen gemäß SGB VIII“ in Kraft, die (Aufsuchende) Familientherapie in klarerer und umfänglicherer Weise im Kontext von Hilfen zur Erziehung nach § 27 SGB VIII verankert, als dies zuvor in Berlin und anderen Kommunen und Kreisen Deutschlands der Fall war. Das hatte für die hier näher interessierende AFT als einer eigenen, atypischen Form der Hilfe zur Erziehung (Wiesner, 2005, S. 23) exemplarische und zukunftsweisende Bedeutung.

In der Vorbemerkung dieser Leistungsbeschreibung heißt es, sie beziehe sich auf therapeutische Leistungen, die als Hilfe zur Erziehung von Familientherapeuten (gleich, welchen Grundberufs) erbracht werden, soweit Leistungen nach § 28 SGB VIII nicht in Frage kommen. AFT als eigenständige Hilfe zur Erziehung nach § 27 SGB VIII gab und gibt es nicht nur in Berlin (vgl. Heekerens & Ohling, 2007). Es gibt Regionen in Deutschland, wo sie ganz offensichtlich ohne Beeinflussung durch die Berliner Entwicklung entstanden ist. So wurde AFT schon in den 1990ern im Zuständigkeitsbereich des Kreisjugendamtes Reutlingen (Württemberg) implementiert und im Ortenaukreis (Baden) das Modell einer systemisch-integrativen Familien- und Paartherapie im Sozialen Dienst entwickelt. In Kommunen und Kreisen, die erst um

die Jahrtausendwende herum AFT einführten, waren VertreterInnen der AFT in unterschiedlichen Funktionen als „EntwicklungshelferInnen“ tätig; so etwa in Leipzig. Die AFT ist inzwischen so weit verbreitet, dass die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) eine Fachgruppe „Aufsuchende Familientherapie“ eingerichtet und „Qualitätskriterien für Aufsuchende Familientherapie“ verabschiedet hat.

4.6 Sozialpädagogische Familienhilfe und AFT

Warum eigentlich bedarf es denn der AFT, wo die Hilfen zur Erziehung doch nicht nur die Erziehungsberatung, sondern auch die Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) kennen (vgl. Heekerens & Ohling, 2007)? Die SPFH und die „klassische“ Erziehungsberatung haben ihre jeweiligen Stärken und Schwächen. Die zentrale Stärke der SPFH ist, dass sie im aufsuchenden Setting arbeitet, ihre wesentliche Schwäche besteht darin, dass ihr psychotherapeutisches / familientherapeutisches Potential - und dies wird nicht zureichend in Rechnung gestellt (vgl. etwa Frindt, 2011) - zu gering ist. Bei der „klassischen“ Erziehungsberatung verhält es sich mit zentraler Stärke und wesentlicher Schwäche genau umgekehrt. Eine wesentliche Verbesserung jeder der beiden Hilfen zur Erziehung bestünde deshalb darin, sich die zentrale Stärke der jeweils anderen anzueignen.

Was die praktische Realisierungsmöglichkeit in beiden Fällen anbelangt, so sehen die Chancen ungleich aus. Was die Erziehungsberatung betrifft, so mehren sich seit 2000 die Anzeichen dafür, dass die Bereitschaft und das Verständnis für zwei Dinge zunimmt: zugehende / aufsuchende Formen der Arbeit und Arbeit mit mehrfach belasteten Familien. Dafür gab es von Seiten der von der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) in den letzten Jahren immer wieder entsprechende politische Willenserklärungen (vgl. Heekerens, 2007, 2008a, 2009a; Röhrle, 2007). In beiden Punkten hatte in früheren Zeiten - aus Gründen, die oben vorgetragen wurden - der familientherapeutische Einfluss auf die Erziehungsberatungsstellen nichts Wesentliches geändert.

Was auf der anderen Seite die Erhöhung des therapeutischen Potentials bei der SPFH anbelangt, so wäre dies ein langwieriges und aufwändiges Unternehmen. Zudem bedürfte es des politischen Willens der entsprechenden Entscheidungsinstanzen, also der Jugendämter; und der, so scheint es, fehlt weitgehend. Die Etablierung von AFT

als eigenständiger Hilfe von Erziehung ist zu werten als eine Zweiteilung der vom Jugendamt ausgehenden aufsuchenden Arbeit mit Familien: die AFT mit einer hohen therapeutischen Qualifikation und die SPFH mit einer niedrigen.

Die psychotherapeutische / familientherapeutische Qualifikation der SPFH beurteilt die Jugendhilfeeffekteststudie (JES), die - nach forschungsmethodischen Kriterien - einzige ernst zu nehmende Evaluationsstudie für diese Hilfe zur Erziehung, zusammenfassend so:

Die Strukturqualität dieser Hilfe ist eher schwach, was ihr Leistungsspektrum und ihre klinische Orientierung angeht. Bei mittlerer Prozessqualität fallen Defizite in der Kooperation mit den Eltern am stärksten auf. Misst man diese familienzentrierte Hilfeform an ihren spezifischen Effekten, dann liegen die Leistungen durchaus im Mittelfeld, wählt man einen kind- und familienzentrierten Bewertungsansatz, dann bewegen sie sich eher im unteren Mittelfeld. Durch stärkere klinische Orientierung erscheint diese Hilfeform durchaus ausbaufähig auch für Hilfen zur Erziehung bei auffälligen Kindern, also unter einem stärker kurativen Aspekt. (Schmidt u.a., 2002, S. 544)

Selbst wenn der politische Wille vorhanden wäre, bei der SPFH eine deutliche Erhöhung der familientherapeutischen Kompetenz (beispielsweise durch Freistellungen für und Finanzierungsbeihilfen von Weiterbildungen) zu betreiben, wäre der Weg lang und steinig. Diese Einschätzung beruht auf der Analyse der Personalstruktur in der SPFH. Neuere Angaben dazu finden sich unter den Ergebnissen der vom Zentrum für Kinder- und Jugendforschung der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg 2003 - 2005 in Baden-Württemberg und Hessen durchgeführten Erhebung zur SPFH (Fröhlich-Gildhoff, Engel & Rönnau, 2006; Rönnau, Engel & Fröhlich-Gildhoff, 2006). Auf der Basis der Angaben von 62 SPFH-Anbietern (freien Trägern) kann man folgendes Bild skizzieren: Von den in der SPFH Tätigen sind zwar bald drei Viertel fest angestellt, allerdings acht von zehn nur in Teilzeit. Von der Ausbildung her sind über die Hälfte Soziale ArbeiterInnen, knappe 20 Prozent ErzieherInnen, Diplom-PsychologInnen und sonstige PädagogInnen, ein gutes Viertel aber hat ganz offensichtlich keinerlei „einschlägige“ Berufsausbildung. Und schließlich: Nur knapp ein Drittel der in der SPFH Tätigen hat eine abgeschlossene Zusatzausbildung. Welcher Art ist nicht angegeben. Ich schätze den Anteil der in der SPFH Tätigen, die in (Systemischer) Familientherapie ausgebildet sind auf ein Fünftel bis ein Viertel.

4.7 Aufsuchende familienbezogene Vorgehensweisen von Erziehungsberatungsstellen aus

In weitaus höherem Maße in (Systemischer) Familientherapie weitergebildet und viel häufiger in Vollzeit tätig sind MitarbeiterInnen von Erziehungsberatungsstellen. Würde die Erziehungsberatung in aufsuchenden familienbezogenen Vorgehensweisen mit solchen Familien arbeiten, die die typische Klientel der SPFH bilden, so könnte sie ihre familientherapeutische Kompetenz zu eben den Familien bringen, für die das eine wertvolle Hilfe sein dürfte, für die aber der Weg zur Erziehungsberatungsstelle schwer oder gar nicht gangbar ist (vgl. Heekerens, 2007, 2008a, 2009a). Die JES beschreibt die SPFH-Klientel so: „Sozialpädagogische Familienhilfen richten sich an Familien mit relativ jungen Kindern, die durch familiäre Defizite hoch belastet sind. Darüber hinaus weisen diese Familien eine hohe familiäre Problematik bei gleichzeitigem Fehlen einer kindlichen Problematik auf. Die Prognosen im Hinblick auf Eltern und Familie sind ebenfalls schlecht.“ (Schmidt u.a., 2002, S. 461) Was die „familiären Defizite“ betrifft, so sind sie nach Ergebnissen der JES bei der SPFH höher als in allen anderen betrachteten Hilfen zur Erziehung und doppelt so hoch wie bei der Erziehungsberatung. Was die „familiäre Problematik“ anbelangt, so ist diese nur bei der Erziehungsbeistandschaft höher als bei der SPFH und dort um die Hälfte höher als bei Erziehungsberatung.

Unter „familiäre Defizite“ fasst die JES Indikatoren des sozio-ökonomischen Status wie niedriges Qualifikations- und Beschäftigungs niveau und Arbeitslosigkeit zusammen, unter „familiäre Problematik“ Indikatoren des familiären Funktionsniveaus wie Störungen anderer Familienmitglieder, Probleme im Erziehungs- und Sozialverhalten, Beziehungsprobleme in den Familien und aktuelle psychosoziale Belastungen. Liegen sowohl „familiäre Defizite“ als auch eine „familiäre Problematik“ vor, spricht man von „mehrfa ch belasteten“ Familien. Formal betrachtet, gehört die SPFH zu den im aufsuchenden Setting durchgeführten Familien-*Unterstützungs*-Programmen. Zu *unterstützender* Arbeit ist die Erziehungsberatungsstelle mit ihrer hohen familientherapeutischen Kompetenzen insbesondere dann aufgerufen, wenn in einer Familie das Risiko von Kindesvernachlässigung und -misshandlung groß ist. Beide Themen sind in ihrer Dringlichkeit (vgl. Ziegenhain & Fegert, 2007) jedem psychosozialen Professionellen seit einigen Jahren bekannt. Besonders sie sorgen regelmäßig für öffentliche

Klagen und zunehmend auch juristische Anklagen gegen MitarbeiterInnen der Kinder- und Jugendhilfe wegen vermeintlichen oder realen Falschhandelns (vgl. Heekerens, 2014).

In einer AFT, also ein Familien-*Erhaltungs*-Programm, sollte die Erziehungsberatungsstelle ihre Kompetenz dann einbringen, wenn bei einem in Familie lebenden Kind oder jungem Jugendlichen das Risiko besteht, dass sich seine aggressiv-dissozialen Verhaltensweisen unbehandelt langfristig zu einer kriminellen Karriere auswachsen und / oder kurz- und mittelfristig zu einer stationären Unterbringung (von der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie bis zur Justizvollzugsanstalt) führen.

Thiersch hatte Mitte der 1980er in dem Sammelband „Erziehungs- und Familienberatung“ angemerkt, die Erziehungsberatungsstelle habe im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe schon immer eine privilegierte Stellung inne gehabt und sei gegenüber anderen Diensten im Rahmen der Jugendhilfe „nachgeordnet“ (Thiersch, 1985). Sie arbeite also, um sich militärischer Sprache zu bedienen, gar nicht an der Front, sondern in der Etappe (vgl. Heekerens, 1986, 1989). Was Thiersch mit „privilegiert“ meinte, hatte er schon 1978 öffentlichkeitswirksam in seinem viel beachteten und bis heute lesenswerten Artikel „Sozialarbeit und Therapie“ (Thiersch, 1978b) dargelegt. Zunächst skizziert er dort gleichsam als Stimmungsbild das Nebeneinander von Familienfürsorge in der Baracke und Erziehungsberatung in der Villa, um dann anzumerken, dass in solchem Nebeneinander der Sozialen Arbeit deutlich werde, wie sehr sie an der Armut ihrer Klientel teilhabe. Und unter der Hand wurde angedeutet: Erziehungsberatung ist für die „feine“ Klientel da, Erziehungsberatung ist eigentlich nicht Teil der Sozialen Arbeit.

Im 8. Kinder- und Jugendbericht von 1990, der klar erkennbar die Handschrift von Thiersch trägt, wird im Zusammenhang der kritischen Anmerkungen zur Praxis der Erziehungsberatungsstellen u. a. ausgeführt: „Viele Familien finden den Weg zur Beratung nicht. Die Berater ihrerseits gehen wiederum in der Regel nicht dorthin, wo diese leben“ (BMJFFG, 1990, S. 137). Und im Auge hat der 8. Bericht dabei namentlich „Unterschichtfamilien, Familien, die von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen bzw. von sozioökonomischen Problemen geprägt sind“ (BMJFFG, 1990, S. 137). Diese Kritik, auch wenn sie überzogen sein mag, hat doch einen wahren Kern (vgl. Heekerens, 2007, 2008a, 2009a). In der Fachliteratur zur Erziehungsberatung war sowohl zugehende / aufsuchende Arbeit als auch solche mit mehrfach belasteten Familien weitgehend

ein randständiges Thema und in der Praxis bis vor kurzem die Ausnahme. Um das Thema „beraterische / therapeutische Arbeit in *Zwangskontexten*“ - bei Gefahr von Kindesmisshandlung und drohender stationärer Unterbringung ist das oft der Fall - machte man in aller Regel theoretisch wie praktisch einen weiten Bogen. Nähmen die Erziehungsberatungsstellen die AFT und / oder sonstige aufsuchende familienbezogene Vorgehensweisen in ihr Handlungsrepertoire auf, könnten sie der nach wie vor bestehenden Kritik, sie würden sich nicht oder nur unzureichend in das System der Hilfen zur Erziehung einfügen, zu therapeutisch und zu wenig sozial sein sowie mehrfach belastete Familien systematisch benachteiligen, einigen Wind aus den Segeln nehmen.

Die AFT und/oder sonstige aufsuchende familienbezogene Vorgehensweisen wären eine Ergänzung anderer zugehender Angebote der Erziehungsberatung. Von diesen anderen Angeboten sei an dieser Stelle nur auf drei in der Literatur ausführlicher dokumentierte hingewiesen: auf die stadtteilorientierte Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Südviertel in Münster (Hartwig, Kohlmann & Mockewitz, 2006, Köster-Goorkotte, 2004, 2007), auf das Projekt „Zugehende Beratung in Kindertageseinrichtungen“ im Bistum Trier (Kirst 2006; Kirst, Lorenz & Schneider, 2006; Krist, 2006) sowie das Projekt „Zugehende Beratung in einem städtischen sozialen Brennpunkt“ in Koblenz (Esser, 2006).

Aber hat denn die Erziehungsberatungsstelle die entsprechende Expertise für die AFT und / oder sonstige familienbezogene Vorgehensweisen? Zumindest hat sie dafür bessere personelle Voraussetzungen als jede andere Hilfe zur Erziehung. Die Erziehungsberatungsstellen hatten schon immer die höchste psychotherapeutische Kompetenz in der gesamten deutschen Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Gstach & Datler, 2010; Heekerens, 2009b). Nach den PsychagogInnen bzw. Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen kamen ab den 1970ern Klinische PsychologInnen dazu, die damals - das Psychotherapeutengesetz ließ für manche ein viertel Jahrhundert auf sich warten - an Erziehungsberatungsstellen eine optimale Wirkungsstätte (ohne „ärztliches Regime“) fanden. Die in Deutschland ab Mitte der 1970er sich ausbreitende familientherapeutische Idee fand an Erziehungsberatungsstellen auch deshalb einen guten Nährboden. Heute ist die familien- / psychotherapeutische Kompetenz in Erziehungsberatungsstellen hoch (vgl. hier und zum Nachfolgenden Heekerens, 2007, 2008a, 2009a) und soll nach der diesbezüglichen gemeinsamen Stellungnahme der bke und der Bunde-

spsychotherapeutenkammer vom Juli 2008 gestärkt und auch künftig sichergestellt werden.

Die hohe familien- / psychotherapeutische Kompetenz in Erziehungsberatungsstellen betrifft v. a. die in (Systemischer) Familientherapie; nach Auskunft der bke sind im Jahre 2005 bald sechs von zehn FachmitarbeiterInnen an Erziehungsberatungsstellen familientherapeutisch weiter gebildet. Aber auch an Maßstäben, die sich aus dem Psychotherapeutengesetz ergeben, ist die therapeutische Kompetenz hoch. Wenn man Ergebnisse aus Baden-Württemberg aus der ersten Hälfte des letzten Jahrzehnts auf ganz Deutschland hochrechnen darf, ist jede vierte Fachkraft an Erziehungs- und Familienberatungsstellen eine approbierte Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn.

AFT als eigenständige Hilfe zur Erziehung ist in mehreren deutschen Städten und Kreisen eine - auch in Co-Therapie (z.B. in Berlin) - zu erbringende abrechnungsfähige Leistung, die ihre Frau / ihren Mann ernähren kann. AFT wird daher auch von Freilancern erbracht, ebenso von einzelnen MitarbeiterInnen von Erziehungsberatungsstellen als Nebentätigkeit und / oder im Rahmen der Haupttätigkeit zur Sicherung der Finanzierung der Stelle. Gegenüber der Arbeit solcher EinzelkämpferInnen ist die vom Team einer Erziehungsberatungsstelle getragene überlegen. Wenn die AFT sich wirklich auf die Lebenswelt der Klienten(familie) einlässt, dann wird sie zum einen eine mehrdimensionale Betrachtungsweise einnehmen müssen; dafür ist das multiprofessionelle und zu interdisziplinärer Kooperation fähige Team einer Erziehungsberatungsstelle bestens geeignet. Ferner: AFT ist in der Regel bei solchen Problemlagen angezeigt, bei denen neben der Arbeit mit den betreffenden Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien auch solche im sozialen Umfeld angezeigt ist. Hier kann die Erziehungsberatungsstelle ihre über Jahre und Jahrzehnte erlangte „Geländekenntnis“ in ihrem Einzugsgebiet (Sozialraum) und ihre langjährige Netzwerkarbeit dort als Stärken ausspielen.

4.8 Die Multisystemische Therapie: ein evidenzbasiertes AFT-Modell

Die Multisystemische Therapie (MST) ist sowohl unter den familienbezogene Vorgehensweisen im aufsuchendem Setting als auch unter den systemischen / familientherapeutischen Ansätzen im allgemeinen das am breitesten evaluierte und hinsichtlich seiner Effektivität und Effizienz am besten dokumentierte Modell (Heekerens, 2006a,

2008b, 2011; Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer, 2007). Wie die Multidimensionale Familientherapie (MDFT), deren Implementierung in die Kinder- und Jugendhilfe einiger westeuropäischer Staaten bereits erfolgt oder im fortgeschrittenen Planungsstadium ist (vgl. Gantner, 2011; Rigter & Mos, 2011), verpflichtet sie sich einer konsequent aufsuchenden Arbeitsweise. Die Klientel der MST sind mehrfach belastete Familien mit Kindern / Jugendlichen zwischen 11 und 17, die wegen aggressiv-dissozialem Verhalten auffällig sind, schon mit dem Gesetz (meist wegen Drogenkonsum und / oder Gewalttätigkeit) in Konflikt geraten sind, Fremdunterbringung schon hinter bzw. eine (erneute) drohende vor sich haben und als „unmotiviert“ oder „therapieresistent“ gelten. Das ist eben die Klientel, deren Leiden von hoher Persistenz ist, von allen psychischen und Verhaltensstörungen die höchsten gesellschaftlichen Kosten verursacht, deren in Kindheit und Jugend erfahrene materielle, psychische und soziale Armut zu verewigen droht (vgl. Heekerens, 2010) und der in Deutschland weder von der Kinder- und Jugendlichenhilfe noch von der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und auch nicht von der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wirklich wirksam geholfen wird (vgl. Baving, 2006; Beelmann & Raabe, 2007; Heekerens, 2009c; Mattejat, 2005; Remschmidt & Walter, 2009).

Gerade der Umgang der Kinder- und Jugendhilfe mit dieser Klientel führt immer wieder zu Kritik; auch öffentlicher Kritik von prominenter Seite. So klagte etwa vor nicht allzu langer Zeit Theresia Höynck, damals Vorsitzende der Deutschen Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen in einem ZEIT-Leserbrief vom 27. Januar 2011, der sich auf den (Mord-)Fall Elias aus Hamburg (vgl. Rückert, 2011) bezog: „Zu den Grundübeln in diesem Zusammenhang gehört die Abschiebelogik, die in Schule und Jugendhilfe vorherrscht ...“ (S. 85). Und mit Blick auf diesen Fall von Jugendlichendelinquenz sowie einen zweiten, bei dem eine ZEIT-Mitarbeiterin brutal überfallen wurde (Leinemann, 2011), schrieb kurz zuvor der Chefredakteur der ZEIT unter der Überschrift *Falsche Milde*: „Was beide Fälle verbindet, ist neben ihrer Brutalität die Ohnmacht oder Sorglosigkeit (oder beides zusammen), mit der die zuständige Armada von Psychologen, Sozialarbeitern und Vertretern aus Jugend- und Justizbehörden den Weg der Jungen in die Schwerkriminalität begleitete.“ (Lorenzo, 2011)

Das Interesse an der schwierigen Frage der Jugendlichendelinquenz (vgl. ausf. Dollinger & Schmidt-Semisch, 2010) war denn auch in weit höherem Maße als dasjenige an einer aufsuchenden psychosozialen Intervention Grund und Anlass dafür, dass vor

rund einem Jahrzehnt deutschsprachige Gesamtdarstellungen der MST erschienen (Heekkerens, 2006b, 2006c, Henggeler, Sheidow & Lee, 2006; Swenson & Henggeler, 2005). Da jede dieser Gesamtdarstellungen gut zugänglich ist, kann man sich hier kurz fassen. Dargestellt seien nur die beiden Komponenten des Modells, die demonstrieren, wie wenig die MST zu tun hat mit einer Vorgehensweise, die im theoretischen Ansatz wie im therapeutischen Vorgehen im Wesentlichen Individuum-zentriert ist, in den Räumen einer Praxis oder einer entsprechenden Einrichtung erfolgt und den zu „üblichen“ Behandlungs- oder Öffnungszeiten vorgenommen wird. Zugleich wird dabei aber auch sichtbar, dass die MST markante Unterschiede aufweist zu den in Deutschland vorherrschenden Spielarten von Familientherapie. Schließlich zeigen sich auch die Unterschiede zur hiesigen AFT (soweit man das auf der vorliegenden Datenbasis beurteilen kann): Die deutsche AFT hat in der Regel einen engeren Zielbereich und eine schwächere Personal(organisations)struktur.

Die MST wird in der Fachliteratur mitunter als sozio-ökologisches Interventionsmodell gekennzeichnet. Diese Charakterisierung geschieht mit einem Recht, da die MST in ihrer theoretischen Konzeptualisierung und ihrem praktischen Vorgehen andere relevante Kontexte („Systeme“) als lediglich die Familie weitaus stärker berücksichtigt als sonstige familienbezogene Vorgehensweisen. Das Bekenntnis zu einer multisystemischen Sichtweise im eben beschriebenen Sinne bleibt bei der MST nicht abstrakt. Es hat weitreichende Folgen für die wissenschaftliche Fundierung der MST und ihre Praxis. Erkenntlich wird das beispielsweise daran, dass die MST die ihr theoretisch und praktisch bedeutsam erscheinenden Risiko- und protektiven Faktoren bei aggressiv-dissozialen Verhalten, wie sie aus der sozialwissenschaftlichen Grundlagenforschung bekannt sind, nach verschiedenen Kontexten („Systemen“) ordnet (vgl. Tab. 1).

Die sich für die Behandlungspraxis der MST ergebenden Folgen der Orientierung an der in Tabelle 1 dargestellten Liste von Risiko- und protektiven Faktoren, sind mannigfaltig. Zwei davon seien kurz erwähnt. Sie verdeutlichen, was „multisystemisch“ zu arbeiten für den praktischen Vollzug bedeutet:

- Die Ausbildung von MST-PraktikerInnen (PsychologInnen und SozialarbeiterInnen) ist so ausgerichtet, dass sie in der Lage sind, in ihrem praktischen Vorgehen auf allen Systemebenen prinzipiell alle Risiko- und protektiven Faktoren theoretisch in Rechnung zu stellen und beim praktischen Vorgehen zu berücksichtigen.

