

Video-unterstützte Therapie und Supervision. Ein Überblick

H. Ellgring

In diesem Überblick soll vor allem dargestellt 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-, Effizienzkontrolle* und *Patienteninformation*. Die Faszination des Mediums aber erwächst vor allem aus der therapeutischen Möglichkeit: Unter dem allgemeinen Konzept des Modellerns wurden bisher Selbstkonfrontation, Lernen am symbolischen und Lernen am eigenen Modell verwendet. Was ist – abgesehen von enthusiastischen Berichten über Therapieexperimente – bei nüchterner Betrachtung für die Praxis umsetzbar und welche Effekte sind zu erwarten?

Video-unterstützte Therapie

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

Selbstkonfrontation

In den verschiedenen Formen der *Selbstkonfrontation* wird Video als ein solcher Spiegel

zur Selbsterkenntnis eingesetzt. Das Augenmerk wird darin vor allem gerichtet auf solche Ereignisse und Verhaltensweisen, 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.

Welche therapeutischen Effekte sind nun von der Konfrontation mit dem eigenen Fehlverhalten als einer Möglichkeit des *Video-Feedbacks* zu erwarten?

Ausführlich beschrieben wurde dieses Verfahren erstmals von *Nielsen* (1962). Bemerkenswert scheint danach, daß keine seiner Versuchspersonen von der Erfahrung unberührt blieb. Die Selbstkonfrontation verbesserte bei ihnen die Selbstbeurteilung. Anders als bei Normalpersonen ist allerdings 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 zu-

sätzlich 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 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 raten die Autoren ab, da die Patienten zu starke Schuldgefühle entwickeln, depressiv und eventuell wieder rückfällig werden. Von *Biggs, Rosen* und *Summerfield* (1979) wird von deutlichen Effekten der Video-Selbstkonfrontation insbesondere auf die Selbstwahrnehmung von anorektischen und übergewichtigen Personen 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. Denkbar ist allerdings, daß damit ein Verständnis für die Reaktion anderer geweckt werden könnte, doch fehlen hierzu empirische Belege.

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 *Lerner* (1978) kann in der *Gruppentherapie* vor allem die Übereinstimmung zwischen verbalen und nichtverbalen Reaktionen durch Video überprüft werden. Spezifische Effekte wurden allerdings noch nicht hinreichend nachgewiesen.

Notwendig scheinen Video-Aufzeichnungen und deren Analyse mit den Beteiligten, wenn versucht wird, im *Elternttraining* Eltern als Co-

Therapeuten einzusetzen (siehe z. B. *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.

In der normalen Partnerinteraktion ändert Video-Feedback die *Selbstwahrnehmung* erheblich (*Edelson* und *Seidman*, 1975). Auf die Gefährlichkeit dieses Vorgehens bei verheirateten Paaren mit gestörter Partnerschaft weisen allerdings *Alkire* und *Brunse* (1974) hin. Bei ihren Gruppen traten in zeitlicher Kontingenz zum *Video-Feedback* in einer erheblichen Zahl von Fällen Scheidungen und auch ein Selbstmord auf. Ungeklärt ist allerdings, inwieweit bereits psychotische Tendenzen bestanden und in welchem Zustand sich die Partnerschaft befand. Eine weitere kritische Untersuchung zur *Selbstkonfrontation* von *Gur* und *Sackheim* (1978) zeigt, daß die negativen Auswirkungen offensichtlich überwiegen.

Nach diesen Befunden scheint es kaum vertretbar, Video-Feedback bei gestörter *Partnerbeziehung* einzusetzen, solange diese negativen Effekte zu erwarten sind und nicht in hinreichendem Maße aufgefangen werden können. 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 davon aus-

gehen, daß es vielleicht nichts nützt, aber auch nichts schadet, wenn man beim Patienten durch *Selbstkonfrontation* einen starken Eindruck hinterläßt. Die Gefahr negativer Auswirkungen ist zu groß, als daß man dieses Verfahren in der *praktischen Therapie* einsetzen sollte, ohne weitere Evidenz für positive Auswirkungen zu haben.

