
Sozialraumorientierte und klinische Sozialarbeit im Dialog

Marianne Roessler

Erschienen in: *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung.*

4. Jg. Heft 3 Juli 2008

In den letzten Jahren gewinnen Konzepte der Sozialraumorientierung innerhalb der Sozialen Arbeit zunehmend an Bedeutung. Aufbauend auf frühen Konzepten der Gemeinwesenarbeit¹ (vgl. u.a. Hinte & Karas 1998, 2001 etc., Hauser 1971, Alinsky 1984, Lüttringhaus 2003, Budde & Früchtel 2007 etc.²) wird auch die Notwendigkeit institutioneller Veränderungen thematisiert: Verwaltung und Politik definieren „Sozialräume“/Regionen und nehmen strukturelle Umbauten der Hilfelandschaft vor.³ Diese Maßnahmen sind zumeist mit der Implementierung von Sozialraumbudgets verbunden.

M.E. enthalten diese Konzepte, die einen Umbau der Angebote und Denklogik der Sozialen Arbeit bedeuten, viel Widersprüchliches: Einerseits liegt Demokratisierungspotenzial⁴ darin, in gleichem Maße kann damit aber auch der Abbau von Sozialleistungen verfolgt werden (vgl. Paritätischer Wohlfahrtsverband 2004).

Eine zweite Strömung innerhalb der Sozialraumorientierung beschreibt die Arbeit mit Individuen und fokussiert auf KlientInnen(systeme) in ihren „sozialen Räumen“, Menschen in ihren Beziehungen, Netzwerken, Bezugssystemen, in ihren Stadtteilen und Strukturen sowie den damit verbundenen Ressourcen (Budde & Früchtel 2007, S. 289), die Menschen im Allgemeinen und damit auch KlientInnen(systeme) sich erschließen können. „Raum ist nicht einfach da, sondern vom Menschen gemacht und ohne seinen sozialen Kontext nicht denkbar. ... Raum ist ... das Ergebnis von sozialem Handeln.“ (Budde & Früchtel 2007, S. 204f.) Erst die Beziehungen und Netzwerke schaffen also Sozialräume. Aus dieser Perspektive muss gute Soziale Arbeit sozialräumlich ausgerichtet sein. Als SozialarbeiterInnen können wir KlientInnen im Erkennen und Entwickeln dieser sozialen Räume unterstützen.

Ohne Kenntnis der Fachdiskussion könnte man meinen, Konzepte der klinischen Sozialarbeit stellen einen Gegensatz zur Sozialraumorientierung dar. „Klinisch“ könnte mit Klinik, mit naturwissenschaftlicher Medizin, mit Krankheit und mit Individualisierung im Sinne eines Ignorierens der sozialen Bezüge des Individuums assoziiert werden. In der Literatur liegen sehr unterschiedliche und z.T. auch kontroverse Konzeptionen von Klinischer Sozialarbeit vor (Dörr 2002). *Klinisch* soll in diesem Beitrag im Gegensatz zu diesen ersten Assoziationen so verstanden werden, dass es um die therapeutische und beraterische Arbeit mit Personen geht, in der die sozialen Bezüge mitthematisiert werden und wie Geißler-Piltz, Mühlum und Pauls (2005, S. 25f.⁵) ausführen, auf die Stärken der KlientInnen fokussiert wird. Klinische Sozialarbeit in diesem Sinne widerspricht also dem traditionellen medizinischen Modell. Aufgabe der SozialarbeiterInnen ist es – geradezu konträr zum medizinischen Modell –, sich nicht verführen zu lassen, KlientInnen vorwiegend durch die Krankheits- bzw. Defizitbrille zu betrachten, weil diese nur allzu leicht den Blick auf Ressourcen und Kompetenzen verstellt. Insoo Kim Berg meinte einmal: „Oh mein Gott, diese Menschen ohne Wohnung, sie müssen unheimliche Ressourcen haben, denn sie haben so lange Zeit auf der Straße überlebt, ich würde keine Nacht überleben!“⁶ Die Ressourcen im Blick zu haben, ist oft nicht einfach, da KlientInnen zumeist nur über den Nachweis ihrer Defizite und ihrer Hilflosigkeit Zugang zu sozialstaatlichen Leistungen haben. „Das Erheben von Defiziten ist einerseits in vielen Fällen von Bedeutung, um gegebenenfalls Ansprüche und externe Ressourcen geltend zu machen, es bietet aber andererseits keine ausreichende Grundlage für eine wertschätzende Kommunikation. Diese ist aber erforderlich, wenn es gelingen soll, KlientInnen

