

Video in der Verhaltenstherapie

Heiner Ellgring

Max-Planck-Institut für Psychiatrie,  
München

Inhalt:

1. Einführung:  
Was kann Video zur Verhaltenstherapie beitragen
2. Video-unterstützte Therapie
  - 2.1 Selbstkonfrontation
  - 2.2 Modellernen mit Hilfe von Video  
Lernen am Symbolischen Modell  
Selbst-Modellierung
  - 2.3 Resümee
3. Diagnostik und Therapiekontrolle
4. Ausbildung und Supervision von Therapeuten
5. Ethische Gesichtspunkte
6. Technische und praktische Hinweise
  - 6.1 Anschaffung einer Anlage
  - 6.2 Organisation der Aufzeichnungen
7. Diskussion und Zusammenfassung  
Literatur

## 1. Einführung:

### Was kann Video zur Therapie beitragen?

"Video" ist zweifellos attraktiv, wird es doch erstmals möglich, das Verhalten des Menschen objektiv und ökonomisch zu dokumentieren, das gespeicherte Verhalten unmittelbar und beliebig abrufen zu können bei vergleichsweise geringen Kosten.

Daß die Dinge doch nicht so klar und eindeutig sind, zeigt allerdings die eher leidvolle Praxis. Dabei soll hier nicht das gut ausgerüstete Forschungslabor betrachtet werden, in dem technisch versierte Mitarbeiter von quasi-experimentell vorgeplanten Therapiesitzungen Video-Aufnahmen hoher Qualität herstellen, die anschließend in oft wochenlanger Beobachtungsarbeit detailliert analysiert werden. Vielmehr soll hier die therapeutische Praxis im Vordergrund stehen, in der der Therapeut mit einem preiswerten Gerät beispielsweise schnell einige Passagen aus einem Selbstsicherheitstraining aufzeichnen möchte, um dem Patienten einige seiner Verhaltensweisen zu verdeutlichen.

Die nachfolgend geschilderten Probleme erscheinen keineswegs untypisch. Es beginnt damit, daß der Therapeut sein Gerät aufgestellt hat und nun das gerade ablaufende Geschehen aufzeichnen will. Ein fürchterliches Pfeifen läßt die Patienten der Gruppe zusammenfahren. Der Therapeut hat vergessen, die Lautsprecher auszustellen mit dem Effekt der akustischen Rückkopplung.

Ist nach einigem Herumprobieren die Aufnahme dann doch beendet, so hört man vielleicht aus dem starken Rauschen kaum die Stimmen der Patienten heraus. Diese Therapiesitzung ist gelaufen. Die Patienten sind irritiert, der Therapeut flucht auf die Technik, das Gerät verstaubt in der nächsten Zeit. Die Kenntnis der technischen Voraussetzungen ist also notwendig, wenn

man Video sinnvoll einsetzen will. Sind die Aufnahmen vielleicht gelungen, so fehlt oft die Zeit, sie noch einmal gründlich durchzugehen. Was soll dem Patienten erläutert werden? Was kann der Therapeut selbst notieren, um etwa einen Therapiefortschritt festzuhalten? Die Diskussion um geeignete Beobachtungsmethoden erscheint also unerlässlich. Schließlich sollen die Verhaltensbeobachtungen nicht im rein intuitiven Eindruck verharren, aber auch nicht überfrachtet sein mit aufwendigen Kategoriensystemen, für deren Anwendung die Zeit fehlt.

Neben dem notwendigen Werkzeug "Verhaltensbeobachtung" ist die Kontrolle und Verbesserung des Therapeutenverhaltens in der Ausbildung, aber auch später in der praktischen Tätigkeit, ein Bereich, für den Video wesentliche technische Hilfestellung liefern kann. Ein Abschnitt muß sich somit befassen mit dem Einsatz von Video in der therapeutischen Ausbildung.

Vor allem aber muß gezeigt werden, in welcher Weise und mit welchem Effekt Verhaltensweisen mit Video aufgezeichnet und wie diese Aufzeichnungen in der Therapie genutzt werden können. Stichworte sind hier: Diagnostik, Therapieverlaufs- und Effizienzkontrolle und Patienteninformation. Die Faszination des Themas aber erwächst vor allem aus der therapeutischen Möglichkeit: Unter dem Konzept des Modell-Lernens wurde bisher symbolisches Modellieren, Selbstkonfrontation und Selbstmodellierung verwendet. Was ist - abgesehen von enthusiastischen Berichten über Therapieexperimente - bei nüchterner Betrachtung für die Praxis umsetzbar und welche Effekte sind zu erwarten?

Gemessen werden muß der Einsatz von Video daran, ob der erhöhte Aufwand an Zeit für Aufnahmen, Beobachtung und Kosten für Geräte und Wartung auf der einen Seite durch eine verbesserte Effizienz oder Qualität der Therapie, aber auch des Therapeutenverhaltens, aufgewogen wird.

## 2. Video-unterstützte Therapie

Der erste Eindruck von sich selbst im Video ist ähnlich wie der von der eigenen Stimme von dem Tonband: Fremd und verbunden mit einer Mischung von positiven oder je nach persönlicher Einstellung eher negativen Gefühlen. Der intensive Eindruck und die Erfahrung, daß subtile Verhaltensweisen und Verhaltenskontingenzen wahrnehmbar werden, verführen unmittelbar dazu, diesen "Spiegel" dem Patienten vorzuhalten.

### 2.1 Selbstkonfrontation

In den verschiedenen Formen der Selbstkonfrontation wird Video als ein solcher Spiegel zur Selbsterkenntnis eingesetzt. Das Augenmerk wird darin vor allem auf solche Ereignisse und Verhaltensweisen gerichtet, die es zu verbessern gilt, d.h. eher auf negative Aspekte.

Wenn man aus ersten therapeutischen Sitzungen zufällig Passagen herausgreift, trifft man mit hoher Wahrscheinlichkeit auf negative Verhaltensaspekte, da schließlich die Verhaltensstörungen therapiert werden sollen. Spielt man z.B. zu Beginn der Therapie aus einer Partnerinteraktion willkürlich einige Stellen vor, so kann man mit Sicherheit im Video eine Vielzahl negativer nonverbaler Verhaltensweisen beider Partner beobachten. Um der Tendenz entgegenzuwirken, daß nur beim anderen der Splitter im Auge gesehen wird, würde man die Personen vor allem auf die eigenen Balken hinweisen.