Vertretbar und positiv wirksam scheint das Verfahren bisher im *Elternt raining*. 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. Die Versuchung ist zweifellos groß, diese Wirkung zu nutzen. Als Therapeut sollte man ihr aber nur sehr eingeschränkt nachgeben.

Modellernen 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 *Modellerns* wurden bisher therapeutisch eingesetzt: Das Lernen am Modell anderer Personen, das „Symbolische Modellieren“ (*Thelen, Fry, Fehrenbach & Frautschi, 1979*) und das Lernen am eigenen Modell. 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.

Die in der Literatur berichteten Ergebnisse über die Wirksamkeit des Verfahrens 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 und Bellack (1976)* eine Einstellungsverzögerung („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 im Video der „non-demanding position“ oder der „squeeze technique“ (z. B. in Filmen des Multi Media Resource Center, 1970) sind Beispiele hierzu. *Thelen et al. (1979)* sehen in ihrer Zusammenfassung für das *symbolische Modellieren* eine vielversprechende Zukunft – eine freundliche Umschreibung dafür, daß dieses Verfah-

ren, 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 Behandlungselemente unter 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 in der Praxis vernachlässigen?

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. Auf die Bedeutung dieses Ansatzes für die *Rehabilitation* bei organischen Defekten wäre gesondert einzugehen. Die Behandlung dieses Bereichs würde allerdings über den Rahmen dieses Beitrags hinausgehen.

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 da-

rauf angewiesen ist, sich sein Material selbst zu erarbeiten. Der wesentliche Effekt liegt vor allem in der Informationsvermittlung über komplexe Verhaltensweisen und Verhaltensabläufe.

Lernen am eigenen Modell (self modelling)

Das Video-unterstützte Lernen am eigenen Modell verbindet die Vorteile der Selbstkonfrontation und des symbolischen Modelllernens. Wie in der Selbstkonfrontation wird ein intensiver Eindruck beim Patienten erreicht, in dem er sich selbst sieht. Er kann sich nicht von sich selbst distanzieren. Wie im symbolischen Modellernen 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 *Selbst-Modellierung* 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 & Creer* (1974) wurde dieses Verfahren erfolgreich eingesetzt, um verschiedene Verhaltensprobleme bei drei asthmatischen Kindern

zu behandeln. *Davis* (1979) veränderte hiermit erfolgreich Verhaltensstörungen bei Schulkindern. *Burr & Hazen* (1972) setzten es bei der *Rehabilitation* von Patienten nach Schlaganfall ein. 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* (1978) 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 zu sein.

Was steht diesem Verfahren entgegen? Es sind die notwendigen technischen Voraussetzungen und der Aufwand des Therapeuten. Als technische Ausrüstung sind zwei Videorecorder erforderlich, um editieren zu können. Dies wird mit zunehmender Verbilgung 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 therapeutischem 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 Aufwandes halten wir es für zukunftssträftig, da es lerntheoretische Prinzipien unmittelbar für das sichtbare Verhalten umsetzt und vom Therapeuten fordert, seine psychologischen Fertigkeiten sehr flexibel und kreativ umzusetzen.

Resumee

Fassen wir die drei Prinzipien zusammen, nach denen Video zur Unterstützung der Therapie eingesetzt werden kann. Das vielversprechende, aber auch aufwendigste ist die *Selbst-Modellierung*, von der vernünftigerweise gesagt werden muß, daß sie zur Zeit wohl nur von Enthusiasten eingesetzt 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.

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

Selbst-Modellierung, 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* und 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 Therapiesitzung beobachtet.

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

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

Eine spezifische Beeinflussung der Lehrer-verhaltensweisen mit Hilfe von video-unterstützten Verfahren zeigten *Speidel & 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 Sexualstörungen von *Kockott, Dittmar & Wilchfurth (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.

Diskussion und Zusammenfassung

Video läßt sich in psychologischen Therapien 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 Modellernen 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 (Selbst Modellieren) wurde erst jüngst entwickelt, so daß bisher nur wenige Erfahrungen vorliegen. Es erfordert zudem einen erheblichen Aufwand, indem Video-Bänder mit zwei Recordern editiert werden. Vom Konzept her, aber auch von den bisherigen Ergebnissen, erscheint es allerdings als ein Verfahren, das den kreativen Einsatz des Therapeuten am stärksten fordert und ideale Rückmeldung an den Patienten ermöglicht. 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 Selbst-Modellierung, in geringem Ausmaß auch durch Selbstkonfrontation; für den Therapeuten besteht außerdem die Möglichkeit zur Selbst-Supervision, indem er sich durch Aufzeichnung der Therapiesitzungen selbst kontrolliert.

