

ENTWICKLUNGEN IN VIDEO-UNTERSTÜTZTER DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Heiner Ellgring

1. Einführung

1.1 Verhalten als Indikator, Symptom und Störung

Das sichtbare Verhalten, so wie wir es beim Patienten, bei Paaren, bei Eltern mit ihren Kindern, bei Gruppen wahrnehmen und auch auf Video aufzeichnen können, ist für den Therapeuten zunächst eine der wichtigen unmittelbaren Informationsquellen. Aus der Mimik gewinnt er beispielsweise den Eindruck, dass der Patient plötzlich stark affektiv erregt ist. Die Blickzuwendung zwischen einem Paar in der Partnertherapie sagt ihm etwas über die vorherrschende Aufmerksamkeitsstruktur in dieser Beziehung. Die nervösen Bewegungen der Mutter beim gemeinsamen Spiel mit dem Kind, die Art, wie sie das Kind zurechtrückt, sind dem Therapeuten vielleicht Zeichen für das gestörte Interaktionsmuster. Die Körperhaltung der einzelnen Gruppenmitglieder, die von ihnen gewählte räumliche Anordnung vermitteln dem Therapeuten einen Eindruck über die augenblickliche Beziehung der Individuen zueinander.

Diese häufig nicht einmal bewusst analysierten Eindrucksprozesse weisen auf die mögliche indikative Funktion des sichtbaren Verhaltens hin. Aus dem Verhalten werden zugrundeliegende Affekte, Emotionen, Einstellungen und Bewertungen abgeleitet. Nur selten wird ein Patient sagen: "Jetzt bin ich plötzlich ganz traurig geworden" - es sei denn, er hat eine entsprechende psychologische Sozialisation hinter sich. Es ergäbe sich auch eine vollkommen andere Gewichtung, und es würde einen Klienten grosse Überwindung kosten, in der Gruppe laut zu sagen: "Sie sind mir nicht so arg sympathisch, und deswegen setze ich mich nicht neben Sie!", als sich schlicht neben jemandem einen Platz zu suchen, den man eher mag. Hier kann allerdings ebenfalls die Psycho-Sozialisation eine Veränderung bewirken.

Auch wenn dem Therapeuten ein Verhalten als starker Hinweis oder Indikator für die zugrundeliegenden psychischen Vorgänge erscheint, ist damit natürlich keineswegs etwas über die Richtigkeit oder Validität seiner Inferenz gesagt. Man kann vielmehr annehmen, dass Einstellungen des Therapeuten diese Urteile in hohem Masse beeinflussen. Ausserdem ist etwa im emotionalen Bereich nicht auszuschliessen, dass gleichzeitig sich widersprechende - positive und negative - Affekte gezeigt werden können (EKMAN & FRIESEN, 1974).

Verhalten ist aber nicht nur Indikator für psychische Vorgänge, es kann auch selbst Symptom einer Störung sein, wie etwa die reduzierte Blickzuwendung in der Depression, ein Symptom, das bei Besserung der Störung wieder verschwindet.

Auch hier hat das Verhalten unmittelbare Bedeutung für Diagnostik, Verhaltensanalyse und Therapiekontrolle, ohne selbst unmittelbar beeinflusst zu werden. Verhalten kann nicht zuletzt die Störung selbst darstellen. Es wird dann, wie beispielsweise im Selbstsicherheitstraining, unmittelbares Ziel der therapeutischen Bemühungen sein. Auf diesen Bereich wird im Abschnitt über video-unterstützte Therapie eingegangen.

