

Visualisieren mittels Scribbeln

Zusammenfassung

- ▶ therapeutisches Scribbeln
- ▶ Visualisieren

Der Artikel führt ein in das ▶ „**therapeutische Scribbeln**“ als einer Technik des **Visualisierens** i.e.S.: externe und interne Wahrnehmungen, Gefühle und Gedanken – auch Deutungen – werden kreativ bildhaft sichtbar gemacht. Vorbewusstes, selbst Unbewusstes wird so nicht nur dem Bewusstsein rascher zugänglich, sondern in ganzheitliches Erleben überführt, womit zugleich erste Veränderungs-Ansätze abgebildet und angeregt werden können. Dieses in der Pädagogik und Medienkommunikation beheimatete Praxiswissen wurde über 20 Jahre in der Klinik erprobt hinsichtlich der dort gebräuchlichen Technik des einfachen ad-hoc- Skizzierens, des Kritzelns z.B. von Strichmännchen, weiterentwickelt besonders im Rahmen eines speziellen klinischen Supervisions-Modells. Visualisieren erwies sich als sehr effizient und effektiv, d.h. relativ einfach zu lernen und anzuwenden und schnell, intensiv und dauerhaft wirksam.

Schlüsselwörter

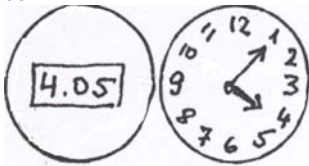
Visualisieren - Scribbeln - tiefenpsychologische Psychotherapie -Technik-Beziehung - Effizienz/Effektivität - Kreativität

Engl. Fassung

keywords

„Ein Bild sagt und wirkt mehr als 1000 Worte“

Abb.1



Bildern begegnen wir überall im Alltag. Schematisierte Bilder, Piktogramme, informieren und leiten uns z.B. im Straßenverkehr. Im Alltags- wie Feiertagsleben, in Vereinen, - und besonders in der Werbung. Sog. *analoge Zeichen* wie z.B. eine Zeiger-Uhr „sagt“ uns oft mehr als eine digitale. Sie kann uns von Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft erzählen. Bilder vermitteln oft ein tieferes, lebendiges und intensiveres Verständnis als der Text. (Schnelle-Cölln 1998) Und: Analoge Zeichen verstehen sich von selbst; digitale nicht, sie müssen „gelesen“, erklärt werden (Abb.1). Warum also nicht in der Psychotherapie?

Abb.2



Ein einziges Bild, z.B. die Titanic - und wir sehen komplette Geschichten. Sie laufen in uns ab, sie bewegen uns. Man könnte gar nicht so viel und so schnell und so mehrschichtig sprechen, um diese vielen Impulse wiederzugeben. Oder, um es drastischer zu sagen: der „Totenkopf“ auf der Flasche erreicht uns unmittelbar, „macht“ etwas mit uns. (Abb. 2) Eine ausführliche Texterklärung und einfach nur das Wort „Gefahr“ wirken im Vergleich dazu schlapper, werden schneller übersehen und vergessen.

- ▶ **ganzer Mensch**

Abb. 3



Denn ein Bild *sagt* ja nicht nur mehr, es hat oft auch mehr Energie, Potenz.

Ein Bild *bewirkt* also oft deutlich mehr als ein Wort. Es kann den ▶ **ganzen** Menschen erreichen in seinen Gefühlen, Einstellungen, Handlungsimpulsen, Glaubenssätzen, Problemverstrickungen und alles zugleich ingang bringen und damit Lösungen vorbereiten. Und es ist „schneller“, selbst als die Metapher, die wir imaginieren. Das wissen besonders auch die Religionen und politischen Mächte.

Nehmen wir einen hilflos versackenden, ängstlich-hoffnungslosen Patienten, sprachlos aus lauter Unsicherheit. Wenn man ihn fragt oder ihm erklärt, ob er unsicher sei, wird er nicken, aber unverändert mit hängendem Kopf sitzen bleiben. Fragt man, ob ihm „ein Fundament“ fehle, wird er sich wahrscheinlich etwas besser verstanden fühlen, je nachdem wie er innerlich imaginieren kann.

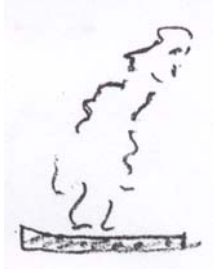
Wenn man nun aber an eine Tafel geht und ihn dort skizziert, muss er schon mal hoch schauen, seine Körperposition verändern, was innerlich – auch physiologisch – oft mehr ändert, als reine „Verbaltherapeuten“ ahnen, ein Nebeneffekt. Wenn man ihn nun aufmalt, (Abb. 3) kann er sich „erkannt“ = verstanden fühlen: „ja, so ist es“.

Aber Angst und Hoffnungslosigkeit nehmen vielleicht zu. „Schlechte“ Wirkungen sind ebenso möglich wie „gute“.

Nun können wir ein Fundament einzeichnen. Das braucht er, es stärkt. (Abb.4)

Verlängern wir das „Fundament“ zu einem Bogen (Abb. 5), so dass seine Position wie in einem Tal sichtbar wird, dann bekommt seine Verfassung Prozesscharakter: es gibt nun eine Vergangenheit des Absackens und einen Durchgang durchs Jammertal mit

Abb.4



der Perspektive, die Höhe wieder zu erreichen, jetzt mithilfe der Psychotherapie. Das kann motivieren und Hoffnung machen, Kräfte mobilisieren. Sein Körper strafft sich, sein Blick wird neugierig, es kommt wieder etwas Farbe in sein Gesicht. Jetzt *wird* er wieder, kommt in Bewegung bei der inneren Schau: "Wie herauskommen aus dem Tal ohne Fundament?".

Wir merken: ein passendes Bild fördert weitere Bilder und führt uns aus dem Kognitiven über das Visuelle in die kinästhetische Bewegung, womit, - und das ist lernpsychologisch erwiesen - wir ein Maximum an Lernen, Veränderung bewirken können.

Abb.5



Im weiteren Sinne beinhaltet das Konzept des **Visualisierens** mehrere möglicherweise voneinander unabhängige Prozesse wie: Raumorientierung, Vorstellungsfähigkeit usw. Hier meinen wir i.e.S. im Anschluss an die mediale Kommunikationswissenschaft:

- a) die interne Bild-Wahrnehmung anzuregen, die sodann weitere komplexe efferente Prozesse anstößt; und umgekehrt:
- b) das externe bildhafte Sichtbarmachen innerer kognitiv-affektiver Informationen und Prozesse, um von dort weitere Bilder im Kopf zu fördern usw.