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 langfri-

stig 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

1. *Alkire, A. A., A. J. Brunse*: Impact and possible casualty from videotape feedback in marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42 (1974), 203 – 210
2. *Bailey, K. O., G. W. Sowder*: Audiotape and videotape self-confrontation in psychotherapy. *Psychological Bulletin* 74 (1970), 127 – 137
3. *Baker, T. B., H. Udin, R. Vogler*: The effects of videotaped modeling and self-confrontation on the drinking behavior of alcoholics. *International Journal of the Addiction* 10 (1975), 779 – 793
4. *Berger, M. M.*: Videotape techniques in psychiatric training and treatment. Brunner/Mazel, New York 1978
5. *Bernal, M. E., D. E. Williams, W. H. Miller, P. A. Reagor*: The use of videotape feedback and operant learning principles in training parents in management of deviant children. In: *Rubin, M. D., H. Fensteheim, J. D. Henderson, L. D. Ullmann* (eds): *Advances in Behavior Therapy*. Academic Press, New York 1972
6. *Biggs, S. J., B. Rosen, A. G. Summerfield*: Video feedback and personal attribution confronting anorexic depressed and normal viewers with their bodily selves. Birkbeck College, London 1979 (Mimeo)
7. *Burr, M., B. Hazen*: The use of television in the rehabilitation of stroke patients with perceptual difficulties. *Australian Occupational Therapy Journal* 19 (1972), 19 – 23
8. *Davis, R.*: The impact of self-modeling on problem behaviors in school age children. *School Psychology Digest* 8 (1979), 128 – 132
9. *Dowrick, P. W.*: Suggestions for the use of edited video replay in training behavioural skills. *Journal of Practical Approaches to Developmental Handicap* 2 (1978), 21 – 24
10. *Edelson, R. I., E. Seidman*: Use of videotaped feedback in altering interpersonal perceptions of married couples: A therapy analogon. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43 (1975), 244 – 250
11. *Golden, K. M.*: Research design and results from „Suicide Assessment: a self-instructional videotape program“. 1978, S. 30 – 60
12. *Gur, R., H. A. Sackeim*: Self-confrontation and psychotherapy: A reply to Sanborn, Pyke and Sanborn. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 15 (1978), 258 – 265
13. *Hersen, M., A. S. Bellack*: Social skills training for chronic psychiatric patients: Rational, research findings, and future directions. *Comprehensive Psychiatry* 17 (1976), 559 – 580
14. *Kockott, G., F. Dittmar, D. Wilchford*: Differentialdiagnose bei Sexualstörungen. Institut für den Wissenschaftlichen Film, Göttingen 1977
15. *Lerner, S. P.*: Video-Feedback in der Psychotherapie. *Gruppendynamik-Forschung und Praxis* 9 (1978), 183 – 196
16. *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
17. *Miklich, D. R., T. L. Creer*: Self modeling as a behavior modification technique. In: Call,

J., R. Hardy (eds.) Behavior modification in rehabilitation settings. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. 1974

18. Multi Media Resource Center. The squeeze technique (Film); Susan (Film über Selbststimulierung). San Francisco, CA. 1525 Franklin Street, 1970

19. *Nielsen, G.*: Studies in self-confrontation, viewing of a sound motion picture of self and another person in a stressful dyadic situation. Munksgaard, Kopenhagen 1962

20. *Serber, M.*: Der Einsatz von Videorecordern bei der Behandlung von Paaren mit sexuellen Störungen. In: *Kockott* (Hrsg.) Sexuelle Störungen – Verhaltensanalyse und -modifikation. Urban & Schwarzenberg, München 1977, S. 254 – 257