1.2 Technologischer und methodischer Durchbruch?

Der technischen Entwicklung auf dem Gebiet Video entspricht der psychologisch-methodische Stand kaum. Der Durchbruch ist zweifellos seit dem letzten Bericht über Video in der Verhaltenstherapie in dieser Reihe (ELLGRING, 1980) noch nicht gelungen. Es gibt allerdings zahlreiche Hinweise für neue Vorgehensweisen sowohl bei der Verhaltensanalyse als auch in der Therapie. Bei einigen für den Praktiker interessanten, allerdings unveröffentlichten Hinweisen können nur die persönlichen Mitteilungen der Kollegen berichtet werden. Empirische Belege für die Wirksamkeit von Video in der Therapie sind weiterhin rar. Dennoch kann angenommen werden, dass Video weitaus häufiger eingesetzt wird, als Berichte darüber veröffentlicht werden. Die angloamerikanische Literatur zum Einsatz von Video in Therapie und Forschung wurde von MUZEKARI (1980) bibliographiert. Jüngere Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum finden sich in einem von RONGE (1979) herausgegebenen Bericht über Jahrestagungen des Internationalen Arbeitskreises Audiovision in Psychiatrie und Psychotherapie.

Ausser über den Einsatz von Video in Diagnostik, Verhaltensanalyse und Therapie werden in diesem Beitrag kurz einige technische Hinweise gegeben und Gesichtspunkte zur praktischen Arbeit mit Video aufgeführt.

2. Video in Diagnostik und Verhaltensanalyse

Der Wert von Video-Verhaltensaufzeichnungen für diagnostische Zwecke und für die Therapiekontrolle hängt weitgehend von der Entwicklung der Beobachtungsmethoden ab. Zwar scheint - analog zur psychiatrischen Diagnostik (HILL, 1974) - eine Verlagerung weg vom Verhalten als Informationsquelle und hin zum verbalen Bericht stattgefunden zu haben. Nicht zuletzt aber wegen der technischen Möglichkeiten wird zunehmend wieder dem Verhalten psychologisches Interesse zugewandt.

Sei es für die Beurteilung des Erfolgs von Verhaltenstherapie bei neurotischer Depression (DE JONG, HENRICH & FERSTL, 1981), bei der Analyse von Partnerinteraktion (HAHLWEG et al., 1979) oder von Mutter-Kind-Interaktion (INNERHOFER, 1980) - in jedem Fall wurden Video-Aufzeichnungen detailliert und systematisch beobachtet. Es werden Hinweise für Veränderungen individueller

psychischer Prozesse als auch für die Charakterisierung von Störungen sozialer Interaktion erwartet.

Wesentliche soziale und affektive Komponenten der Verhaltensstörung "Stottern" konnten beispielsweise erst durch die Analyse des nonverbalen Verhaltens bestimmt werden. Die Störung kann gekennzeichnet werden als eine Affekt-Inhibition beim Stotterer, die durch vermehrtes "back-channel"-Verhalten beim Partner kontrastiert ist (KRAUSE, 1976).

Die Entwicklungen zur Verhaltensbeobachtung - etwa zur Analyse der Mimik durch das Facial Action Coding System von EKMAN & FRIESEN (1978) ermöglichen zwar bei entsprechendem Aufwand objektive Beschreibungen nonverbaler Phänomene. Es besteht jedoch eine erhebliche Lücke zwischen der Möglichkeit der detaillierten Beobachtung im Forschungsprogramm - die zuvor erwähnten Arbeiten zur Therapie der Depression, der Mutter-Kind- und Partnerinteraktion gehören dazu - und den Möglichkeiten der Praxis. Dort kann der Therapeut nicht für eine Minute Aufnahme das zehn- bis fünfzigfache an Zeit zur Analyse verwenden.

Bleibt also im Moment nur die Verhaltens-Schätzskala, solange keine praktikablen Verhaltens-Beobachtungs-Instrumente zur Verfügung stehen?

Zwei Dinge sind dazu zu bemerken: Auch wenn sie im Detail nicht kontinuierlich anwendbar sind, ist eine genaue Kenntnis verschiedener Beobachtungsmethoden für den Therapeuten von Wert. Es kann ihm damit erleichtert werden, wenige schwierige, unklare Situationen deutlicher zu sehen. Er kann beispielsweise bemerken, dass zu Momenten, in denen in einer Partnertherapie die Frau einen Lösungsvorschlag macht, dies vom Mann mit kurzem negativen mimischen Affektausdruck beantwortet wird. Eine solche Analyse löst zwar nicht notwendigerweise das Problem. Sie klärt wohl aber den diffusen "Eindruck" des Therapeuten, die Interaktion stimme nicht.