Effizientes und effektives Arbeiten

► Klinik-Supervisionen

Dieses alte Wissen, das wohl manche KollegInnen gezielt oder en passant und konnarrativ einsetzen dürften, haben wir zunächst „naiv“ in ► **Klinik-Supervisionen** „wieder entdeckt“, umgesetzt und dann effizient verfeinert.

Dort stehe ich als Supervisor aufgrund eines bestimmten Supervisions-Konzeptes unter dem selbst gesetzten „Zwang“, im Anschluss an die übliche supervisorische oder balintmäßige Aufarbeitung innerhalb von ca. 10-20 Minuten für das Team und/oder mit dem Patienten und für ihn live eine sichtbare, spürbare und anhaltende – also wirklich effektive - Veränderung zu bewirken; eine Therapie, die zu scheitern droht, wieder „flott“ zu bekommen, einer Team-Krise zur Wende zu verhelfen. Und das klappt überraschend oft. Es kann zum Sport werden, effizient und effektiv arbeiten zu wollen. Einen zentralen Platz erhielt dabei dieses sog. ► **Scribbeln** d.h. das simple schnelle Aufkritzeln einer Idee über die Problemlage, Psycho- und /oder Interdynamik, Konflikte und Lösungsansätze, insbesondere Ad-hoc-Strichmännchen-Skizzierungen.

► Scribbeln

Einige hundert Bilder kamen so in 20 Jahren aufs Papier. Vielen PatientInnen bzw. TherapeutInnen konnte zügig geholfen werden. So ist es Zeit, das Thema auch fachliterarisch aufzuarbeiten und es einem breiteren Leserforum anzubieten, auch zur Diskussion. Vielleicht kommen ja weitere Anregungen hinzu. Viele Praktiker entwickeln und nutzen ihr eigenes interessantes und wirksames Know-how. Da sie oft aber kein Publikationsinteresse haben, oder das Thema auf der „wissenschaftlichen Bühne“ nicht zählt, können andere daran nicht partizipieren

Warum ist diese Methode effizient und effektiv?

- Zum einen lässt sich *schnell* sribbelen - ohne viel Aufwand und Mühen. Umfangreiches Material verwandelt sich blitzschnell für alle Beteiligten in aussagekräftige Bilder, die neue, übersehene oder überhörte Dimensionen erschließen oder akzentuieren. Sie *verdichten Komplexes*.
- Die Zentral- oder Hauptidee, der Focus, tritt plastisch hervor.
- Zugleich werden neue „Schätze“ aufgedeckt und erschliessen sich Patienten wie Therapeuten / Supervisoren. Verborgenes Erleben kommt in Bewegung.
- Kreativ angeregte Seh-, Denk- und *Handlungsimpulse* können rasch geweckt werden zur Weitergabe und Umformung von Informationen, weil dem Zuhörer
- das Aufnehmen, Verstehen und Verarbeiten erleichtert wird.
- Diese Kreativitätstechnik ist robust, **replizierbar** und lässt sich auch relativ
- **leicht lernen**.

Primär auditiv, mitunter auch kinästhetisch orientierte KollegInnen tun sich etwas schwerer als visuell orientierte. Zu sehr kognitiv und verbal sozialisierte und „agierende“, gehemmte TherapeutInnen müssen Vorurteile und Abwehr zunächst auflösen, um das Denken und Sehen mit dem Stift als simultanen Prozess zu entwickeln. Dann arbeiten auch sie spezifischer, konkreter, ideenreicher und kreativer. Unsere(n) PatientInnen dagegen erreicht und berührt dieser Ansatz fast immer unmittelbar, passt man die Bilder /Farben und deren Inszenierung entsprechend an.

► Effekt

Der ► **Effekt** kann beträchtlich sein.

- Schon der Akt des unvollkommenen Malens kann entlasten, Mut zum Unfertigen, gar Lächerlichen und zum Risiko geben; das Arbeitsbündnis fördern.

► **Aha-Erlebnis**
► **Erinnern**

- Die Bilder zu und über sich selbst und andere regen das Bemerkten, Merken und Betroffensein an.
 - Sie bewirken ► **Aha-Erlebnis-Erkenntnis**-Sprünge, vertiefen das Gewusste und
 - fördern für das Nachher das ► **Erinnern** des Erkannten. Das Gesehene vergisst man nicht so schnell. Jeder weiß es. (Rademacher 1999)
- Also könnten Patienten und wir mit diesem Material besser weiterarbeiten als zuvor.

Abb. 6.a

► **linke Hirnhälfte**

- verbal
- bewusst
- begrifflich
- analytisch
- abstrakt
- distinkt
- linear denkend
- Details erkennend

Wie sind diese so eindeutigen Erlebens- und Verhaltenseffekte zu erklären?

Das Wissen über die Funktionsweise der verschiedenen Hirnareale fundiert dieses Konzept.

1) Kognitiv orientierte Verbaltherapie aktiviert primär nur eine, die **linke Hirnhemisphäre** (Abb 6.a), während Visualisieren die „andere“, die **rechte Hemisphäre** dominant beteiligt. (Abb 6b) (Buzan 1999).

Letztlich kommt es auf das Zusammenspiel der linken **und** rechten Hemisphäre an, deren quasi „wechselseitige Befruchtung“. Bei unseren Therapien wird aber häufig die linke Gehirnhälfte überfordert, während die rechte unterfordert wird, sie damit ausfällt, was sich auch störend auswirken kann. Schon daher rührt mancher „Widerstand“

Abb. 6b

► **rechte Hirnhälfte**

- eher nonverbal
- nicht bewusst
- bildhaft
- synthetisch
- konkret
- Räumlich erlebend
- überblickend

2) Im Vergleich zu anderen Eingangskanälen ist die **Informationsaufnahme über das Auge die effektivste** und zeitsparendste Form, denn fast 90 Prozent aller Sinnes-Informationen liefert der „optische Kanal“. Zeitaufwand, Gründlichkeit und Effektivität stehen in einem solch günstigen Verhältnis zueinander, dass man insofern mit Recht sagt: Wir sind „Augenlebewesen“, und es wäre ein Versäumnis, wenn wir diese Tatsache beim Umgang mit therapeutischer Informationen nicht berücksichtigten – wann immer das möglich ist. Vergleichen Sie eine verbale Wegbeschreibung mit einem Blick auf die Landkarte. Da *sieht, weiß* und *spürt* man, „wo es lang geht“.