bewusst zu machen, über welche Fähigkeiten, Ressourcen, Kompetenzen und Potenziale sie verfügen. Ziel professioneller sozialarbeiterischer Interventionen ist es deshalb, Grundlagen für eine wertschätzende Kommunikation, die auf den Fähigkeiten der KlientInnen aufbaut, zu schaffen, und ihren Blick auf ihre Ressourcen, ihre relevanten Umwelten und Netzwerke zu lenken.“ (Gaiswinkler & Roessler 2007, S. 289)

Eine erfolgreiche Strategie für die Arbeit mit den Ressourcen der KlientInnen besteht darin, das *Wollen* der KlientInnen(systeme)/der ProtagonistInnen im Feld in den Mittelpunkt zu stellen – dies gilt für die Arbeit mit größeren Systemen, für die Arbeit mit Individuen und erst recht im klinischen Kontext. Vom *Wollen* der Menschen auszugehen, scheint fast in der traditionellen Gemeinwesenarbeit weiter verbreitet zu sein als im klinischen Bereich. Möglicherweise liegt dies daran, dass es leichter ist, BewohnerInnen eines Gemeindebaus zu unterstützen, wenn sie einen Spielplatz für ihre Kinder *wollen*, als *das Wollen* einer Klientin ausfindig zu machen, die Stimmen hört, ihre Wohnung verwaarlosten lässt oder sich „berauscht“.

Wichtige Ansätze, die im klinischen Kontext entwickelt wurden, und die vom *Wollen*⁷ der KlientInnen ausgehen, ohne den institutionellen Auftrag zu missachten, sind u.a. der systemisch lösungsfokussierte Ansatz (Berg & De Jong 1998, De Shazer et al. 2007 etc.) und die gesundheitsorientierte kognitive Therapie (Isebaert 2005). Beide Ansätze wurden im klinischen Setting entwickelt und integrieren klinische und sozialräumliche Aspekte auf beeindruckende Weise.

Unabhängig vom Feld und der Applikation in der Sozialarbeit geht es also letztlich um die Frage, wie SozialarbeiterInnen⁸ KlientInnen(systeme) bestmöglich darin unterstützen können, sich erweiterte Handlungs- und Verfügungsmöglichkeiten zu erschließen, u.a. auch durch den Zuwachs von kulturellem und sozialem Kapital (Bourdieu 1992).

In Bezug auf die Instrumente, Techniken und Medien macht es natürlich einen Unterschied, ob mit großen Systemen wie z.B. Organisationen, Stadtteilen, Siedlungen gearbeitet wird oder mit Individuen bzw. Familien. Das wesentliche Medium in der Sozialen Arbeit ist jedoch in beiden Fällen die Kommunikation. Das zeigt sich bei Beratungsgesprächen genauso wie beispielsweise bei der *Aktivierenden Befragung* (Lüttringhaus & Richers 2003). Auch die professionell angelegte Umgestaltung der Hilfelandschaft wird durch Kommunikation entwickelt und vermittelt.