Kontext	Risikofaktoren	Protektive Faktoren
<i>Individuum</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ geringe Verbalisationsfähigkeit ▪ positive Einstellung gegenüber dissozialem Verhalten ▪ psychiatrische Symptomatologie ▪ Neigung, anderen feindliche Absichten zu unterstellen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intelligenz ▪ Erstgeborener ▪ unkompliziertes Temperament ▪ konventionelle Einstellung ▪ Problemlösefähigkeiten
<i>Familie</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mangelnde elterliche Aufsicht ▪ ineffektive elterliche Disziplin ▪ geringe Gefühlswärme ▪ hohes Konfliktpotential ▪ Problemlagen der Eltern wie Drogenmissbrauch, psychiatrische Störungen und Kriminalität 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bindung zu den Eltern ▪ förderliche Familienverhältnisse ▪ eheliche Harmonie
<i>Gleichaltrige</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beziehung zu devianten Peers ▪ geringe Beziehungsfähigkeiten ▪ wenig/keine Beziehung zu prosozialen Peers 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ intensive/gute Beziehung zu prosozialen Peers
<i>Schule</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ niedriger Schulerfolg ▪ Schulabbruch ▪ geringe/keine Bildungsbereitschaft ▪ bestimmte negative Merkmale der Schule wie geringe Infrastruktur, chaotische Umgebung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hohe Bildungsbereitschaft
<i>Gemeinde, Nachbarschaft</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hohe Mobilität ▪ geringe soziale Unterstützung durch Nachbarschaft, Gemeinde, Kirchengemeinschaft ▪ starke Desorganisation ▪ kriminelle Subkultur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hohe Beteiligung an Aktivitäten der Gemeinschaft ▪ starkes Unterstützungssystem im Umfeld

Tabelle 1: Risiko- und protektive Faktoren, die von der MST in Rechnung gestellt werden

- Zu den im Rahmen des Assessments anfallenden Aufgaben gehört in jedem Einzelfall, das je spezifische Profil von Risiko- und protektiven Faktoren zu ermitteln, wodurch sich das professionelle Vorgehen gezielt auf den jeweiligen Einzelfall zuschneiden lässt.

Die Realisierung einer solchen multidimensionalen Sichtweise ist durch ein multiprofessionelles Team, wie es sich üblicherweise an Erziehungsberatungsstellen findet, ohne allzu große Schwierigkeiten möglich. Zumal, wenn man bedenkt, dass die Teams einer Erziehungsberatungsstelle sich fallweise zu virtuellen Teams erweitern können, zu denen dann auch Kinder- und JugendpsychiaterInnen, SchulpsychologInnen, StreetworkerInnen, MitarbeiterInnen der offenen oder verbandlichen Jugendarbeit u.a.m. gehören. Für die gedankliche Erweiterung über die (erweiterte) Familie hinaus bietet die Gemeindepsychologie reichhaltige Anregungen. Was die Rahmenbedingungen, unter denen die MST arbeitet, betrifft, so werden hier Anforderungen gestellt, die in den Bereich der Arbeitsorganisation und -zeit gehen, und - sieht man einmal von vereinzelt zu finden Kriseninterventionsteams ab - sich stark unterscheiden von dem, was hierzulande im ambulanten Bereich üblich ist. Die MST arbeitet unter Rahmenbedingungen, die wenig mit denen einer „Praxis“, einer „(Dienst-)Stelle“ oder einer sonstigen „Einrichtung“ zu tun haben, sondern eher Charakteristika einer *Task Force* widerspiegeln.

Die Merkmale im Einzelnen sind:

- Die MST wird durchgeführt von einem drei- bis vierköpfigen Team von Professionellen mit Master-Niveau (PsychologInnen oder SozialarbeiterInnen), die ein Training in MST absolviert haben sowie unter laufender Supervision eines MST-Experten (Master-Level und lange Erfahrung oder promoviert) stehen.
- Jedes Team-Mitglied, obschon jeweils nur für einen Teil - drei bis sechs - der Familien als *Family Case Manager* zuständig, kennt jede Familie und ist umgekehrt jeder bekannt.
- Der Arbeitszeit und vorgesehene Arbeitsbelastung eines einzelnen Teammitglieds ist so bemessen, dass jede einzelne Familie intensiv betreut werden kann; je nach Bedarf der Familie kann sie mit 2 bis 15 Betreuungsstunden pro Woche rechnen.
- Mindestens ein Teammitglied ist für die Familien jeder Zeit für Zwecke der Krisenintervention erreichbar. (Das trägt neben der hohen Betreuungsdichte

wesentlich dazu bei, dass es der MST in hohem Maße gelingt, als „unmotiviert“ und „Interventions-resistant“ geltende Familien für eine Behandlung zu gewinnen und die Abbrecherrate niedrig zu halten.)

- Die MST ist eine zeitlich begrenzte Maßnahme. Im Mittel beträgt die Anzahl der benötigten Sitzungen 60 (das liegt zwischen den Werten für verhaltenstherapeutische und psychodynamische Therapie), verteilt auf einen Zeitraum von vier bis sieben Monaten, wobei Frequenz und Dauer von den Bedürfnissen der jeweiligen Familie abhängig gemacht werden.
- Zum Eingehen auf die Familie gehört auch das Zugehen auf sie. Die Arbeiten finden nicht in einem gesonderten „therapeutischen Raum“, etwa einer Privatpraxis oder einer in einer Ambulanz statt, sondern „vor Ort“. „Vor Ort“ meint nicht nur in der Wohnung der Familie, sondern auch in der Schule, wenn ein Eltern-Lehrer-Gespräch angezeigt scheint, in der Versammlung einer Kirchengemeinde, in einem Jugendtreff usw.. (Geh-Struktur statt Komm-Struktur hat als eine der wichtigsten Folgen: Absenken der - sozial differenzierenden und selektierenden - Eingangsschwelle.)
- Zum Eingehen auf die Familie gehört auch, auf deren Zeitplan Rücksicht zu nehmen. Die MST arbeitet prinzipiell rund um die Uhr. (Sie ist somit nicht an den engen Zeitrahmen gebunden, der viele - potentielle - KlientInnen, die Hilfe bei Institutionen mit Öffnungszeiten zur üblichen Kernarbeitszeit suchen, erbost, wenn nicht abschreckt.)

4.9 Schlussbemerkungen

Die obige ausschnitthafte Darstellung der MST ist explizit *nicht* von der Vorstellung getragen, man könnte die MST so ohne weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragen, sie also gleichsam „kopieren“ (was rechtlich verboten ist, die MST ist lizenpflichtig). Was die Darstellung aber leisten kann, ist eine „hilfreiche Verstörung“ der hiesigen Familientherapie, der deutschen Erziehungsberatungsstelle und ganz generell der bürokratisch verfassten Sozialen Arbeit Deutschlands. Daraus könnte sich im optimalen Fall ein Bündel von Handlungen ergeben, in dem sich Gutes von Familientherapie und

Gemeindepsychologie zusammen findet. Dies könnte durch Erziehungsberatungsstellen mit flexibilisierten Arbeitszeitregelungen realisiert werden.

Anmerkung

Der vorliegende Buchbeitrag beruht auf einer Reihe von Arbeiten aus den Jahren 2007 - 2012:

Heekerens, H.-P. (2007). Aufsuchende Familientherapie von der Erziehungsberatungsstelle aus. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 58(4), 19-23.

Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (2007). Die Aufsuchende Familientherapie: eine eigenständige Hilfe zur Erziehung. *Neue Praxis*, 37, 502-515.

Heekerens, H.-P. (2008a). Aufsuchende Familientherapie. Eine Herausforderung für die Erziehungsberatung. *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, 15-23.

Heekerens, H.-P. (2008b). Effektivität aufsuchender Familien-fokussierter Interventionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 130-146. Online verfügbar unter [ht tp://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2013/4799/pdf/57.20082_4_47997.pdf](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2013/4799/pdf/57.20082_4_47997.pdf) [letzter Zugriff am 6.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2009). Möglichkeiten aufsuchender Formen von Familientherapie durch Erziehungsberatungsstellen. *Erziehungsberatung aktuell - Mitteilungen der LAG Bayern*, H. 1/2009, 23-35.

Heekerens, H.-P. (2011). Wirksamkeit und Kosteneffektivität aufsuchender familienbezogener Arbeitsweisen bei Problemlagen von Kindern und Jugendlichen. In M. Müller & B. Bräutigam (Hrsg.), *Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext* (S. 28-40). Heidelberg: Auer.

Heekerens, H.-P. (2012). Aufsuchende familienbezogene Vorgehensweisen und Gemeindepsychologie - historische und systematische Betrachtungen. *Forum Gemeindepsychologie*, 17(1). Online verfügbar unter http://www.gemeindepsychologie.de/fg-1-2012_03.html [letzter Zugriff am 6.6.2016].

Literatur

Baving, L. (2006). Störungen des Sozialverhaltens. Berlin: Springer.

Beelmann, A. & Raabe, T. (2007). Dissoziales Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland - 13. Kinder- und Jugendbericht - und Stellungnahme der Bundesregierung. Bonn: Bt-Drs. 16/12860.

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) (1990). Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland - 13. Kinder- und Jugendbericht - und Stellungnahme der Bundesregierung. Bonn: Bt-Drs. 16/12860.

Conen, M.-L. (Hrsg.) (2008). Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie (4. Aufl.), Heidelberg: Carl-Auer.

Dollinger, B. & Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.) (2010). Handbuch Jugendkriminalität. Kriminologie und Sozialpädagogik im Dialog. Wiesbaden: VS.

Esser, A.: Zugehende Beratung in einem städtischen sozialen Brennpunkt. In: A. Zimmer & C. Schrappner (Hrsg.), Zukunft der Erziehungsberatung. Herausforderungen und Handlungsfelder (S. 107-111). Weinheim – München: Juventa.

Frindt, A. (2011). Wirksamkeitsaspekte in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. In M. Müller & B. Bräutigam (Hrsg.), Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext (S. 171-182). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Fröhlich-Gildhoff, K., Engel, E.-M., Rönnau, M. (2006). SPFH im Wandel? Untersuchungsergebnisse zu Konzepten, Praxis und Rahmenbedingungen der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Freiburg: Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre.

Gantner, A. (2011). Multidimensionale Familientherapie. In M. Müller & B. Bräutigam (Hrsg.), Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext (S. 183-194). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Gstach, J. & Datler, W. (2010). „Lernstörungen und Erziehungsschwierigkeiten“. Fritz Redls Bemühungen um psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung im Wien der Zwischenkriegszeit. Zeitschrift für Sozialpädagogik, 8, 376-39.

Hartwig, L., Kohlmann, N. & Mockewitz, R. (2006). Von der Gemeinwesenarbeit zur Sozialraumorientierung. 30 Jahre stadtteilorientierte Erziehungsberatung. In A. Zimmer & C. Schrappner (Hrsg.), Zukunft der Erziehungsberatung. Herausforderungen und Handlungsfelder (S. 127-140). Weinheim – München: Juventa.

Heekerens, H.-P. (1986). Zehn Jahre Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen - Entwicklung und Fehlentwicklung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 35, 294-302.

Heekerens, H.-P. (1989). Familientherapie und Erziehungsberatung. Heidelberg: Asanger (2. Aufl. 1991).

Heekerens, H.-P. (2006a). Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz von Familientherapie. *Psychotherapie*, 11, 38-45.

Heekerens, H.-P. (2006b): Die Multisystemische Therapie – Ein evidenz-basiertes Verfahren zur Rückfallprophylaxe bei Jugendlichendelinquenz. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 17(2), 163-171.

Heekerens, H.-P. (2006c). Ein effektives und effizientes Verfahren bei schweren Störungen des Sozialverhaltens: die Multisystemische Therapie. *Neue Praxis*, 36, 658-664.

Heekerens, H.-P. (2007). Aufsuchende Familientherapie von der Erziehungsberatungsstelle aus. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 58(4), 19-23.

Heekerens, H.-P. (2008a). Aufsuchende Familientherapie. Eine Herausforderung für die Erziehungsberatung. *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, H. 2/2008, 15-23.

Heekerens, H.-P. (2008b). Effektivität aufsuchender Familien-fokussierter Interventionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 130-146.

Heekerens, H.-P. (2009a). Möglichkeiten aufsuchender Formen von Familientherapie durch Erziehungsberatungsstellen. *Erziehungsberatung aktuell – Mitteilungen der LAG Bayern*, H. 1/2009, 23-35.

Heekerens, H.-P. (2009b). Der Beruf der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin – ein Abriss seiner Geschichte. *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen - Zeitschrift für die psychosoziale Praxis*, 5, 85-97.

Heekerens, H.-P. (2009c). Das Elend der Heimkinder. *Unsere Jugend*, 61, 477-489. Kindliches Wohlergehen“ – ein erweiterter Armutsbegriff. In S. Elsen & K. Weber (Hrsg.), *Aktiv für Kinderrechte. 20 Jahre UN-Kinderrechtskonvention* (S. 95-104). Neu Ulm: AG SPAK Bücher.

Heekerens, H.-P. (2011). Wirksamkeit und Kosteneffektivität aufsuchender familienbezogener Arbeitsweisen bei Problemlagen von Kindern und Jugendlichen. In M. Müller & B. Bräutigam (Hrsg.), *Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext* (S. 28-40). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Heekerens, H.-P. (2014). Rezension vom 02.04.2014 zu: Michael Tsokos, M. & Saskia Guddat, S. (2014). Deutschland misshandelt seine Kinder. München Droemer Knaur. Socialnet Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/16475.php> [letzter Zugriff am 6.6.2016].

Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (2007). Die Aufsuchende Familientherapie: eine eigenständige Hilfe zur Erziehung. *Neue Praxis*, 37, 502-515.

Henggeler, S.W., Sheidow, A.J. & a. T. Lee, T. (2006). Multisystemische Behandlung schwerwiegender Verhaltensprobleme bei Jugendlichen und ihren Familien. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 27, S. 491-514.

Kirst, S. (2006). „Öffnung der Erziehungsberatung“? In A. Zimmer & C. Schrappner (Hrsg.), Zukunft der Erziehungsberatung. Herausforderungen und Handlungsfelder (S. 71-86). Weinheim – München: Juventa.

Kirst, S., Lorenz, S. & Schneider, V. (2006). Wie wirkt „Zugehende Beratung“? Evaluation des Modellprojekts „Zugehende Beratung in Kindertageseinrichtungen“. In A. Zimmer & C. Schrappner (Hrsg.), Zukunft der Erziehungsberatung. Herausforderungen und Handlungsfelder (S. 113-125). Weinheim – München: Juventa.

Krist, M. (2006). Modelle „Zugehender Beratung“. Erfahrungen aus dem Projekt „Zugehende Beratung in Kindertagesstätten“ und damit verbundene Perspektiven für die Erziehungsberatungsstellen im Bistum Trier. In: A. Zimmer & C. Schrappner (Hrsg.), Zukunft der Erziehungsberatung. Herausforderungen und Handlungsfelder (S. 95-106). Weinheim – München: Juventa.

Köster-Goorkotte, I. (2004). Wieviel Teilhabe braucht die Armut? Präventionsgruppe für minderjährige Mütter und deren Kinder. Ein Praxisprojekt. In Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Hrsg.), Arme Familien gut beraten. Hilfe und Unterstützung für Kinder und Eltern (S. 173-178). Fürth: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung.

Köster-Goorkotte, I. (2007). Erziehungsberatung und Stadtteilarbeit - Die Umsetzung des Prinzips Sozialraumorientierung. Forum Gemeindepsychologie, 12(1). Online verfügbar unter http://www.gemeindepsychologie.de/fg-1-2007_03.html [letzter Zugriff am 6.6.2016].

Kraus, B. (2002). Lebenswelt und Lebensweltorientierung - eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft. Kontext, 37(2), 116-129. Von Susanne Leinemann, S. (2011). Der Überfall. ZEITmagazin vom 2.12.2010. Online verfügbar unter <http://www.zeit.de/2010/49/Ueberfall-Gewalt-Jugendkriminalitaet> [letzter Zugriff am 6.6.2016].

Lorenzo, G. di (2011). Falsche Milde. DIE ZEIT vom 27.1.2011. Online verfügbar unter <http://www.zeit.de/2011/05/01-Jugendkriminalitaet> [letzter Zugriff am 6.6.2016].

Mattejat, F. (2005). Familientherapie in der Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26 (Sonderheft 1), 40-62.

Minuchin, P., Colapinta, J. & Minuchin, S. (2000). Verstrickt im sozialen Netz. Neue Lösungswege für Multiproblem-Familien. Heidelberg: Carl-Auer.

Minuchin, S. (1977). Familie und Familientherapie. Freiburg: Lambertus.

Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B.G., Rosman, B.L. & Schumer, F. (1967). Families of the Slums. An Exploration of Their Structure and Treatment. New York: Basic.

Minuchin, S., Rosman, B.L. & Baker, L. (1981). Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Müller, M. & Bräutigam, B. (Hrsg.) (2011). Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext. Heidelberg: Carl-Auer.

Rademaker, M. (2011). Bundesagentur kritisiert ziellose Jugendhilfe. FINANCIAL TIMES DEUTSCHLAND vom 3.1.2011, S. 9.

Remschmidt, H. & Walter, R. (2009). Kinderdelinquenz. Berlin: Springer.

Reiter, L. (1988). Über die Anfänge. System Familie, 1, 23-32.

Richmond, M. (1917). Social Diagnosis. New York: Russell Sage Foundation. Online verfügbar unter https://archive.org/stream/socialdiagnos00richiala/socialdiagnos00richiala_djvu.txt [letzter Zugriff am 28.6.2016].

Richter, H. E. (1963). Eltern, Kind und Neurose. Stuttgart: Klett-Cotta.

Richter, H. E., 1970: Patient Familie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Richter, H. E., Strotzka, H. & Willi, J. (Hrsg.) (1976). Familie und seelische Krankheit. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Rigter, H & Mos, K. (2011). Die Einführung Multidimensionaler Familientherapie (MDFT) in Europa: Das Beispiel der Niederlande. In M. Müller & B. Bräutigam (Hrsg.), Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext (S. 300-312). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Röhrle, B. (2007). Gemeindepsychologische Perspektiven der Beratung. Forum Gemeindepsychologie, 12(1).Online verfügbar unter http://www.gemeindepsychologie.de/fg-1-2007_06.html [letzter Zugriff am 6.6.2016].

Rönnau, M., Engel, E.-M., & Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Inhalte, Strukturen, Finanzierungen und Effekte der SPFH in Hessen und Baden-Württemberg. In K. Fröhlich-Gildhoff, E.-M. Engel, M. Rönnau & G. Kraus (Hrsg.), Forschung zur Praxis in den ambulanten Hilfen zur Erziehung (S. 63-82). Freiburg: Verlag Forschung - Entwicklung - Lehre.

Rückert, S. (2011). Zur falschen Zeit am falschen Ort. ZEITmagazin vom 27.1.2011. Online verfügbar unter <http://www.zeit.de/2011/05/Gewalt-Toetungsdelikt-Jugendkriminalitaet?page=5> [letzter Zugriff am 6.6.2016].

Rudeck, R. (2010). Institutionelle Hilfen am Beispiel der Erziehungsberatung. Forum Gemeindepsychologie, 15(2). Online verfügbar unter http://www.gemeindepsychologie.de/fg-2-2010_12.html [letzter Zugriff am 6.6.2016].

Schlippe, A. v. (1983). Familientherapie mit Unterschichtsfamilien. In K. Schneider, (Hrsg.), Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen (S. 372-384). Paderborn: Junfermann.

Schmidt, M., Schneider, K., Hahn, E., Pickartz, M., Macsenae, M., Petermann, F., Flossdorf, P., Hölzl, H. & Knab, E. (2002). Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe (Schriftenreihe des BMFSFJ Bd. 219). Stuttgart: Kohlhammer.

Schweizer, J. (2011). Geleitwort. In M. Müller, M. & B. Bräutigam (Hrsg.), Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext (S. 9-11). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Sommer, G. & Ernst, H. (Hrsg.) (1977). Gemeindepsychologie. München: Urban & Schwarzenberg.

Stierlin, H., Rücker-Emden, I., Wetzel, N. & Wirsching, M. (1977). Das erste Familiengespräch. Theorie, Praxis, Beispiele. Stuttgart: Klett-Cotta.

Stierlin, H. / Simon, F.B., 1986: Familientherapie. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller & E. Strömgren (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart Bd.1 (3. Aufl., S. 249-275). Berlin: Springer.

Sydow, K.v., Beher, S., R. Retzlaff, R. & Schweitzer, J. (2007). Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe.

Swenson, C.C. & Henggeler, S.W. (2005). Die multisystemische Therapie: Ein ökologisches Modell zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei Jugendlichen. Familiendynamik, 30, 128-144.

Thiersch, H. (1978a). Alltagshandeln und Sozialpädagogik, Neue Praxis, 8, 6-25.

Thiersch, H. (1978b). Sozialarbeit und Therapie. Neue Praxis, Sonderheft 1978, 6-24.

Thiersch, H. (1985). Erziehungsberatung und Jugendhilfe. In H.-P. Klug & F. Specht (Hrsg.), Erziehungs- und Familienberatung: Aufgaben und Ziele (S. 24-40). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Thiersch, H. (2003). 25 Jahre alltagsorientierte Soziale Arbeit – Erinnerung und Aufgabe. Zeitschrift für Sozialpädagogik, 1, 114-130.

Walter, U. M. (2011). Bitte recht freundlich - Neues und Altes vom Friendly Visiting in den USA. In M. Müller & B. Bräutigam (Hrsg.), Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext (S. 324-332). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Wiesner, R. (2005). Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht (Gutachten im Auftrag der Psychotherapeutenkammer Berlin). Berlin: Psychotherapeutenkammer Berlin.

Ziegenhain, U. & Fegert, J. (Hrsg.) (2007). Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung (2. Aufl.). München: Reinhardt.

5 Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen – ein berufsgeschichtlicher Abriss

Zusammenfassung

Nur in wenigen Ländern gibt es die verschiedenen Berufsgruppen von ErwachsenenpsychotherapeutInnen einerseits sowie von Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen andererseits und ausschließlich in Deutschland sind Unterschiede in den Zulassungsvoraussetzungen zwischen beiden Gruppen zu finden. Diese Besonderheit ist nur auf dem Hintergrund der spezifischen Entwicklung des Berufs der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in Deutschland zu verstehen. Auf deren Entwicklungsgeschichte werden Schlaglichter geworfen und abschließend auf mögliche Veränderungen hingewiesen.

Schlüsselwörter

Geschichte der Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Laienanalyse, Soziale Arbeit

5.1 Einleitung

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird heute in Deutschland von mehreren Berufsgruppen, auch von (Fach-)ÄrztInnen, HeilpraktikerInnen und Psychologischen PsychotherapeutInnen, angeboten. „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)“ hingegen kennzeichnet seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Jahre 1999 exklusiv eine bestimmte Berufsgruppe. Um deren Geschichte, die mit der Historie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie natürlich eng verbunden, aber nicht mit ihr identisch ist, soll es hier gehen. Die Berufsgruppe, die hier im Blick ist, wurde früher ganz überwiegend von Frauen gebildet, Frauen - und zwar überwiegend solche mit Eingangsberufen aus dem Bereich der Sozialen Arbeit - stellen in ihr heute mindestens 80 Prozent (vgl. Strauß u.a., 2009, S. 47), und nichts deutet darauf hin, dass sich an der Geschlechterverteilung dieser Berufsgruppe in absehbarer Zukunft Wesentliches verändern wird.