3) Akt und Inhalt des Visualisierens bleiben zusätzlich länger in der Erinnerung haften, auch aufgrund des **Überraschungsmomentes**, der für den Patienten während des Aha-Erlebnisses des Scribbelns oft sehr deutlich beobacht- und erlebbar entsteht. Nervenzellen feuern in der Gehirnaktivität des präfrontalen Cortex bei unerwarteten Ereignissen stärker. (Dem präfrontalen Cortex wird der Aspekt des Handlungsentwurfs, der Initiative und der Handlungsvorbereitung als Reaktion auf einen signifikanten emotionalen Reiz zugeschrieben). Das Ergebnis: Unerwartete Zusammenhänge erhöhen die Aktivität in dieser Region des Gehirns. Zudem geht die Aktivität in diesem Teil des Gehirns mit dem ► **erfolgreichen Lernen eines neuen Zusammenhangs** einher. Überraschungen bleiben uns am längsten in ► **Erinnerung**. Man nimmt an, dass in dieser Gehirnregion Informationen mit Erwartungen aus früheren Erfahrungen verglichen und kombiniert werden. (Fletcher 2001)

► **Komplexes Lernen**
► **Erinnerung**

► **ganzer Mensch**► **Widerstand**► **hirngerechte Therapie**

Also: der ► **Mensch insgesamt** als Vernunftwesen und als Hör-, Gefühls-, Augen- und Handlungs“tier“ (Seifert 1997) ist kausal und final bei diesem Prozess involviert, was diesen dann so wirksam macht. Sollten nicht gerade wir, die „Psychofritzen“, dieses Wissen beherrzigen? Seltsam. Wie viel unnötiger ► **Widerstand** entsteht allein dadurch, dass wir bei uns und unseren Patienten die Kapazitäten der rechten Hirnhälfte vernachlässigen, eine ► **hirngerechte Therapie** zu wenig Programm ist. (Abb. 7)

Zum „Sitz im Leben“ - Mediale Wirklichkeit

Visualisieren bedeutet, Bilder im Kopf bewusst zu erzeugen und dann abzubilden. Das Programm kommt aus der Schul- und Erwachsenen-Pädagogik, der medialen Kommunikation und der Rhetorik. Ein didaktisch kompetenter Dozent arbeitet an der Tafel, mit Projektor oder Beamer - auch in der Therapeuten-Fortbildung. Er weiß, wie begrenzt die rein kognitive Arbeit, wie begrenzt oft das Wort, sog. Verbalisierungen sind. Medienexperten haben längst erforscht und zigfach erprobt, *was wie* wirkt: das sichtbare Bild. Gute System-Trainer müssen gutes Bildmaterial bringen zur **Präsentation** und **Moderation**. Sie *müssen* effizient arbeiten, um effektiv zu sein. Dafür werden sie bezahlt. V. Birkenbühl ist so eine Meisterin. Die Organisationsberatung bietet hierzu die umfangreichste Literatur und Fortbildungen. (Birkenbühl 1999)

Abb.7



Im Unterschied zu diesen Anforderungen (z.B. bei Schnelle 1998) brauchen wir in der Therapie für unser *Schreiben* aber nicht das *große* Bild, nicht die ästhetisch-suggestive und manchmal auch manipulative Inszenierung, nicht das raffinierte Plakat, die standardisierte Präsentation, das genau und differenziert erarbeitete Säulendiagramm, das komplexe Organigramm oder den ausgefeilten Netzplan.

► Ad-hoc-Skizzierung

Hier bei unserem „Malen mit dem Charme der Unvollkommenheit“ reicht „Hausmannskost“: eine kurze, schnelle ► **Ad-hoc-Skizzierung**, ein Strich-Weibchen oder -Männchen, wenn wir nur hinreichend erläutern, kommentieren oder besser: griffig und kurz „taktisch-inszenierend“ sprechen. Je weniger klar und ausdrucksvoll wir den Stift führen, desto mehr begleitende Worte benötigen wir. Diese werden i. A. aber so zwingend klarer, konkreter und schlichter.

Für die Ausstattung reichen eine Tafel, Whiteboard oder Flipchart, es reicht auch der Block auf dem Schoß und jeder beliebige Stift, jeglicher Schrifttyp, in erster Linie für die Ad-hoc-Situation leserlich. Mehr ist m.E. nicht erforderlich, um fruchtbar zu sein.

So kann man schnell und unkompliziert arbeiten. Leider bieten die mir zugänglichen Fachbücher genau für unsere spezielle Aufgabe zu wenig Hilfestellung. (Ausnahme: Kriztian 1999)

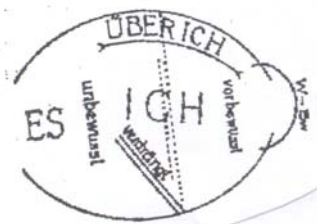
(Wieweit Frauen anders, mehr oder weniger als Männer, Neurotiker anders als sog. Psychosomatiker bildlich prozessieren, und andere differentielle Fragen, wird hier nicht behandelt.)

Zum Platz in der Psychotherapielandschaft.

► tiefenpsychologische Psychotherapie

► effiziente Praxis

Abb.8



Leider wird Psychotherapie zu oft einseitig als „verbale“ Therapie definiert, besonders die ► **tiefenpsychologische**, um die es hier vornehmlich geht. Diese wurde initiiert von primär „verbal“ arbeitenden PsychoanalytikerInnen und weitgehend mit exzellenten Theorie-Modellen zur (Meta-)Psychologie beeinflusst. Derartige Modelle ersetzen aber nicht eine flexible, kreative und ► **effiziente Praxis**. Nur wenige Autoren verdeutlichen Ihre Konzepte mit Visualisierungen bzw. scheinen diese in der Praxis anzuwenden.

Freud hat zwar auch ein – berühmtes - Bild gemalt (Freud)(Abb.8). Aber insgesamt war er so bildschamig wie der strengste Protestant, als verträge sich die Psychoanalyse nicht mit dieser Art des Visualisierens. Er favorisierte eindeutig – und wohl viel zu sehr – das Denken und Verbalisieren, „die Rede-Kur“. Sie kann aber rasch in Gefahren rutschen, wenn es auf der Couch zum „assoziativen Geschwätz“ (E. Fromm) kommt, oder sie zum „mind-fucking“ degeneriert (F. Perls). Freud huldigte dem Logos. Und unter dessen Geleit hat er Geniales entdeckt und entwickelt, aber auch Gefahren und Einseitigkeiten für die sich entwickelnde Psychotherapie vorprogrammiert. Die gesamte Sozialisation, die Couch-Inszenierung, die Entwertung des Handelns per „Agier-Verdikt“, ein rigides, oft missverständenes Abstinenz- und Neutralitätsgebot führen zu oft zu Behinderungen, Hilflosigkeit, Scheu und komplizierten intellektuellen Bauchaufschwüngen – oft am konkreten Patienten vorbei, wie man in Supervisionen und Zweithérapien häufig beobachten kann.