Der zweite Punkt betrifft ein praktisches Vorgehen in der Therapieerfolgskontrolle: Eine kurze, nicht länger als fünf Minuten dauernde Videoaufzeichnung vom Beginn und Ende der Therapie reicht aus, um Verhaltensänderungen beurteilen zu können. Für ihr Assertiveness Training Programm ATP verwenden ULLRICH und ULLRICH DE MUYNCK (1980) beispielsweise eine Situation, die zu Beginn und Ende des Programms aufgezeichnet wird.

Der Vorteil eines solchen Verfahrens besteht nicht nur darin, dass damit der komplexe "klinische Eindruck" substantialisiert werden kann. Wichtiger noch ist folgendes: Vielfach bemerkt der Therapeut (und vielleicht auch der Klient) die Veränderung aufgrund des langsamen Verlaufs kaum - wie man auch das Wachstum der eigenen Kinder kaum bemerkt. Vergleicht man aber unmittelbar die Aufzeichnung - beim Kind den Strich am Türpfosten - so ist die Veränderung evident. Durch kurze Video-Ausschnitte vom Beginn und Ende der Therapie wird es möglich, auch komplexe Verhaltensänderungen wahrzunehmen.

3. Video-unterstützte Therapie

Video-Aufzeichnungen können in der Therapie in verschiedener Weise genutzt werden. Informationen über komplexe Verhaltensweisen werden über symbolisches Modellverhalten vermittelt. Video-Rückmeldung über das eigene Verhalten hat zum Ziel das Selbstbild zu korrigieren, etwa in der Selbstkonfrontation bei Anorektikern, oder bestimmte Verhaltensweisen oder Interaktionsmuster hervorzuheben, wie beim Selbst-Modellieren, oder sie zurücktreten zu lassen.

3.1 Informationsvermittlung durch Modell-Verhalten

Man darf kaum erwarten, dass die Darbietung von Modell-Verhalten allein zu starken, überdauernden Verhaltensänderungen führt (THELEN et al., 1979). Man kann allerdings sehr wohl Video-Material als Baustein in einem Therapieprogramm verwenden. So berichten ULLRICH und ULLRICH DE MUYNCK (1980) über den Einsatz von Video-Modellen im ATP. Die "Darbietung der Verhaltensübungen durch ATP-Therapeuten aus dem Grundkurs 'Selbstsicheres Verhalten'" ist als zweistündiger Video-Film zugänglich. Diese Filme dienen sicher nicht nur den Klienten, sondern veranschaulichen auch den weniger erfahrenen Therapeuten das konkrete Vorgehen im ATP.

Wenn auch die Information allein als therapeutische Massnahme nicht ausreicht, trägt sie doch als Komponente in einem Programm zum Erfolg bei. Für das Verhalten von Strafgefangenen bei späteren Arbeitsbewerbungen konnte dies von SPEAS (1979) anhand des späteren Anteils erfolgreicher Bewerbungen gezeigt werden.

Speziell für den Bereich der Gesundheitserziehung und der Rehabilitation Hirngeschädigter und körperlich Behinderter kommt der Video-Information besondere Bedeutung zu (FLAMM, 1979), indem gezeigt wird, wie andere mit ähnlichen Behinderungen umzugehen gelernt haben.

Bisher steht dem Therapeuten allerdings immer noch zu wenig Video-Material zur Verfügung. Vorhandene Video-Aufzeichnungen sind häufig auch nur schwer ausfindig zu machen. Es ist zu hoffen, dass zumindest für die Ausbildung der Therapeuten vermehrt visuelles Material hergestellt wird.