Der Blick in die Zukunft unterstellt, dass es in Deutschland auch künftig den Beruf der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen geben wird. Das ist weder im Rückblick auf deren Geschichte noch mit Seitenblick auf andere Länder selbstverständlich. Der im „Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ (Strauß u.a., 2009) vorgenommene Vergleich von 23 europäischen Ländern (darunter 21 EU-Ländern) zeigt als größte Übereinstimmung, dass in der überwiegenden Mehrzahl (in 20 Ländern) neben ÄrztInnen und PsychologInnen auch PädagogInnen, SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen zur Ausbildung zugelassen sind. Die Übersicht zeigt aber auch, dass es eine Trennung von ErwachsenentherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen nur in sechs Ländern gibt. Schließlich: Unterschiede in der Zulassung zur Ausbildung zwischen diesen beiden Gruppen existieren ausschließlich in Deutschland. Diese Besonderheit ist nur auf dem Hintergrund der Sonderentwicklung des Berufs der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in Deutschland zu verstehen.

5.2 Wesentliche Entwicklungen seit Ende des 2. Weltkriegs

Seit Januar 1999 ist „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)“ eine in Deutschland durch das Psychotherapeutengesetz gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung, die eine staatliche Zulassung zur Ausübung der Heilkunde (Approbation) voraussetzt. Damit war die Entwicklung einer ganz spezifischen Profession zu einem (vorläufigen) Ende gekommen; ihre Anfänge reichen bis in die Zeit des NS-Staates zurück und ihre Wurzeln sind bereits in der Vorkriegszeit zu finden. Von „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)“ kann man, will man die Bedeutung des Psychotherapeutengesetzes als Meilenstein in der Professionsentwicklung nicht mindern, für die Zeit vor 1999 nicht sprechen. Andererseits ist die Profession, die sich speziell und ausschließlich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie widmet, älter als das Psychotherapeutengesetz. Ich werde daher für die Zeit vor 1999 den Begriff „KJPt-Profession“ benutzen, sofern nicht andere Fremd- und Selbstbeschreibungen angezeigt sind.

Als wesentliche Entwicklungsschritte der KJPt-Profession in der Bundesrepublik Deutschland - bis zur Wiedervereinigung darf man sich auf das frühere Bundesgebiet beschränken - sind folgende zu nennen: Bis zum Inkrafttreten des Psychotherapeuten gesetzes war die KJPt-Profession von ihrer schulischen Orientierung her eine psychodynamische (Adler, Freud, Jung). Schon in den Anfangsjahren der Bundesrepublik gab es in verschiedenen Städten eine auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen gerichtete formalisierte Ausbildung zur „Psychagogin“ oder „Erziehungsbetreuerin“ (vgl. Boehm, 1952). Die Berufsbezeichnung sollte anzeigen, dass es zwar um pädagogisch-psychologische Beeinflussung gehen soll, nicht aber um psychodynamisch-analytische Arbeit. Zu dieser Ausbildung waren auch praxiserfahrene AbsolventInnen der Vorläuferinstitutionen der heutigen Hochschulausbildung in Sozialer Arbeit zugelassen. Nach Gründung der Hochschuleinrichtungen für Soziale Arbeit seit Anfang der 1970er erfuhr die KJPt-Profession dann einen Akademisierungsschub.

Im Jahre 1975 wurde aus der 1953 gegründeten „Vereinigung Deutscher Psychagogen“ die „Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland“ (VAKJP), der größte Berufs- und Fachverband der psychodynamischen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in Deutschland. Diese Umbenennung markierte den gelungenen Anschluss der deutschen psychodynamischen Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapie an die mit den Namen Anna Freud, Melanie Klein und Donald Winnicott verknüpfte internationale Entwicklung, von der sie seit 1933 praktisch ausgeschlossen gewesen war. Einen Meilenstein in diesem Prozess stellt Annemarie Dührssens Buch „Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“ von 1963 dar; neun Jahre zuvor hatte die Schultz-Hencke-Schülerin mit „Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen“ bereits eines der bedeutendsten Lehrbücher der deutschsprachigen Kinder- und Jugendpsychiatrie (Dührssen, 1954) vorgelegt.

Diesen Professions-internen Veränderungen gingen solche auf dem Gebiet des deutschen Sozialrechts zur Seite. Nachdem schon 1964 neurotische Störungen im Erwachsenenalter als Krankheit anerkannt worden waren („Neurosen-Urteil“ des Bundessozialgerichts) und deren psychodynamische Behandlung 1967 (ab 1980 auch die verhaltenstherapeutische Behandlung) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen worden war, geschah dies Anfang der 1970er auch für neurotische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Zur selben Zeit wurden die Psychotherapie-Richtlinien von 1967 - psychodynamische, von Ärzten erbrachte Erwachsenenpsychotherapie wird in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen - geändert: Erstattungsfähig wurde auch Psychotherapie im „Delegationsverfahren“, also als Hilfeleistung anderer Personen, die von dafür bevollmächtigten ÄrztInnen angeordnet werden und von diesen zu verantworten sind. Damit war die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, auch die von der KJPt-Profession erbrachte, Kassenleistung geworden, die freilich nur in Unselbstständigkeit („Delegationsprinzip“) erbracht werden konnte.

Das änderte sich erst mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes. Für die KJPt-Profession insgesamt stellt es den wohl bedeutendsten Entwicklungsschritt dar - für den psychodynamischen Teil einen Höhepunkt, weil erstmals in seiner Geschichte in Eigenverantwortung und Selbstständigkeit gearbeitet werden konnte, und für den verhaltenstherapeutischen einen Start. Einen gelungenen Start: Der verhaltenstherapeutische Teil holte schnell auf und wird mittelfristig überholen. Dazu nur zwei verfügbare Indikatoren neueren Datums: Betrachtet man die heutigen AusbildungsteilnehmerInnen in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, so kommen auf eine psychodynamische 1,6 verhaltenstherapeutische (Strauß u.a., 2009, S. 96). Mit dieser Zahlenangabe, die zumindest zu drei Vierteln auf Personen beruht, die kein Diplom in Psychologie haben (Strauß u.a., 2009, S. 367), ist jedoch die quantitative Überlegenheit der verhaltenstherapeutisch ausgebildeten und sozialrechtlich zur Erbringung von Leistungen auf dem Gebiet

der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie berechtigen PsychotherapeutInnen unterschätzt. Man muss zusätzlich die Psychologischen PsychotherapeutInnen in Rechnung stellen, die sich zusätzlich für das Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie qualifizieren.

„Denn verständlicherweise wählen die meisten Psychologinnen und Psychologen, welche primär kinder- und jugendpsychotherapeutisch tätig werden wollen, zunächst die psychologisch-psychotherapeutische Ausbildung. Diese ergänzen sie durch spezifisches Fachwissen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ (Strauß u.a., 2009, S. 367). PsychologInnen wählen nach Auskunft des Forschungsgutachtens zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Strauß u.a., 2009) im Bereich der Psychologischen Psychotherapie die verhaltenstherapeutische aber mindestens doppelt so häufig wie die psychodynamische Grundorientierung, und es weist nichts darauf hin, dass verhaltenstherapeutisch ausgebildete Psychologische PsychotherapeutInnen sich seltener zusätzlich auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie qualifizieren als ihre psychodynamischen KollegInnen.

Die rasche Zunahme von für das Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ausgebildeten VerhaltenstherapeutInnen im allgemeinen und verhaltenstherapeutischen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen im besonderen verdankt sich auch dem Umstand, dass zwischen 1993 und 1997 gleich drei deutsch(sprachig)e Lehrbücher (Steinhausen & von Aster, 1993; Petermann, 1996; Remschmidt, 1997) erschienen waren, die sich ganz oder überwiegend der verhaltenstherapeutischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie widmeten. An jüngeren Meilensteinen einer Professionalisierung der auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie tätigen PsychotherapeutInnen sind zu nennen: „Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ (Remschmidt, Mattejat & Warnke, 2003), „Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ)“ (Borg-Laufs, 2006) sowie zwei voluminöse Lehrbücher aus dem CIP-Medien-Verlag, die sich an der derzeitigen verbindlichen Ausbildungs- und Prüfungsordnung orientieren: „Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien“ (Mattejat, 2006a) sowie „Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“ (Hopf & Windaus, 2007).

5.3 Die Frage der Eingangsberufe im Vorfeld des Psychotherapeutengesetzes

Das Psychotherapeutengesetz schrieb, wie im „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“ von 1991 (Meyer et al., 1991) empfohlen und im Referentenentwurf zum künftigen Psychotherapeutengesetz von 1993 vorgesehen, die Existenz einer eigenen KJPt-Profession und den Zugang dazu auch für an (Fach-)Hochschulen ausgebildete (Sozial-)PädagogInnen und SozialarbeiterInnen fort. Sicher vorhersehbar war beides nicht. Das Psychotherapeutengesetz hätte auch etwas ganz anderes markieren können: nämlich einerseits den Anfang vom Ende der KJPt-Profession in Deutschland und andererseits den Ausschluss aller Nicht-PsychologInnen aus der bundesrepublikanischen nicht-ärztlichen Psychotherapie.

Denn die Vertreter der Diplom-PsychologInnen, die damals im Delegations- oder Erstattungsverfahren psychotherapeutische Leistungen (in der Regel für Erwachsene) erbrachten, hatten sich in der Diskussion um das zukünftige Psychotherapeutengesetz mehrheitlich sowohl gegen die Schaffung eines gesonderten Berufes „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)“ als auch gegen die Berücksichtigung anderer Eingangsberufe als Diplom-PsychologInnen ausgesprochen. Die psychodynamische KJPt-Profession sollte in Übergangsregelungen berücksichtigt werden; man nennt so etwas „Besitzstandswahrung“.

Die Argumente dafür, den Zugang zur Psychotherapie nicht auf MedizinerInnen und PsychologInnen zu beschränken, wurden im „Forschungsgutachten“ eigens gewürdigt. Und diese Argumente sind, da sie nach wie vor ihre Gültigkeit haben, es wert, in Erinnerung gerufen zu werden:

Der breite Zugang zur Psychotherapieausbildung soll der Interdisziplinarität der Psychotherapie Rechnung tragen und vermeiden, daß durch die Einengung des Zugangs lediglich von bestimmten Disziplinen - insbesondere von der Medizin und der Psychologie - her sowohl die wissenschaftliche und praktische Arbeit als auch die Entwicklung der Psychotherapie überhaupt entgegen ihrer historisch gewachsenen interdisziplinären Tradition von einigen ihrer Grundlagenwissenschaften getrennt und auf Medizin und Psychologie hin orientiert wird. (Meyer u.a., 1991, S. 64)

Ich habe diesen Gedankengang in meinem Plädoyer für die Fortschreibung der KJPt-Profession, veröffentlicht 1992 in „Report Psychologie“, der Zeitschrift des Berufs-

verbandes Deutscher Psychologen, unter dem Titel „Zur Zukunft der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie“ (Heekerens, 1992a) vertieft; die Publikation blieb - wohl wegen der o.g. grundsätzlich ablehnenden Haltung der (organisierten) deutschen Psychologenschaft - ohne erkennbare Resonanz. Keine erkennbare Resonanz rief auch ein zweiter, 1992 unter dem Titel „Soziale Arbeit und Psychotherapie“ (Heekerens, 1992b) in „Neue Praxis“ veröffentlichter Artikel hervor, in dem hingewiesen wurde auf die Gefahr, dass AbsolventInnen der (Fach-)Hochschulstudiengänge in Sozialer Arbeit durch das geplante Psychotherapeutengesetz vom Zugang zur Ausbildung in Psychotherapie gänzlich ausgeschlossen werden könnten.

Ein erster Grund für das Ausbleiben wahrnehmbarer Resonanz von Seiten der Disziplin und Profession Soziale Arbeit ist wohl darin zu sehen, dass die KJPt-Profession damals nur rund 1.100 Personen - heute sind es 2.500 - umfasste, von denen damals allenfalls die Hälfte eine (Fach)Hochschulausbildung in Sozialer Arbeit durchlaufen hatte. Zum Zweiten: Mit Blick auf die Ausbildungsstätten von Sozialer Arbeit muss man sich vergegenwärtigen, dass Anfang der 1990er an den Fachhochschulen die Anzahl der HochschullehrerInnen, die auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sachkundig und praxiserfahren waren, an einer Hand abgezählt werden konnten.

5.4 Universitäre Sozialpädagogik und Psychotherapie

Keine, zumindest keine positive Reaktion auf meinen „Neue Praxis“-Artikel (immerhin: er wurde dort gedruckt!) erwartete ich von Seiten der universitär verfassten Sozialpädagogik. Dort ist ja bis heute Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Thema wissenschaftlicher Arbeit so gut wie nicht ins Auge gefasst worden. Eine Ausnahme stellt die Dissertation „Diplom-Pädagogen im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (Höfig, 2006) dar, die sich folgendermaßen erklärt: Zum einen ist die Autorin nicht nur Diplom-Pädagogin, sondern auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, und zum anderen ist ihr Doktorvater, Siegfried Mrochen, neben anderem eben auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.

Die universitär verfasste Sozialpädagogik zeichnete sich am Vorabend des Psychotherapeutengesetzes durch eine - nach meiner Einschätzung: bis heute anhaltende - kritisch-ablehnende Haltung gegenüber dem Psychotherapeutengesetz aus. Die war nicht erst Anfang der 1990er entstanden und zum Ausdruck gebracht worden. Schon

anlässlich des ersten Gesetzesentwurfes zur nicht-ärztlichen Therapie vom Juli 1978 wurden - auch von vielen PsychologInnen geteilte - grundsätzliche Bedenken vorgebracht; so namentlich von der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (1987), der Bundesarbeitsgemeinschaft der Diplompädagogen, AG Tübingen (1987) und Hans Thiersch (1987), der damals schon ein Opinionleader war. Die dort und damals geäußerten Bedenken sind von Gewicht und haben nach wie vor ihr volles Recht.

Sie beziehen sich im Wesentlichen auf zwei mit einander verbundene Punkte: Das Psychotherapeutengesetz fällt, indem es dem medizinischen Krankheitsmodell folgt, hinter die Erkenntnisse, wie sie in einem biopsychosozialen Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung von Problemlagen gefasst sind, zurück und es zerreißt die notwendige Einheit von sozialer und psychotherapeutischer Hilfe. Thiersch hat in seinem einflussreichen und nach wie vor lesenswerten Artikel „Sozialarbeit und Therapie“ von 1978 von alltagsnäheren und alltagsdistanzierteren Handlungsformen sowie einer - als idealtypisch gedachten - Zuordnung der Sozialen Arbeit zur ersten und der Psychotherapie zur zweiten gesprochen. Mit dieser Unterscheidung zusammen hängt im praktischen Alltagsleben die von Komm- und Geh-Struktur psychosozialer Arbeit. Und in der Tat: Erst in den letzten Jahren finden in Deutschland, und auch das nur vereinzelt und in Anfängen, Handlungsformen der psychosozialen Intervention bei Problemlagen von Kindern und Jugendlichen Beachtung, die alltagsnah, aufsuchend und psycho- / familientherapeutisch zugleich sind.

5.5 Die Geburt der deutschen KJPt-Profession im NS-Staat

Das Berliner Psychoanalytische Institut hatte sich seit 1920 unter Leitung des (chassidischen) Juden Max Eitingon und des (sephardischen) Juden Karl Abraham (Zienert-Eilts, 2013; vgl. Heekerens, 2014a;) zuerst deutschland- und dann weltweit Ansehen verschafft. Mit der Machtergreifung der Nazis 1933 wurde diese Entwicklung gestoppt, nicht aber zum Abbruch gebracht. Die Psychoanalyse und die psychodynamische Therapie, nunmehr „judenfrei“, überlebte in Nazi-Deutschland (zur Psychoanalyse in Nazi-Deutschland insgesamt vgl. Heekerens, 2015; Peglau, 2015).

In den Blick zu nehmen ist hier zunächst das im Jahr 1936 - mit (aus pragmatischer Opportunitätserwägung erfolgter) Zustimmung Sigmund Freuds (Dührssen, 1994, S. 176) - gegründete „Deutsche Institut für Psychologische Forschung und Psychotherapie“, ab 1944 „Reichsinstitut für Psychologische Forschung und Psychotherapie“. Dessen offizielles Ziel war die Entwicklung einer „Neuen Deutschen Seelenkunde“ aus einer Verbindung aller drei am Institut vertretenen („judenfreien“) psychodynamischen Hauptströmungen (Adlerianer, Freudianer, Jungianer) (vgl. Cocks, 1985/1997; Heekerens, 2015, Lockot, 1985; Peglau, 2015). Institutsleiter war der Adlerianer Matthias Heinrich Göring, ein Vetter Hermann Görings, weshalb das Institut meist kurz „Göring-Institut“ genannt wird. Von den verschiedenen Personen und organisatorischen Einheiten des „Göring-Instituts“ interessieren im vorliegenden Zusammenhang nur wenige. Von Interesse bei den Personen sind die Psychoanalytiker Felix Boehm und Harald Schultz-Hencke sowie der Jungianer Adolf Weizsäcker.

Letzterer hatte 1935 eine „ambulante Heilerziehung“ gefordert, die durch eine eigene Berufsgruppe realisiert werden sollte. Im Konzept für diese neue Berufsgruppe war eine Zweiteilung vorgesehen: Neben „vollakademisch“ (i.d.R. ärztlich) ausgebildeten TherapeutInnen sollte es für die „leichteren“ Fälle berufserfahrene PraktikerInnen aus den Berufsgruppen der FürsorgerInnen, JugendleiterInnen, LehrerInnen u.a.m. geben. Als 1939 - und damit kommen wir zu den interessierenden organisatorischen Einheiten des „Göring-Instituts“ - die der Poliklinik angeschlossene Abteilung „Erziehungshilfe“ mit der Untergliederung „Erziehungsberatung“, „Kindertherapie“ und „Fortbildung“ gegründet wurde, war Adolf Weizsäcker an der Entwicklung von Konzepten der Kindertherapie maßgeblich beteiligt.

Es war nun aber nicht der C.G. Jung-Schüler Adolf Weizsäcker, sondern der Felix Boehm (Lehranalyse bei Abraham), der diese Konzepte über den Zusammenbruch des NS-Staates rettete. Nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten wurde 1933 im Zuge der Judenverfolgung der Vorstand der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft unter dem Vorsitz Eitingons abgelöst; neuer Vorsitzender wurde Boehm. Nach dem Krieg schloss er sich der Gruppe um Harald Schultz-Hencke an, ohne sich als Neoanalytiker zu definieren. Als Mitarbeiter des 1947 gegründeten „Instituts für Psychotherapie“, dessen Unterrichtsausschuss er leitete, rief er 1949 die Psychagogenausbildung ins Leben, über die er 1952 im ersten Band der „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“ (Boehm, 1952) die Fachwelt aufklärte.

Wenn man diesen Artikel in Kenntnis der erwähnten Weizsäcker'schen Konzeption liest, versteht man, weshalb heute in Kreisen der psychodynamischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gesagt werden kann: „Der Beruf des Psychagogen ist keine Nachkriegserfindung, sondern hat seine Wurzeln in der Zeit von 1933 bis 1945, in der das deutsche Institut in Berlin die Federführung in der Weiterentwicklung der Profession hatte“ (Kögler, 2008). Wenn Felix Boehm (1952) in seinem Artikel „Zur Ausbildung und Arbeitsweise der Psychagogen (Erziehungsbetreuer)“ die US-amerikanischen *Child Guidance Clinics* nennt, so kann man darin, den unmittelbaren literarischen Kontext ebenso betrachtend wie den mittelbaren zeitgeschichtlichen, wenig mehr als eine bloße Referenz gegenüber den neuen Herrschaftsverhältnissen, speziell gegenüber den USA als der mächtigsten Besatzungsmacht in Westdeutschland, sehen.

Geschichtliche Prozesse sind durch ein Mit- und Ineinander von Kontinuität und Diskontinuität geprägt. Debatten entspinnen sich - vorausgesetzt, man ist sich über die historischen Fakten einig - vornehmlich an der Frage, wie viel (Dis-)Kontinuität in einem konkreten Fall vorliegt. Exemplarisch zeigt sich das an der innerhalb der deutschen psychodynamischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geführten und von schulischen Orientierungen (Adler, Freud, Jung) abhängigen Diskussion um den „Neu-Anfang“ der psychodynamischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Gestalt der Psychagogik nach dem Zweiten Weltkrieg (Diederichs-Paeschke & Stafski, 2000; Diepold, 1994/2005; Kögler, 2008; Oberborbeck, 2003). Mein eigenes historisches Urteil möchte ich so formulieren: Für die psychoanalytische Kindertherapie stellt die Zeit des „Göring-Instituts“ eine Unterbrechung dar, für die KJPt-Profession hingegen eine bedeutsame Entwicklungsstufe.

5.6 Sozialarbeit und Kindertherapie: Nachkriegs-Allianzen

Betrachtet werden hier zwei Beispiele von Allianzen zwischen VertreterInnen der Sozialen Arbeit und der Kindertherapie im Deutschland der ersten Nachkriegsjahre. Es sind zwei Beispiele, die zeigen, wie damals Soziale ArbeiterInnen vorurteilsfrei um der Sache willen auf KindertherapeutInnen zugingen, obwohl sie allen Grund zum Ressentiment gehabt hätten. Denn die hier genannten VertreterInnen der Sozialen Arbeit sind als Opfer des Naziregimes und Oppositionelle anzusehen, während man die

aufgeführten VertreterInnen der Kindertherapie zumindest als Mitläufer charakterisieren darf. Die Sache, um derentwillen offensichtliche Gräben überwunden wurden, war die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Einen Mitläufer wird man beispielsweise Harald Schultz-Hencke nennen dürfen, auch wenn er am „Göring-Institut“ als antinationalsozialistisch galt (Lockot, 1985); objektiv beurteilt hat er dennoch von allen „Göring-Institut“ - MitarbeiterInnen am meisten von der Kooperation mit dem NS-Regime profitiert (Fallend & Nitzschke, 2002). Im Jahre 1951 gab es in Bielefeld eine Tagung der „Gilde Soziale Arbeit“ (ausführlich Arlt, 2006), die sich seit 1948 auf ihren (Jahres-)Tagungen mit Fragen der Erziehungsberatung und Kindertherapie beschäftigte. Dort hielt Schultz-Hencke auf Einladung einen Vortrag zum Thema „Welche Hilfen kann die Tiefenpsychologie der sozialen Arbeit geben?“. Darin vertrat er das Berliner Konzept des „Erziehungshelfers/betreuers“, der unter der Bezeichnung „Psychagoge“ sehr bald Realität werden sollte (Oberborbeck, 2003).

Einer der prominentesten Mitglieder der einladenden „Gilde“ war in der Nachkriegszeit der ehemalige KZ-Häftling Curt Bondy, Jude und Linker zugleich. Seit 1949 Professor für Psychologie der Universität Hamburg und Institutsleiter bis zu seiner Emeritierung 1959, initiierte er an der Universität Hamburg den Studiengang Sozialpädagogik und entwickelte ein Konzept des Ineinandergreifens von akademischer und praktischer Ausbildung an einer von ihm geschaffenen Erziehungsberatungsstelle, mit dem er die Entwicklung der Klinischen Psychologie beeinflusste. Dieser Curt Bondy hatte 1950 auf einem Kongress des Berliner Senats zum Thema „Analytische Psychotherapie und Erziehungshilfe“ die Verbreitung der Erziehungsberatung auf psychoanalytischer Basis gefordert. „Hier waren sich Bondy und Schultz-Hencke sehr einig in der Zielvorstellung“ (Oberborbeck, 2003).

Solches Zusammenwirken war im Nachkriegsdeutschland nicht singulär, wie ein zweites Beispiel zeigt. Im Jahre 1949 wurde in Heidelberg der „Verein für Erziehungs hilfe“ gegründet; zu den Gründungsmitgliedern gehörte neben anderen prominenten HeidelbergerInnen auch Marie Baum, einer der bedeutendsten WegbereiterInnen der Sozialen Arbeit in Deutschland (Moritz, 2000). 1928 hatte sie einen Lehrauftrag für soziale Fürsorge und Wohlfahrtspflege am Institut für Sozial- und Staatswissenschaften an der Universität Heidelberg erhalten. Im Jahre 1933 musste sie jedoch all ihre Lehraufträge und Ämter aufgeben, da ihre Großmutter Jüdin war. In der Zeit danach,

im aktiven Widerstand, entging sie nur durch glückliche Umstände der Verhaftung durch die Gestapo. 1946 konnte sie schließlich ihre Lehrtätigkeit an der Universität Heidelberg wieder aufnehmen.