Hinzukommen die Angst, die Scham sich zu exhibitionieren, die Selbsteinrede oder Ausrede vor den anderen: „ich kann ja nicht malen“, die meiner Beobachtung nach bei PsychoanalytikerInnen größer ist als bei VertreterInnen anderer Schulen, die hier oft unbefangener sein können. In der Psychotherapie – besonders der psychoanalytisch orientierten -, tut man sich hier oft schwer.

Also ging und geht uns damit eine kostbare Möglichkeit verloren, unsere Patienten zu erreichen und zu verändern. Visualisierungen in Form von Phantasien der PatientInnen machen wir zwar zum Inhalt unserer Arbeit, aber nicht zum Modus unseres Handelns.

Einen Schritt weiter geht die tiefenpsychologische Schule der ► **Katathym imaginativen Psychotherapie** (KiP). Sie nutzt Visualisieren im Sinne interner Imaginationsprozesse, fördert diese strategisch, um die Tiefenschicht des primärprozesshaften Erlebens zu erreichen und zu verbreitern.

► Katathym imaginative Psychotherapie

► Kreativität

Zum Thema ► **Kreativität** haben sich PsychoanalytikerInnen z.B. jüngst auf einer DGPT-Gesamttagung zwar ausführlich geäußert. Aber genau in der für sie typischen Weise, die ihre Stärke und zugleich ihre Schwäche ist: in der Rede-Weise.

Sie können kreative Werke vom Schreibtisch aus *interpretieren*, und dabei sind sie mitunter selbst sehr kreativ. Aber es kommen eher wenige Kreativ-Vorschläge zur technisch-praktischen Therapeutik vor Ort jenseits der Worte. (Schlösser, Gerlach 2001). Den aus dieser Richtung kommenden verständlichen Bedenken gelten also dieses und das folgende Kapitel.

Abb.9



Ekklektisch, integrativ – puristisch?

Ganz problematisch wird es, wenn „Fundamentalisten“ und „Puristen“ die Richtung bestimmen wollen. Sie haben aber mit ihren Dogmen wohl Unrecht, genauso wie die „Wilden“. Denn die Psychotherapie vor Ort ist keine Fachbuch-Therapie, weicht von dieser notwendig ab, weil jene nur *einen* Aspekt der Wirklichkeit repräsentiert, der schulenspezifisch-akademisch dargestellt wird.

Meine je eigene *real existierende Therapeutik* speist sich dagegen aus mehreren Wurzeln sowie einer vielfältigen Umgebungswelt, ein hoch komplexes Gemisch verschiedener Faktoren. (Abb.9)

A) In erster Linie wohl – und weit mehr als die Lehrbücher suggerieren – **meine Persönlichkeit und aktuelle Verfassung**

B) **meine je eigenen Lebenserfahrungen und Glaubenssätze**

C) **allgemeines, komplexes Wirklichkeitswissen** z.B. von den sozialen, ökologischen, spirituellen, ökonomischen, aktionalen Dimensionen

D) **basale oder differenzierte Beziehungs- und Kommunikationsmuster und Interaktionsfertigkeiten:** wie trete ich auf, spreche ich? Wie taktisch, lockend, provozierend? Über welche Fragetechniken verfüge ich? usw.

E) Das **Theorie- und Praxis-Wissen „meiner“ primären Schule** – in diesem Fall der Psychoanalyse - quasi meine „Sonne“ (vgl. Abb. 9)

F) Das **spezifische Wissen anderer Schulen**, der „Regen“ der mich weiter anregt und fördert. Die Transaktionsanalyse (TA) hat meines Wissens als erste Psychodynamikmodelle visualisiert. Mit ihrem Ansatz habe auch ich begonnen, mit dem sog. Strukturbild (Abb.10), ein guter Übungsansatz. Allerdings sind die Veranschaulichungen der TA standardisiert, schematisch, sie wirken immer noch zu abstrakt, also: sie sind verbesserungsbedürftig für die Anwendung vor Ort mit dem individuellen Patienten XYZ. s.u.

G) das **unspezifische allg. Therapie-Wissen**, das alle Schulen kennen. z.B. Lerngesetze oder Gestaltprinzipien; Haltungen, Einstellungen – z.B. Ethik – und Techniken - so unbemerkt selbstverständlich wie meine Umgebungsluft.

Jeder Therapiebaum speist sich aus mindestens diesen Haupt- und Nebenwurzeln (E - F - G), und besonders aus seinen nicht programmatischen, schwer fassbaren Subjekt- und Milieu-Faktoren (A-B-C-D) selbstverständlich und konzeptionell ebenso schwer erfassbar wie Wasser, Luft und Sonne - ob wir darum wissen oder nicht. Wir therapieren somit immer eklektisch und dabei integrativ, mehr oder weniger. (Garfield 1982). Und je mehr, desto besser, desto mehr erreichen wir den **Menschen** insgesamt bzw. *unterschiedliche* Patienten. Das heißt nicht, dass es egal ist, was wir wann, wo, wie, mit welchem Patienten tun, ob wir gar willkürlich handeln. In der Diskussion wird Willkür, Unprofessionalität und blinder Polypragmatismus mit diesen Faktoren der Unspezifität und der Ekklektik verwechselt.

Das Visualisieren gehört in eine Schnittmenge aller genannten Felder in unterschiedlichem Maß. Man kann es einsetzen im Rahmen *aller* Therapien; m.E. besonders gut bei allen Formen der **▶ tiefenpsychologischen Therapie** bis hin zur **▶ Psychoanalyse** s.u.

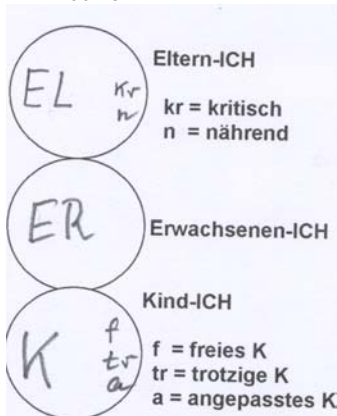
- ▶ tiefenpsychologische Therapie
- ▶ Psychoanalyse

- ▶ Beziehung
- ▶ Gegenübertragung im
- ▶ hic-et-nunc

Beziehung oder Technik

Der aktuelle mainstream der Psychoanalyse hat in den letzten 20 Jahren die Dimensionen der **▶ „Beziehung“** und „Selbstwahrnehmung in der **▶ „Gegen - übertragung“** im **▶ hic-et-nunc** für sich entdeckt, nachdem man diese Aspekte früher eher abgelehnt hatte. Diese Entwicklung ist sicher fruchtbar. Leider wird sie oft überzogen, wenn man meint, mit der einfachen Erkenntnis und Anwendung von Subjektivität und Interaktion jetzt das Problem von Wahrheit und Wirksamkeit lösen zu können, als ginge dies ohne „Technik“ und kompetente Fremdbeobachtung. Man konstruiert gern einen Gegensatz, wertet „Technik“ ab, als verhindere sie Beziehung. Oft wird m.E. ein *Mangel* an Wissen, differenzierter Technik und Beobachtungskunst mit diesen Mode-Themen kaschiert - ähnlich wie mit dem Theorie-Wissen *über* den Patienten, Organisationen usw.