Was für therapeutische Effekte sind nun von der Selbstkonfrontation mit dem eigenen Verhalten als einer Möglichkeit des Video-Feedbacks zu erwarten?

Ausführlich beschrieben wurde dieses Verfahren erstmals von NIELSEN (1962). Hier interessieren weniger die detaillierten

Mikro-Verhaltensanalysen. Bemerkenswert scheint, daß keine seiner normalen Versuchspersonen von der Erfahrung unberührt blieb. Die Selbstkonfrontation verbesserte bei ihnen die Selbstbeurteilung. Anders als bei Normalpersonen ist bei Patienten davon auszugehen, daß deren Selbstbild etwa bei sozialer Unsicherheit, Depression usw. erheblich beeinträchtigt ist. Die Konfrontation mit den eigenen negativen Verhaltensweisen bedeutet hier, daß durch die Darstellung im Bild diese negativen Aspekte im eigenen Verhaltensrepertoire zusätzlich gewichtet werden. Ein Schreckeffekt als Resultat ist zu erwarten.

Dieser Schreckeffekt wird von BAKER, UDIN und VOGLER (1975) in der Alkoholtherapie genutzt. Der Patient wird alkoholisiert auf Video-Band aufgenommen. Diese Aufnahmen werden ihm, wenn er wieder nüchtern ist, vorgespielt. Nach den allerdings nur klinisch-eindrucksmäßigen Erfahrungen wirkte sich diese Konfrontation positiv auf die anfängliche Therapie-Motivation aus. Von weiterer Verwendung der Video-Aufzeichnungen im Verlauf der Therapie wird abgeraten, da die Patienten Schuldgefühle entwickeln, depressiv werden und eventuell wieder trinken.

Von BIGGS, ROSEN und SUMMERFIELD (1979) wird von deutlichen Effekten der Video-Selbstkonfrontation insbesondere auf die Selbstwahrnehmung von Anorektikern berichtet. Konkrete Maßnahmen für die Therapie abzuleiten, wäre hier allerdings verfrüht.

Kaum angezeigt scheint die Selbstkonfrontation bei depressiven Patienten zu sein. Der im Bild sichtbare depressive Zustand würde lediglich das negative Selbstbild bestärken, könnte aber auch Verständnis für die Reaktionen anderer wecken.

Für die Wahrnehmung und Veränderung sozialer Interaktion sollte die Selbstkonfrontation besonders wirksam sein. Ist man doch in der Situation selbst kaum in der Lage, sein Verhalten distanziert als Beobachter wahrzunehmen. Hier könnte das Video-Feedback die nötige Hilfestellung bieten, indem es erlaubt, das eigene Verhalten kritisch zu beobachten.

Nach LERMER (1978) kann in der Gruppentherapie vor allem die Übereinstimmung zwischen verbalen und nichtverbalen Reaktionen überprüft werden. Spezifische Effekte hieraus wurden allerdings noch nicht hinreichend nachgewiesen.

Notwendig scheinen Video-Aufzeichnungen und deren Analyse mit den Beteiligten, wenn versucht wird, im Elternteraining Eltern als Co-Therapeuten einzusetzen. (BERNAL, WILLIAMS, MILLER und REAGOR (1972), Nur so kann den Eltern der Ablauf von Verhaltensketten und die Verhaltenssteuerung zwischen Eltern und Kind verdeutlicht werden. Wirksam scheint das Verfahren dann zu sein, wenn die Bereitschaft der Eltern zur Änderung des eigenen Verhaltens geschickt durch den Therapeuten gefördert wird - eben dadurch, daß sie eine neue Aufgabe als Co-Therapeuten erhalten.

Anders ist offensichtlich die Ausgangslage bei Störungen der Partnerschaft.

Zwar berichtet SERBER (1977) über erfolgreiches Video-Feedback bei Sexualstörungen, doch fehlt weitere Evidenz für die Wirksamkeit und man kann davon ausgehen, daß die Selbstkonfrontation hier wenig hilfreich ist. Informationen über sexuelle Verhaltensweisen (siehe unten) sind dagegen durch Video einfach zu vermitteln.

In der normalen Partnerinteraktion ändert Video-Feedback die Selbstwahrnehmung erheblich (EDELSON und SEIDMAN, 1975). Wie gefährlich dieses Vorgehen bei verheirateten Paaren mit gestör-

ter Partnerschaft allerdings sein kann, zeigten ALKIRE und BRUNSE (1974). Bei ihren Gruppen traten in zeitlicher Kontingenz zum Video-Feedback in einer erheblichen Zahl von Fällen Scheidungen und auch Selbstmorde auf. Bei kritischer Betrachtung dieser alarmierenden Befunde scheint es nicht vertretbar, Video-Feedback bei gestörter Partnerbeziehung einzusetzen, solange diese negativen Effekte zu erwarten sind und nicht in hinreichendem Maße aufgefangen werden können.

Eine weitere kritische Untersuchung zur Selbstkonfrontation von GUR und SACKEIM (1978) zeigt, daß die negativen Auswirkungen offensichtlich überwiegen. Nicht nur unter lerntheoretischen Gesichtspunkten ist es daher fragwürdig, dem Patienten sein eigenes Fehlverhalten noch intensiver zu präsentieren als er es bisher schon erlebt.

Wir können also nicht mehr, wie BAILEY und SOWDER (1970) in ihrer Übersicht nahelegen, davon ausgehen, daß es vielleicht nichts nützt, aber auch nichts schadet, wenn man beim Patienten durch Selbstkonfrontation einen starken Eindruck hinterläßt. Die Gefahr negativer Auswirkungen erscheint erheblich, so daß man dieses Verfahren nur mit Vorsicht in der praktischen Therapie einsetzen sollte, solange nicht weitere Evidenz für positive Auswirkungen gegeben ist.

Vertretbar und positiv wirksam scheint das Verfahren bisher im Elternttraining. Aber auch hier sollte die - wenn auch vorsichtige - Selbstkonfrontation mit eigenem Fehlverhalten ausgeglichen werden durch andere Verfahren, wie sie im folgenden beschrieben werden. Dies gilt auch für Selbstkonfrontation im Rollenspiel. Festzuhalten bleibt, daß die Betrachtung des eigenen Verhaltens im Video ganz erhebliche, wenn auch bei Konfrontation mit eigenem Fehlverhalten negative Effekte auf die Selbstwahrnehmung hat.