Zweck des o.g. Vereins war, die von Annemarie Sänger in Privatinitiative eingerichtete „Stelle für tiefenpsychologische Elternberatung und Kinderpsychotherapie“ in Heidelberg auf eine solide ökonomische Basis zu stellen. Dieser Verein war Träger einer der ersten Erziehungsberatungsstellen und Ausbildungsinstitute für Psychagogik, dessen Tätigkeit in den 1950ern auch durch Vorlesungen zur Psychagogik am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg unterstützt wurde (Hachmann-Gleixner, o.J.). Eine an diesem Institut ausgebildete Psychagogin hat dem Autor, als er 1976 als Berufsanfänger seine Stelle an einer Erziehungsberatungsstelle in der Nähe von Heidelberg antrat, das ABC einer tiefenpsychologisch fundierten psychosozialen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen beigebracht.

Wer war diese Sänger, die auf Jahre die Psychagoginnen-Ausbildung in Heidelberg prägen sollte? Sie hatte zwischen den Weltkriegen Sozialwissenschaften studiert, sich für Fragen der Entwicklungspsychologie interessiert und unter der Supervision des Adlerianers Leonhard Seif mit schwer erziehbaren Jugendlichen gearbeitet; der Name Seif ist im NS-Staat eng mit der Entwicklung der Erziehungsberatung zunächst in München (1922) und ab 1937/38 reichsweit verknüpft. Nach Heidelberg kam Sänger 1944 auf Anforderung des damaligen Direktors des Universitätskrankenhauses, wo sie für Stationsärzte in Supervisionsfunktion tätig war. Zuvor aber war sie seit Kriegsbeginn am „Göring-Institut“ tätig gewesen. Möglicherweise war die Seif-Schülerin dort mit - seit dem reichsweiten Aufbau von Erziehungsberatungsstellen anfallenden - Aufgaben in der Ausbildung von ErziehungsberaterInnen betraut.

5.7 Psychoanalyse und Pädagogik: ein Rückblick auf die Anfänge

Die PsychagogInnen der jungen Bundesrepublik ihrer Grundorientierung nach als „psychoanalytisch“ zu bezeichnen, wäre nach allem bisher Gesagten ein historisches Fehlurteil; „tiefenpsychologisch“ oder „psychodynamisch“ (so der international übliche Begriff) ist zutreffend. Dennoch: Die Psychoanalyse hat, auf die Länge und Breite gesehen, einen größeren und nachhaltigeren Einfluss auf zuerst die deutsche Psychagogik

und dann die hiesigen tiefenpsychologisch ausgebildeten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgeübt, als die auf Jung und Adler zurück gehenden Schulen. Ohne deren Bedeutung zu erkennen, sei hier der Blick auf Sigmund Freud und die frühe psychoanalytische Bewegung gerichtet.

Der „Kleine Hans“ war Freuds erste Fallgeschichte eines Kindes (Freud, 1909). Man kann in dessen Behandlung den ersten Fall der gezielten psychotherapeutischen Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen im Kindes- und Jugendalter sehen, muss sich allerdings darüber im Klaren sein, dass es dem methodischen Vorgehen nach keine Kinderpsychotherapie im Sinne einer Arbeit überwiegend mit dem kindlichen Patienten / Klienten war, sondern hauptsächlich in einer Elternberatung bestand. Freud hat das später aber zu den „Kinderanalysen“ gerechnet, was zeigt, dass er da in methodischer Hinsicht recht großzügig dachte. Die Schrift, in der er das tat, stammt von 1926 und trägt den Titel „Die Frage der Laienanalyse“, die für alle, die „Laien“ also Nicht-ÄrztInnen“ sind, bis heute eine lehrreiche Lektüre bietet.

In dieser seiner Schrift, die im Stile eines (fiktiven) Streitgesprächs geschrieben ist, heißt es im 4. Kapitel:

„Wie, Sie haben kleine Kinder in Analyse genommen, Kinder im Alter vor sechs Jahren? Geht das überhaupt, und ist es nicht für diese Kinder recht bedenklich?“ Es geht sehr gut. Es ist kaum zu glauben, was in einem solchen Kind von vier bis fünf Jahren schon alles vorgeht. Die Kinder sind geistig sehr regsam in diesem Alter, die sexuelle Frühzeit ist für sie auch eine intellektuelle Blüteperiode. Ich habe den Eindruck, daß sie mit dem Eintritt in die Latenzzeit auch geistig gehemmt, dümmer, werden. Viele Kinder verlieren auch von da an ihren körperlichen Reiz. Und was den Schaden der Frühanalyse betrifft, so kann ich Ihnen berichten, daß das erste Kind, an dem dies Experiment vor nahezu zwanzig Jahren gewagt wurde, seither ein gesunder und leistungsfähiger junger Mann geworden ist, der seine Pubertät trotz schwerer psychischer Traumen klaglos durchgemacht hat. Den anderen „Opfern“ der Frühanalyse wird es hoffentlich nicht schlechter ergehen. An diese Kinderanalysen knüpfen sich mancherlei Interessen; es ist möglich, daß sie in der Zukunft zu noch größerer Bedeutung kommen werden. Ihr Wert für die Theorie steht ja außer Frage. Sie geben unzweideutige Auskünfte über Fragen, die in den Analysen Erwachsener unentschieden bleiben, und schützen den Analytiker so vor Irrtümern, die für ihn folgenschwer wären. Man überrascht eben die Momente, welche die Neurose gestalten, bei ihrer Arbeit und kann sie nicht erkennen. Im Interesse des Kindes muß allerdings die analytische Beeinflussung mit erzieherischen Maßnahmen verquickt werden. Diese Technik

harrt noch ihrer Ausgestaltung. (Freud, 1926; zitiert nach der online verfügbaren Version)

Eine Form dieser Verquickung geschah in der oben skizzierten Entwicklungslinie, die in Deutschland dann in der Psychagogik ihre Gestalt gewann. Für eine andere Form besagter Verquickung gesorgt zu haben bzw. sorgen zu wollen, reklamiert für sich hierzulande die Psychoanalytische Pädagogik mit ihrer starken sozialpädagogischen Ausrichtung. Sie beruft sich auf eine Tradition, die im Wien der Zwischenkriegszeit begründet wurde: In eben dem Jahr des Laienpsychoanalyse-Artikels erschien erstmals und letztmals 1937, da Nazi-Deutschland schon seinen (großen) Schatten auf das nun wahrlich nicht „anti-faschistische“ Österreich warf, die „Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik“. Welche Themen, welche auch hier und heute aktuellen Fragen dort von Anfang an be- und verhandelt wurden, möge eine Passage illustrieren, die sich in deren erstem Heft auf S. 25 findet:

In den verschiedenen niederen und höheren Schulkategorien gibt es immer wieder Schüler, die den Lehrer von seiner eigentlichen Aufgabe abhalten und dadurch die Erreichung des Unterrichts- und Erziehungszieles der Klasse in Frage stellen. Unter diesen Kindern und Jugendlichen bilden die „Verwahrlosten“ eine Gruppe ganz besonderer Art. Obwohl sie in ihrem Verhalten oft sehr voneinander abweichen, - die einzelnen Formen differenzieren sich auch noch untereinander stark, - sind ihre Äußerungen doch so charakteristisch, daß dieser Schülertypus jedem Lehrer bekannt ist, und daher auch Erörterungen über Verwahrlose ohne vorhergehende Beschreibung oder Definition der Verwahrlosung möglich werden.

(Aichhorn, 1926, S. 25)

Mit diesen Worten beginnt der Artikel „Zum Verwahrlosten-Problem“ von August Aichhorn (1926), der als Begründer der psychoanalytischen Pädagogik und eine der bedeutsamsten Gründungsfiguren der Erziehungsberatung gilt. Und gleich danach folgt der Beitrag „Die therapeutische Kinderanalyse“ (Hárnik, 1926), in der auf den „Kleinen Hans“ als Urmodell eingegangen wird.

Während die Psychagogik und die ihr nachfolgende tiefenpsychologische Kinder- und Jugendlichentherapie sowie die Psychoanalytische Pädagogik (zumindest in ihrer Praxis), eine kurative („heilende“) Zielsetzung haben, gibt es auch den Ansatz der Anwendung psychoanalytischen (oder ganz allgemein: klinisch-psychologischen) Wissens auf die Pädagogik mit präventiver Anwendung. Jeder heutige Elternratgeber, der (mit welchem Recht auch immer) sich auf klinisch-psychologisches Wissen beruft, um (angehenden) Eltern Rat-Schläge zu erteilen, ist dafür ein Anschauungsbeispiel.

Oder auch jeder heutzutage an LehrerInnen gerichtete Weiterbildungskurs in Entwicklungspsychopathologie (in all seinen Varianten und je wechselnden Bezeichnungen). Dahinter steckt eine lange Tradition.

Als Gründungsfigur gilt gemeinhin der Budapester Arzt und Psychoanalytiker Sándor Ferenczi (vgl. Heekerens, 2014b; Ferenczi, 2013) mit seinem Vortrag „Psychoanalyse und Pädagogik“ auf dem ersten internationalen Kongress der Freudianer in Salzburg 1908. Der diente gleichsam als Antrittsvorlesung in der psychoanalytischen Gemeinschaft und macht bereits hier einen Ferenczi sichtbar, der in weit höherem Maße als Freud und die meisten PsychoanalytikerInnen der frühen Bewegung „sozialpsychiatrisch“ sowie „gesundheits- und sozialpolitisch“ denken konnte und handeln wollte - was ihm zu seinem Unbehagen nicht in ausreichendem Maße gelang; denn die „Verhältnisse“, die waren nicht so.

Aus jener Salzburger Rede von 1908 seien hier die ersten Sätze referiert:

Das eingehende Studium der Werke Freuds und selbst durchgeführte Psychoanalysen können jeden darüber belehren, daß eine fehlerhafte Erziehung die Quelle nicht nur von Charakterfehlern, sondern auch von Krankheiten sein kann, ja daß die heutige Kindererziehung die verschiedensten Neurosen förmlich hochzüchtet. Indem wir unsere Patienten analysieren und dabei - ob wir wollen oder nicht - auch unser eigenes Selbst und dessen Entwicklungen einer Revision unterziehen müssen, kommen wir zur Überzeugung, daß sogar eine von edelsten Intentionen geleitete, unter den günstigsten Verhältnissen durchgeführte Erziehung - da sie auf die allgemein herrschenden fehlerhaften Prinzipien gegründet ist - die natürliche Entwicklung des Menschen in mancher Hinsicht schädlich beeinflusst, so daß, wenn wir trotzdem gesund geblieben sind, wir dies nur unserer robusteren, widerstandsfähigeren seelischen Organisation zu verdanken haben. Wir erfahren übrigens bald, daß auch derjenige, der zufällig nicht krank geworden ist, der Unzweckmäßigkeit der pädagogischen Methoden und Auffassungen viel überflüssige Seelenqual zuzuschreiben hat, und daß die Persönlichkeit der meisten Menschen infolge derselben schädlichen Erziehungseinflüsse mehr oder minder unfähig geworden ist, die naturgegebenen Freuden des Lebens unbefangen zu genießen.

Wie selbstverständlich drängt sich also wohl jedem die Frage auf, welchen praktischen Nutzen die Pädagogik aus diesen Erfahrungen ziehen könnte? Die Frage ist keine rein wissenschaftliche, sie verhält sich zu der uns hauptsächlich interessierenden Disziplin, der Psychologie, wie die Gartenbaukunst zur Botanik. Wenn wir aber schon sehen, daß Freud von einem gleichfalls praktischen Wissens-

zweig, der Neurosenpathologie, ausgehend ungeahnte psychologische Ausblicke gewinnen konnte, dürfen wir vor einem Ausflug in das Gebiet der Kindergärtner nicht zurückschrecken. (zitiert nach der online verfügbaren Darstellung)

5.8 Zur Geschichte der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie

Man kann eine historische Betrachtung der hiesigen KJPt-Profession nicht abschließen, ohne einen Blick auf die Geschichte der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie zu werfen. Was man sich dabei vor Augen halten muss: Die deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie blickt auf eine lange Tradition zurück, ihre Professionsgeschichte aber ist eine kurze. In Deutschland erfolgte die Anerkennung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als selbständiges Gebiet im Sinne von Fachärztlichkeit erst 1964. Als Beginn der Traditionslinie einer wissenschaftlichen Kinder- und Jugendpsychiatrie werden „Die psychischen Störungen des Kindes“ von Hermann Emminghaus im Jahre 1878 angesehen (Mattejat, 2006b). Aber erst 1939 wurde in Leipzig die „Kinderpsychiatrische Arbeitsgemeinschaft“ initiiert und 1940 in Wien die „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ gegründet. Gegenüber der KJPt-Profession hatte die Kinder- und Jugendpsychiatrie also keinen zeitlichen und Entwicklungsvorsprung, der sie etwa für die Rolle einer „Geburtshelferin“ für die KJPt-Profession prädestiniert hätte.

Ferner: Der Umstand, dass heute viele Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, sofern sie nicht in eigener Praxis niedergelassen sind, in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung oder Praxis arbeiten, lässt leicht vergessen, dass es diese Arbeitsplätze bis zum Ende der Psychagogik-Phase der KJPt-Profession, also bis 1975, sehr selten gab; noch 1978 waren weniger als 20 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in eigener ambulanter Praxis niedergelassen (Schaff, 2004) und die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen waren sowohl weniger verbreitet als auch nicht so ausgebaut wie heute. Als für die KJPt-Profession „prägende Institution“ gewann die Kinder- und Jugendpsychiatrie damit erst spät Gewicht. Aber sie tat es, was an zwei Beispielen illustriert sein soll.

Was die Entwicklung der verhaltenstherapeutischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie anbelangt, so hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie in gleich doppelter

Weise einen positiven Einfluss ausgeübt. Zum einen haben, sofern die Leitung dies wohlwollend förderte, bei der Etablierung der Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie in Deutschland die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, und dort insbesondere die Klinischen PsychologInnen, eine bedeutende Rolle gespielt (Mattejat, 2006b). Zum anderen wurde die Professionalisierung der deutschsprachigen Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie in den 1990ern durch die o.g. deutsch(sprachig)en Lehrbücher vorangetrieben, die sich ganz oder überwiegend der verhaltenstherapeutischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie widmen; zwei davon (Steinhausen & von Aster, 1993; Remschmidt, 1997) entstanden in universitären Kinder- und Jugendpsychiatrien, die eine in Zürich, die andere in Marburg. Und am zweiten Ort, in den Händen von Fritz Mattejat, lag auch die Verantwortung für das bislang umfangreichste Lehrbuch, die „Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien“ (Mattejat, 2006a).

Für den psychodynamischen Teil der KJPt-Profession sei der Blick noch einmal nach Heidelberg gelenkt. Dort wurden seit Gründung der heilpädagogischen Beratungsstelle im Jahre 1917 durch zwei Professoren, den Psychiater August Homburger und einen Pädiater, Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen durch die Universität Heidelberg fachspezifisch versorgt. August Homburger leistete mit seinen „Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters“ von 1926 einen bedeutenden Beitrag für die Entstehung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, für den er, 1932 gestorben, heute durch einen mit seinem Namen verbundenen Preis der Universität Würzburg geehrt wird. Dieses Erbe trat nach dem Zweiten Weltkrieg Manfred Müller-Küppers an. Von Ende 1960 an baute er die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie auf, die 1971 zum Lehrstuhl erhoben wurde; Manfred Müller-Küppers leitete die Abteilung bis zu seiner Emeritierung 1993. In dieser Zeit hat er auf vielfältige Weise die Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Region Heidelberg im allgemeinen und die Verbreitung der Psychagogik im besonderen gefördert; während meiner Erziehungsberatungstätigkeit nahe Heidelberg Ende der 1970er habe ich sein Wirken (mitunter hautnah) miterlebt.

Er war ein einflussreiches Mitglied im lokalen Jugendwohlfahrtsausschuss, er war - in Zeiten des Delegationsverfahrens - delegierender Arzt für PsychagogInnen, er war Gutachter in Sachen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (vom Individualgutachten bis zu Gutachten in Fragen der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgung) und Organisator von regelmäßiger Weiterbildung - unter dem Namen „Hausseminar“

bekannt - im Bereich der psychosozialen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Überregionale Bedeutung gewonnen hat er durch Publikationen, darunter zwei Beiträge in der „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“, erschienen im Abstand von bald drei Jahrzehnten: „Jugendpsychiatrie und Erziehungsberatung“ (Müller-Küppers, 1963) und „Aus den Anfängen der Kinderanalyse“ (Müller-Küppers, 1992). Manfred Müller-Küppers hatte ein breites Blickfeld und der Psychoanalytiker hatte auch einen Standpunkt. Als die „Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse“ das Themenheft „Die Psychotherapie zum Ende des 20. Jahrhunderts im deutschsprachigen Bereich – eine Übersicht“ plante, wurde er mit der Darstellung der „Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“ betraut.

„Kinderpsychotherapie im engeren Sinne ist aber analytische Psychotherapie“ (Müller-Küppers, 1990, S. 131) notierte er dort ebenso anspruchsvoll wie eigensinnig - ein knappes Jahrzehnt vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes, das diesen Anspruch zu Fall bringen sollte.

5.9 Anforderungen an Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen stellt besondere Anforderungen an die damit befassten Fachkräfte:

Die Therapie mit Kindern und Jugendlichen erfordert von den Therapeuten die Bereitschaft und Fähigkeit, seinen Kommunikationsstil auf altersspezifische Besonderheiten und sehr unterschiedliche Entwicklungsniveaus einzustellen. Spielerische und aktionale Momente sind dabei ebenso wichtig wie die verbale Kommunikation. Eine weitere Voraussetzung ist die Bereitschaft und Fähigkeit, sich gleichzeitig auf mehrere unterschiedliche Menschen mit divergenten Wünschen, Zielen, Ansprüchen und Möglichkeiten einzustellen und mit ihnen zurechtzukommen. Schließlich erfordert die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und ihren Familien die Bereitschaft und Fähigkeit, Unordnung und schnelle Wechsel auszuhalten und vielleicht sogar Freude daran zu haben. Von Seiten der Therapeuten ist in der Kinder- und Jugendlichentherapie somit eine hohe Toleranz für schwer überschaubare und nur partiell planbare Situationen erforderlich. Die Fähigkeit, sich - ähnlich wie ein Kind - in neugieriger und kreativer Weise auf neue Situationen einzustellen, ist dabei von Nutzen. Flexibilität, Kreativität und Spontaneität sollten durch strukturierende Fähigkeiten ergänzt werden, um bei

der Komplexität der Anforderungen eine zielgerichtete und verantwortungsvolle Therapie zu ermöglichen. (Mattejat, Quaschner & Remschmidt, 2006, S. 10)

5.10 Und wie geht es weiter?

Der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) ist die Bundesdelegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und besteht aus den von den Psychotherapeutenkammern der Länder nach Landesrecht bestimmten Bundesdelegierten bzw. deren Stellvertretern. Die Bundesdelegierten bzw. deren Stellvertreter werden nach dem Grundsatz bestimmt, dass die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Verhältnis ihrer Vertretung in den Kammerversammlungen repräsentiert sein sollen.

Auf dem 25. Deutschen Psychotherapeutentag wurde am 15.11.2014 mit 86 Ja- und 38 Nein-Stimmen bei 4 Enthaltungen ein Beschluss zur Reform der Psychotherapeutenausbildung verabschiedet, deren Kernstücke wie folgt lauten (zitiert Bundespsychotherapeutenkammer, 2014):

Ziel ist die zweiphasige wissenschaftliche und berufspraktische Qualifizierung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Angehörige eines akademischen Heilberufs durch den Erwerb professioneller Kompetenzen, wie sie im Kompetenzprofil für die Berufsausübung im ambulanten und stationären Bereich sowie in Institutionen der komplementären Versorgung beschrieben wurden.

Im wissenschaftlichen Hochschulstudium (Qualifizierungsphase I bis einschließlich Masterniveau) erstreckt sich die Qualifizierung über die gesamte Altersspanne (Kinder, Jugendliche und Erwachsene). In dieser Phase sind die vier Grundorientierungen der Psychotherapie (verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch, systemisch und humanistisch) mit Strukturqualität zu vermitteln.

In der anschließenden Weiterbildung (Qualifizierungsphase II) sind Vertiefungen in wissenschaftlichen Psychotherapieverfahren und -methoden sowie Schwerpunktsetzungen mit vertiefter Qualifizierung für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. von Erwachsenen einzurichten.

Hochschulstudium und zweite Qualifizierungsphase sind aufeinander zu beziehen. Nach dem Studium ist ein Staatsexamen mit Approbation vorzusehen. Die Approbation berechtigt zu Weiterbildungen, deren Abschlüsse insbesondere die Voraussetzung für die eigenständige Behandlung gesetzlich Krankenversicherter (Fachkunde) im ambulanten und im stationären Bereich darstellen.

In der Weiterbildung werden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im ambulanten, teilstationären, stationären und komplementären Bereich für eine verbesserte und differenzierte psychotherapeutische Versorgung aller Patientengruppen qualifiziert.

Die Weiterbildungsgänge werden über die gesamte Weiterbildungszeit von Weiterbildungsstätten koordiniert und organisiert einschließlich der Theorieanteile, Supervision und Lehrtherapien. Die derzeitigen staatlich anerkannten Ausbildungsstätten werden zu Weiterbildungsstätten übergeleitet, wenn sie die Anforderungen der Weiterbildungsordnung erfüllen. Dabei ist dafür zu sorgen, dass eine ausreichende Zahl an Plätzen zur Sicherung eines hinreichenden psychotherapeutischen Nachwuchses zur Verfügung gestellt wird.

Würde dieser Beschluss in entsprechende gesetzliche Regelungen umgesetzt, bedeutete dies das Ende eines gesonderten Berufs der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, zu dem auch AbsolventInnen von Studiengängen der Sozialen Arbeit Zugang haben. Die Diskussion darüber hat schnell eingesetzt und wird mit einiger Heftigkeit geführt (vgl. etwa Heekerens, 2014c; Lehndorfer & Timmermann, 2013; Sulz, 2014). Dafür, dass AbsolventInnen von Studiengängen der Sozialen Arbeit auch weiterhin Zugang haben, machen sich aus Disziplin und Profession der Sozialen Arbeit insbesondere der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit und die Arbeitsgemeinschaft „Zugang und Qualitätssicherung der Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ stark.

Anmerkung

Dieser Beitrag fußt auf Publikationen der Jahre 1992 - 2015:

Heekerens, H.-P. (1992a). Zur Zukunft der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Report Psychologie, 46(4), 8-18.

Heekerens, H.-P. (1992b). Soziale Arbeit und Psychotherapie. Neue Praxis, 22, 442-449.

Heekerens, H.-P. (2009). Der Beruf der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin - ein Abriss seiner Geschichte. Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen - Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 5, 85-97.

Heekerens, H.-P. (2014a). Rezension vom 05.05.2014 zu Zienert-Eilts, K. (2013). Karl Abraham. Eine Biografie im Kontext der psychoanalytischen Bewegung. Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet-Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16718.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014b). Rezension vom 20.03.2014 zu Ferenczi, S. (2013). Das klinische Tagebuch. Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16363.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014c) Rezension vom 28.11.2014 zu Sulz, S. (Hrsg.): Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Norderstedt: Books on Demand GmbH. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/17976.php> [letzter Zugriff am 20.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2015). Rezension vom 05.05.2015 zu Peglau, A. (2015). Unpolitische Wissenschaft? Wilhelm Reich und die Psychoanalyse im Nationalsozialismus. Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/18421.php> [letzter Zugriff am 19.06.2016].

Literatur

Aichhorn, A. (1926). Zum Verwahrlosten-Problem. Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik, 1, 25 - 27. Online verfügbar unter https://ia800205.us.archive.org/28/items/ZfpP_I_1926_1_k/ZfpP_I_1926_1_k.pdf [letzter Zugriff am 4.7.2016].