3.2 Veränderung des Selbstbildes durch Video-Feedback

Ein wichtiges therapeutisches Ziel, das mit Video-Feedback erreicht werden kann, ist eine Veränderung des Selbstbildes. Störungen des Selbstbildes, speziell des "body image" treten besonders bei Übergewichtigen und Anorektikern auf. Die Untersuchungen von Summerfield und anderen (SUMMERFIELD, 1980; BIGGS, ROSEN & SUMMERFIELD, 1980) zeigen, dass über Video-

Feedback ein realistisches Selbstbild bei Anorektikern induziert werden kann, auf dem sich dann therapeutische Massnahmen aufbauen lassen. Interessant sind auch die Versuche, durch den Patienten selbst sein eigenes Video-Bild elektronisch der eigenen Wahrnehmung entsprechend verändern zu lassen (SUMMERFIELD, 1981).

Über den Einsatz von Video-Feedback bei einer hospitalisierten 18-jährigen depressiven Patientin berichten GOLD, AVERY und RUHLMANN (1976). Sie zeichneten dazu die Interaktion dieser als Hilflehrerin fungierenden Patientin mit psychotischen Kindern auf. Die Autoren sehen folgende Faktoren als massgeblich für die Besserung des psychotischen Verhaltens dieser Patientin an: Die selbstbelohnende Tätigkeit mit den Kindern in einer unterstützenden Umgebung und die Möglichkeit, sich mit dem eigenen, abweichenden Verhalten über die Video-Aufzeichnung auseinander setzen zu können. Nebenbei ergaben sich hier auch positive Effekte für die beteiligten Kinder.

Problematisch scheint die Selbstkonfrontation bei Partnerschaftsproblemen zu sein (GUR & SAKEIM, 1978). Hier fehlt immer noch eine positive Evidenz dafür, dass es therapeutisch wirksam ist, den Spiegel zur Selbsterkenntnis bei diesen Interaktionsstörungen vorzuhalten.

Bei aggressivem Verhalten von jugendlichen Delinquenten scheint ein einfaches Video-Feedback sogar den unerwünschten Effekt zu haben, dass die Jugendlichen mit Vergnügen ihr aggressives Verhalten betrachten und sich somit eher selbst verstärken (SUMMERFIELD, 1981).

Es scheint sich zu bestätigen, dass Video-Feedback als Medium zur Selbstkonfrontation zu Beginn der Therapie die Motivation steigern kann. Vor allem bei Störungen des Selbstbildes wie bei Anorektikern zeigen sich positive Effekte. Unklar bleibt die Wirksamkeit der Selbstkonfrontation bei interpersonaler Aggression, sei es bei Delinquenten oder bei Partnerschaftsstörungen. Die bisherigen Berichte sprechen hier zumindest für einen äusserst vorsichtigen Gebrauch des Mediums in diesem Bereich.

3.3 Selbst-Modellieren

Als Ausblick im vorhergehenden Bericht (ELLGRING, 1980) war vom "Video-Selbst-Modellieren" vermutet worden, dass dieses Verfahren in nächster Zeit wahrscheinlich nur von Video-Enthusiasten angewandt werden würde. Der Enthusiasmus hat sich, betrachtet man die neuere Literatur, in Grenzen gehalten. Aufgrund der positiven klinischen Erfahrungen scheint es dennoch gerechtfertigt, auf das video-unterstützte Lernen am eigenen Modell einzugehen.

Das Prinzip ist einfach: Aus verschiedenen Video-Aufzeichnungen einer Person werden nur die optimalen Stellen herausgenommen und auf einem zweiten Video-Band elektronisch zusammengestellt. So werden etwa zwei bis drei Stunden Aufzeichnungen zu zwei bis sieben Minuten komprimiert. Diese komprimierte Video-Sequenz des individuellen, optimalen Verhaltens wird dem Patienten vorgeführt. Die Sequenzen können unter Umständen auch vom Klienten selbst zusammengestellt werden. Nach dem verhaltenspädagogischen Prinzip, nicht die Fehler an die Tafel zu schreiben, sondern die richtigen Lösungen, werden nur die positiven Verhaltenselemente hervorgehoben.