21. *Speidel, G., R. Tharp*: Teacher-training workshop strategy: Instructions, discrimination training, modeling, guided practice and video feedback. *Behavior Therapy* 9 (1978), 735 – 739

22. *Thelen, M. H., Fry, R. A., Fehrenbach, P. A. & Frantschi, Nanette, M.*: Therapeutic videotape and film modeling: A review. *Psychological Bulletin*, 86 (1979), 701 – 720

Video-Rollenspiele zur Förderung von Interaktionsprozessen in der stationären Arbeit

D. Baier, W. Feller

Einleitung und Problembeschreibung

Zur „*therapeutischen Gemeinschaft*“ (Th. G.) in der Psychiatrie gehört die Gestaltung des „*therapeutischen Klimas*“ (5, 6). Milieutherapeutischen Faktoren, wie geographischer Lage, architektonischer Gestaltung und Ausstattung psychiatrischer Kliniken, werden zunehmend Aufmerksamkeit gewidmet (7). Über *Interaktionsprozesse*, die für die „*therapeutische Gemeinschaft*“ in psychiatrischen Abteilungen maßgeblich sind, wird dagegen selten berichtet.

Dies erscheint besonders unverständlich, weil schon im Bericht über die Lage der Psychiatrie in Deutschland (sog. *Psychiatrie-Enquête*) bereits im Jahre 1975 u. a. auch Mängel in der Ausbildung des Pflegepersonals im Umgang mit psychisch Kranken für das sog. „*Elend der Psychiatrie*“ verantwortlich gemacht werden (1). Es fehlt nicht an Stimmen, die ähnlich wie der Katholische Krankenhausverband Deutschland im Jahre 1967 den „*Verlust von Menschlichkeit im ärztlichen und pflegerischen Dienst*“ beklagen oder zumindest befürchten (2).

In einer der wenigen empirischen Untersuchungen gelangten Gronau und Mitarb. im Jahre 1978 zu dem Schluß, daß die Erfahrungswelt, die psychiatrischen Patienten durch ihre Pflegekräfte vermittelt wird, überwiegend sach- und aufgabenorientiert, kaum aber personen- und patientenorientiert sei (4).

Neben der oft unzulänglichen fachspezifischen Ausbildung ist dafür eine wachsende Unsicherheit der Pflegekräfte verantwort-

lich, die durch die neuen Anforderungen eines veränderten Tätigkeitsbildes der Krankenschwester in der Psychiatrie hervorgerufen wird. Sollen diese Veränderungen des Stationslebens im Sinne einer neuartigen gemeinsamen Stationsarbeit im therapeutischen Team wirken, so hat das Pflegepersonal zweifellos den tiefgreifendsten Wandel der Erwartungsstrukturen zu ertragen. Unsere Mitarbeiter aus dem Pflegebereich erleben, daß die Lösung von Aufgaben, die sie bisher allein im Rahmen ihres persönlichen Engagements anstreben, nun als Verhaltensstandard verlangt wird. Bisherige *Verhaltensmöglichkeiten* sind jetzt *Verhaltensnotwendigkeit* geworden. Die erforderliche Auseinandersetzung des Pflegepersonals mit dem Verhaltensrepertoire seiner tradierten Berufsrolle führt zu verschiedenen Schwierigkeiten. Einschränkungen des bisherigen Interaktionsspielraumes werden als Verlust erfahren, der durch neue Verhaltensweisen kompensiert werden muß. Die Erstellung eines neuen Interaktionsspielraumes beinhaltet eine Erweiterung der Möglichkeiten und Aufgaben, die z. B. durch das subjektive Empfinden, in der neuen Situation zu versagen, Ängste freisetzt.

Diese Ängste werden dadurch nicht geringer, daß vom Pflegepersonal in dieser „*Bewährungssituation*“ erwartet wird, seine neuen Verhaltensweisen sollten „*therapeutisch*“ sein, denn damit wird ein weiteres Gebiet betreten, das in der Schwesternausbildung bisher nur wenig erschlossen ist. Vor diesem Hintergrund scheint es uns berechtigt, in Analogie der „*Angst des Torwarts vor dem Elfmeter*“ von der „*Angst des Pflegeperso-*

nals vor dem Gespräch mit dem Patienten“ zu sprechen.