Viele Forschungsergebnisse⁹ weisen daraufhin, dass ProfessionistInnen bei nachhaltigen Interventionen ihre Arbeit strikt innerhalb des Bezugsrahmens der KlientInnen beginnen, an den Kompetenzen der KlientInnen anknüpfen und durch kleine Änderungen Veränderungen wahrscheinlicher werden (Berg & De Jong 1998).¹⁰ Im Bezugsrahmen der Klientin zu arbeiten heißt also, zunächst zu fragen, was die Klientin will (Roessler & Gaiswinkler 2004), um die KlientIn bei der Entwicklung „wohlformulierter Ziele“ zu unterstützen (vgl. De Jong & Berg 1998, S. 114ff.). Gelingende sozialarbeiterische Interventionen trachten danach, konkrete Schritte der Umsetzung (eine Lösung) zu entwickeln: „Eine Lösung, die er [der Klient] selbst konzipiert hat, wird seine Selbsteffizienz erhöhen, eine Lösung, die er von uns gelernt hat, nicht.“ (Isebaert 2005, S. 104). Zur Entwicklung einer Lösung sind zwei Expertisen erforderlich: zum einen ein fachliches sozialarbeitsspezifisches Wissen, das auch ein Wissen über den sozialen Raum umfasst, und zum anderen eine Expertise des Nichtwissens – also das Gespräch so zu führen, dass die Ziele der Klientin klar werden. Im lösungsfokussierten Ansatz beispielsweise wird besonderer Wert darauf gelegt, benennbare Ziele und detaillierte erste Schritte zu verhandeln und den Fortschritt in die gewünschte Richtung kontinuierlich zu untersuchen und dadurch sichtbar zu machen. Dies erfolgt mithilfe von Skalierungsfragen, Ausnahmen – also Zeiten, in denen das Problem nicht oder in geringerem Ausmaß bestand – und von kürzlich erlebten kleinen Erfolgen. KlientInnen der Sozialen Arbeit sind häufig zu Beginn der Kooperation nicht in der Lage, ihre Ziele zu formulieren bzw. zu spezifizieren. Die sozialarbeiterische Kunstfertigkeit besteht in diesem Fall darin, das Werkzeug *Sprache* bzw. *Kommunikation* genauso sorgfältig und präzise einzusetzen wie der Chirurg oder die Chirugin das Messer (Bevelas et al 2000, S. 50), um KlientInnen in jedem Schritt der Konversation zu unterstützen, ihre Ziele zu entwickeln und zu (er)finden (vgl. Gaiswinkler & Roessler 2007, S. 286). „Eine für das System externe Intervention muss so angesetzt werden, dass sie sich in das interne Operationsgeflecht des Systems einschleust und innerhalb seiner Operationsweise Veränderungen bewirkt“. (Willke 2005, S. 122f.)

Unsere Forschungsergebnisse zeigen, dass die *Expertise des Nichtwissens* die Rahmung für das gelungene professionelle Gespräch bildet. Auch die *Expertise des Wissens* muss mit der Expertise des Nichtwissens vermittelt werden, um am Bezugsrahmen der KlientIn anknüpfen zu können. Das kann uns helfen zu verhindern, dass an den Zielen der KlientInnen vorbei gearbeitet wird (vgl. Roessler & Gaiswinkler 2007 und in Vorb.)

Bavelas (2000) weist darauf hin, dass nicht Interventionen als Ganzes¹¹ in ihrer Wirksamkeit gesehen werden können, sondern dass jeder einzelne Interaktionsschritt einen Einfluss auf den Prozess ausübt. Sie liefert mit der *Mikroanalyse* (Bavelas et al. 2000) interessante Forschungsergebnisse über professionelle Kommunikation v.a. in der therapeutischen Arbeit oder etwa auch in der Arzt-PatientInnen-Beziehung. Diese Forschungsstrategie bietet auch für die Sozialarbeitsforschung interessante Anregungen, um weitere Antworten zu finden, was SozialarbeiterInnen tun (können), um KlientInnen in Ihren Empowermentprozessen und bei der Aktivierung ihrer eigenen Ressourcen bestmöglich zu unterstützen. Eine Entwicklung, die sich immer stärker durchsetzt auf Seiten der NutzerInnen, befördert diese Notwendigkeit: Selbstvertretungsinitiativen fordern verstärkt ein Mehr an NutzerInnenorientierung.¹² Betroffene stellen Gestaltungsansprüche und machen deutlich, dass sie über eine spezielle Expertise, nämlich die *Expertise für ihr Leben*, verfügen – diese Expertise wird zukünftig mehr Beachtung finden müssen (vgl. Gaiswinkler & Roessler 2007, S. 277ff.) Janet Beavin Bavelas (2000) legt dar, dass es ein neues oder, wie sie es nennt, ein alternatives Paradigma¹³ in der psychosozialen Arbeit gibt, das in zweierlei Hinsicht eine Alternative bietet: einerseits einen neuen Blick auf Kommunikation und andererseits einen neuen Blick auf die KlientInnen. Der lösungsfokussierte Ansatz ist, neben den erwähnten anderen, ein Ansatz, der diesem Paradigma folgt.