Abb.10



Ein Ausspielen von „Beziehung“ und „Technik“ in der Therapie ist ohnehin unsinnig. **Visualisieren** ist nun eine Methode und **Scribbeln** eine Technik nicht „contra“, sondern „meta“ zu dieser Fragestellung.

Arbeitet man gezielt beziehungsorientiert, dann kann man mit ihr auch

1. Gute Beziehung und Bezogensein herstellen

2. Die Art der Beziehung, ihre Dynamik und ihren Verlauf wunderbar abbilden und Veränderung in Gang bringen, sowohl in der Binnenwahrnehmung als auch in der Fremdbeobachtung des Patienten, also auch in der direkten Therapeutik. (vgl. Abb. 11ff). Derartige Bilder sind wie umfassende und doch sofort verständliche Beziehungs-Definitionen und Inszenierungen zugleich. Man kann aber natürlich genauso gut auch einen anderen Fokus setzen.

3. Sodann hilft das Bild bzw. die Tafel eine zu schwierige, zu dichte Beziehung und zu direkten Augenkontakt zu vermeiden und konstruktiv umzugestalten

- a) im Bezug des Patienten zu sich selbst. Dieser hat nun ein Stellvertreter-Medium, an dem sich angstfreier etwas erkennen und bearbeiten lässt (vgl. Abb. 17b)

- b) im Bezug zum Team/Therapeuten/Supervisor hilft das Bild auszuweichen und dadurch „über die Bande“ im Kontakt zu bleiben, statt in sich zu versinken, zu versacken oder aus dem Raum herauszulaufen, was früher in den Supervisionen bei uns schwere ▶ **Borderline-Patienten** und ▶ **Präpsychotiker** versuchten, wenn das Angeschautwerden sie in maligne Regression zu bringen drohte.

- ▶ **Borderline-Patienten**
- ▶ **Präpsychotiker**

So können wir dann das Bild *zusammen* anschauen und zunächst über die Figur dort in der dritten Person reden, die dann erst allmählich assimiliert wird hinsichtlich eigener Aspekte. Ähnlich ist es bei der Kindertherapie. (vgl. mündlicher Bericht von Naumann-Lenzen). Früher lösten wir dieses Problem z.B. indem wir uns umsetzten – etwa mit dem Rücken zum Patienten oder seitwärts oder gemeinsam mit paralleler Blickrichtung aus dem Fenster schauten, um so extrem schwierige Patienten im Kontakt zu halten.

- ▶ **Arbeitsbündnis fördern**

Darüber hinaus kann das Bild *ideal motivieren*, ein ▶ **Arbeitsbündnis fördern**, so dass der Patient als sein eigener Therapeut den Therapie-Faden weiterspinn und sich mit sich auseinandersetzen lernt. Patienten (bzw. Supervisanden) nehmen die Bilder mit als ▶ **„Übergangsobjekt“** oder handfestes Resultat, um sich daran zu orientieren oder es auszumalen und zu verändern; daran zu arbeiten im Sinne einer ▶ **„Hausaufgabe“**.

- ▶ **Übergangsobjekt**
- ▶ **Hausaufgabe**

Den „Gegenübertragungsextremisten“ und Nur-Theoretikern hilft Visualisieren, wieder mehr ▶ **mehrseitig beobachten** zu lernen, schlichte und plastische Modelle zu finden und sich auf einen klaren ▶ **Fokus** zu konzentrieren. Wenn mir meine eigenen Konstruktionen und Verstiegenheiten den Kopf zu vernebeln drohen oder ich grandios ins Fliegen komme, bringt ein Umschalten in den Visualisierungs-Gang mich wieder auf den Teppich.

- ▶ **beobachten**
- ▶ **Fokus**

Visualisieren hilft sodann, (Abb. 11-13) die psychoanalytischen Grundtechniken

▶ **Klarifizieren-Konfrontieren-Deuten** spezifisch und plastisch umzusetzen und dabei zu intensivieren und alle zusammen gewissermassen in einem Akt simultan in Gang zu bringen und wirksam werden zu lassen. (vgl. Bild 17 und s.u.). Fast alle Typen von

- ▶ **Klarifizieren**
- ▶ **Konfrontieren-**
- ▶ **Deuten**
- ▶ **Abwehr/Widerstand**
- ▶ **Übertragungsdynamik**
- ▶ **aktives Dissoziieren**

▶ **Abwehr** bzw. ▶ **Widerstand** lassen sich sehr gut konfrontierend oder empathisch visualisieren und damit rascher in die bewusste Verarbeitung bringen und auflösen bzw. produktiv transformieren ebenso wie die ▶ **Übertragungsdynamik**, unterstützt von einem anderen, von uns ausgearbeiteten Konzept, dem ▶ **aktivem Dissoziieren**. Im aufgrund seiner Konflikte irritierten oder einseitig fixierten Patienten sind nicht nur bestimmte Ich-Funktionen defekt oder vernebelt, sondern verschiedene Selbst-Zustände konfliktuös und „schräg“ ausgeprägt, „verklebt“ z.B. Kleinheits- und Größen-Selbst, Bedrohtheit und Angriffigkeit usw., woraus sich entsprechende interpersonelle Störungen ergeben, inszenierbar in der Übertragung. Der Therapeut (=T) wird zu sehr auf- oder abgewertet.