Arlt, B. (2006). Biographische Berufswege im Horizont der Gilde Soziale Arbeit – Ein Beitrag zur Entwicklung der Sozialarbeit. Tönning: Der Andere Verlag.

Boehm, F. (1952). Zur Ausbildung und Arbeitsweise der Psychagogen (Erziehungsbetreuer). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1, 65-71.

Borg-Laufs, M. (2006). Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ). Tübingen: dgvt-Verlag.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Diplom-Pädagogen e.V., AG Tübingen (1978). Gegen eine Trennung von sozialer und therapeutischer Hilfe. Neue Praxis [Sonderheft 1978], 158-162. Bundespsychotherapeutenkammer (2014). Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentages zur Reform der Psychotherapeutausbildung. Online verfügbar unter [letzter Zugriff am 4.7.2016].

Cocks, G. (1985). Psychotherapy in the Third Reich: the Göring Institute. New York: Oxford University Press. (2. überarbeitete Aufl. 1997, New Brunswick: Transaction Publishers).

Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (1978). Offener Brief an den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit Frau Antje Huber zum “Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Psychotherapeuten”. Neue Praxis [Sonderheft 1978], 165-168.

Diederichs-Paeschke, V. & Stafski, B. (2000). Auf der Suche nach einer verlorenen Identität? Wandel eines Berufsbildes - Kinderanalytiker - Psychagoge - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Luzifer-Amor, 13(25), 105-125.

Diepold, B. (2005). Von der Psychagogik zur analytischen Kinderpsychotherapie. In B. Diepold, Spielräume - Erinnern und Entwerfen: Aufsätze zur analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (S. 27-36) (Reprint des Vortrags von 1994). Göttingen: Universitätsverlag.

Dührssen, A. (1954). Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.

Dührssen, A. (1963). Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.

Dührssen, A. (1994). Ein Jahrhundert psychoanalytische Bewegung in Deutschland. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.

Fallend, K. & Nitzschke, B. (2002). Vorwort zur Neuausgabe. In K. Fallend & B. Nitzschke (Hrsg.), Der „Fall“ Wilhelm Reich – Beiträge zum Verhältnis von Psychoanalyse und Politik (S. 13-28). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Ferenczi, S. (1908). Psychoanalyse und Pädagogik. Online verfügbar unter <http://www.psyalpha.net/literatur/volltexte/ferenczi-sandor-ausgewaehlte-schriften/ferenczi-sandor-19081938-pschoanalyse-paedagogik> [letzter Zugriff am 4.7.2016].

Ferenczi, S. (2013). Das klinische Tagebuch. Gießen: Psychosozial-Verlag (Socialnet Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/16363.php> [letzter Zugriff am 4.7.2016].

Freud, S. (1909). Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. Online verfügbar unter <http://www.psychanalyse.lu/Freud/FreudHans.pdf> [letzter Zugriff am 12.5.2016].

Freud, S. (1926). Freud, S. (1926). Die Frage der Laienanalyse. GW XIV (S. 207-284). Online verfügbar unter <http://gutenberg.spiegel.de/buch/die-frage-der-laienanalyse-928/4> [letzter Zugriff am 3.7.2016].

Freud, A. (1927). Einführung in die Technik der Kinderanalyse. Leipzig u.a.: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Hachmann-Glexner, M. (o.J.). Das Psychologische Institut Heidelberg im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit (unveröffentlichte Diplom-Arbeit). Universität Heidelberg: Psychologisches Institut.

Harnik, J. (1926). Die therapeutische Kinderanalyse. Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik, 1, 28 – 29. Online verfügbar unter https://ia800205.us.archive.org/28/items/ZfpP_I_1926_1_k/ZfpP_I_1926_1_k.pdf [letzter Zugriff am 4.7.2016].

Heekerens, H.-P. (1992a). Zur Zukunft der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Report Psychologie, 46(4), 8-18.

Heekerens, H.-P. (1992b). Soziale Arbeit und Psychotherapie. Neue Praxis, 22, 442-449.

Heekerens, H.-P. (2014a). Rezension vom 05.05.2014 zu Zienert-Eilts, K. (2013). Karl Abraham. Eine Biografie im Kontext der psychoanalytischen Bewegung. Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet-Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16718.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014b). Rezension vom 20.03.2014 zu Ferenczi, S. (2013). Das klinische Tagebuch. Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/16363.php> [letzter Zugriff am 7.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2014c) Rezension vom 28.11.2014 zu Sulz, S. (Hrsg.): Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Norderstedt: Books on Demand GmbH. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/17976.php> [letzter Zugriff am 20.6.2016].

Heekerens, H.-P. (2015). Rezension vom 05.05.2015 zu Peglau, A. (2015). Unpolitische Wissenschaft? Wilhelm Reich und die Psychoanalyse im Nationalsozialismus. Gießen: Psychosozial-Verlag. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/18421.php> [letzter Zugriff am 19.06.2016].

Höfig, A. (2006). Diplom-Pädagogen im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie (unveröffentlichte Dissertation). Universität Siegen. Online verfügbar unter: www.ub.uni-siegen.de/pub/diss/fb2/2006/hoefig/hoefig.pdf [letzter Zugriff am 19.6.2016].

Hopf, H. & Windaus, E. (Hrsg.). (2007). Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. München: CIP-Medien.

Kögler, M. (2008). Die Wiederkehr von analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft. Online verfügbar unter www.winnicot-institut.de/download/Vortrag_DPG08_DrKoegler.doc [letzter Zugriff am 19.6.2016].

Lehndorfer, P. & Timmermann, H. (2013). Übersicht über Inhalte und Standpunkte der Diskussion um die Novellierung der Psychotherapeutenausbildung. Online verfügbar unter <http://www.vakjp.de/pdf/meldungen/2013-03%20VAKJP-Papier%20zur%20Ausbildungsreform.pdf> [letzter Zugriff am 22.7.2016].

Lockot, R. (1985). Erinnern und Durcharbeiten – Zur Geschichte der Psychoanalyse und Psychotherapie im Nationalsozialismus. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag. Mattejat, F. (Hrsg.). (2006a). Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. München: CIP-Medien.

Mattejat, F. (2006b). Die Entwicklung der Kinderverhaltenstherapie im geschichtlichen Zusammenhang. In F. Mattejat (Hrsg.), Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien (S. 13-34). München: CIP-Medien.

Mattejat, F., Quaschner, K. & Remschmidt, H. (2006). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen: Definition, Prinzipien, Besonderheiten. In F. Mattejat (Hrsg.), Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien (S. 3-12). München: CIP-Medien.

Meyer, A.E., Richter, T., Grawe, K., Schulenburg, J.-M. von & Schulte, B. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Hamburg: Eigendruck.

Moritz, W. (Hrsg.). (2000). Marie Baum – Ein Leben in sozialer Verantwortung. Heidelberg: Schriften der Universitätsbibliothek Heidelberg.

Müller-Küppers, M. (1963). Jugendpsychiatrie und Erziehungsberatung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 12, 157-166.

Müller-Küppers, M. (1990). Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 36, 131.

Müller, Küppers, M. (1992). Aus den Anfängen der Kinderanalyse. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 41, 200-206.

Oberborbeck, K. W. (1997). 50 Jahre Erziehungsberatung in Niedersachsen – Erfolge und Misserfolge beim Aufbau der Erziehungsberatung in Niedersachsen nach 1945. Online verfügbar unter www.oberborbeck-net.de/html/04.10.05.htm [letzter Zugriff am 19.6.2016].

Oberborbeck, K. W. (2003). Zur Entwicklung der Psychagogik unter dem Nationalsozialismus in Deutschland und Auswirkungen auf die Nachkriegsentwicklung der Erziehungsberatung anhand einiger Beispiele. Online verfügbar unter www.oberborbeck-net.de/html/28.04.03.htm [letzter Zugriff am 19.6.2016].

Peglau, A. (2015). Unpolitische Wissenschaft? Wilhelm Reich und die Psychoanalyse im Nationalsozialismus. Gießen: Psychosozial-Verlag (Socialnet Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/18421.php> [letzter Zugriff am 4.7.2016]).

Petermann, F. (1996). Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie - Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe.

Remschmidt, H. (Hrsg.). (1997). Psychotherapie im Kinder- und Jugendalter. Stuttgart: Thieme.

Remschmidt, H., Mattejat, F. & Warnke, A. (Hrsg.). (2003). Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen – Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Thieme.

Schaff, C. (2004). Möglichkeiten und Grenzen ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. In J.M. Fegert & C. Schrapper (Hrsg.), Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie: Interdisziplinäre Kooperation (S. 333-353). Weinheim/München: Juventa.

Steinhausen, H.-C. & Aster, M. von (Hrsg.). (1993). Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H.J., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleben, M. & Willutzki, U. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publikationen/forschungsberichte/Forschungsgutachten-Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten.pdf [letzter Zugriff am 19.6.2016].

Sulz, S. (Hrsg.) (2014). Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet? Norderstedt: Books on Demand (Socialnet Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/17976.php> [letzter Zugriff am 4.7.2016]).

Thiersch, H. (1978). Sozialarbeit und Therapie. Neue Praxis [Sonderheft 1978], 6-24.

Zienert-Eilts, K. (2013). Karl Abraham. Eine Biografie im Kontext der psychoanalytischen Bewegung. Gießen: Psychosozial-Verlag (Socialnet-Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/16718.php> [letzter Zugriff am 4.7.2016]).

6 Wirksamkeit psychosozialer Handlungsformen für die Soziale Arbeit - eine methodenkritische Übersicht

Zusammenfassung

Geklärt wird zunächst, was einerseits unter „psychosozialen Handlungsformen für die Soziale Arbeit“ und unter „Wirksamkeit“ andererseits zu verstehen sei. Dann wird begründet, weshalb nur ganz bestimmte Interventionen in die Analyse einbezogen werden. Diese sind Sozialberatung, Soziotherapie und Sozialtherapie im Strafvollzug, ferner Angehörigenarbeit, Elterntrainings sowie verschiedene im aufsuchenden Modus arbeitende familienbezogene Methoden mit unterschiedlichen Schwerpunkten: Familien unterstützend, erhaltend oder (wieder) vereinigend. Die Wirksamkeitsforschung zu diesen Methoden und deren Ergebnisse werden dargestellt und diskutiert; forschungsmethodische Fragen werden vorab erörtert.

Schlüsselwörter

Angehörigenarbeit, Aufsuchende Familientherapie, Effektivität, Effektivitätsforschung, Effizienz, Elterntraining, Ergebnisforschung, Evidenzbasierung, *Home Visiting*, Prozessforschung, psychosoziale Interventionen, Sozialberatung, Sozialtherapie, Soziotherapie, Wirksamkeit, Wirksamkeitsforschung

6.1 Einleitung

Der Titel ist erklärungsbedürftig. Der Begriff „Handlungsformen“ wird hier im gleichen Sinne benutzt, wie das Michael Galuske und C.W. Müller (2002) in „Handlungsformen in der Sozialen Arbeit“ tun. Man könnte stattdessen auch die Begriffe „Methoden“, „Interventionen“, „Programme“ oder „Treatments“ verwenden, die nachfolgend zur Abwechslung ebenfalls gebraucht werden. Der Begriff „Handlungsform“ hat den Vorteil, dass damit Soziale ArbeiterInnen als Handelnde ernst genommen und wertgeschätzt werden. Die Aufgaben der Sozialen Arbeit sind vielfältig, ihre Tätigkeitsfelder verschieden und sie arbeitet mit vielen Methoden (vgl. Galuske, 2007). Von diesen wird hier nur ein bestimmter, mit „psychosozial“ etikettierter Teil betrachtet; der Begriff ist hier enger gefasst als etwa in „Psychosoziale Interventionen“ (Gahleitner u.a., 2014) oder „Evaluation psychosozialer Interventionen“ (Hahn & Hüttemann, 2015; vgl. Heekkerens, 2015a). Gemeint sind Handlungsformen für die Soziale Arbeit, in die mehr oder weniger viel klinisch-psychologisches und psychotherapeutisches Wissen und Können eingeflossen sind. Die Ursprünge dieser Handlungsformen lassen sich bis in die Anfänge des US-amerikanischen *Social Case Work* zurückverfolgen; sie haben eine bald hundertjährige Tradition.

Es wird bewusst nicht von Handlungsformen *in* der Sozialen Arbeit oder Methoden der Sozialen Arbeit gesprochen, weil in der nachfolgenden Übersicht manche Interventionen dargestellt sind, die auch, vorwiegend oder (bislang) nur von anderen Berufsgruppen durchgeführt werden oder aber von Sozialen ArbeiterInnen in anderen Ländern (hauptsächlich den USA), in Deutschland aber (noch) nicht oder nur in Anfängen. Mit „für die Soziale Arbeit“ wird die Überzeugung zum Ausdruck gebracht, dass die erwähnten Handlungsformen grundsätzlich und ohne dass sie gegen gelendes Berufs- und Sozialrecht verstießen, für die hiesige Soziale Arbeit geeignet sind; allfällige Modifikationen und Adaptationen sind dabei in Rechnung gestellt.

Erklärbungsbedürftig in einer Arbeit, die sich vornehmlich an Soziale ArbeiterInnen in Deutschland wendet, ist „Wirksamkeit“. Was man darunter zu verstehen hat, ist den PsychologInnen hierzulande und den Sozialen ArbeiterInnen im angelsächsischen Bereich in der Regel bekannt, weil die jeweilige Disziplin dafür sorgt, dass im Studium vertiefter Einblick in die Wirksamkeitsforschung gewährt wird, und das Thema „Evidenzbasierte Praxis“ (EBP) für die Profession von erheblicher praktischer Bedeutung ist. Beispielsweise sind in Deutschland nur solche Psychotherapieverfahren

wissenschaftlich anerkannt, die international üblichen EBP-Kriterien genügen; das hat einschneidende berufs- und sozialrechtliche Folgen. Aber ist denn die Praxis der deutschen Sozialen Arbeit nicht eine, die man als „evidenzbasiert“ ansehen kann und muss, man liest und hört doch zunehmend mehr von „Wirkungsorientierung“ (in) der hiesigen Sozialen Arbeit? Dem ist nicht so.

6.2 Die deutsche Soziale Arbeit und die „Wirksamkeits“-Frage

Es ist offensichtlich, dass in Theorie und Praxis die Frage der Wirksamkeit und die Wirksamkeitsforschung in der deutschsprachigen Sozialen Arbeit eine weitaus geringerer Rolle spielt als in der angelsächsischen (vgl. etwa Hodge et al., 2012). Wie groß der Unterschied im Einzelfall sein kann, ist am Beispiel der Methode „Erlebnispädagogik“ abzulesen (vgl. Heekerens, 2006a, 2013). Selbst der Begriff „weitaus geringerer“ könnte freilich noch irreführend sein; insofern nämlich, als dass er die Vorstellung nahe legt, der Unterschied in Sachen „Wirksamkeitsforschung (in) der Sozialen Arbeit“ zwischen Deutschland und etwa den USA sei „nur“ ein quantitativer. Man muss da doch eher an einen qualitativen Unterschied denken, an eine (forschungs-)kulturelle Differenz.

So jedenfalls sieht das Sigrid James, Professorin für *Social Work & Social Ecology* an der (süd-) kalifornischen *Loma Linda University*. Sie, die damals Gastprofessorin am Institut für Sozialwesen an der Universität Kassel war, brachte mit ihrer abschließenden *Keynote* doch noch mal frischen Wind in den von der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) am 24./25.4.2015 in Würzburg veranstalteten Kongress „Wirkungen Sozialer Arbeit - Potentiale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin“. Dessen Beiträge liegen zwischenzeitlich in einem Sammelband (Borrmann & Thiessen, 2016; vgl. Heekerens, 2016) vor, aus dem nachfolgend James (2016a) auszugsweise zitiert sei (Literaturangaben werden weggelassen):

Auch wenn die Reaktionen auf die EBP [Evidence-based Practice / Evidenzbasierte Praxis] als Handlungsparadigma oder -methode selbst in den Hochburgen der EBP nicht als monolithisch beschrieben werden können ..., so ist ihr die deutsche Soziale Arbeit, die EBP in erster Linie mit Standardisierung, Dienstleistungssteuerung und Ökonomisierung in Verbindung setzt, bisher durchweg kritisch und mit beträchtlicher Skepsis begegnet ... Mangelnde Erfahrungen in der Umsetzung von EBP haben zudem zu einer abstrakten und fast karikativen Darstellung geführt, die die Möglichkeiten der EBP und das Potential, das die

deutsche Soziale Arbeit als Beitrag zu diesem Wissensbereich leisten könnte, minimiert und eine konstruktive Debatte über die Thematik oft schwierig macht. (James, 2016a, S. 143)

Ihr damaliger Vortrag trägt den (Haupt-)Titel „Inside the belly of the beast“, zu dem sie anmerkt (auf S. 144 unten): „Der Titel ist u.a. aus satirischen Gründen gewählt worden, da die EBP scheinbar von einigen Kollegen als ‚Biest‘ betrachtet wird, das es, wenn nicht zu vernichten, so doch zu überleben gilt.“ James hat ihre Meinung nicht nur auf genanntem Kongress (und dessen o.g. Dokumentation kundgetan), sondern auch in dem „Soziale Arbeit“- Artikel „Wirkungsmessung im Kontext der Evidenzbasierten Praxis“ (2016b), dessen Schlusspassage (S. 223 - 224) es wert ist, hier referiert zu werden:

Für die deutsche Soziale Arbeit, die sich bis heute auf ein wertegesteuertes und von Theorien und Expertenmeinungen beeinflusstes Handlungsparadigma zu verlassen scheint und in der EBP hauptsächlich mit Ökonomisierung, Dienstleistungssteuerung und Standardisierung in Verbindung gebracht wird, ergeben sich aus dieser Betrachtung eine Reihe von Herausforderungen. Der von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern erstellte empirische Wissenskorpus in Deutschland ist äußerst klein und von geringer Bedeutung für die Wissensbildung in der Sozialen Arbeit. Ergebnisse von Studien im englischsprachigen Raum sind nur bedingt auf den deutschen Kontext übertragbar und bedürfen eigener systematischer Untersuchung. Diese Faktoren, gekoppelt mit einer starken geisteswissenschaftlichen Wissenstradition, sprachlichen Barrieren und eingeschränktem Zugang zur internationalen empirischen Literatur, haben bisher ein breites Verständnis für die Bedeutung der Wirkungsforschung in der deutschen Sozialen Arbeit verhindert. Das heißt, Evidenz im Sinne der Konzipierung von EBP als Prozess wird sich weiterhin fast notwendigerweise auf Praxiserfahrung, Expertenmeinung und rechtliche Vorgaben stützen.

In Bezug auf die zweite Konzipierung der EBP als Anwendung forschungsbasierter Praktiken kann festgestellt werden, dass es zwar eine Reihe von identifizierbaren Handlungsmethoden in der Sozialen Arbeit gibt, die wenigsten aber bisher systematisch untersucht wurden und somit eine Bewertung und Einordnung in eine Rangliste kaum stattfinden kann. Programme, wie sie auf der *Grünen Liste Prävention* aufgeführt sind, haben zwar Relevanz für die Soziale Arbeit, werden aber im Allgemeinen nicht zu den Handlungsmethoden der Sozialen Arbeit gezählt. Konzeptioneller Widerstand gegen die vermeintliche Technisierung der Sozialen Arbeit ... verhindert zudem, dass sozialpädagogische Handlungsansätze erfasst und spezifiziert werden - ein Schritt, der unumgänglich für die Wirkungsforschung ist. Die durchweg kritische Haltung gegenüber der EBP schlechthin

und mangelnde Erfahrung mit der EBP und ihrer Anwendung haben hierzulande zu einer abstrakten und fast karikierenden Darstellung der EBP geführt, die deren Anliegen nicht entspricht.

Aber ungeachtet der Tatsache, wie EBP konzipiert wird, wird sich die Soziale Arbeit zunehmend mit der Frage auseinandersetzen müssen, mit welchen Methoden sie die Qualität und Wirkungen ihrer Handlungsansätze und Interventionen evaluieren und messen wird ... Sich der Frage der Wirkung und ihrer Bedeutung für die Sozialarbeitspraxis zu entziehen, sollte nicht länger möglich sein, auch im Interesse einer umfassenden Professionsethik ... Die Disziplin der Sozialen Arbeit hat von den enormen empirischen Entwicklungen in den letzten 20 Jahren in vielerlei Hinsicht profitiert, was auch auf der Bereitschaft von Sozialarbeitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern beruht, die wissenschaftlichen Methoden der Wirksamkeitsforschung zu lernen und anzuwenden. Aber in letzter Konsequenz soll eine wirkungsorientierte Soziale Arbeit den Adressaten und Adressatinnen zugute kommen und dafür besteht aufgrund wachsender empirischer Evidenz begründete Hoffnung.

Wie verschieden die Wirksamkeits-Thematik in der Sozialarbeitsforschung diesseits und jenseits von Ärmelkanal und Atlantik gewichtet ist, kann man ablesen an Studienergebnissen zur Frage, welches die 100 meistzitierten Artikel in welchen Fachzeitschriften für Soziale Arbeit der Jahre 2000 - 2009 sind (Hodge et al., 2012). Zunächst einmal: Eine deutsch(sprachig)e Zeitschrift ist nicht zu finden und kein Autor(enteam) stammt aus dem deutschen Sprachraum. Sodann: Die drei am häufigsten zitierten Artikel betreffen die EBP, einer ist erschienen im „British Journal of Social Work“ (UK), zwei in „Research in Social Work Practice“ (USA); in beiden Zeitschriften zusammen sind bald vier von zehn der meistzitierten Artikel erschienen.

6.3 Warum Wirksamkeitsforschung?

Mit „Professionsethik“ und dass „eine wirkungsorientierte Soziale Arbeit den Adressaten und Adressatinnen zugute kommen“ soll hat James Gründe für Wirksamkeitsforschung (auch) auf dem Gebiet der deutschen Sozialen Arbeit angesprochen. Was sie in ihrer Argumentation völlig unterschätzt: Für die deutsche Soziale Arbeit gibt es im Unterschied etwa zur deutschen Psychotherapie und der US-amerikanischen Sozialarbeit keinen von außen (durch gesetzliche Regelungen, administrative Vorgaben oder Präferenzen von GeldgeberInnen) kommenden Zwang, Wirksamkeitsforschung zu

betreiben und (möglichst) nur evidenzbasierte Methoden zur Anwendung kommen zu lassen. Ein „heilsamer Zwang“ fehlt hierzulande. Dazu ein illustratives Beispiel.

Christoph Walther (2015) hat unter dem Titel „Wirksamkeitsforschung im Überblick: Ambulant betreutes Wohnen psychisch kranker Menschen in Deutschland“ eine Überblicksarbeit vorgelegt, als deren Fazit er formuliert: „Die sechs vorgestellten Studien geben erste Hinweise, dass die Wirksamkeit von ambulant betreuten Wohnen anhand von Parametern beschrieben werden kann.“ (S. 104) Das ist so um- und vorsichtig formuliert, dass man ihm nicht widersprechen mag. Aber mäße man diese sechs Studien an den Kriterien, die in Deutschland der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie an den Wirksamkeitsnachweis von Psychotherapie anlegt und von Gesetzes wegen anlegen muss, so wäre das Urteil, Walther würde da sicher nicht widersprechen, eindeutig: Der Nachweis der Wirksamkeit ist damit nicht geführt. Nur hat das ebenso wenig praktische Folgen, wie es der Befund „erwiesene Wirksamkeit“ hätte. Ambulantes Betreutes Wohnen ist - ungeachtet irgendwelcher Evaluationsergebnisse - als gesellschaftlich organisierte Hilfe nach Positivprüfung des Bedarfs zu gewähren (gemäß §§ 53, 54 ff SGB XII i. V. m. § 55 SGB IX). Dieses Prinzip gilt in Deutschland für den Gesamtbereich der Sozialen Arbeit.