Die dargestellten Ansätze und Anwendungen sind Beispiele für erfolgreiche Steuerungsmöglichkeiten sozialer Interventionen. Weitere Forschungsarbeiten, die die unmittelbaren sozialarbeiterischen Interventionen erforschen und analysieren, um zu erklären, wie KlientInnen bestmöglich in ihrem sozialen Kontext bei ihrer Zielerreichung, ihrem Wollen, unterstützt werden können, unter Berücksichtigung des institutionellen Auftrags, sind notwendig. Solche Forschungen, die – im Sinne einer Aktionsforschung – in enger Kooperation zwischen ForscherInnen und PraktikerInnen geplant und umgesetzt werden, nützen einer Weiterentwicklung der Profession und erleichtern es, gegen wenig versprechende Umstrukturierungen und Sozialabbau fachlich zu argumentieren.

Literatur

Alinsky, S. D. & Rabe, K.-K. (1999). Anleitung zum Mächtigsein. Ausgewählte Schriften. Göttingen: Lamuv. (Lamuv-Taschenbuch. 268.).

Argyris, C., Schön, D. A. & Rhiel, W. (2006). Die lernende Organisation. Grundlagen, Methode, Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bavelas, J. B., McGee, D., Phillips, B. & Routledge, R. (2000). Microanalysis of Communication in Psychotherapy. Human Systems. The Journal of Systemic Consultation & Management, 11(1), 47-66. Online verfügbar unter <http://www.kccfoundation.com/inforec/hs/Volume%2011/Bavelas.pdf> [21.02.2007].

Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Hrsg.), Soziale Ungleichheiten (S. 183-198). Göttingen: Schwarz & Co. (Soziale Welt. Sonderband. 2.)

Bourdieu, P. (1992). Die verborgenen Mechanismen der Macht. Hamburg: VSA. (Schriften zu Politik und Kultur. 1.) (Frz. Original erschienen 1979.)

Budde, W. (2006). Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

De Jong, P. & Berg, I. K. (1998). Lösungen (er)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie. (2. Aufl.) Dortmund: Verlag Modernes Lernen. (Systemische Studien. 17.).

- De Jong, P. & Berg, I. K. (1998). Lösungen (er)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie. (2. Aufl.) Dortmund: Verlag Modernes Lernen. (Systemische Studien. 17.).
- De Shazer, S., Dolan, Y. & Korman, H. (Eds.) (2007). More than miracles. The state of the art of solution-focused brief therapy. New York: Harworth.
- Dörr, M. (2002). Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren. (Grundlagen der sozialen Arbeit. 7.).
- DuBois, B. L. & Miley, K. K. (2007). Social Work. An Empowering Profession. Boston: Allyn & Bacon.
- Ebbe, K. & Friese, P. (Hrsg.) (1989). Milieuarbeit. Grundlage präventiver Sozialarbeit im lokalen Gemeinwesen. Stuttgart: Enke.
- Foerster, H. von (1993). Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke. Frankfurt: Suhrkamp. (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft. 876.).
- Gaiswinkler, W. & Roessler, M. (2007). Empowerment konkret? Wie SozialarbeiterInnen in ihrem Alltag KlientInnen bei der Selbstermächtigung unterstützen und zugleich ihren institutionellen Auftrag erfüllen. Anregungen durch den systemisch lösungsfokussierten Ansatz nach Steve de Shazer und Insoo Kim Berg. In EntwicklungspartnerInnenenschaft Donau Quality in Inclusion (Hrsg.), Sozialer Sektor im Wandel. Zur Qualitätsdebatte und Beauftragung von Sozialer Arbeit (S. 277-294). Linz: edition pro mente.
- Gaiswinkler, W. & Roessler, M. (in Vorb.). Suggestions of the Solution-Focussed Approach of Steve de Shazer and Insoo Kim Berg for Social Work Practice. Learnings from a Viennese model project. Journal of Social Work Practice. Subjectivity and Intersubjectivity in Social Work Approaches, 2.
- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2005). Klinische Sozialarbeit. München: Reinhardt. (Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. 7.).
- Hinte, W. & Karas, F. (1998). Studienbuch Gruppen- und Gemeinwesenarbeit. Eine Einführung für Ausbildung und Praxis. Neuwied: Luchterhand.
- Hinte, W. (2001). Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader für Studium, Lehre und Praxis. Münster: Votum.
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill. (McGraw-Hill series in psychology.).
- Lüttringhaus, M. & Richers, H. (Hrsg.) (2003). Handbuch Aktivierende Befragung. Konzepte, Erfahrungen, Tipps für die Praxis. Bonn: Verlag Stiftung Mitarbeit. (Arbeitshilfen für Selbsthilfe- und Bürgerinitiativen. 29.).
- Manderscheid, H. (1997). Sozialarbeit – das Ende einer heiligen Kuh. Publik-Forum, 24, 6-8.
- Miller, S. D. & Berg, I. K. (1995). The Miracle Method. A radically new approach to problem drinking. New York/London: Norton.
- Paritätischer Wohlfahrtsverband Hamburg e.V. (Hrsg.) (2005). Weiterentwicklung der Jugendhilfe in Hamburg. Hamburg: Paritätischer Wohlfahrtsverband Hamburg e.V.
- Pauls, H. (2004). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim: Juventa. (Grundlagentexte Soziale Berufe.).
- Roessler, M. & Gaiswinkler, W. (2004). Der lösungsfokussierte Ansatz in Organisationsberatung und Supervision. In I. Walther & W. Knopf (Hrsg.), Brush up your tools (115 - 130). Wien: ÖVS. (ÖVS Schriftenreihe. 5.)
- Roessler, M. & Gaiswinkler, W. (2005). Die KlientInnen fühlen sich oft ohnmächtig, aber wir sehen sie als ExpertInnen für ihr Leben – ein PraxisanleiterInnenstag mit Insoo Kim Berg. Campus Aktuell, 3. Online verfügbar: http://www.netzwerk-ost.at/publikationen/pdf/publikationen_klientinnenalsexpertinnen.pdf [10.05.2008].