## 2.2 Modelllernen mit Hilfe von Video

Komplexe Verhaltensweisen werden ökonomisch und effizient durch Modellverhalten vermittelt. Video- und Film ermöglichen es, dieses Modellverhalten gezielt auszuwählen, optimal zu gestalten und beliebig häufig darzubieten. Das bekannte Prinzip besteht darin, solche Verhaltensweisen darzubieten, die zu lernen sind, nicht jedoch zu verlernende Verhaltensweisen.

Zwei Prinzipien des Modelllernens wurden bisher therapeutisch eingesetzt: Vor allem das Lernen am Modell anderer Personen, das symbolische Modellieren (THELEN, FRY, FEHRENBACH & FRAUTSCHI, 1979) und das Selbst-Modellieren. Unter das symbolische Modellieren fallen auch Informationsfilme für Patienten.

### Lernen am symbolischen Modell

Das Vorgehen beim symbolischen Modellieren läßt sich wie folgt beschreiben: Zu kritischen Verhaltensweisen oder Situationen zeigt eine Modellperson im Video die angemessenen Reaktionen. Diese Videoaufzeichnungen werden dem Patienten in geeigneten Momenten der Therapie gezeigt. Vorstellbar wäre, daß dem Therapeuten eine Vielzahl solcher Aufzeichnungen zur Verfügung stehen, die er gezielt einsetzen kann. Voraussetzung ist allerdings, daß dieses Verfahren wirksam ist.

Die hierzu in der Literatur berichteten Ergebnisse sind widersprüchlich. Untersucht wurden die Effekte des symbolischen Modellierens bei Phobien, Testangst, Angst vor verschiedenen medizinischen Behandlungen und beim Training sozialer Fertigkeiten.

Beim Training sozialer Fertigkeiten, zu dem das symbolische Modellieren bisher wohl am häufigsten eingesetzt wurde, können offensichtlich rasch Verhaltensänderungen bewirkt werden. Änderungen in der Selbsteinschätzung sind hingegen häufig erst später feststellbar, so daß HERSEN & BELLACK (1976) eine Ein-

stellungsverzögerung (attitudinal lag) vermuten, eine Lücke, die zwischen den raschen Verhaltensänderungen in den sozialen Fertigkeiten einerseits und den folgenden Selbsteinschätzungen andererseits liegt.

Für die übrigen Problembereiche sind die Ergebnisse dieses Vorgehens nicht so eindeutig, vor allem, was Generalisierung und Dauer der Effekte betrifft.

In der Sexualtherapie ist symbolisches Modellieren dort einsetzbar, wo Verhaltensweisen umständlich zu beschreiben, oder durch den Therapeuten nicht demonstrierbar sind. Die modellhafte Darstellung der "non-demanding position" oder der "squeeze technique" im Video ist sicherlich einer langatmigen Beschreibung vorzuziehen.

THELEN et al. (1979) sehen in ihrer Zusammenfassung für das symbolische Modellieren eine vielversprechende Zukunft - eine freundliche Umschreibung dafür, daß dieses Verfahren, so, wie es bisher eingesetzt wurde, keine konsistenten und dramatischen Effekte hatte. Ihre Forderung nach mehr Untersuchungen mit klinischen oder gestörten Populationen, mit systematischer Variation der Behandlungs-Elemente, die Verwendung multipler Kontrollmasse bedeutet für den Therapeuten wohl, daß hier zumindest kurzfristig keine brauchbaren Handlungsanweisungen zu erwarten sind.

Kann man also das symbolische Modellieren mit Video als therapeutisches Mittel für die Praxis vergessen? Rufen wir uns zwei Aspekte ins Gedächtnis: Anders als bei der Selbstkonfrontation wurden bisher keine negativen Effekte berichtet. Das bedeutet risikoarmen Einsatz, könnte aber auch auf die Ineffizienz des Verfahrens hinweisen. Zu einfach ist es wohl auch für den Patienten, sich gedanklich von dem gezeigten Modell zu distanzieren, im Gegensatz übrigens zur Selbstkonfrontation.

Der zweite Aspekt ist die Vermittlung komplexer Verhaltensweisen. Bestimmte Verhaltensweisen, z.B. im Sexualverhalten, können eben nur schwer unmittelbar demonstriert werden. Im Training sozialer Fertigkeiten können etwa Aufzeichnungen schwieriger Alltagssituationen präsentiert und anschließend im Rollenspiel geübt werden.

Symbolisches Modellieren, das kann als sicher gelten, reicht als alleinige therapeutische Maßnahme nicht aus. Sinnvoll wird es, sobald Verhaltensweisen und Situationen einbezogen werden, die vom Therapeuten nicht demonstrierbar sind oder einen zu großen Aufwand erfordern. Es bietet die Möglichkeit, dem Patienten zum geeigneten Zeitpunkt optimales, standardisiertes Stimulus- und Informationsmaterial zu präsentieren. Bisher liegen nur unzureichende kommerzielle Angebote vor, so daß der Therapeut darauf angewiesen ist, sich sein Material selbst zu erarbeiten. Der wesentliche Effekt liegt vor allem in der Informationsvermittlung über komplexe Verhaltensweisen und Verhaltensabläufe .

### Selbstmodellierung

Das video-unterstützte Lernen am eigenen Modell verbindet die Vorteile der Selbstkonfrontation und der symbolischen Modellierung. Wie in der Selbstkonfrontation wird ein intensiver Eindruck beim Patienten erreicht, indem er sich selbst sieht. Er kann sich nicht von sich selbst distanzieren. Wie im symbolischen Modellieren werden lediglich positive Verhaltensweisen gezeigt.

Das Prinzip ist wie folgt: Es werden dem Patienten selektiv diejenigen seiner Verhaltensweisen und -abläufe gezeigt, die dem Zielverhalten am nächsten kommen. Dazu werden nur bestimmte Stellen aus dem Videoband ausgewählt und dargeboten. Besonders

effektiv, aber immer noch aufwendig ist das Editieren dieser Passagen auf ein zweites Videoband. Hier wird, mit der Möglichkeit filmischer Aufbesserung, ein neues Band hergestellt, das die Person selbst zeigt, wie sie, immer noch in den Grenzen ihres verfügbaren Verhaltensrepertoires, optimal agiert.