Visualisieren hilft nun

- 1) dem hilflos irritierten ICH-Steuermann im Patienten (=P) einen Über- und Einblick in die Psychodynamik zu geben, ihm seine intrapsychisch verclinchten diversen Selbst-Zustände klarer abzubilden und zu demonstrieren.
- 2) diese „Verklebungen“ der Selbst, Wünsche, Gefühle und den Widerstand (W) und die Beziehung zum Anderen zu entzerren,
- 3) auszusteigen aus dem *interpersonellen* Clinch und damit diesen Steuermann im eigenen Lebens-Schiff wieder auf Deck und ans Ruder zu bringen

Abb.11

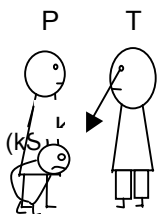
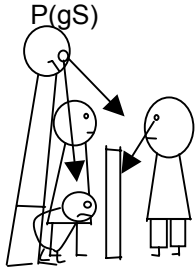


Abb. 12



Man kann z.B. einer Patientin (=P), die sich nicht öffnen kann / will und mit bestimmten stereotypen Worten wie: „weiß nicht“ ausweicht, vermitteln, dass es z.B. Kleinheitsgefühle (=kS kindliches Selbst) und / oder Übertragungen sind (Abb. 11), weswegen sie sich gegen den als zu groß erlebten Therapeuten (=T) schützen „muss“, sodass sie gegen diesen eine „Wand“ aufbaut. (Abb. 12), aus Glas oder Beton, je nachdem. Wie sie sich mitunter in die Position arroganter Überheblichkeit versteigt, sich groß macht (gS), um - ihre Mickrigkeit kompensierend - nun sich abwertend über den Therapeuten zu erheben, ihn klein zu machen usw., woraus sich im Leben draußen zirkuläre Verstrickungen ergeben, wenn das Gegenüber seinerseits klein machend reagiert, der bekannte Teufelskreis. (Abb. 13)

Abb. 13



Sodann werden verschiedene Veränderungsansätze mit angeregt: „Was projiziere ich auf mein Gegenüber? Wie baue ich die Wand ab? Wie finde ich meine realistische Größe?“ - was sich wunderbar als Sequenz oder inhärente Entwicklungsdynamik eines Therapiefortschritts abbilden lässt.

Analog kann man in der Supervision auf diesem Weg auch dem Therapeuten seine analogen oder komplementären Gegenübertragungsnotwendigkeiten verdeutlichen. (Parisius 2000)

Achtung: Gefahren! - Die Kehrseite

► Gefahren

Natürlich ist Scribbeln an sich kein All-Heilmittel, ebenso wenig wie die Verwendung von Metaphern in der Therapie. Wie jede gute Medizin kann es nutzlos oder gar gefährlich werden, wenn es falsch dosiert, an falscher Stelle oder zum falschen Zeitpunkt oder ohne Verstand und passende Vor- und Aufbereitung eingesetzt wird. Bilder können auch Verhältnisse fixieren und Veränderungen behindern. *Nicht das Malen an sich ist letztlich die Kunst, sondern das Zusammenspiel in der hilfreichen Inszenierung und der angemessenen interaktiven und kommunizierten Komposition des „wer, wie, wann, wo, wozu“.*

Abb. 14



Ein Patient kam ins Interview, nachdem er das Team wochenlang genervt hatte mit seinem ewigen Widerstand „ich bin ein Nichts.“ Alles Klären half nichts. Hier konnte es helfen, mitten auf eine große Tafel nur einen Punkt zu malen. Mehr nicht. (Abb. 14) Dann Pause. Oder die Frage. „Meinen Sie so?!“ Und das brachte ihn heraus aus seinem Spiel, es verblüffte ihn etwas beschämend und regte dann zum Arbeiten an.

Abb. 15



Manchmal nützt es mehr, den Punkt wieder wegzuwischen und zu fragen: „oder besser so?? – ein Nichts?“ Jetzt merkt er, was er sagt, indem er das NICHTS auf der Tafel, in einem Rahmen oder Feld, sieht und spürt. (Abb. 15)

Abb. 16



Oder den Punkt sichtbar dick durchstreichen - und dann schweigen. (Abb. 16). Oder fragen: „wie fühlt sich das an?“ Einen sog. „Haltungs-Narzissten“ kann diese Konfrontation beispielsweise in Bewegung bringen und endlich einen produktiven Prozess einleiten; evtl. zunächst auch seine Wut wecken.

Inszeniere ich mein Malen nun schlecht, so ernte ich bestenfalls ein müdes Grinsen. Verschätze ich mich aber im Patienten, ist dieser kein „arroganter Rächer“, der die Therapeuten scheitern lassen will, sondern schwer depressiv oder mit trotziger Abwehr über psychotischem Abgrund, dann kann ich ihn mit diesem Bild schädigen. Also: die Wahrheit ist auch hier relativ. Deswegen ist auch hier **Schulung/Supervision** nötig, um dieses Instrument zu verbessern und Fehler zu verhindern, indem man z.B. eine kritisch-komplexe Wahrnehmung erlernt. Inzwischen biete ich Kurse im Scribbeln an. Schwierig kann es auch bei **► Körper-Schema-Störungen** und **► Dysmorphophobien** werden. Mit Takt, manchmal Festigkeit, setzt immer mit Humor, kann man dieses Medium aber gerade hier nutzen, um - etwa mittels Unter- oder Übertreibungen - den Patienten rascher einen Schritt zur Freiheit zu führen.

► Körper-Schema-Störungen

► Dysmorphophobien

Abb. 17a



Einen Patienten mit einer kleinen Nase, aber der quälenden fixen Idee, eine zu große zu haben, malte ich erst mit kleiner Nase und kleinem Penis (Abb. 17a). Damit suggeriere ich natürlich schon eine **► Deutung** bzw. bereite sie vor. Locke dann seinen Protest, die Nase größer zu malen bzw. reiche ihm den Stift, damit er sie malt. Während er am Nasenbild so „rumfummelt“ und sie steil malt, kommen wir alle, Team und Patient ins befreite Lachen (Abb. 17b). Dann frage ich: „also die Nase haben Sie jetzt vergrößert, aber der Schwanz da unten?....“ Der Patient ist erst irritiert, dann grinsend „ja, das ist ja ein Ding....hängt das zusammen?“ Supervisor „das können wir prüfen, jedenfalls „hängt“ da unten das scheinbar kleine „Ding“, während die Nase inzwischen „stramm steht“... Allgemeines Lachen. Ein Durchbruch war erzielt. Man musste hier keine langwierige Scham-Angst-Widerstands-Arbeit leisten.

► Deutung

Abb. 17b

Visualisieren löst oft weitere Kreativität aus, führt zu Sprachwitz und allgemeiner Heiterkeit, was (er-)löst und den Prozess rascher voranbringen kann. Allerdings setzt, so wie hier vorzugehen, natürlich Übung und klinische Erfahrung voraus.