Von solchen möglichen (Selbst-)Begründungen seien nur die drei aufgeführt, die auch auf dem Gebiet der Medizin und Psychotherapie immer wieder genannt werden. Als erster und in meinen Augen wichtigster Grund ist das Wohl möglicher KlientInnen zu nennen: Ihnen sind nur solche Formen von Hilfe anzubieten, die nach bestem Wissen, zu dem uns wissenschaftliche Arbeit verhelfen kann, als wirksam anzusehen sind. Der zweite Grund ist ein „politischer“: eine Disziplin und Profession kann nur dann auf gesellschaftliche Anerkennung hoffen, wenn sie ihr Handeln (auch) durch überzeugende Evidenzbasierung legitimieren kann; das hiesige Beispiel „Psychotherapie“ kann da lehrreich sein. Und der dritte Grund ist eine auf praktische Abzweckung gerichtete Wissenschaftlichkeit: *Was* wirkt (Frage der Wirkfaktoren) und *wie* etwas wirkt (Frage der Wirkmechanismen) kann man nur dann angehen, wenn man zuvor geklärt hat, *dass* überhaupt eine Wirkung vorliegt.

6.4 Welche psychosozialen Handlungsformen sind hier berücksichtigt?

In der vorliegenden Übersicht sind nur bestimmte psychosoziale Handlungsformen berücksichtigt: solche, bei denen einerseits (s.o.) ein bestimmtes (Mindest-)Maß an klinisch-psychologischer oder psychotherapeutischer Beeinflussung (daher „psycho“) erkennbar ist und andererseits „das Soziale“ mehr als nur eine Nebenrolle spielt (daher „sozial“). In den Blick kommen daher zunächst einmal Sozialberatung, Sozialtherapie und Soziotherapie. Darüber hinaus aber und damit Ausführungen von Helmut Pauls und Gernot Hahn (2015) aufgreifend, sind solche Interventionen berücksichtigt, die man näherungsweise als „Arbeit mit bedeutsamen Anderen“ bezeichnen kann. „Bedeutsame Andere“ sind aufs Ganze gesehen für eine Person der wohl bedeutsamste Kontext, diejenige Umwelt, die sein Denken, Erleben und Handeln am stärksten mitgestaltet.

Daher verwundert nicht, dass bei psychosozialen Interventionen, in denen ein Einzelner im Fokus der Diagnostik und Behandlung steht, ungeachtet der Therapierichtung und unabhängig davon, welche Berufsgruppe tätig ist, in aller Regel folgende Erfahrungen gemacht werden (ausführlich Heekerens & Ohling, 2004):

- Ein Individuum-zentriertes Treatment kann Auswirkungen auf bedeutsame Andere haben
- Bei einem Individuum-zentrierten Vorgehen können bedeutsame Andere sowohl wertvolle Hilfe leisten als auch professionellem Verbesserungsbemühen entgegen arbeiten.

Auf Grund beider Erfahrungen beziehen - (leider) mehr in der Theorie denn in der Praxis - verschiedene Interventionsansätze bedeutsame Andere des Klienten zu unterschiedlichen Zwecken und in diversen Funktionen mit in Diagnostik und Therapie ein. Dabei steht die o.g. zweite Erfahrung im Vordergrund des praktischen (und teilweise des theoretischen) Interesses; die o. g. erste Erfahrung erfährt nur unter einer systemischen Perspektive dasselbe Gewicht.

Die Einbeziehung „bedeutsamer Anderer“ nimmt von Problemlage zu Problemlage variierend, in starker Abhängigkeit von der theoretischer Grundorientierung (hier v. a.: systemisch vs. nicht - systemisch, aber auch psychodynamisch vs. nicht - psychodynamisch) und beeinflusst durch rechtliche Regelungen unterschiedliche Formen an. Um

an das Letzte anzuknüpfen: In Deutschland ist im Rahmen der krankenkassenrechtlich vergüteten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eine bedeutsamer Anteil für - um es nach allgemeiner Sprachregelung zu formulieren - „begleitende Elternarbeit“ vorgesehen. Diese Möglichkeit wird nach meiner Erfahrung (vgl. Heekerens, 2009) bei Weitem nicht ausgeschöpft (aus praktischen Gründen, wie mir Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen versichern), vor allem nicht (und das hat theoretische Gründe) von psychodynamischen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.

„Begleitende Elternarbeit“ bei Kind-zentrierter (Psycho-)Therapie wurde bis heute keiner systematischen Wirksamkeitsanalyse unterzogen. Von einer solchen können wir nur für andere Grundformen der „Arbeit mit bedeutsamen Anderen“ sprechen: Elterntrainings, Angehörigenarbeit und Familien-fokussierte Interventionen. Von diesen dreien wird unten die Rede sein. Nicht in ganzer Breite wird die Familientherapie dargestellt. Deren Wirksamkeitsnachweis hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie 2008 als gegeben beurteilt; zwar stellt er - aus sozialrechtlichen Gründen - dieses Urteil der Systemischen Therapie aus, aber mit Blick auf die eingereichten Wirksamkeitsstudien (Sydow u.a., 2007) ist es ein positives Urteil über die Familientherapie. Von diesen werden hier diejenigen ins Auge gefasst, die für die Soziale Arbeit am bedeutendsten erscheinen, im Mainstream (zumindest der deutschen) familientherapeutischen Bewegung aber (immer noch) eine Nebenrolle spielen: die im aufsuchenden Modus („Geh-Struktur“) arbeitenden.

6.5 Die „Grüne Liste Prävention“

Auf der genannten Würzburger DGSA-Tagung hat Frederik Groeger-Roth, Leiter des Arbeitsbereichs „Prävention nach Maß. CTC in Niedersachsen“ des Landespräventionsrates Niedersachsen über „Die „Grüne Liste Prävention“: Eine Empfehlungsliste evaluerter Programme als Beitrag zur Evidenzbasierung in der Prävention“ referiert (nachzulesen bei Groeger-Roth, 2016). „Rote Liste“ und „Gelbe Liste“ bezeichnen hierzulande Arzneimittelverzeichnisse und beinhalten alle wesentlichen Informationen, die ÄrztInnen im Entscheidungsfalle, in der Regel einer Verordnung, brauchen. Die im Internet zu findende „Grüne Liste Prävention“ hat den Anspruch, im Rahmen von aktuell verfügbarem Wissen Entscheidungshilfe bei der Auswahl von (bestimmten) Präventionsprogrammen zu leisten, indem es u. a. die Sicherheit markiert, mit der wir

ein jeweiliges Präventionsprogramm als wirksam (effektiv) ansehen können. Diese Liste ist die erste ihrer Art - in Deutschland. In angelsächsischen Ländern haben solche Listen eine lange Tradition und genießen öffentliche Anerkennung.

Wer mit psychosozialen Interventionen in der Kinder- und Jugendhilfe arbeitet, kennt meist eine der renommiertesten Listen evidenzbasierter Interventionen, die im Internet zu findenden Blueprints for Youth Development. Das öffentliche Ansehen solcher Listen ist allein schon daran ersichtlich, dass die US-Regierung eine eigene Website (zu erreichen über *Evidence-Based Program Directories*) eingerichtet hat, über die man praktisch jedes evidenzbasierte Programm, das sich mit präventiver, kurativer oder rehabilitativer Zielsetzung um Belange von Kindern und Jugendlichen kümmert, finden kann. Das öffentliche Ansehen geht Hand in Hand mit der Bedeutung für die Praxis: In den USA steuern solche Listen die Entscheidungen von Financiers Sozialer Arbeit: in der Regel Gebietskörperschaften unterschiedlicher Größen von Kommunen, über Counties und Bundesstaaten bis zum US-Staat selbst. Und zunehmend orientieren sich auch (mögliche) KlientInnen an solchen Listen.

Communities That Care (CTC) ist eine in den USA entwickelte Arbeitsmethode, um in Kommunen, Gemeinden und Stadtteilen die Rahmenbedingungen für ein sicheres und gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Der Landespräventionsrat Niedersachsen und die Landesarbeitsgemeinschaft Soziale Brennpunkte Niedersachsen haben den CTC-Ansatz erstmals im deutschen Sprachraum in einem Modellversuch (2008 - 2012) in Niedersachsen adaptiert; seit 2013 ist die „Grüne Liste Prävention“ online verfügbar.

6.6 Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz: Ergebnisforschung

Was im vorliegenden Zusammenhang an der „Grünen Liste Prävention“, näher interessiert, ist deren Bestimmung von „Evidenzgraden“. Die Programme der Liste sind drei Gruppen zugeteilt, die „drei Stufen bezüglich des Nachweises ihrer Wirksamkeit“ (Evidenzgraden) entsprechen: „Effektivität theoretisch gut begründet“, „Effektivität wahrscheinlich“ und „Effektivität nachgewiesen“. Damit eine behauptete Wirksamkeit zumindest mit „Effektivität wahrscheinlich“ eingestuft wird, ist ein Vergleich zwi-

schen einer Experimental- und einer Vergleichsgruppe (Kontrollgruppe ohne Treatment, Vergleichsgruppe mit anderem Treatment, Benchmark) Mindestvoraussetzung.

Was diese CTC- und „Grüne Liste“ - Kriterien für die Einschätzungen „Effektivität wahrscheinlich“ und „Effektivität nachgewiesen“ anbelangt, so decken sie sich mit international üblichen und hierzulande etwa vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie benutzten. Es gibt einige Vorschläge dafür, verschiedene Untersuchungsdesigns vergleichend auf einer allgemein gültigen Rangreihe zu platzieren; die international am häufigsten gebrauchte ist die fünfstufige *Maryland Scientific Methods Scale* (MSMS; Kurzdarstellung etwa bei *What Works Centre for Local Economic Growth*, o.J.). Mit Hilfe dieser Skala kann eingeschätzt werden, mit welcher Sicherheit ein gefundener Zusammenhang zwischen einer Maßnahme und einem Effekt als *kausaler* zu interpretieren ist; wer von „Wirksamkeit“ spricht, redet von Kausalität.

Danach erfüllen folgende drei und nur diese drei (so etwa auch Schmucker & Lösel, 2015; s.u.) Untersuchungsdesigns bei Gruppenstudien die Mindestanforderungen (in absteigender Reihenfolge) hinsichtlich der genannten Interpretationssicherheit:

- Experimentelle Gruppenstudien mit Zufallszuteilung der Probanden (Randomisierung) auf Experimental- und Kontroll-/Vergleichsgruppe (experimentelles Design; Level 5 der MSMS)
- Quasi-experimentelle Gruppenstudien ohne Randomisierung, aber mit Absicherung gegen mögliche sonstige Einflussgrößen (quasi-experimentelles Design mit Absicherung; Level 4 der MSMS)
- Quasi-experimentelle Gruppenstudien ohne Randomisierung und ohne Absicherung (quasi-experimentelles Design ohne Absicherung; Level 3 der MSMS).

Diese Abstufung entspricht jener, die in der Evidenz-basierten Medizin (EBM) in Form unterschiedlicher Evidenzgrade ausgedrückt wird: MSMS Level 5 – Evidenzgrad Ib, MSMS Level 4 – Evidenzgrad IIa, MSMS Level 3 – Evidenzgrad IIb; der höchste Evidenzgrad Ia der EBM bezieht sich nicht auf Einzelstudien, sondern meint Evidenz auf der Basis von Metaanalysen randomisierter Studien.

Nun soll damit ja nicht gesagt sein, Wirksamkeitsforschung unterhalb des Levels 3 mache überhaupt keinen Sinn. Dem ist nicht so. Wenn ein neues Treatment evaluiert werden soll, dann durchläuft eine angemessene Evaluationsforschung in der Regel zwei Entwicklungsphasen: eine formative und eine summative (vgl. Heekerens, 2005). In der

formativen Phase finden sich erste Erprobungen der Anwendbarkeit, der Brauchbarkeit, der Effekte, möglicherweise auch der Akzeptanz einer neuen Intervention(sform) mit dem Ziel, das betreffende „Produkt“ zu optimieren. Dabei genügen oft geringe Fallzahlen und experimentelle sowie quantitative Techniken müssen noch gar nicht unbedingt zur Anwendung kommen; es ist die Zeit der unkontrollierten (Einzel- und Gruppen-)Studien. Die summative Phase ist die Zeit der kontrollierten Studien; sie beginnt mit der Prüfung der Wirksamkeit unter Laborbedingungen (Wirksamkeit, *efficacy*), um sich von dort aus zunehmend mehr der Evaluation unter Feldbedingungen (Fragen der Effektivität, *effectiveness*) und Effizienz (*efficiency*) zuzuwenden (vgl. zur Anschauung Heekerens, 2006b).

An dieser Stelle besteht die Aufgabe aber nicht darin, die Geschichte der Wirksamkeitsforschung auf einem bestimmten Gebiet nachzuzeichnen. Hier soll vielmehr skizziert werden, wo wir in Sachen „Wirksamkeit“ aktuell über einigermaßen gesichertes Wissen verfügen. Somit muss man sich konzentrieren auf solche Studien, die mindestens dem o. g. MSMS-Level 3 (EBM-Evidenzgrad IIb) entsprechen. Im Nachfolgenden wird bei der Darstellung von Interventionseffekten nicht zwischen Wirksamkeit (*efficacy*; Laborstudien) bzw. Effektivität (*effectiveness*; Feldstudien) unterschieden; in den meisten der hier betrachteten Primär- und Sekundäranalysen wird zwischen beiden nämlich faktisch nicht unterschieden bzw. es ist nicht eindeutig zu entscheiden, ob man Feld- oder Laborstudien vor sich hat. Es wird daher in gleichsinniger Weise fallweise von Wirksamkeit oder Effektivität gesprochen. Bei Effizienz (*efficiency*) werden Wirksamkeit bzw. Effektivität verknüpft mit einem (meist ökonomischen Bewertungs-) Faktor wie etwa Behandlungsdauer oder -kosten. Darüber wird in den nachfolgend in Augenschein genommenen Primär- und Sekundärstudien nur in Ausnahmefällen berichtet, weshalb dieser Gesichtspunkt als ganzer außer Betracht bleiben muss.

Untersuchungen zur Wirksamkeit gehören zur großen und heterogenen Gruppe der Evaluationsstudien. Aber nicht alle Evaluationsstudien sind Effektivitätsstudien. Die Versorgungsforschung etwa ist ein für den Bereich der psychosozialen Gesundheit unentbehrlicher Teil der Evaluationsforschung. Aber ihre Ergebnisse tragen nichts zur Klärung der Frage bei, ob eine bestimmte Handlungsform denn auch wirksam ist. Die Vorstellung, ein bestimmtes Treatment müsse effektiv sein, wenn es doch weit verbreitet ist und sogar, etwa in Deutschland, zu den vom Sozialrecht garantierten Leistungen gehört, zählt zu den fatalen Denkfehlern.

6.7 Wirkmechanismen und Wirkfaktoren: Prozessforschung

Mit Begriffen und Konzepten wie Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz befinden wir uns im Bereich der Ergebnisforschung. Dies im Unterschied zur Prozessforschung, wo andere Fragen das Feld beherrschen: vorrangig die nach Wirk(ungs)mechanismen und -faktoren. Prozessforschung ist weitaus schwieriger und anspruchsvoller als Ergebnisforschung, weshalb nicht verwundert, dass nicht nur auf dem hier zu betrachtenden Gebiet, sondern beispielsweise auch auf dem Feld der Psychotherapie und in vielen Bereichen der Medizin die Ergebnis- im Vergleich zur Prozessforschung um einiges älter und bei weitem breiter und differenzierter ist. Indes: Man handelt nicht unethisch oder unprofessionell, wenn man Vorgehensweisen wählt, von denen man sicher sein kann, dass sie wirksam sind, (noch) nicht aber weiß, weshalb. Zur Illustration ein „klassisch“ zu nennendes Beispiel.

Längst bevor Ende des 19. Jahrhunderts Acetylsalicilsäure (ASS) zum ersten Mal in chemisch reiner und haltbarer Form synthetisiert wurde und danach als Medikament unter dem Handelsnamen „Aspirin“ einen Siegeszug ohne gleichen antrat, wussten HeilerInnen nachweislich seit den Zeiten des Hippokrates (um 400 v. Chr.) um die schmerzstillende, fiebersenkende und entzündungshemmende Wirkung des Weidensuds und verabreichten bzw. empfahlen diesen. Weidensud enthält, wie wir heute wissen, Salicilsäure. Es war blankes Erfahrungswissen, dass das Trinken von Weidensud Schmerzen stillt, Fieber senkt und Entzündungen hemmt; für praktische (Heil-)Zwecke war dieses Wissen ausreichend. Weidensud war also schon lange eine bekannte Input-Größe mit bekannter positiver Wirkung, bevor man Salicilsäure als wirksame Ingredienz, als Wirkfaktor identifizierte. Wie dieser Wirkstoff wirkt (Frage nach dem Wirkmechanismus), war aber auch dann noch nicht klar; erst 1971 entdeckte John Van, 1982 mit dem Nobelpreis gewürdigt, dass durch ASS die Prostaglandinsynthese gehemmt wurde, was die genannten Effekte erklärt.

6.8 „Technik“ und „Beziehung“

Im Jahre 2011 hat die *Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships* (Leitung: John C. Norcross), gebildet von den Sektionen „Klinische Psychologie“ (von

der behavioralen Richtung dominiert) und „Psychotherapie“ (dort sammelt sich das nicht-behaviorale Lager) der *American Psychological Association* (APA) als erste vier ihrer auf umfangreicher Forschungsarbeit basierenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Norcross, 2011) festgehalten:

- Die therapeutische Beziehung leistet substantielle und konsistente Beiträge zum Ergebnis einer Psychotherapie - und das unabhängig von einem spezifischen Behandlungsansatz.
- Die therapeutische Beziehung trägt zum Gelingen (oder Misslingen) einer Therapie in mindestens demselben Maße bei wie eine bestimmte Behandlungsmethode.
- Praxis- und Behandlungsrichtlinien sollten explizit solche Verhaltensweisen und Qualitäten von Therapeuten ins Auge fassen, die eine hilfreiche therapeutische Beziehung befördern.
- Auflistungen von Best Practice- oder Evidenzbasierte Praxis-Ansätzen, die die therapeutische Beziehung unberücksichtigt lassen, sind in schwerwiegendem Maße unvollständig und möglicherweise irreführend. (Übers. d. Verf.)

Es spricht alles dafür, dass das Gesagte nicht nur für die therapeutische Beziehung gilt, sondern für jede professionell organisierte „helfende Beziehung“, die wirklich hilfreich sein will. Wenn im Nachfolgen von der Wirksamkeit einzelner psychosozialer Interventionen berichtet wird, so muss man sich vor Augen halten, dass sich ein eventuelles Positivergebnis stets zwei Faktoren verdankt: der „Technik“ und der „Beziehung“. Welchen Anteil im jeweiligen Einzelfall der eine oder andere Faktor beträgt, ist nicht auszumachen, da dies nicht differenzierend geprüft wurde. Der Vorstellung, einen möglichen Erfolg ausschließlich der „Technik“ zuzuschreiben, leistet Vorschub, dass in der Darstellung einer bestimmten Handlungsform in aller Regel nur die „Technik“ beschrieben wird.

6.9 „Wirkung“ und „Nebenwirkung“

„Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“ - wer würde diesen Satz nicht kennen. Bei Medikamenten werden wir hierzulande über mögliche negative Treatmentfolgen, zu denen neben Risiken und

Nebenwirkungen auch Verschlechterungen zählen, einigermaßen gut informiert. Schon über organmedizinische Interventionen aber weitaus schlechter. Aber immerhin tut sich was im Bereich der Medizin, wie der Mediziner und Publizist Harro Albrecht (vgl. etwa Albrecht, 2015) berichtet:

Was bisher mangels Daten kaum in die Bewertung einfloss: ob eine Therapie für das Leben eines Patienten wirklich wertvoll ist. Denn was nutzt die beste Blutdruckpille, wenn dem Patienten davon schwindelig wird und er sie deshalb nicht schluckt? Was hilft einem 90-Jährigen eine OP, nach der er zwar seine Gallensteine los ist, aber gleichzeitig so geschwächt ist, dass er niemals wieder aus dem Bett kommt? (Albrecht, 2016, S. 31)

Der schottische Arzt Muir Gray (vgl. etwa Gray, 2011), einer der BegründerInnen einer *Evidence Based Medicine* (EBM), macht sich heute stark für eine *Value Based Medicine* (VBM), die die EBM nicht negieren, sondern im Hegelschen Sinne „aufheben“ will. Er bringt ein Beispiel, das zeigt, dass wir die Frage der „Nebenwirkungen“ sehr breit zu fassen haben: „Was bringt es einem strenggläubigen Muslim, dem wir leitliniengemäß die kaputten Knie ersetzen, der sich aber nach dem Eingriff nicht mehr auf den Gebetsteppich knien kann?“ (zitiert nach Albrecht, 2016, S. 32) Die Idee einer VBM, in den USA schon seit über einem Jahrzehnt in der Diskussion (vgl. etwa Brown, Brown & Sharma, 2005), hat inzwischen auch Deutschland erreicht; so gibt es beispielsweise an der Ludwig-Maximilians-Universität München seit geraumer Zeit ein *Center for Evidence and Value Based Medicine*. Nach Wertebasierung in dem hier gemeinten Sinne braucht man auf dem Feld der hiesigen Sozialen Arbeit gar nicht erst suchen; Wertebasierung ist eine Stufe der Professionsentwicklung, die jener der Evidenzbasierung nachfolgt und diese notwendigerweise voraussetzt.

Aber auch auf dem Gebiet der Psychotherapie, an deren Evidenzbasierung kein Zweifel herrscht, finden sich unter den vielen Effektivitätsstudien kaum welche, die sich systematisch mit negativen Treatmenteffekten beschäftigen (Lieberei & Linden, 2008). Dass es diese gibt, ist in der Psychotherapieforschung aber unstrittig (Leitner, Schigl & Märtens, 2014; Leitner u.a., 2012). In den nachstehend referierten Wirksamkeitsstudien zu einzelnen psychosozialen Interventionen wurden mögliche Negativeffekte offensichtlich nicht systematisch erfasst, zumindest aber solche nicht berichtet. Betrachtet wurde stets nur, ob erwünschte Wirkungen zu finden sind oder nicht. Man muss sich bei der weiteren Lektüre also stets vor Augen halten, dass die herangezogenen Wirk-

samkeitsstudien nicht die ganze Wahrheit sagen; über negative Treatmenteffekte, die man nach aller Erfahrung auch dort unterstellen muss, schweigen sie.

6.10 Sozialberatung während stufenweiser Wiedereingliederung

Bei der Evaluation eines Nachsorgeangebots zur intensivierten Beratung und telefonischen Begleitung der stufenweisen Wiedereingliederung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation (Eifelklinik Manderscheid) handelt sich um ein Feldexperiment (vgl. Heekerens, 2005), eine unter Realbedingungen durchgeführte Kontrollgruppenstudie mit Randomisierung in zeitlich versetzten Clustern: Interventionsgruppe (ursprüngliches n = 181) und Kontrollgruppe (ursprüngliches n = 156) wechseln sich monatlich ab. Der Abschlussbericht (Bommersbach & Becker, 2015) und dessen Kurzdarstellung (Becker, 2015) sind online verfügbar.