Im Grunde findet Selbstmodellierung immer dann statt, wenn in irgendeiner Form selektiv Rückmeldung über positives eigenes Verhalten gegeben wird: Durch den Therapeuten oder durch Gruppenmitglieder in Gruppensitzungen usw. Durch den Einsatz von Video wird diese Rückmeldung sichtbar gemacht und mit einer Intensität vermittelt, die sprachlich häufig kaum möglich ist. Bisher liegen noch wenig Berichte über die therapeutische Verwendung dieses Prinzips vor. In einer der ersten Arbeiten von MIKLICH und CREER (1974) wurde dieses Verfahren erfolgreich eingesetzt, um verschiedene Verhaltensprobleme bei drei asthmatischen Kindern zu behandeln. DAVIS (1979) veränderte hiermit erfolgreich Verhaltensstörungen bei Schulkindern. Eine Reihe von praktischen Hinweisen gibt DOWRICK (1978), in welcher Art die Informationen gegeben werden sollen und wie die Motivation der Patienten verbessert werden kann. Ebenfalls von DOWRICK wurde das Verfahren bei Kindern mit Verhaltensstörungen und Retardierung bzw. Behinderungen im motorischen Bereich erfolgreich eingesetzt.

Weiter verwendbar scheint dieses Verfahren für die Therapie von Phobien, Partnerinteraktion, sozialen Fertigkeiten, Training im Ausdruck von Emotionen, allgemeine motorische Störungen, vor allem in der Rehabilitation (BURR und HAPZEN, 1972).

Was steht diesem Verfahren entgegen? Es sind dies die notwendigen technischen Voraussetzungen und der Aufwand des Therapeuten. Als technische Ausrüstung sind zwei Videorecorder erforderlich, um editieren zu können. Dies wird mit zunehmender

Verbilligung der Geräte immer leichter verfügbar sein. Gewichtiger ist der Aufwand des Therapeuten. Das Verfahren erfordert genaues Beobachten und vor allem Einfallsreichtum, um den idealisierten Verhaltensablauf aus den vorhandenen, real vom Patienten gezeigten Verhaltensweisen herauszuarbeiten. Es erfordert Flexibilität, da mit zunehmendem therapeutischen Fortschritt die Grenzen des Verhaltensrepertoires neu bestimmt und sichtbar gemacht werden müssen.

Zwar ist nicht zu erwarten, daß sich nun dieses Verfahren rasch in therapeutischen Praxen verbreitet. Trotz des notwendigen Aufwands halten wir es für zukunftssträchtig, da es lerntheoretische Prinzipien unmittelbar für das sichtbare Verhalten umsetzt und vom Therapeuten fordert, seine psychologischen Fertigkeiten sehr flexibel und kreativ umzusetzen.

### 2.3 Resümee

Fassen wir die Prinzipien zusammen, nach denen Video zur Unterstützung der Therapie eingesetzt werden kann. Das vielversprechendste, aber auch aufwendigste ist die Selbstmodellierung, von der vernünftigerweise gesagt werden muß, daß sie zur Zeit wohl nur von Enthusiasten eingesetzt werden wird.

Brauchbar, aber ohne daß große therapeutische Effekte erwartet werden sollten, ist das symbolische Modellieren, mit dem Patienten vor allem standardisierte und optimal vorbereitete Informationen über komplexe Verhaltensabläufe vermittelt werden können.

Mit äußerster Vorsicht sollte die Selbstkonfrontation mit eigenem Fehlverhalten eingesetzt werden, solange nicht die doch wahrscheinlichen negativen Effekte ausgeschlossen werden können und positive Effekte noch nicht hinreichend nachgewiesen sind.

### 3. Diagnostik und Therapiekontrolle

Die Video-Aufzeichnung bietet augenblicklich die umfassendste und ökonomischste Form, einfache und komplexe Verhaltensabläufe beim Menschen zu registrieren. Für die Diagnostik und Therapie-Erfolgskontrolle wäre sie demnach in vielen Fällen die Methode der Wahl, vergleichbar im Aufwand den psychophysiologischen Verfahren.

Wie die Aussagekraft physiologischer Verfahren gebunden ist an die Verwendung angemessener Analysemethoden, so ist auch der Wert der Videoaufzeichnung abhängig von der Qualität der Verhaltensbeobachtungen. In den letzten Jahren hat sich dieses psychologische Methodeninventar erheblich erweitert (FASSNACHT, 1979). Speziell für die Verhaltenstherapie beschreiben SCHULTE und KEMMLER (1974) Beobachtungsmethoden mit Schwergewicht auf der Diagnostik im klinischen Bereich und MEES und SELG (1977) für den schulischen Bereich.

In wissenschaftlichen Publikationen werden meist Beobachtungsverfahren berichtet, die durchwegs einen erheblichen Zeitaufwand erfordern. Grob geschätzt beanspruchen solche Beobachtungen etwa das Zehnfache der Aufnahmezeitdauer. Für diagnostische und therapiebegleitende Beobachtungen müssen also einfachere Verfahren entwickelt werden, mit Gütekriterien, die den praktischen Bedürfnissen und damit notwendigen Vergrößerungen angemessen sind (ELLGRING, 1978).

Ein wichtiger Beitrag zur Verhaltensanalyse wird zweifellos durch die Erforschung der nonverbalen Kommunikation geleistet. In ihrer Erweiterung der klassischen Ausdruckspsychologie arbeitet sie an den Grundlagen, auf denen aus dem wahrnehmbaren Verhalten Schlußfolgerungen gezogen werden.

Die Tabelle 1 stellt summarisch mögliche Schlußfolgerungen aus dem nonverbalen Verhalten zusammen. Es ist dies eine äußerst grobe Vereinfachung, die allerdings den realen Schlußfolgerungsprozessen auch in der therapeutischen Interaktion wahrscheinlich recht nahe kommt.

Tabelle 1: Nonverbales Verhalten und mögliche Schlußfolgerungen

Verhalten	Schlußfolgerung
Stimme	Emotionen, allgemeine Erregung Spannung
Blickverhalten	Aufmerksamkeit, Kontaktbereitschaft soziale Selbstsicherheit, kognitive Prozesse
Mimik	Emotionen, interpersonale Einstellungen
Gestik	Sprachencodierung kognitive Prozesse, Spannung
Körperhaltung	Spannung, Interesse/Desinteresse, interpersonale Einstellungen soziale Selbstsicherheit
Distanz (Sitzposition)	Interpersonale Einstellungen
Äußere Erscheinung (Kleidung etc.)	Affektive Grundhaltung, Interesse, Rollenselbstverständnis
Thermik } Geruch } Haptik }	Allgemeine Erregung weitgehend unerforscht

Viele der indikativen Funktionen nonverbalen Verhaltens sind bisher noch nicht ausreichend experimentell validiert. Fehler in der Zuordnung von psychischen Prozessen und Verhalten sind dabei sehr wahrscheinlich.