▶ **tiefenpsychologischen Psychotherapie**

▶ **Supervision**

Abb. 18a



▶ **traumatisierte Patienten**

Abb. 18b



Abb. 18c



▶ **Paar-Therapie**

Abb. 19



▶ **psychoanalytische Therapie**

▶ **Assoziieren**

Zur Indikation

Grundsätzlich gesehen sehe ich nur wenig Kontraindikation. Man kann Visualisieren fast überall einsetzen: besonders in der ▶ **tiefenpsychologischen Psychotherapie**, aber auch in allen anderen Therapieschulen, der Paar- und Gruppentherapie, sowie besonders gut natürlich in der ohnehin didaktisch orientierten ▶ **Supervision** und Organisationsentwicklung. Manchmal muss man bei den Supervisanden/Lernenden erst eine abblockende Abwehr gegen primitive „Bildchen“ oder negative Schulzeit-Übertragungen auflockern und auflösen.

Als grobe Orientierung gilt: je unstrukturierter der Patient, desto einfacher und strukturierter das Mittel- oder Ziel-Bild; je strukturierter der Patient, desto komplexer und dynamischer kann die Visualisierung ausfallen. Aber auch in dieser letzten Gruppe wirkt oft das schlichte Bild.

Wenn jemand sich durch ein Bild überfordert fühlt, sollte man es vereinfachen bzw. verharmlosen oder sein lassen. Dass jemand durch das Bild ziemlich – aber heilsam – erschrocken war, passierte wiederholt.

Bisher – bei ca. 2000 Skizzierungen - waren nur zwei Patienten so entsetzt, dass sie geradezu schriegen, ich solle das Bild „wegmachen“, auch wenn es die Wahrheit zeige. Wir einigten uns darauf, das Bild mit einem anderen Blatt zuzudecken und es mit dem Fortschreiten des Gesprächs langsam „aufzudecken“ und damit zu assimilieren.

Bei ▶ **traumatisierten Patienten** kann Visualisieren helfen, die konstruktive Abwehr, die gezielte Dissoziation und damit die ▶ **Selbststabilisierung** zu verbessern. Hier steht es also nicht im Dienste der Konfrontation und Trauma-Exposition, sondern der induzierten Dissoziation und des Schutzes. Wenn eine Patientin „heimgesucht“ oder überflutet wird von „flash backs“ und Intrusionen (sie überwältigenden Vergangenheits-Erlebnissen), kann mitunter das Aufstellen einer einfachen Barriere in den Rücken der Person gegen dieses Vergangene helfen (Abb. 18a)

Wenn sie innerlich von „ringsum“ bombardiert und völlig durchlässig wird, kann man um die Person einen Rahmen, einen Kasten malen, der wie magisch das Böse nach Außen hält; (Abb. 18b). Wenn das bis jetzt noch schlecht „Verdaute“ mehr aktiv dissoziiert werden muss, kann man es quasi in eine gezeichnete Kiste deportieren, im milderen Fall in einen Papierkorb ablegen, oder in mehrere kleine Kisten sozusagen thematisch in Häppchen aufgeteilt aus der Person herausverlagern, quasi exkorporieren (Abb. 18c)

Ein weiteres Beispiel aus der ▶ **Paar-Therapie**: Ein Paar ist völlig zerstritten. Sobald „er“ etwas sagt, haut „sie“ drauf und umgekehrt. Einfache „STOPS“ und Hinweise nützen nichts. Die destruktive Dynamik läuft weiter. Nun zeichne ich jeden mit einem riesigen Hammer zuschlagend. (Abb. 19)

Jetzt erst lösen sich beide, werden entspannter, können mitteilen, wie schlimm sie jeweils den Hammer des anderen erleben und fürchten; jetzt erst werden sie gewahr, dass *jeder* seinen Hammer schwingt, hatten sie sich vorher doch jeweils nur als Opfer gefühlt.

Auch in der ▶ **psychoanalytischen Therapie** kann man Visualisieren einsetzen, besonders, wenn AnalysandInnen nicht gut imaginieren können, wozu ja die Couch an sich mit anregen soll. Visualisieren fördert spürbar die Fähigkeit zum ▶ **Assoziieren** und kann Deutungen zuspitzen und auf den Punkt bringen.

Einem Analysanden, der über eine reiche lebendige, plastische innere Welt verfügt, braucht man nicht nachzuhelfen. Mitunter gebe ich zum Abschied ein Bild über Psychodynamik oder Verlauf mit.

Mit einer Analysandin, einer Kollegin, die u.a. an einer schweren Spinnenphobie litt, kam es wiederholt zum heftigen Streit, so dass die Analyse auf des Messers Schneide stand. Sie war als Kleinkind monatelang sterbenskrank gewesen und von ihrer aufopferungsvollen Mutter rund um die Uhr versorgt worden, mit der sie bis jetzt eine Besuchs- und Telefon-Nabelschnur verband. An die Couch musste sie sich mühsam gewöhnen, blieb anfangs immer nur für wenige Minuten auf ihr liegen, weil Panik in ihr aufkam, sie könne mich nicht sehen, Angst, ich würde sie verlassen. Voller Panik rief sie mich auch außerhalb der Stunden an. Mit ihrem Mann und ihren Kollegen hatte sie ständig Streit; hatte wiederholt die Arbeitsstelle wechseln müssen, weil sie sich immer wieder unverstanden fühlte, gekränkt war. Nur ihre verschiedenen Therapeuten hätten sie einfühlsam verstanden. Dies hielt sie mir aggressiv vor, wenn ich sie nicht verstand (auch wenn die Therapien bisher nichts Wesentliches an ihrer Problematik geändert

Abb. 20a



hatten): sie könne mir nicht vertrauen. Als ich ihr wiederholt deutete, ob diese Art Vertrauen und sie Verstehen-Müssen in *ihrem* Fall nicht auch schädlich sei, sie letztlich nur festbinde wie in einem Spinnennetz, war sie entsetzt und wollte wiederholt abbrechen. Am Gipfel der Auseinandersetzung malte ich folgendes Bild (Abb. 20a): sie klein im Bett. Es beugt sich eine große Figur in ihrer positiven Farbe *Gelb-Orange* sie weich umhüllend über sie, eine Symbiose mit ihr eingehend. Sodann male ich in dieses Bild hinein, hier als neues Bild (Abb. 20b) dargestellt, parallel zur positiven, die „negative“ Linien mit *Schwarz*, das übergriffig Bindende und den *Schatten*, ein i.A. recht effektiver Schritt besonders auch bei Patienten, die verharmlosen, vermeiden, isolieren, spalten.

P: „ das ist falsch, meine Mutter war gut und ist gut. Sie hat mich nicht festgehalten.Und *Sie* sind ein Aas!“ Sie zetert. Ich schweige.