Saleebey, D. (Eds.) (2006). *The strengths perspective in social work practice*. (4th ed.) Boston: Pearson/Allyn & Bacon.

Simon, F. B. (1995). *Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik*. Frankfurt: Suhrkamp. (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft. 1096.).

Turnell, A. & Edwards, S. (1999). *Signs of Safety. A Solution and Safety Oriented Approach to Child Protection Casework*. New York: Norton & Co Ltd.

Wade, A. (1997). *Small acts of living: Everyday resistance to violence and other forms of oppression*. *Contemporary Family Therapy*, 19, 23-40.

Weihrauch, J. (2007). „Komm mir in die Quere, aber steh mir nicht im Weg!": Konsequent positive Zuwendung als Schlüsselprozess einer vollstationären Außenwohngruppe. *Gepfeffertes Ferkel*, Juni. Online verfügbar: <http://www.ibs-networld.de/ferkel/22/003.htm> [10.05.2008].

Willke, H. (2005). *Interventionstheorie. Grundzüge einer Theorie der Intervention in komplexe Systeme*. (4. Aufl.) Stuttgart: Fischer. (UTB Soziologie. Interdisziplinär. 1800.).

Zur Bonsen, M. & Maleh, C. (2001). *Appreciative inquiry (AI) der Weg zu Spitzenleistungen. Eine Einführung für Anwender, Entscheider und Berater*. Weinheim/Basel: Beltz. (Beltz Weiterbildung.).