Durch Video-Aufzeichnungen kann man allerdings den Fehleranteil vermindern, der durch die erschwerten Beobachtungsbedingungen in der unmittelbaren Aufnahmesituation, z.B. bei Familien- oder Partnerinteraktion, gegeben ist. Durch wiederholte Betrachtung kurzer Ausschnitte kann die Reliabilität geprüft und auch erhöht werden.

Einige Phänomene werden erst bei wiederholter und langsamer Betrachtung sichtbar. So zeigte KRAUSE (1976), daß Stottern zum einen mit gehemmten Affektausdruck und verminderter nonverbaler Rückmeldung an den Partner verbunden ist, wobei der Partner wiederum mit verstärkter nonverbaler Rückmeldung reagiert. Seine Folgerungen für die Diagnostik und Therapie des Stotterns erfordern, daß der Mikrobereich des affektiven Verhaltens berücksichtigt wird.

Für spezielle Bereiche, wie phobische Verhaltensweisen, Trinkverhalten bei Alkoholikern, Eßverhalten usw. geben detaillierte Videoanalysen ebenfalls Hinweise auf das Bedingungsgefüge der Verhaltensstörung.

Für die Diagnostik und Therapiekontrolle ist es wichtig, den Patienten in vergleichbaren Situationen zu beobachten. Eine Möglichkeit, sowohl sprachliche Aussagen als auch das nichtsprachliche Verhalten des Patienten im Laufe der Depression vergleichbar zu erfassen, ist die Videoaufzeichnung eines standardisierten Interviews, das etwa 15 Minuten dauert (ELLRING, DERBOLOWSKY und VON DEWITZ, 1977). Mit Hilfe von Rating-Skalen können hier für verschiedene depressionsrelevante Bereiche Veränderungen im Verlauf der Therapie verglichen werden.



Beim Training sozialer Fertigkeiten, z.B. nach ULLRICH DE MUYNCK und ULLRICH (1976), bietet sich an, den Patienten in einer oder mehreren kritischen Situationen aus dem ATP zu Beginn und am Ende der Therapie aufzuzeichnen. Der Therapeut kann außer der Erfolgskontrolle durch den unmittelbaren Verhaltensvergleich zusätzlich noch das Erfolgserlebnis geglückter Therapie genießen.

Solche Aufzeichnungen sollten nicht länger als 5 Minuten dauern, wobei für Ratings teilweise auch kürzere Passagen reichen, sofern die kritischen Momente enthalten sind. Für solch ein kritisches Moment, z.B. eine Begrüßung oder eine Beschwerde reichen schon ein bis zwei Minuten aus.

Hier kann nicht für alle möglichen Verhaltensstörungen detailliert der denkbare Einsatz von Video beschrieben werden. Für den Praktiker scheinen die zwei folgenden Gesichtspunkte wesentlich:

- Auswahl der geeigneten Situation

Sie sollte einfach herzustellen sein, nicht allzulange dauern (zwischen zwei und fünf, maximal 20 Minuten) und die Elemente enthalten, die später als Kriterium des Therapieerfolgs gelten. Situationen im Selbstsicherheitstraining bieten ein gutes Beispiel.

- Auswahl der Beobachtungsmethode

Es sollte eine Beobachtungsmethode gewählt werden, die vom Zeitaufwand nicht zu groß ist, methodisch allerdings dem möglichen Beobachtungsfehler Rechnung trägt.

Zwar wurden in jüngerer Zeit verschiedene Beobachtungsmethoden entwickelt, doch scheinen für den Praktiker viele dieser Methoden immer noch zu aufwendig. Statt nun aber wegen des großen Aufwands auf systematische Beobachtung ganz zu verzichten, sollte der Therapeut versuchen, pragmatische, einfache Verfahren zu

entwickeln, die den eigenen Möglichkeiten und Ansprüchen genügen, um Therapieeffekte zu objektivieren.

Auch in der Diagnostik und Kontrolle der Therapieeffizienz erfordert Video den Einfallsreichtum des Therapeuten, indem er geeignete Situationen schafft und zur Verhaltensbeobachtung "praxisorientierte" Verfahren entwickelt und anwendet.

#### 4. Ausbildung und Supervision von Therapeuten

Es ist bekannt, daß verschiedene Regisseure ganz unterschiedlich mit ihren Schauspielern umgehen: Bei dem einen ist es das "Schluß aus, so geht das nicht, ...", bei dem anderen: "Gut, die Stelle war phantastisch gespielt, das andere können wir vergessen". Die meisten werden beides, jedoch mit unterschiedlichem Gewicht verwenden.

In der Therapie haben wir es in der Regel mit verunsicherten, psychisch behinderten Personen zu tun, mit Personen also, die wohl eher die Bühne scheuen. Es ist evident, daß das zweite Beispiel für sie im Vordergrund stehen muß. Anders bei den "professionellen Schauspielern", den Therapeuten: Auch hier ist wahrscheinlich die Methode des Aufbaus positiver Verhaltensweisen vorzuziehen. Die wenigen kritischen, ungeeigneten Verhaltensweisen brauchen allerdings nicht nur übergangen zu werden. Therapeuten sollten also in der Lage sein, sowohl mit Hilfe der Selbstmodellierung, aber auch durch Selbstkonfrontation für ihre therapeutischen Fertigkeiten zu lernen.

Wie bei Patienten ist Video also in prinzipiell gleicher Weise bei Therapeuten einzusetzen, in der Ausbildung vor allem als Hilfsmittel der Supervision. Denkbar, allerdings noch nicht beschrieben, wäre auch die Selbstsupervision des Therapeuten, in dem er sich später selbst in der Aufzeichnung einer Therapie-sitzung beobachtet.

Ziel ist die Verbesserung sowohl des therapeutischen Verhaltens als auch der Verhaltensbeobachtung.

Bislang wurde über die Therapeutenausbildung, speziell die experimentell kontrollierte Veränderung von Verhalten und Beobachtungsleistungen, wenig publiziert.

Ausführlich wurde bisher lediglich der Einsatz von Video im psychiatrischen Training untersucht und beschrieben (BERGER, 1978).

Eine spezifische Beeinflussung der Lehrerverhaltensweisen mit Hilfe von video-unterstützten Verfahren zeigten SPEIDEL und THARP (1978), wobei nach 5 Monaten diese Effekte noch stabil waren.