Sie jetzt unruhiger, etwas irritiert: „der Schatten sieht bedrohlich aus. Machen Sie den weg..“

T: „so wie Sie den Schatten der Mutter, deren negativen Seiten, zeitlebens weggemacht haben? P: “ wieso!!!“

T: „Sie wollen nur die „gute Mutter“ und sehen nicht die „böse“, die Sie klein und abhängig macht und zudem zwischendurch immer wieder verlässt, verlassen muss, wodurch sie notwendig noch schlimmer wurde. Es scheint, dadurch dass Sie beide die Nabelschnur dann immer wieder schnell kurz geschlossen haben, sind Sie immer diesem Schatten, der Frustration und Enttäuschung ausgewichen. Und Sie werden wütend auf mich, weil ich mich weigere, dieses Nabelschnur-Spiel mitzumachen.“ Ähnliche Deutungen hatten vorher nicht hinreichend gefruchtet. Ab hier kam es zur Wende und sie konnte schließlich die „reine-helle“ und die – zunehmend zugelassene – „dunkle-schlechte“ Mutter „zusammen bringen“.

Abb. 20b



► negative Übertragung

Die ► **negative Übertragung**, die ja methodisch intendiert wird, stellt sich besonders als Grenzfall dar. Wenn der Analysand sich beklagt, dass ich ihn so schlecht versorge, und wenn dieses Anklagen strategisch notwendig ist, dann darf ich nicht einfach per Bildbemühungen dieser Expression und diesem Angriff auf mich den Raum und die Kraft nehmen, ihn quasi jetzt mit einem Bild „versorgen“ und „alles wieder gut“ machen. Wenn ich andererseits ähnlich wie *Davanloo* direktiv - und dann natürlich im Sitzen - Wut „provoziere“ (Davanloo 1995), dann kann man zwischendrin umschalten auf Visualisierungen, um sowohl den Widerstand herauszufordern als auch Arbeitseinstellung intensiv zu fördern; so wie im Fall vorher.

Allerdings setzt diese „Kunst“ m. E. schon einige Erfahrung voraus.

Aus meiner Sicht gibt es ansonsten in der Psychotherapie kaum absolute

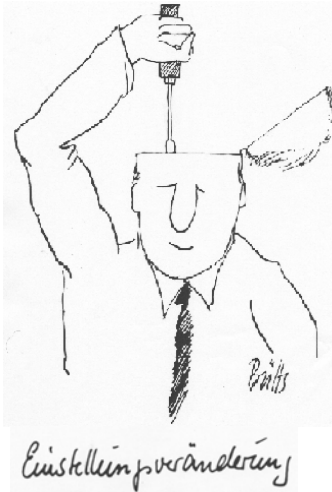
► Kontraindikationen

► **Kontraindikationen**, sondern nur relative: es hängt alles vom Gesamtfeld, dem Patienten, dem Therapeuten und seiner Kompetenz und Tagesverfassung ab.

Zusammengefasst: **Visualisieren mittels Scribbeln**

- macht sichtbar erinnerbar: z.B. Vergangenheiten
bewusst: Vor- und Unbewusstes
betroffen und / oder entspannt
kreativ und produktiv,
- schafft Hoffnung, motiviert und mobilisiert
- baut unnötige Abwehr oder Widerstand ab
- integriert Unbewusstes, Vorbewusstes, Bewusstes
Denken und Fühlen
Wollen und Können
Analyse und Synthese
- stoppt destruktive Prozesse
- macht die Therapie spielerischer
- fördert die Therapeut-Patient-Beziehung
- dosiert zu schwierige Beziehungen
- festigt und verpflichtet
- setzt Lösungshinsichten und Handlungsimpulse
- bringt zur Ruhe, wo etwas zu sehr im Fluss oder im Chaos ist
- bringt in Fluss, wo etwas zu starr ist.
- fördert Kommunikation, wo sie nicht möglich schien
- kann den psychotherapeutischen oder supervisorischen Prozess insgesamt sehr effektiv fördern

Abb.21



Fazit

Wir können in Therapie und Supervisionspraxis mit den altbekannten Scribble-Visualisierungen arbeiten, d.h. der einfachen kitzelnden und malenden optischen Veranschaulichung fast jeglicher Phänomene. Wir könnten es **therapeutisches Scribbeln** nennen, wenn es darum geht, Phänomene unseres Feldes abzubilden: die Psycho- und Interdynamik unseres jeweiligen Falles oder auch komplexerer Systeme. Wir könnten so rasch und effizient mehr Informationen erfassen und abbilden, kompletteres und zugleich vitaleres Verstehen erzielen, manche Patienten direkter erreichen, motivieren und ganzheitlich mobilisieren und Lösungen in Gang bringen – wenn wir denn unsere Einstellung zur Verbal-Therapie, zur bloßen „Rede-Kur“, ändern würden. (Buzan 1999) Deswegen wird zur weiteren praktischen Entfaltung dieses Konzeptes ein zweiter Artikel in Kürze folgen.

Widmung

Diesen Text möchte ich Herrn Dr. Dr. W. Ruff zu seinem 65ten Geburtstag und zum Abschied aus der Klinik Wittgenstein, die er leitete, widmen. Er holte mich 1982 dorthin als externen Supervisor und ermöglichte so eine umfassende Supervision und dabei auch etliche Experimente und Innovationen. Dank auch allen MitarbeiterInnen (in der Pflege und Begleittherapie; den PsychotherapeutInnen der analytischen, sozialpsychiatrischen und psychosomatischen Abteilung;) für ihre Offenheit und ihr Engagement. April 2002.

Literatur

- Birkenbihl, V (1999) Stroh im Kopf. mvg-Verlag, Landsberg
 Buzan, Tony (1999) Kopftraining. Anleitung zum kreativen Denken. Goldmann, München
 Davanloo, H (1995) Der Schlüssel zum Unbewussten. J. Pfeiffer, München
 Fletcher, PC et al (2001) Learning depends on surprise. In: *Nature Neuroscience* 4, 1043 - 1048
 Freud S (1937) Neue Folgen der Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse, GW Bd XV
 Garfield, S. (1982) Psychotherapie. Beltz, Weinheim
 Krisztian G, Schlempp-Ülker, N (1999) Ideen Visualisieren. Schmidt, Mainz
 Parisius, P (2000) Kommunikationsfördernde und lösungsorientierte Supervision.
 In: Ruff W.(Hrsg) Heilsame Begegnungen. Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen s. 135-148
 Rademacher B (1999) Visualisieren - Effektiv und lebendig unterrichten. AOL Verlag, Lichtenau
 Schnelle-Cölln T, Schnelle E (1998) Visualisieren in der Moderation. Windmühle, Hamburg
 Schlösser A, Gerlach A (2001) Kreativität und Scheitern. Psychosozial-Verlag, Gießen
 Seifert JW (1997) Visualisieren, Präsentieren, Moderieren. Gabal, Bremen