Wenn der Umgang des Pflegepersonals mit dem Patienten überwiegend sach- und aufgabenzentriert ist, wird man nicht fehlgehen, dies als Vermeidungsverhalten infolge des geschilderten Rollenkonfliktes zu sehen. Es besteht in einem Rückzug auf festumschriebene Persönlichkeitsmerkmale der herkömmlichen Berufsrolle.

Wenn zwischenmenschliche *Interaktionsprozesse* aber nicht oder nur ungenügend beachtet werden, geht eine wesentliche Wahrnehmungsquelle als Grundlage für interaktionelle Umgangsformen verloren. Darunter leidet der patientenzentrierte Umgang, der für eine verbesserte Selbstdarstellung des Patienten wesentlich ist (4) und die ihrerseits innerhalb des therapeutischen Prozesses hoch eingeschätzt wird (8, 11). Das verbesserte wechselseitige Verständnis beeinflusst das therapeutische Klima auf den Abteilungen günstig.

Darstellung unserer Arbeitsweise

Wenn wir also davon ausgehen, daß die Bereitschaft des Pflegepersonals, seinen Interaktionsspielraum zu erweitern, vor allem durch Versagensängste verringert wird, dann ist die Schulung der Mitarbeiter auf der Station im kleinen Kreis besonders notwendig. Das vorhandene persönliche Engagement kommt leichter zur Entfaltung.

Das Schwergewicht der Schulung liegt nicht in der Vermittlung von Wissen, sondern setzt sich die angstfreie Bewältigung der Rollenänderung zum Ziel. Erst danach wird jenes spontane und selbstbewußte Arbeiten des Einzelnen möglich, das oft fälschlich als selbstverständlich vorausgesetzt wird.

Als wir Anfang des Jahres 1980 mit dieser Schulungs-Arbeit begannen, hielten wir es für didaktisch richtig, zunächst eine Sensibili-

tät für *Interaktionsprozesse* zu erreichen, deren Existenz wir an Beispielen zeigen wollten, um sie nach entsprechendem Training in die Gesprächsführung einzubeziehen. Für ein solches Training eignen sich Rollenspiele. Die Bereitschaft, die Rollenspiele im Team durchzuführen, wird jedoch leicht durch die Angst, den Maßstäben des Teams nicht gerecht werden zu können, vermindert oder blockiert. Um diese Gefahr zu vermeiden, berücksichtigten wir folgende Regeln: Die Übungs- und Realsituation wird durch das *Rollenspiel* deutlich getrennt, die Aufzeichnung der Rollenspielsequenzen erfolgt außerhalb der Station und nur mit den Darstellern. Der Ablauf des Rollenspiels wird durch ein stabiles Verhaltenskonzept vorderstrukturiert, die Mitarbeit am Rollenspiel ist freiwillig und die Besprechungen im Team sowie die Vorbereitung der Rollenspiele sind zeitlich getrennt.

Von allen uns bekannten Methoden ist die Videotechnik am besten geeignet, die Darstellung des Rollenspiels vom unmittelbaren Erfolgsdruck, wie er in der Teambesprechung durch die Anwesenheit der übrigen Mitglieder entsteht, freizuhalten und eine relativ angstfreie Situation zu schaffen. Die zeitversetzte Wiedergabe des mit Hilfe des Video aufgezeichneten Rollenspiels hat Vorteile für die Akteure des Rollenspiels und für die Beobachter bzw. Analysanten (10). Die Vorteile dieser Methode für die Aufarbeitung des Rollenspiels bestehen darin, daß die gruppendynamische Beziehung zwischen den Akteuren und den Zuschauern zunimmt, der Kontakt enger und das gemeinschaftliche Erleben des Rollenspiels unmittelbarer wird. Wir knüpften daran die Erwartung, damit eine Stabilisierung und größere Vertrautheit unserer Stationsgruppe zu erreichen.

Durch das Video ist aber außerdem eine zweifache Rückmeldung möglich. Der Akteur des Rollenspiels erfährt in seiner Funktion als Darsteller eine Art *Selbstkonfrontation* und zusätzlich eine Rückmeldung in Form einer Bewertung durch das Team. Es