Anmerkungen

1. Ausgangspunkt bildet hier der physische Raum: Menschen sollen unterstützt werden, sich für Ihre Anliegen im Stadtteil, in der Siedlung, im Dorf, in ihrer Community einzusetzen. In diesem Fall sind größere Systeme das KlientInnensystem. Ziele wie Aktivierung, Teilhabe, Partizipation werden verfolgt. Fallunspecifische Arbeit spielte hier bereits eine wichtige Rolle.
2. Die Liste ließe sich noch lange fortsetzen.
3. Vgl. die Jugendhilfe in Deutschland, aber auch in Graz – Soziale Arbeit mit Familien.
4. Demokratisierungsprozesse wären höchst erforderlich, da sozialstaatliche Hilfen dem Verdacht ausgesetzt sind, kolonialistisch zu sein und zu bevormunden.
5. Die Klinische Sozialarbeitskonzeption von Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls (2005, S. 25ff.) „distanziert sich vom pathogenetischen Krankheitsmodell der Medizin, das nach Erklärungen dafür sucht, warum Menschen in der Folge belastender Erfahrungen erkranken. Sie orientiert sich vielmehr an salutogenetischen Modellen“, die danach fragen, wie Menschen trotz aller Krisen und Belastungen ihr Leben konstruktiv meistern und gestalten.
6. Mündlich im Gespräch am 15.12. 2006, kurz vor Ihrem Tod am 10.1.2007.
7. Budde & Früchtel: *Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis*. (Hg.): 2006: 27-46 (VSZ Verlag.) nennen dies den „Willen der KlientInnen“.
8. Dies trifft auch auf andere ProfessionistInnen zu.
9. Vgl. Roessler & Gaiswinkler (2007): *Empowerment konkret? Wie SozialarbeiterInnen in ihrem Alltag KlientInnen bei der Selbstermächtigung unterstützen und zugleich ihren institutionellen Auftrag erfüllen – Anregungen durch den systemisch lösungsfokussierten Ansatz nach Steve de Shazer und Insoo Kim Berg*. In: *EntwicklungspartnerInnenschaft Donau Quality in Inclusion* (Hg): Sozialer Sektor im Wandel. Zur Qualitätsdebatte und Beauftragung von Sozialer Arbeit, aber auch Berg & de Jong 1998, De Shazer et al. 2007, Bavelas 2000), Saleebey 2006, Du Bois & Miley 2007, Zur Bonsen 2001 sowie Hinte & Karas 1997, Hauser 1971, Wade 1997 und Turnell 1999.
10. Eine interessante lesenswerte Fallgeschichte erzählt Watzlawick von Milton M. Erickson (vgl. Watzlawick 1978, S. 141ff., zit. nach Willke 2005, S. 120f.)

11. Gemeint ist das gesamte Beratungsgespräch oder der gesamte Betreuungs- bzw. Hilfeprozess.
12. Dafür gibt es viele Beispiele: Die Initiative Nuevo der Institution Atempo (www.atempo.at [26.02.2008]; Atempo arbeitet in Graz und in Wien) bildet *WohnevaluatorInnen* aus, die selbst behindert und gleichzeitig auch NutzerInnen der Wohneinrichtungen sind; oder auch im Jugendbereich: Jugendliche werden in den Niederlanden zu *flying teams* ausgebildet, um Jugendeinrichtungen zu beraten, damit diese ihre Angebote und ihre Arbeit verbessern können (www.gemeinsinn.at [10.04.2004]), und Wohnungslose bringen in der Zeitschrift Augustin (Straßenzeitung der Wohnungslosen in Wien) ihre Anliegen an die Öffentlichkeit und sprechen damit für sich selbst.
13. Zu diesem neuen Paradigma zählt Bavelas (Bavelas et al. 2000) folgende Ansätze: (1) Die ursprüngliche und die nachfolgenden Mailänder Schulen um Mara Selvini-Palazzoli und um Luigi Boscolo und Gianfranco Cecchin; (2) die Solution Focused Brief Therapy (SFBT) der Gruppe um Insoo Kim Berg und Steve de Shazer in Milwaukee; (3) Michael Whites und David Epstons Narrative Therapie in Australien und Neuseeland; (4) Alan Jenkins Ansatz, mit Männern zu arbeiten, die Gewalt ausgeübt haben – ebenfalls in Australien, und natürlich (5) das Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto selbst und der dort entwickelte Kurzzeittherapie-Ansatz.

Autorin

Mag. Marianne Roessler, DSA. Sozialarbeiterin, Sozialwissenschaftlerin, Supervisorin, Lehrsupervisorin und Organisationsberaterin in freier Praxis. Netzwerkpartnerin von OS'T – Netzwerk für Organisationsberatung Sozialforschung Supervision Training. Anwendung des systemisch lösungsfokussierten Ansatzes auf Sozialarbeit, Organisations- und Teamentwicklung. Dozentin an der Fachhochschule Campus Wien – Studiengang Sozialarbeit. Beratungs- und Forschungsschwerpunkte: Gemeinwesenarbeit, Empowerment, Sozialarbeiterische Interventionen und Partizipation; Weiterbildung für SozialarbeiterInnen zum lösungsfokussierten Ansatz

office@netzwerk-ost.at