Die Kontrollgruppe erhielt einen Beratungstermin sowie die Option der offenen Sprechstunde, für die Experimentalgruppe gab es drei intensive Beratungsgespräche während der stationären Rehabilitation zur Vorbereitung auf die stufenweise Wiedereingliederung und zwei telefonische Beratungen während des Arbeitsversuchs; für beide Gruppen bestand zudem die Option der offenen Sprechstunde. Die leitende und im vorliegenden Zusammenhang zentral interessierende Forschungsfrage lautete: „Führt das Nachsorgeangebot der begleitenden Sozialberatung sechs Monate nach Entlassung aus der Klinik zu einer höheren Wiedereingliederungs- und Return-to-work-Rate im Vergleich zu einer Patientengruppe, die dieses Angebot nicht erhält“. (Becker, 2015, S. 1)

Das ist nicht der Fall. Und dieses auf Selbstauskünften der StudienteilnehmerInnen beruhende Ergebnis steht im Einklang mit Ergebnissen des DRV-Rheinland zu deren Sozialstatus (versicherungspflichtige Beschäftigung u.a.m.) ein Jahr nach Entlassung aus der Rehabilitation: Keine praktisch bedeutsamen Unterschieden zwischen der Experimental- und der („optisch“ überlegenen) Kontrollgruppe. Heißt dies, das hier auf den Prüfstand gestellte Treatment sei „erwiesenermaßen unwirksam“. Man kann die Frage anders formulieren: Hat sich der Mehraufwand in der Interventionsgruppe gelohnt? Diese Frage ist zu verneinen. Denn auch wenn die Kontrollgruppe eben nicht nur jenes „verordnete“ erste Beratungsgespräch in Anspruch genommen hat, sondern

die o. g. „Option der offenen Sprechstunde“ reichlich genutzt, bleibt in der Experimentalgruppe ein Mehraufwand: Es ist davon auszugehen, „dass die Teilnehmer der Interventionsgruppe im Vergleich zu denjenigen in der Kontrollgruppe im Durchschnitt ein Beratungsgespräch mehr sowie eine um durchschnittlich 20 Minuten längere Beratung während des Klinikaufenthaltes und zwei zusätzliche Telefongespräche während der Wiedereingliederungsphase erhielten“ (Bommersbach & Becker, 2015, S. 22).

6.11 Sozialtherapie im deutschen Strafvollzug

Die relevantesten, neusten und methodisch besten Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit der Sozialtherapie im deutschen Strafvollzug und überhaupt der Wirksamkeit aller Maßnahmen zur Erhöhung der Legalbewährung von Sexual- und Gewaltstraftätern, international beurteilt, stammen von Martin Schmucker, einem Schüler des Psychologen und Kriminologen Friedrich Lösel; die von Gunda Wössner (2014) vorgebrachten Überlegungen zu „Wie kann man in der Sozialtherapie Therapieerfolg feststellen oder messen?“ sind berücksichtigt. Die Basis für eine erste Einschätzung vor einem Jahrzehnt beruhen auf Martin Schmuckers veröffentlichter Dissertationsschrift (Schmucker, 2004), die 2005 in Gestalt eines deutschsprachigen Buchbeitrags (Schmucker, 2005) und eines englischsprachigen Zeitschriftenartikels (Lösel & Schmucker, 2005) nationale wie internationale Beachtung fand.

Der damalige Erkenntnisstand lässt sich folgendermaßen darstellen. Es finden sich nur zwei Wirksamkeitsstudien, die explizit „Sozialtherapie“, wie sie für den deutschen Strafvollzug konzipiert ist, in den Blick nehmen und methodisch gut kontrolliert sind (Level 5 und 4 der MSMS). Das Ergebnis dieser beider Studien zusammen genommen, erlaubt nicht die Aussage, dass die hier betrachtete „Sozialtherapie“ im deutschen Strafvollzug wirksam sei (vgl. Schmucker, 2005, S. 130-136). Das steht in Übereinstimmung mit differenzierenden Resultaten der internationalen Analyse (Lösel & Schmucker, 2005; Schmucker, 2005). Erstens erbringen einen robusten Wirksamkeitsnachweis hauptsächlich kognitiv-behaviorale Interventionen (und zu denen ist die „Sozialtherapie“ zu rechnen). Zweitens: „Ambulante Interventionen zeigen deutlichere Effekte als intramurale Maßnahmen“ (Schmucker, S. 143); „Sozialtherapie“ im deutschen Strafvollzug ist eine „intramurale Maßnahme“.

In einer neueren Sekundäranalyse zur Frage (Schmucker & Lösel, 2015) wurden zum einen neuere Wirksamkeitsstudien und zum anderen nur solche mit mindestens MSMS-Level 3 (s.o.) berücksichtigt. Die im vorliegenden Zusammenhang wichtigsten Ergebnisse: 1. Die Datenbasis für „Sozialtherapie“ im deutschen Strafvollzug hat sich demnach nicht erweitert; die obige Beurteilung muss nicht geändert werden. 2. Wie schon zuvor erweisen sich kognitiv-behaviorale Vorgehensweisen anderen überlegen. Mit einer Ausnahme, die erst hier betrachtet wird: Bei jugendlichen Straftäter(inne)n imponiert die Multisystemische Therapie, die unten noch eigens behandelt werden wird, durch robusten Wirksamkeitsnachweis. 3. Wie schon zuvor erweisen sich „intramurale Maßnahmen“ als nicht wirksam.

6.12 Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

Das Thema „Wirksamkeit“ wird in Publikationen zur Soziotherapie entweder nicht eigens thematisiert oder aber so behandelt, als sei ihre Wirksamkeit „schon vor Jahren empirisch nachgewiesen“ (Mönter, 2013, S. 29) worden. Das Zweite geschieht in der Regel unter Verweis auf die als einschlägig geltende Studie „Ambulante Soziotherapie“ von Heiner Melchinger (1999). Die ist vom Untersuchungsdesign her freilich eine bloße Vorher-Nachher-Studie, deren Ergebnisse zwar Hoffnung wecken mögen, jedoch nicht als Beweis dienen können.

Einen solchen darf man von Ergebnissen der SODEMA-Studie erwarten. „Im SODEMA-Projekt wurde ein randomisiert-kontrolliertes Studiendesign (RCT) für die Wirksamkeitsprüfung einer Intervention der Klinischen Sozialen Arbeit eingesetzt. Mit dieser Untersuchung konnte nachgewiesen werden, dass eine zusätzliche soziotherapeutische Intervention bei Müttern mit depressiven Störungen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikante und klinisch bedeutsame Veränderungen erzielen kann.“ (Gebrande u.a., 2016, S. 229) Ob sich die Erwartungen erfüllen, kann aber erst geklärt werden, wenn die Ergebnisse der quantitativen Analyse vorliegen werden. Deren Publikation ist frühestens für Ende 2016 vorgesehen.

6.13 Elterntrainings

Seit den 1970ern haben sich jenseits wie diesseits des Atlantiks Elterntrainings zunehmend mehr verbreitet. Parallel dazu ist die wissenschaftliche Beschäftigung mit ihnen, darunter die Wirksamkeitsforschung, angestiegen. Die Anfänge sind verbunden mit den Namen von Thomas Gordon, einem Vertreter des klientenzentrierten Ansatzes, und dem in verhaltenstherapeutischer Tradition stehenden Gerald R. Patterson.

Gordon - Elterntraining

Das „Gordon – Elterntraining“, auch „(Gordon -)Familienkonferenz“ oder „Gordon - Familien-Training“ genannt, wird auf der „Grünen Liste“ in die Rangstufe „Effektivität wahrscheinlich“ eingeordnet. „Gordon – Elterntraining – was ist das?“ dürften viele LeserInnen fragen, die nicht miterlebt haben, dass dieses Elterntraining in (West-)Deutschland einmal das bekannteste war: eine millionenfache Auflage der 1972 erstmals erschienen „Familienkonferenz“ (Hamburg: Hoffmann und Campe), nahezu keine Erziehungsberatungsstelle, die es nicht jahrelang durchführte, und wohl kaum eine Volkshochschule, in der es nicht für rund ein Jahrzehnt ein Renner war. Ende der 1980er war es hierzulande mit dem Boom vorbei; die Gründe dafür sehen BeobachterInnen vor allem in Zweierlei: Einmal gewann mit der Familientherapie ein alternatives Paradigma an Attraktivität, und zum anderen konnte das Gordon - Elterntraining nicht halten, was es bzw. man sich von ihm versprach.

Das jedenfalls ist das zentrale Ergebnis der von mir zum Ende des Booms erstellten Sekundäranalyse (Heekerens, 1993), dessen Gesamtbewertung so lautet: Das Gordon-Elterntraining ist eine Therapiemethode, deren Wirksamkeit unter wissenschaftlich kontrollierten Bedingungen in einer genügenden Anzahl voneinander unabhängiger Untersuchungen geprüft und erwiesen wurde. Sein Effekt ist aber als „gering“ zu beurteilen und im Wesentlichen auf einige positive Veränderungen bei den am Training teilnehmenden Eltern - zumeist sind es die Mütter - beschränkt. Bei deren Kindern sind positive Effekte nur sehr selten zu registrieren - und so gut wie gar nicht bei externalisierenden Verhaltensstörungen, die im Vor- und Grundschulalter der häufigste Anlass sind, dass Kinder bei einschlägigen Institutionen, von der hausärztlichen Praxis über die Erziehungsberatungsstelle bis hin zur kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder Ambulanz, vorgestellt werden.

Behaviorale Elterntrainings

Die beschriebene Problemlage ist genau die, auf die sich aus theoretischen und praktischen Gründen gleichermaßen behaviorale Elterntrainings spezialisiert haben. Über deren Wirksamkeit wurde 2016 in einer Gesamtübersicht von Franziska Ulrich und Franz Petermann, dem wohl kompetesten Kenner der Thematik im deutschsprachigen Raum, berichtet. Betrachtet wurden alle einschlägigen Wirksamkeitsstudien der Jahre 2000 – 2015. Das Gesamtergebnis ist je nach Erwartungshaltung ernüchtern oder erfreulich:

- „Die Ergebnisse zeigen meist kleine bis moderate Effekte von Elterntrainings auf externalisierendes Verhalten des Kindes und auf das Erziehungsverhalten der Eltern.“ (S. 3)
- „Als prominenteste Vertreter und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit gut belegte Elterntrainings gelten das Programm *Incredible Years* . . . , das *Triple P Positive Parenting Program* . . . und die *Parent-Child Interaction Therapy* . . . Auch in Deutschland sind verschiedene Elterntrainingsprogramme für externalisierende Verhaltensstörungen entwickelt worden, allerdings liegen bislang eher wenige Studien für deren Evidenzbasierung vor, die zumeist auch noch von den Autoren selbst durchgeführt wurden . . . “ (S. 4)

Die oben namentlich genannten Ansätze gehören zu jener Gruppe von Elterntrainings, die beim Wirksamkeitsnachweis positiv hervorstechen; es sind jene Elterntrainings, „die verhaltenstherapeutische / behaviorale Elemente mit beziehungsorientierten Ansätzen verknüpfen“ (S.7). Wesentliche Ziele dieser Ansätze sind:

- „Aufbau bzw. Festigung einer möglichst guten Eltern-Kind-Beziehung,
- Etablierung effektiver elterlicher Erziehungsstrategien (kindliches Verhalten positiv beeinflussen durch Lob, Aufmerksamkeit, klare Regeln, Anweisungen, logische Konsequenzen und Auszeitprozeduren),
- Förderung der kindlichen Fähigkeiten zur Selbstkontrolle, Emotionsregulierung sowie Selbständigkeit.“ (S. 7)

Man muss die vorstehend referierte Petermannsche Sekundäranalyse lesen im Zusammenhang mit der 2015 veröffentlichten US-amerikanischen Studie „Psychosocial

interventions for child disruptive behaviors: a meta-analysis“ (Epstein et al., 2015). Diese Metaanalyse prüfte, ob bei externalisierenden Störungen im Kindes- und Jugendalter Interventionen, die allein auf das Kind oder die Eltern abzielen bzw. beides (in welcher Form auch immer) miteinander kombinierten, 1. überhaupt einen positiven Effekt zeitigen und 2. ob ein solcher in den drei Gruppen unterschiedlich ausfällt. Die zwei im vorliegenden Zusammenhang interessierenden zentralen Ergebnisse lauten: 1. Alle drei Interventionstypen zeigen positive Effekte. 2. Dieser fällt bei solchen, die ausschließlich mit dem Kind arbeiten, geringer als bei den beiden anderen Typen. Die Arbeit mit Eltern zahlt sich also aus.

6.14 Angehörigenarbeit

Unter „Angehörigenarbeit“ wird sehr Verschiedenartiges verstanden. Die Arbeit mit Angehörigen hat hierzulande ihren festen Platz in der Arbeit mit Angehörigen von Pflegebedürftigen, Suchterkrankten oder an einer psychiatrischen Störung Leidenden. Für die zuletzt angesprochene Gruppe gibt es eine umfangreiche Wirksamkeitsforschung von hoher methodischer Qualität. Ja, auf diesem Gebiet findet sich die einzige Wirksamkeitsforschung im Gesamtbereich der Angehörigenarbeit, die als systematisch anzusehen und ihrer methodischen Güte wegen ernst zu nehmen ist. Zentrale Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt.

Arbeit mit Angehörigen von an Schizophrenie Erkrankten (Familien-Psychoedukation)

Die Darstellung folgt einer vor rund einem Jahrzehnt von Maria Ohling und mir vorgelegten Gesamtübersicht über die Wirksamkeitsforschung auf diesem Feld (Heekerens & Ohling, 2006), die an Aktualität nichts eingebüßt hat, weil nachfolgende Wirksamkeitsforschung zur Thematik rar ist und ihre Resultate nichts am damals skizzierten Gesamtbild ändern. Unsere Übersichtsarbeit ist online verfügbar im Internet einsehbar, Interessierte können sich dort detaillierte Einsichten - z. B. darin, welche einzelnen psychosozialen Interventionen gemeint sind - verschaffen, weswegen man sich hier auf die wesentlichen Kernpunkte konzentrieren kann.

Unserer Gesamtschau zur Wirksamkeit von Familien-Psychoedukation liegen vier zwischen 2001 und 2003 veröffentlichte Sekundäranalysen (Analysen von einschlägigen Primärstudien zur Wirksamkeit der Familien-Psychoedukation) zu Grunde; darunter die 2003 vorgelegte systematische Übersichtsarbeit von *Cochrane*. Als allen (Primär- und Sekundär-)Studien gemeinsames und seiner Bedeutung wegen hervorragendes Erfolgskriterium wurde Rückfall (Rezidiv) betrachtet; ebenfalls erneute Hospitalisierung, die aber mit Rezidiv nicht systematisch Hand in Hand geht. Die zentralen Ergebnisse aus den vier berücksichtigten Sekundäranalysen lassen sich so zusammenfassen:

- Familien-Psychoedukation senkt - einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren im Blick - Rückfall in statistisch signifikanter Weise und klinisch bedeutsamem Maße ab.
- Erwartungsgemäß fällt der Effekt beim Vergleich mit Standard-Behandlung größer aus als beim Vergleich mit Alternativ-Behandlung.
- Der Effekt kann für Rückfall mit ungleich größerer Sicherheit als gegeben angesehen werden als für Rehospitalisierung.

Eine Anmerkung noch: Bei den o. g. Effekten von Familien-Psychoedukation handelt es sich um solche, die *zusätzlich* zu Effekten der bei allen PatientInnen stets stillschweigend voraus gesetzten angemessenen Medikation untersucht und gegebenenfalls festgestellt werden. Die Vorstellung, Familien-Psychoedukation könne Medikation ganz oder teilweise ersetzen, ist irreführend.

6.15 Aufsuchende Formen der Arbeit mit Familien

Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf zwei Vorarbeiten des Autors (Heekerens, 2008, 2011), die bis heute ihre Aktualität erhalten haben; neuere Befunde werden eingefügt. Ergänzend sind Überlegungen zum Zusammenhang zwischen aufsuchender Familienarbeit und Gemeindepsychologie (Heekerens, 2012) sowie Hinweise auf die Verwurzelung der Familientherapie in der Sozialen Arbeit (Heekerens, 2015b) zu nennen. Allen nachfolgend dargestellten Formen der aufsuchenden Arbeit mit Familien, die meist im UK oder in den USA praktiziert werden, haben folgende Gemeinsamkeiten:

- (Klinische) SozialarbeiterInnen sind dort im selben Maße und mit der gleichen Aufgabenstellung tätig wie (Klinische) PsychologInnen. Dies mit Ausnahme der

Home Visiting - Programme, bei denen beide Berufsgruppen in aller Regel nicht vertreten sind; dort machen meist (mitunter eigens dafür trainierte) Pflegekräfte und Hebammen oder (mehr oder minder gut angelernte) Laien („Paraprofessionelle“) die Arbeit.

- Gearbeitet wird (ausschließlich oder auch) im aufsuchenden Setting. Das geschieht in bewusster Abkehr von der „Komm-Struktur“, die sich gerade für mehrfach belastete Familien („Problemfamilien“, „Risikofamilien“) allzu oft als schwer bis gar nicht zu überwindendes Hindernis erweist (zu hohe „soziale Schwelle“). Die „Geh-Struktur“ ist seit jeher typisches Kennzeichen der Sozialen Arbeit diesseits wie jenseits des Atlantiks.
- Einen Großteil der nachfolgend aufgeführten Interventionsformen arbeitet nicht nur mit der Familie als einem bedeutsamem „Kontext“, sondern auch mit anderen „Umwelten“, („Systemen“, „Dimensionen“) wie Schule, Nachbarschaft, (Kirchen-) Gemeinde und Peers.

Die aufsuchenden Formen der Arbeit mit Familien kann man, einer in den USA gebräuchlichen Unterscheidung folgend, einteilen in solche zur

- Familienunterstützung,
- Familienerhaltung und
- Familien(*wieder*)vereinigung.

Die sowohl von den KlientInnenzahlen als auch von der gesellschaftlichen Relevanz her bedeutsamsten Programme sind die auf Familienerhaltung abzielenden. Sie dienen hauptsächlich der Vermeidung / Verhinderung von Fremdplatzierung, wobei Fremdplatzierung im konkreten Einzelfall recht Verschiedenes bedeuten kann: Unterbringung bei Verwandten, in einer Pflegefamilie, in einer stationären Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch im Arrest oder Gefängnis. Die in Deutschland zu findenden Formen der Hilfen zur Erziehung, die vorwiegend der Familienerhaltung dienen sollen, sind die Sozialpädagogische Familienhilfe einerseits und die Aufsuchende Familientherapie als eigenständige Hilfe zur Erziehung (vgl. Heekerens & Ohling, 2007) andererseits; für beide liegen keine den eingangs genannten Kriterien genügende Wirksamkeitsstudien vor.

Familienunterstützung: Home Visiting - Programme

In einer ganzen Reihe von Ländern finden sich Formen aufsuchender familienbezogener Arbeitsweisen, die unter der Bezeichnung *Home Visiting* (oder *Home Visitation*) zusammen zu fassen sind. Ein zentrales Anliegen dieser Programme ist die Primärprävention von Kindesvernachlässigung und -misshandlung. Freilich täuscht der Begriff *Home Visiting* eine Einheitlichkeit der darunter firmierenden Ansätze, Modelle und Programme vor, die nicht gegeben ist; im Vereinigten Königreich versteht man darunter anderes als etwa in den USA. In Deutschland sind Ansätze, Modelle und Programme, die man dem *Home Visiting* zuordnen könnte, selten und zudem meist nicht angemessen evaluiert. Bei aller Verschiedenheit weisen die meisten *Home Visiting*-Programme einige gemeinsame Grundcharakteristika auf:

- Sie wenden sich zumeist an „Risiko“- oder „Multiproblem“-Familien,
- halten das familiäre Zuhause für den idealen Interventionsort,
- sehen in der „helfenden Beziehung“ die zentrale Interventions-Komponente,
- kommen in der früh(st)en Kindheit zur Anwendung und
- werden meist von Pflegekräften, Hebammen oder Paraprofessionellen und nur ausnahmsweise von SozialarbeiterInnen erbracht.

Die Effektivität zahlreicher *Home Visiting*-Programme wurde in den letzten Jahren verstärkt untersucht und bewertet. Ergebnisse aus experimentellen Feldstudien zeichnen - und das gilt für das gesamte Feld der Familienunterstützungs - Programme - ein ernüchterndes Bild: Erwiesene Langzeiteffekte sind selten zu registrieren, bei den Kurzeffekten werden eine Reihe von Zielkriterien verfehlt und wenn sich bei anderen ein positiver Effekt zeigt, so ist dessen Stärke recht gering. Von Mangel an nachhaltigem Positiveffekt muss man insbesondere bei Kindesmisshandlung, beurteilt auf der Basis von anderen Kriterien als den Auskünften der jeweiligen Mütter selbst, sprechen. Als zentrale Ursache für mangelnde Effektivität sehen US-amerikanische ForscherInnen die geringe Strukturqualität vieler US-amerikanischer *Home Visiting* - Programme an: als *Home Visitors* werden Paraprofessionelle, also Laienhelfer mit mehr oder minder intensiver Kurzschulung, eingesetzt.

Sind die *Home Visitors* allerdings Fachkräfte und für die anstehende Aufgabe besonders qualifiziert und eigens geschult, können sich hinsichtlich (vermiedener) Kindesvernachlässigung und -misshandlung ermutigende Effekte einstellen - auch bei Langzeitbetrachtung. Dies ist der Fall beim *Nurse Home Visitation*- (oder: *Nurse-Family Partnership*-) Projekt, für das in einer experimentellen Feldstudie ein 15-Jahre-Langzeiteffekt nachgewiesen werden konnte; damit hat dieses Modell Vorbildfunktion. Am Beispiel eben dieses Projektes wurde denn auch in einem Feldexperiment gezeigt, dass Paraprofessionelle (angelernte Laien) gegenüber Nichtbehandlung (Kontrollgruppe) nahezu keinen positiven Effekt erzielten, professionelle (Pflege-)Kräfte mit derselben Programm-spezifischen Schulung / Supervision (Vergleichsgruppe) hingegen sehr wohl. Da die vorgenommene Prüfung bei einem Programm erfolgte, dessen (Langzeit-)Effektivität - wenn durch Pflegekräfte durchgeführt! - außer Frage steht und sich in den Händen der Professionellen denn auch im vorliegenden Falle als wirksam erwies, kann die mangelnde Effektivität der Paraprofessionellen nicht auf eine generell fehlende Wirksamkeit des Programms zurück geführt werden.

Die jüngste in Deutschland zu einem *Home Visiting*-Programm durchgeführte Evaluationsstudie ist die zur Wirksamkeitsprüfung des (markengeschützen) Programms STEEP, das in den USA zu den führenden Programmen gezählt wird und seit einiger Zeit auch in Deutschland vertreten ist. Besagte Wirksamkeitsstudie (Suess u.a., 2010; Suess et al., 2016), an der und von der man vieles an Forschungsmethodik und -praxis lernen kann, erbrachte, kurz gesagt, folgende zentralen Ergebnisse: Zum 1-Jahres-Zeitpunkt (Kindesalter und Programmdauer: +/- ein Jahr) zeigte sich ein Programmeffekt hinsichtlich sicheren Bindungsverhaltens, nicht aber Bindungsdesorganisation betreffend, zum 2-Jahres-Zeitpunkt war (auch) der erstgenannte Effekt nicht mehr nachweisbar. Was aber vielleicht noch wichtiger ist: Selbst wenn sich STEEP hinsichtlich sicheren Bindungsverhaltens durchweg als wirksam erwiesen hätte, würden wir noch immer nicht gewusst haben, ob es Kindesvernachlässigung, -misshandlung und -fremdplatzierung verringern kann. Das aber ist das entscheidende, weil praktisch bedeutsamste Kriterium, an dem sich *Home Visiting*-Programme messen lassen müssen, was anderwärts ja auch geschieht.

Familienerhaltungs-Programme

Zu den in Deutschland und dem deutschsprachigen Raum schon relativ früh bekannt gewordenen und recht weit verbreiteten Familienerhaltungs-Programmen zählen

Interventionen nach dem Homebuilder's-Modell

Kriseninterventionen nach dem *Homebuilder's-Modell* sind in Deutschland unter den Namen „Familienaktivierungsmanagement“ und „Familie im Mittelpunkt“ bekannt geworden; auf eine inhaltliche Kurzbeschreibung wird verzichtet, weil es „Familienaktivierungsmanagement“ einen sehr informativen wikipedia-Eintrag gibt und zu „Familie im Mittelpunkt“ eine (Eigen-)Darstellung online verfügbar ist (Familie im Mittelpunkt, o.J.). Die Erforschung der Wirksamkeit von Interventionen nach dem *Homebuilder's-Modell* lassen an methodischer Qualität zu wünschen übrig. An Studien mit zumindest quasi-experimentellem Design ist eine experimentelle Feldstudie zu nennen: die Michigan *Families First Effectiveness Study*. Sie vergleicht die Wirksamkeit von *Families First* mit der Unterbringung in Pflegefamilien (nicht aber mit Nicht-Behandlung) mit dem Ergebnis, dass *Families First* besser abschneidet bei Vermeidung / Verringerung von Fremdplatzierung (angesichts des Untersuchungsdesigns ein banales Ergebnis), nicht aber bei den anderen und wirklich bedeutsamen Indikatoren wie Kindesvernachlässigung und -misshandlung, Delinquenz oder Schulverhalten.