Wichtig für die Ausbildung sind zweifellos auch Informationsfilme, in denen Therapeuten- und Patientenverhalten vermittelt werden können. So kommen in dem Film zur Differentialdiagnose bei Sexualverhalten von KOCKOTT, DITTMAR und WILCHFORD (1977) die Patienten selber ausführlich zu Wort. Ein Video-tape-Selbstinstruktionsprogramm wurde von GOLDEN (1978) entwickelt, um die Verhaltensbeobachtung und Risikoeinschätzung bei Suizidgefährdung zu verbessern.

Bisher stehen dem Praktiker allerdings erst wenige Informationsprogramme zur Verfügung. Er ist hier gefordert, direkt oder über seine Interessenvertretung, seine Bedürfnisse an die Institution oder die sich inzwischen rasch etablierenden privaten Firmen heranzutragen.

Den größten Nutzen für seine Ausbildung aber wird er augenblicklich wohl aus der unmittelbaren Rückmeldung über sein eigenes Verhalten gewinnen können. Und hier befindet er sich in einer ähnlichen Situation wie der Patient, nur daß man beim Therapeuten eine größere psychische Stabilität voraussetzen muß.

## 5. Ethische Überlegungen

Personen sind im Video leicht zu identifizieren. Daher ist der Schutz dieser Personen in besonderem Maße zu gewährleisten. Selbstverständlich müssen Informationen über Patienten, auch solche, die auf Video gespeichert sind, der professionellen Schweigepflicht unterliegen.

Darüberhinaus sind - auch unter dem allgemein geschärften Bewußtsein für den Persönlichkeitsschutz - für den Therapeuten zusätzliche Sicherungen notwendig. Folgt man den Überlegungen von LAVENDER, DAVIS und GRABER (1980), so können Video-Aufzeichnungen nur unter äußersten Vorsichtsmaßnahmen verwendet werden. Rechtlich existieren in Deutschland Video-Aufzeichnungen in einem "luftleeren Raum". Es erscheint daher sinnvoll, einige ethische Grundsätze zu formulieren, nach denen sich in Selbstbeschränkung handeln läßt:

### - Nutzen

Videoaufnahmen sollen für die Person von Nutzen sein, sie dürfen ihr nicht schaden. Für Patienten, aber auch den Therapeuten bedeutet das: Video-Aufzeichnungen dürfen nur so verwendet werden, daß den Personen in der Videoaufzeichnung kein Nachteil entstehen kann. Nehmen wir beispielsweise an, daß eine Übungstherapiesitzung gezeigt wird, in der der Therapeut massive Fehler macht. Was für Auswirkungen können sich daraus für seine Reputation ergeben? Auch für den Therapeuten muß also dieser Schutz gelten. Unter diesem fast trivialen Grundsatz ist aber auch die Wirkung von Selbstkonfrontation zu sehen, solange ihr Nutzen nicht erwiesen ist.

Der Nutzen der Video-Aufzeichnung muß einen denkbaren Schaden in jedem Fall bei weitem überwiegen!

#### - Einverständnis

Aufnahmen sollen nur mit dem Einverständnis der beteiligten Personen gemacht werden. Für die Ehrlichkeit in der Therapie erscheint das unerlässlich, wie auch der damit verbundene Verzicht auf versteckte Kameras.

Nach eigenen und Erfahrungen anderer hat eine offene Kamera außerdem nur kurzfristig einen hemmenden Effekt. Die negativen Konsequenzen, die aus der plötzlichen Entdeckung einer versteckten Kamera entstehen können, sind wesentlich gravierender. Trotzdem kann durch eine Einwegscheibe aufgenommen werden, um Störungen der Therapiesitzung zu vermeiden. Ein schriftliches Einverständnis zur weiteren Verwendung von Aufnahmen sollte immer nur zum Ende der Therapie eingeholt werden. Das Einverständnis von Patient und Therapeut muß jederzeit widerrufbar sein.

#### - Vertraulichkeit

Die Aufnahmen müssen von allen Personen vertraulich behandelt werden. Nehmen wir als Beispiel die Aufzeichnung des Therapeutenverhaltens: Diese Aufzeichnung kann für eine Supervisionsgruppe wertvoll sein. Auch hier ist - schriftlich - die Vertraulichkeit sicherzustellen.

Gerade wenn wir uns auf den "gläsernen" öffentlichen Menschen zubewegen, sollten für die Therapie schärfere Grundsätze gelten. Alle an der Therapie Beteiligten müssen sicher sein können, daß sie auch in der Video-Aufzeichnung als Person geschützt sind.

## 6. Technische und praktische Hinweise

Video hat einige Eigenheiten, die man kennen sollte, um Frustrationen zu vermeiden, die eher aus der eigenen Unzulänglichkeit als auch technischen Fehlern erwachsen.

Die wohl breiteste Information, häufig allerdings spezifisch für US-amerikanische Verhältnisse, enthält der von BERGER (1978) herausgegebene Band über Video-Techniken in der psychiatrischen Ausbildung und Behandlung. Von MUZEKAPI (1975) wurde eine Bibliographie über die Verwendung von Video in der Behandlung und Forschung zusammengestellt, die in nächster Zeit neu bearbeitet werden wird. Leicht verständliche Einführungen in die Video-technik bieten die Videofreex (1975), sie sind aber auch bei FAENZA (1973) enthalten. Als Rundbrief informieren die "Video-Informationen" (ELLGRING und WALLBOTT, 1978) über verschiedene Probleme und Nachrichten, die den Einsatz von Video in der Psychologie betreffen. Eine knappe übersichtliche Zusammenstellung der häufigsten Probleme bei Video- und Audio-Aufnahmen gibt WALLBOTT (1980).

### 6.1 Anschaffung einer Anlage

#### Grundausstattung

Man sollte mit einer einfachen Anlage beginnen, d.h. Video-Kamera Recorder, externes Mikrofon(!), Monitor (Fernseher) und Stativ. Bei der Wahl der Systeme ist die Kompatibilität mit vorhandenen Geräten, z.B. bei Kollegen, zu berücksichtigen. Häufig verwendet werden zur Zeit in Deutschland VCR, U-matic- und Betamax-Systeme

Um akustische Qualen zu vermeiden, sollte der Audio-Kanal manuell aussteuerbar sein. Bei schnellem Vor- und Rücklauf muß sich der Ton ausschalten.

Vergleichsangebote mit Service-Spezifizierung von mehreren Fir-

men bieten in jedem Fall Vorteile. Bei sehr preiswerten Angeboten der Unterhaltungselektronik ist die erhöhte Störanfälligkeit zu bedenken.

#### Ausbau

Sinnvoll ergänzen kann man eine Anlage durch einen zweiten Recorder, der elektronische Schnittmöglichkeiten haben sollte. Er muß an das vorhandene System anpassbar sein, so daß Bänder auf beiden Geräten abspielbar sind. Dies sollte - auch in slow motion oder Standbild - mit vorhandenen Aufnahmen demonstrierbar sein. Der zweite Recorder kann nicht nur bei Defekt oder Wartung des ersten eingesetzt werden, er ermöglicht durch den elektronischen Schnitt das Editieren von Video-Bändern und damit die Herstellung therapeutischer Video-Bänder für das Selbstmodellieren.

Es ist auch darauf zu achten, ob sich die in jüngerer Zeit entwickelten Such- und Schnittsteuer-Systeme einsetzen lassen.

#### Ausbau bei technischer Assistenz

Will man mit gemischten Videobildern arbeiten, so sind selbstverständlich zusätzliche Kameras und ein Video-Mischpult erforderlich. Es ist daran zu denken, daß solch ein System kaum durch den Therapeuten allein bedienbar ist, sondern zusätzlich eine technische Assistenz notwendig macht.

Erweiterung darüber hinaus ergeben sich von allein.

## 6.2 Organisation der Aufzeichnungen

### Dokumentation

Um Video-Band-Friedhöfe zu vermeiden ist es vernünftig, ein chronologisches Logbuch der Aufnahmen und eine Band-Inhaltskartei anzulegen und längeren Bändern von mehr als 20 Minuten Aufnahmedauer Inhaltsangaben beizufügen.

## Aufnahme und Beobachtungsdauer

Die Kapazität menschlicher Informationsverarbeitung begrenzt die Dauer von Aufnahmen und Beobachtungen. Video-Aufnahmen von mehr als 20 Minuten sind nur schwer auszuwerten und bringen nur in Ausnahmefällen zusätzliche Informationen.

Dargeboten werden sollten nur kurze Video-Ausschnitte, nicht länger als 5 Minuten, eher mit einer Dauer zwischen einer und drei Minuten. Die Auswahl ist vom Therapeuten gezielt vorzubereiten.

Die technischen Probleme mögen zunächst irritieren, sie sind jedoch vergleichsweise leicht anzugehen. Größere Schwierigkeiten liegen m.E. in der psychologischen Methodik, die sich diese Technik zunutze machen kann.

## 7. Diskussion und Zusammenfassung

Video läßt sich in der Verhaltenstherapie sowohl patienten- als auch therapeutenbezogen einsetzen. Kritisch bei der Verwendung von Video in der Therapie ist anzumerken, daß negative Effekte durch Selbstkonfrontation bisher nicht auszuschließen sind. Beim Modelllernen über symbolisches Modellieren ist der Wert des Modellverhaltens wohl primär in der Vermittlung schwieriger oder ungewöhnlicher komplexer Verhaltensweisen zu sehen. Dramatische Therapieeffekte sind nicht zu erwarten. Das bisher vielversprechendste Verfahren, das Lernen am eigenen Modell (Selbstmodellieren) wurde erst jüngst entwickelt, so daß bisher nur wenige Erfahrungen vorliegen. Es erfordert zudem einen erheblichen Aufwand, indem Videobänder mit zwei Recordern editiert werden. Vom Konzept her, aber auch von den bisherigen Ergebnissen her, erscheint es allerdings als ein Verfahren, das den kreativen Einsatz des Therapeuten am stärksten fordert und ideale Rückmeldung an den Patienten ermöglicht.



Einfacher ist der Wert von Video für die Diagnostik und Therapiekontrolle zu beurteilen. Hier läßt sich das Bedingungsgefüge von Verhaltensabläufen z.B. bei Abhängigkeitsverhalten oder sozialer Interaktion genauer bestimmen und der Therapieverlauf kann auch für komplexes Verhalten dokumentiert werden.

Therapeutenbezogen wird Video eingesetzt, um Informationen über gestörtes Verhalten beim Patienten, aber auch optimales Therapeutenverhalten in der Ausbildung zu vermitteln. Dies geschieht in der Supervision durch Selbstmodellierung, in geringem Ausmaß auch durch Selbstkonfrontation; für den Therapeuten besteht außerdem die Möglichkeit zur Selbstsupervision, indem er sich durch Aufzeichnung der Therapiesitzung selbst kontrolliert. Untersuchungen zum Einsatz von Video in der Verhaltenstherapieausbildung sind bisher selten.

Das Problem der Verhaltensbeobachtung muß der Therapeut stärker unter pragmatischen Aspekten sehen. Der globale Vergleich von Video-Aufzeichnungen einer Standard-Situation im Selbstsicherheitstraining kann beispielsweise für den Therapeuten hinreichender Nachweis der Therapieeffizienz sein. Rating-Skalen für spezifische Verhaltensbereiche sind sicherlich vorzuziehen. Aufwendige Kodierungssysteme sind für die alltägliche Therapie illusorisch. Es mangelt allerdings an geeigneten handlichen Beobachtungsverfahren und entsprechend einfachen Gütekriterien.

Man sollte Video in der Praxis nur einsetzen, wenn man sich mit einigen technischen Grundlagen vertraut gemacht hat. Dies ist dann schnell möglich, wenn man mit einer einfachen Anlage beginnt. Auf verschiedene Informationsmöglichkeiten wurde hingewiesen.

Besonderes Gewicht beim Einsatz von Video haben ethische Selbstverpflichtungen und Selbstbeschränkungen. Sie müssen sich orientieren an dem Grundsatz, daß durch die Video-Aufzeichnung dem

Patienten und Therapeuten ein Nutzen, aber kein Schaden entstehen darf.

So enthusiastisch ich den Einsatz von Video oder Film für jede Art von Verhaltensforschung befürworte, so kritisch sehe ich seine Verwendung in der Praxis eines Therapeuten. Die Skepsis, die diesem Beitrag zugrunde liegt, scheint mir notwendig, um langfristig dem Einsatz von Video eine solide Basis zu geben. Der Aufwand wäre zu groß, wenn man hie und da dem Patienten etwas aus einer Therapiesitzung vorspielt, dann noch in Phasen wo man in der Therapie nicht so recht weiter weiß. Schreck- und Überraschungseffekte reichen nicht aus. Es liegt tatsächlich ein stärkeres Potential in der Aufzeichnung sichtbaren Verhaltens, das nicht durch zu hohe und damit bald enttäuschte Erwartungen verdeckt werden darf.