Daneben gibt es noch die Ergebnisse einer experimentellen Feldstudie, die Ende der 1990er in der Bronx, New York durchgeführt wurde. Deren Resultate werfen die Frage auf, welchen besonderen Effekt oder überhaupt einen all die durch das *Homebuilder's-Modell* gegebenen aufwändigen klinischen Treatment-Komponenten gegenüber traditionellen *Case Management* - Modulen haben.

Die Funktionale Familientherapie

Eine zusammenfassende Darstellung der Funktionalen Familientherapie (*Functional Family Therapy*; FFT) ist online verfügbar (Heekerens, 2006c). Die FFT gehört nicht zum Mainstream der Familientherapie in Deutschland bzw. dem deutschsprachigen Raum; bekannter und in die psychotherapeutische Weiterbildung hie und da in Ansätzen integriert wurde und wird sie lediglich im verhaltenstherapeutischen Lager. Die meisten hiesigen FamilientherapeutInnen dürften von ihr erstmals erfahren haben, als sie in den Antragsunterlagen zur Anerkennung der Systemischen Therapie durch den

Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) erwähnt wurde (vgl. Sydow u. a., 2007, S. 62 – 64). Bei diesem Anerkennungsverfahren hatte die Evaluation der FFT bedeutendes Gewicht: Sie zeichnet sich durch eine vorbildliche Evaluationsmethodik aus und sie kann klinisch bedeutsame und anhaltende positive Effekte in der Arbeit mit einer schwierigen Klientel erzielen. Zu dieser Klientel gehören Familien, neuerdings verstärkt „Multiproblem“-Familien, in denen Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren leben, die wegen aggressiv-dissozialen Verhaltens auffällig sind, schon mit dem Gesetz (meist wegen Drogenkonsum und/oder Gewalttätigkeit) in Konflikt geraten sind, Fremdunterbringung schon hinter bzw. eine (erneute) drohende vor sich haben und als „unmotiviert“ oder „therapieresistent“ gelten.

Im Unterschied zur gleich noch darzustellenden Multisystemischen Therapie, bei der Arbeit im aufsuchenden Setting essentieller Bestandteil des Gesamtkonzeptes ist, wird die FFT sowohl im aufsuchenden als auch im nicht-aufsuchenden Setting durchgeführt. Eine ausschließlich aufsuchende Spielart der FFT firmiert unter dem Namen *Home-Based Behavioral Systems Family Therapy*. Deren Wirksamkeit wurde in einer quasi-experimentellen Langzeitstudie untersucht. Geprüft wurden die mittel- und langfristige Effekte zweier Interventionen bei Jugendlichendelinquenz: übliche Bewährungshilfe (Vergleichsgruppe) bzw. übliche Bewährungshilfe plus *Home-Based Behavioral Systems Family Therapy* (Experimentalgruppe). Unter sonst gleichen Bedingungen wies die Experimentalgruppe erschwerende Merkmale auf: Nach Einschätzung des Gerichts war die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöht, die Anzahl der Straftaten war höher und mindestens ein Elternteil wollte den Jugendlichen aus dem Haus haben. Dennoch schnitt die Experimentalgruppe mittel- und langfristig besser ab.

Die Multisystemische Therapie

Auch im Falle der Multisystemischen Therapie (*Multisystemic Therapy*; MST), die bei vergleichbaren Problemlagen wie die FFT zum Einsatz kommt, kann hier auf eine Kurzdarstellung verzichtet werden, da eine solche online verfügbar ist (Sheidow & Henggeler, 2008). Die MST wird seit gut einem Jahrzehnt durch Fremd- und Selbstdarstellung auch im deutschsprachigen Raum zunehmend bekannter (vgl. etwa Heekerens, 2006d). Die Qualität der Evaluationsforschung hat der MST dasselbe Lob wie der FFT eingebracht, und beim o. g. Antrag an den WBP dürften seine Wirksamkeitsnachweise (vgl. Sydow u. a., 2007, S. 62 – 64) dasselbe Gewicht gehabt haben wie jene der FFT.

Damit ist nicht verkannt, dass die Wirksamkeitsforschung zur MST auch Ergebnisse bringt, die an ihrer Wirksamkeit zweifeln lassen (vgl. etwa Asscher et al., 2014).

Die Multidimensionale Familientherapie

Auch die Multidimensional Familientherapie (*Multidimensional Family Therapy*; MDFT) hat ihren Beitrag (vgl. Sydow u. a., 2007, S. 62 – 64) geleistet zur Anerkennung der Systemischen Therapie durch den WBP. In Deutschland ist die MDFT in den letzten Jahren einem breiteren Interessentenkreis bekannt geworden durch die 2011 erfolgte Veröffentlichung des Buches „Multidimensionale Familientherapie: Jugendliche bei Drogenmissbrauch und Verhaltensproblemen wirksam behandeln“. (Spohr u. a., 2011) Nicht in Deutschland allein, sondern auch in anderen europäischen Ländern wird die MDFT seit einiger Zeit implementiert. Man braucht auch diesen Ansatz hier nicht eigens darzustellen, da im Internet eine prägnante deutschsprachige Powerpoint - Präsentation von kompetenter Seite zu finden ist (Gantner, 2008). In meinen früheren Gesamtdarstellungen zu aufsuchende Formen der Arbeit mit Familien (Heekerens, 2008, 2011) habe ich die MDFT im Unterschied zur FFT und MST nicht aufgeführt. Der Grund liegt darin, dass mir der Nachweis ihrer Wirksamkeit weitaus weniger überzeugender schien als jener der FFT und MST; in meinem Übersichtsartikel „Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz von Familientherapie“ (Heekerens, 2006b) hatte ich der MDFT attestiert, sie sei lediglich „erfolgversprechend“.

Obwohl neuerdings Ergebnis einer europäischen Studie (Rigter et al., 2013), die Ansprüchen einer experimentellen Feldforschung genügen kann und beeindruckende Wirksamkeitsnachweise präsentiert, sehe ich keinen Anlass, meine Einschätzung zu ändern. Im Jahre 2014 hat das *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (2014) ein EMCDDA - Paper mit dem Titel „Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review“ veröffentlicht, dessen Fazit lautet: „The present review is based on five studies, four of which were carried out by the same investigators in the USA across seven years, the fifth being a multisite study conducted in Europe [Rigter et al., 2013]. Further studies may be needed to confirm the preliminary positive results presented in this paper.“ (S. 11)

Familien(wieder)vereinigung

Für viele Kinder und Jugendliche ist Fremdplatzierung im oben skizzierten Sinne kein einmaliges Ereignis. Nach Angaben aus den USA für die 1980er kehren die Hälfte bis drei Viertel aller fremdplatzierten Kinder und Jugendlichen wieder in ihre Familie zurück und 20 bis 40 Prozent davon erleben (mindestens) eine erneute Fremdplatzierung (Walton et al., 1993). Die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Unterbringung außerhalb der Familie kann verringert werden, wenn man die familiäre Situation dadurch verbessert, dass die Rückkehr der Kinder und Jugendlichen durch Arbeit mit der Familie vorbereitet/unterstützt wird. Ob und in welchem Maße solche Arbeit gelingen kann, wurde in einer experimentellen Feldstudie von Walton et al. (1993) geprüft. Betrachtet wurden (meist) weiße Kinder im Alter von 1 Jahr bis 17 Jahren aus Familien in prekären sozio-ökonomischen Verhältnissen; rund die Hälfte lebte bei allein erziehenden Müttern. Kindesvernachlässigung, -misshandlung und -missbrauch waren neben Störungen des Sozialverhaltens der Kinder und Jugendlichen die häufigsten Probleme. Im Mittel lagen pro Kind schon drei Fremdunterbringungen mit einer Gesamtdauer von rund einem Jahr vor. Verglichen wurden 53 Kinder / Jugendliche, für die das übliche Rückführungsangebot zur Verfügung stand (Vergleichsgruppe), mit 57, die zusätzlich ein Familien(wieder)vereinigungs-Programm im aufsuchenden Setting erhielten (Experimentalgruppe). Am Ende der dreimonatigen Treatmentphase, Halbjahres- sowie beim Ein-Jahres-Follow-up zeigte sich die Experimentalgruppe überlegen: Die Unterschiede sind zu jeden Betrachtungszeitpunkt statistisch signifikant und praktisch bedeutsam.

Anmerkung

In diesem Buchbeitrag konnte zurückgegriffen werden auf Publikationen, die in den Jahren 1993 – 2016 erschienen sind:

Heekerens, H.-P. (1993). Die Wirksamkeit des GORDON-Elterentraining. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 42, 20-25. Online verfügbar unter http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2012/3610/pdf/42.19931_4_36102.pdf_new.pdf [letzter Zugriff am 18.3.2016].

Heekerens, H.-P. (1989). Familientherapie und Erziehungsberatung. Heidelberg: Asanger (2. Aufl. 1991).

Heekerens, H.-P. (2005). Vom Labor ins Feld. Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. Psychotherapeut, 50, 357-366.

Heekerens, H.-P. (2006b). Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz von Familientherapie. *Psychotherapie*, 11, 38-45. Online verfügbar unter <https://cip-medien.com/wp-content/uploads/2006-1-04.-Heekerens-3.pdf> [letzter Zugriff am 18.03.2016].

Heekerens, H.-P. (2008). Effektivität aufsuchender Familien-fokussierter Interventionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 130-146.

Heekerens, H.-P. (2011). Wirksamkeit und Kosteneffektivität aufsuchender familienbezogener Arbeitsweisen bei Problemlagen von Kindern und Jugendlichen. In M. Müller & B. Bräutigam (Hrsg.), *Hilfe, sie kommen. Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext* (S. 28-40). Heidelberg: Carl-Auer.

Heekerens, H.-P. (2016). Rezension vom 08.06.2016 zu Borrman, S. & Thiessen, B. (Hrsg.) (2016). *Wirkungen Sozialer Arbeit. Potentiale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin*. Opladen u.a.: Verlag Barbara Budrich. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/20932.php> [letzter Zugriff am 21.6.2016].

Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (2004). Einbeziehung von Partner und Familie bei verhaltenstherapeutischer Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36, 75-80.

Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (2006). Familien-Psychoedukation als Rückfallprophylaxe bei Schizophrenie: Wirkung und Wirkungsweise. *Psychotherapie*, 11, 26-36. Online verfügbar unter https://cip-medien.com/wp-content/uploads/2006-1-03.-Heekerens_Ohling-2.pdf [letzter Zugriff am 18.3.2016].

Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (2007). Die Aufsuchende Familientherapie: eine eigenständige Hilfe zur Erziehung. *Neue Praxis*, 37, 502-515.

Literatur

Albrecht, H. (2015). *Schmerz. Eine Befreiungsgeschichte*. München: Pattloch.

Albrecht, H. (2016). Was braucht der Patient? *DIE ZEIT* v. 14.7.2016, 31-32.

Asscher, J.J., Deković, M., Manders, W., Laan, P.H. v. d., Prins, P.J.M. & Arum, S. v. (2014). Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in The Netherlands: effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 10, 227-243.

Becker, V. (2015). Begleitende Sozialberatung während der stufenweisen Wiedereingliederung - Evaluation eines Nachsorgeangebotes. *diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht*. Online verfügbar unter http://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/Diskussionsforen/Forum_B/2015/B10-2015_Begleitende_Sozialberatung_waehrend_der_stufenweisen_Wiedereingliederung.pdf [letzter Zugriff am 22.4.2016].

Bommersbach, P. & Becker, V. (2015). Begleitende Sozialberatung während der stufenweisen Wiedereingliederung - Abschlussbericht. Online verfügbar unter http://www.refonet.de/cms/upload/pdf/10002_STW_AB_final.pdf [letzter Zugriff am 22.4.2016].

Borrmann, S. & Thiessen, B. (Hrsg.) (2016). Wirkungen Sozialer Arbeit. Potentiale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin. Opladen u.a.: Verlag Barbara Budrich (Socialnet Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/20932.php> [letzter Zugriff am 22.7.2016]).

Brown, M.M., Brown, G.C. & Sharma, S. (2005). Evidence-Based to Value-Based Medicine. Chicago: American Medical Association Press.

Epstein, R.A., Fonnesbeck, C., Potter, S., Rizzone, K.H. & McPheeters, M. (2015). Psychosocial interventions for child disruptive behaviors: a meta-analysis. *Pediatrics*, 136, 947-960.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014). Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review (EMCDDA Papers). Luxemburg: Publications Office of the European Union. Online verfügbar unter http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_222780_EN_TDAU13008ENN.pdf [letzter Zugriff am 19.7.2016].

Familie im Mittelpunkt (o.J.). Online verfügbar unter http://maria-im-walde.de/fileadmin/user_upload/pdf/Konzepte_und_Profile/Familie_im_Mittelpunkt.pdf [letzter Zugriff am 5.7.2016].

Gahleitner, S. B., Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.) (2014). Psychosoziale Interventionen (Klinische Sozialarbeit Bd. 6). Köln: Psychiatrie Verlag.

Galuske, M. (2007). Methoden der sozialen Arbeit. Eine Einführung (7., ergänzte Auflage). Weinheim: Juventa Verlag (Weinheim) 2007.

Galuske, M. & Müller, C.W. (2002). Handlungsformen in der Sozialen Arbeit. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit* (S. 485-508). Opladen: Leske & Budrich.

Gantner, A. (2008). Multidimensionale Familientherapie (Powerpointpräsentation). Online verfügbar unter https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/medizinische_psychologie/SysFor/Gantner_MDFT_SysFor.pdf [letzter Zugriff am 5.7.2016].

Gebrande, J., Renz, J., Diez, R. & Heidenreich, T. (2016): Die Nachweisbarkeit von Wirkungen Klinischer Sozialer Arbeit. Das Forschungsprojekt SODEMA – Soziotherapie bei Müttern mit depressiven Erkrankungen. *Soziale Arbeit*, 65 (6./7.), S. 229-236

Gray, M. (2011). *How to Get Better Value Healthcare*. Oxford: Offox.

Groeger-Roth, F. (2016). Die „Grüne Liste Prävention“: Eine Empfehlungsliste evaluierter Programme als Beitrag zur Evidenzbasierung in der Prävention. In Borrmann, S. & Thiessen, B. (Hrsg.) (2016). Wirkungen Sozialer Arbeit. Potentiale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin (S. 221-235). Opladen u.a.: Verlag Barbara Budrich.

Hahn, G. & Hüttemann, M. (Hrsg.) (2015). Evaluation psychosozialer Interventionen. Köln: Psychiatrie Verlag (Socialnet Rezension <http://www.socialnet.de/rezensionen/19293.php> [letzter Zugriff am 22.7.2016]).

Heekerens, H.-P. (1993). Die Wirksamkeit des GORDON-Elterntrainings. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 42, 20-25. Online verfügbar unter http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2012/3610/pdf/42.19931_4_36102.pdf_new.pdf [letzter Zugriff am 18.3.2016].

Heekerens, H.-P. (2005). Vom Labor ins Feld. Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. Psychotherapeut, 50, 357-366.

Heekerens, H.-P. (2006a). Wirksamkeitsforschung zur Erlebnispädagogik: Ergebnisse, Fragen, Anregungen. Zeitschrift für Erlebnispädagogik, 2006, 26(10), 3-57.

Heekerens, H.-P. (2006b). Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz von Familientherapie. Psychotherapie, 11, 38-45. Online verfügbar unter <https://cip-medien.com/wp-content/uploads/2006-1-04.-Heekerens-3.pdf> [letzter Zugriff am 18.03.2016].

Heekerens, H.-P. (2006c). Die Funktionale Familientherapie: Ein effektives klinisches Behandlungsverfahren. Psychotherapie, 11, 16-24. Online verfügbar unter <https://cip-medien.com/wp-content/uploads/2006-1-02.-Heekerens-1.pdf> [letzter Zugriff am 18.03.2016].

Heekerens, H.-P. (2006d). Die Multisystemische Therapie. Ein evidenz-basiertes Verfahren zur Rückfallprophylaxe bei Kinder- und Jugendlichendelinquenz. Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe, 17(2), 163-171.

Heekerens, H.-P. (2008). Effektivität aufsuchender Familien-fokussierter Interventionen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, 130-146.

Heekerens, H.-P. (2009). Der Beruf der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin – ein Abriss seiner Geschichte. Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 5, 85-97.

Heekerens, H.-P. (2011). Wirksamkeit und Kosteneffektivität aufsuchender familienbezogener Arbeitsweisen bei Problemlagen von Kindern und Jugendlichen. In M. Müller & B. Bräutigam (Hrsg.), Hilfe, sie kommen. Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext (S. 28-40). Heidelberg: Carl-Auer.

Heekerens, H.-P. (2012). Aufsuchende familienbezogene Vorgehensweisen und Gemeindepsychologie - historische und systematische Betrachtungen. Forum Gemeindepsychologie, 17(1). Online verfügbar unter http://www.gemeindepsychologie.de/fg-1-2012_03.html [letzter Zugriff am 18.3.2016].

Heekerens, H.-P. (2013). Ergebnis- und Prozessforschung in der Erlebnispädagogik: Was man weiß, was man wissen sollte. Erleben & Lernen, 21(3&4), 41-45.

Heekerens, H.-P. (2015a). Rezension vom 25.08.2015 zu Hahn, G. & Hüttemann, M. (Hrsg.) (2015). Evaluation psychosozialer Interventionen. Köln: Psychiatrie Verlag. Socialnet Rezen-

sionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/19293.php> [letzter Zugriff 21.06.2016].

Heekerens, H.-P. (2015b). 90 Jahre Familientherapie – Spurensuche auf entlegenem Gelände. *Systhema*, 29, 161 – 170.

Heekerens, H.-P. (2016). Rezension vom 08.06.2016 zu Borrman, S. & Thiessen, B. (Hrsg.) (2016). *Wirkungen Sozialer Arbeit. Potentiale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin*. Opladen u.a.: Verlag Barbara Budrich. Socialnet Rezensionen. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/20932.php> [letzter Zugriff am 21.6.2016].

Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (2004). Einbeziehung von Partner und Familie bei verhaltenstherapeutischer Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36, 75-80.

Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (2006). Familien-Psychoedukation als Rückfallprophylaxe bei Schizophrenie: Wirkung und Wirkungsweise. *Psychotherapie*, 11, 26-36. Online verfügbar unter https://cip-medien.com/wp-content/uploads/2006-1-03_-Heekerens_Ohling-2.pdf [letzter Zugriff am 18.3.2016].

Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (2007). Die Aufsuchende Familientherapie: eine eigenständige Hilfe zur Erziehung. *Neue Praxis*, 37, 502-515.

Hodge, D. R., Lacasse, J.R. & Benson, O. (2012). Influential publications in social work discourse: the 100 most highly cited articles in disciplinary journals. *British Journal of Social Work*, 42, 765-782.

James, S. (2016a). "Inside the Belly and the Beast". Möglichkeiten und Grenzen der evidenzbasierten Praxis. In S. Borrman & B. Thiessen (Hrsg.), *Wirkungen Sozialer Arbeit. Potentiale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin* (S. 143-160). Opladen u.a.: Verlag Barbara Budrich.

James, S. (2016b). Wirkungsmessung im Kontext der Evidenzbasierten Praxis. *Soziale Arbeit*, 65 (6./7.), S. 218-224.

Leitner, A., Märkens, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner, H., Gregor Liegl, G., Hinterberger, G. & Brigitte Schigl, B. (2012). Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Endbericht. Online verfügbar unter http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/risk_bericht_11.09.2013.pdf [letzter Zugriff am 19.7.2016].

Leitner, A., Schigl, B. & Märkens, M. (Hrsg.) (2014). *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen*. Wien: Facultas.

Lieberei, B. & Linden, M. (2008). Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102, 558-562.

Lösel, F. & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.

Melchinger, H. (1999). *Ambulante Soziotherapie. Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 115). Baden - Baden: Nomos

Mönter, N. (2013). Aktuelle Überarbeitung der Soziotherapie - Richtlinien. *NeuroTransmitter*, 24(3), 29-30.

Norcross, J.C. (2011). Conclusions and Recommendations of the Interdivisional (APA Divisions 12 & 29) Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships. Online verfügbar unter <http://societyforpsychotherapy.org/evidence-based-therapy-relationships/> [letzter Zugriff am 2.7.2016].

Pauls, H. & Hahn, G. (2015). Sozialtherapie. In U. A. Lammel, J. Jungbauer & A. Trost (Hrsg.), *Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen, Forschungsbefunde, Praxiskonzepte* (S. 29-44). Dortmund: Verlag modernes lernen.

Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M. & Rowe, C. L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85-93.

Schmucker, M. (2004). Kann Therapie Rückfälle verhindern? Metaanalytische Befunde zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung. Herbolzheim: Centaurus.

Schmucker, M. (2005). Der Einfluss von Therapie auf die Legalbewährung von Sexualstraftätern: Ergebnisse aus kontrollierten Wirksamkeitsuntersuchungen. In R. Egg (Hrsg.), „Gefährliche Straftäter“. Eine Problemgruppe der Kriminalpolitik? (S. 129-152). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.

Schmucker, M. & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11, 597-630.

Sheidow, A. J. & Henggeler, S. W. (2008). Multisystemische Therapie mit substanzkonsumierenden Jugendlichen: Überblick über Behandlung und Forschung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 401-419. Online verfügbar unter http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2013/4820/pdf/57.20085_6_48200.pdf [letzter Zugriff am 5.7.2016].

Spohr, B., Gantner, A., Bobbink, J. A. & Liddle, H. A. (2001). Multidimensionale Familietherapie: Jugendliche bei Drogenmissbrauch und Verhaltensproblemen wirksam behandeln. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Suess, G.J., Bohlen, U., Carlson, E., Spangler, G. & Frumentia Maier, M. (2016). Evaluating the effectiveness of the attachment based STEEP™ program in a German sample of young high

risk mothers and their children from birth to their second birthday. *Attachment and Human Development.* doi:[hptt://dx.doi.org/10.1080/14616734.2016.1165265](http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2016.1165265).

Suess, G.J., Bohlen, U., Mali, A. & Frumentia Maier, M. (2010). Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 1143–1149. Online verfügbar unter http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Bundesgesundheitsblatt_Artikel_Suess.pdf [letzter Zugriff am 1.4.2016].

Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Ulrich, F. & Petermann, F. (2016): Behaviorale Elterntrainings mit externalisierenden Störungen im Vorschul- und Grundschulalter. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 63, 3-15.

Walter, C. (2015). Wirksamkeitsforschung im Überblick: Ambulant Betreutes Wohnen psychisch kranker Menschen in Deutschland. In G. Hahn, G. & M. Hüttemann, M. (Hrsg.), *Evaluation psychosozialer Interventionen* (S. 89-108). Köln: Psychiatrie Verlag

Walton, E., Fraser, M.W., Lewis, R.E., Pecora, R.E. & Walton, W.K. (1993): In-home family-focused reunification: An experimental study. *Child Welfare*, 72, 473-487.

What Works Centre for Local Economic Growth (o.J.). The Maryland Scientific Methods Scale. Online verfügbar unter <http://www.whatworksgrowth.org/resources/the-scientific-maryland-scale/> [letzter Zugriff am 5.7.2016].

Wößner, G. (2014). Wie kann man in der Sozialtherapie Therapieerfolg feststellen oder messen? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 8, 49-58.