Literatur:

- ALKIRE, A.A. und BRUNSE, A.J.: Impact and possible casualty from videotape feedback in marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42, 203-210.
- BAILEY, K.O. und SOWDER, G.W. jr.: Audiotape and videotape self-confrontation in psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 1970, 74, 127-137.
- BAKER, T.B., UDIN, H. und VOGLER, R.: The effects of videotaped modeling and self-confrontation on the drinking behavior of alcoholics. *International Journal of the Addiction*, 1975, 10, 779-793.
- BERGER, M.M.: Videotape techniques in psychiatric training and treatment. New York: Brunner/Mazel, 1978.
- BERNAL, M.E., WILLIAMS, D.E., MILLER, W.H. und REAGOR, P.A.: The use of videotape feedback and operant learning principles in training parents in management of deviant children. In: M.D. RUBIN, H. FENSTEHEIM, J.D. HENDERSON und L.D. ULLMANN (Eds.), *Advances in Behavior Therapy*. New York: Academic Press, 1972.
- BIGGS, S.J., ROSEN, B. und SUMMERFIELD, A.G.: Video feedback and personal attribution confronting anorexic depressed and normal viewers with their bodily selves. London: Birkbeck College, 1979 (Mimeo).
- BURR, M. und HAZEN, B.: The use of television in the rehabilitation of stroke patients with perceptual difficulties. *Australian Occupational Therapy Journal*, 1972, 19, 19-23.
- DAVIS, R.: The impact of self-modeling on problem behaviors in school age children. *School Psychology Digest* 1979, 8, 128-132.
- DOWRICK, P.W.: Suggestions for the use of edited video replay in training behavioural skills. *Journal of Practical Approaches to Developmental Handicap*, 1978, 2, 21-24.
- EDELSON, R.I. und SEIDMAN, E.: Use of videotaped feedback in altering interpersonal perceptions of married couples: A therapy analogon. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 244-250.

- ELLGRING, J.H.: Comment to Rojahn: "Validity and reliability of data from naturalistic observational studies - problems and alternatives". Behavioural Analysis and Modification, 1978, 2, 306-309.
- ELLGRING, J.H., DERBOLOWSKY, J. und VON DEWITZ, Anima.: Standardized interview for investigating the course of depression (SID). Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 1977, 6, Suppl.4, 56 - deutsch: München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, 1977 (Mimeo).
- ELLGRING, H. und WALLBOTT, H.(Eds.): Video-Informationen, seit 1978.
- FAENZA, R.: Wir fragen nicht mehr um Erlaubnis. Handbuch zur politischen Videopraxis. Berlin: Basis-Verlag, 1975.
- FASSNACHT, G.: Systematische Verhaltensbeobachtung - eine Einführung in die Methodologie und Praxis. München: Reinhart, 1979.
- GOLDEN, K.M.: Research design and results from "Suicide Assessment: a self-instructional videotape-program", 1978, 30-60.
- GUR, R. und SACKEIM, H.A.: Self-confrontation and psychotherapy: A reply to Sanborn, Pyke and Sanborn. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1978, 15, 258-265.
- HERSEN, M. und BELLACK, A.S.: Social skills training for chronic psychiatric patients: Rational, research findings, and future directions. Comprehensive Psychiatry, 1976, 17, 559-580.
- KOCKOTT, G., DITTMAR, F. und WILCHFORD, D.: Differentialdiagnose bei Sexualstörungen. Göttingen: Institut für den Wissenschaftlichen Film, 1977.
- KRAUSE, R.: Probleme der psychologischen Stottererforschung und Behandlung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 1976, 2, 128-143.
- LAVENDER, Joan, Davis, Martha und GRABER, E.: Ethical problems in film/video recordings. Kinesis, 1979, 1, 9-20.
- LERMER, S.P.: Video-Feedback in der Psychotherapie. Gruppendynamik-Forschung und Praxis, 1978, 9, 183-196.
- MEES, U. und SELG, H.: Verhaltensbeobachtung und Verhaltensmodifikation. Stuttgart: Klett, 1977.

- MUZEKARI, L.H.: An annotated bibliography on the use of television and videotape in treatment and research. Philadelphia, PA: Behavioral Science Clinical Research Center, Philadelphia State Hospital, 1975.
- MIKLICH, D.R. and CREER, T. L.: Self modeling as a behavior modification technique. In: J.Call und R. Hardy (Eds.): Behavior modification in rehabilitation settings. Springfield, Ill.: Charles C.Thomas, 1974.
- MULTI MEDIA RESOURCE CENTER: The squeeze technique (Film): Susan (Film über Selbststimulierung). San Francisco, CA. 1525 Franklin Street, 1970.
- NIELSEN, G.: Studies in self-confrontation, viewing of a sound motion picture of self and another person in a stressful dyadic situation. Kopenhagen: Munksgaard, 1962.
- SCHULTE, D. und KEMMLER, L.: Systematische Beobachtung in der Verhaltenstherapie. In: Schulte, D.(Ed.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München: Urban & Schwarzenberg, 1974, 152-195.
- SERBER, M.: Der Einsatz von Videorecordern bei der Behandlung von Paaren mit sexuellen Störungen. In: Kockott (Ed.): Sexuelle Störungen - Verhaltensanalyse und -modifikation. München: Urban & Schwarzenberg, 1977, 254-257.
- SPEIDEL, G. und THARP, R.: Teacher-training workshop strategy: Instructions, discrimination training, modeling, guided practice and video feedback. Behavior Therapy, 1978, 9, 735-739.
- THELEN, M.H., FRY, R.A., FEHRENBACH, P.A. und FRANTSCHI, N.M.: Therapeutic videotape and film modeling: A review. Psychological Bulletin, 1979, 86, 701-720.
- ULLRICH DE MUYNCK, R. und ULLRICH, R.: Das Assertiveness-Training-Programm ATP: Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz. München: Pfeiffer, 1976.
- VIDEOFREEX: Video-Handbuch - Video und CCWG. Berlin: Büro der off-Kudamm Kinos, 1975.
- WALLBOTT, H.: Die häufigsten Probleme bei Video- und Audioaufnahmen. Video Informationen, 1980, 3, 26.