Von DOWRICK (1978) werden einige praktische Hinweise für den Aufbau des Video-Materials gegeben. Ziel ist dabei, die Motivation des Patienten, hier speziell mit motorischen Behinderungen, zu verbessern, und zwar durch:

- Auswahl eines hohen Anteils erfolgreicher Verhaltensweisen und Auslassen der Fehler
- Ausblenden von Hinweisen auf geringes Selbstvertrauen, zum Beispiel Zögern, mimische Anzeichen von Furcht
- beschönigende Kameraeffekte, zum Beispiel das Einblenden eines fröhlichen Gesichts bei der Handlung
- künstliche Beschleunigung oder Verlangsamung der Verhaltensabläufe
- erkennbare Belohnung nach der Handlung
- Nahaufnahmen wichtiger Verhaltenselemente, die für die Generalisierung bedeutsam sind, zum Beispiel Fußbewegungen in Antizipation der Ballannahme.

Das Verfahren wurde bisher verschiedentlich erprobt. Schwierig erwies sich dabei vor allem, hinreichend viele positive Verhaltensweisen aus einer Aufzeichnung zu bestimmen. Eindeutig ist der Effekt, dass der Therapeut dem Klienten sichtbar vermitteln kann, wie er ihn optimal sieht. In der Therapeutenausbildung selbst scheint die gemeinsame Auswahl der Video-Passagen durch Trainer und Praktikant ein praktikabler Weg zu sein.

Die Effekte video-unterstützter Therapie lassen sich vereinfacht wie folgt zusammenfassen.

- Tabelle 1 -

Die breiteste Anwendung von Video zur Therapieunterstützung wird wahrscheinlich im Training sozialer und motorischer Fertigkeiten liegen. Hier können sich auch am ehesten die verschiedenen genannten Formen des Video-Einsatzes ergänzen.

Daneben wird mit der zunehmenden Verbesserung der Methoden zur Verhaltensbeobachtung Video an Bedeutung für die Diagnostik und Therapiekontrolle gewinnen. Als Mittel der Selbst- und Fremdkontrolle in der Therapeutenausbildung scheint es ein notwendiges Werkzeug geworden zu sein.

Tabelle 1: Effekte video-unterstützter Therapieformen

	Self Confrontation Selbst-Konfrontation	Symbolic Modelling Lernen am symbolischen Modell	Self Modelling Lernen am eigenen Modell
Intensität des Eindrucks	hoch	niedrig	hoch
negative Effekte	wahrscheinlich vor allem bei: - Partner-Therapie - negativem Selbstbild - Aggression	keine	keine
positive Effekte	häufig fraglich - Steigerung der Therapiemotivation als Folge des Schreckeffektes - Korrektur des Selbstbildes	wahrscheinlich - Vermittlung komplexer Verhaltensweisen	sehr wahrscheinlich - starke Motivierung - Verbesserung des Selbstbildes

4. Technische Hinweise

Der Entschluss, Video in der therapeutischen Praxis einzusetzen, führt irgendwann dazu, sich das entsprechende Gerät zu verschaffen. Über eine Basiseinrichtung findet man leicht Informationen (s. auch ELLGRING, 1980; ELLGRING & WALLBOTT, 1978 ff.)

Hier soll nur das leidige Problem der Vergleichbarkeit von Systemen angesprochen werden. Kurz: VHS (Video Home System), VCR (Video Cassette Recorder), Betamax und U-matic sind nicht-kompatible Systeme. Bänder können zwischen den Systemen nicht ausgetauscht werden! Dies ist besonders lästig, wenn man etwa über Bandaustausch eine kollegiale Supervision betreiben will.

Die Systemwahl wird sich also auch danach richten, was in der näheren Umgebung bei Kollegen verfügbar ist.

Prognosen über die Entwicklung des Marktes sind kaum möglich. Doch scheint sich für die nächste Zeit speziell für die semi-professionelle Anwendung das U-matic Kassetten-System durchzusetzen. Andere Systeme wechseln häufig oder sind ganz auf den Pantoffelkino-Benutzer abgestellt.

Wichtig ist es für den Praktiker vor allem, dass mit dem Gerät auch ein Service angeboten wird, etwa indem bei notwendigen Reparaturen von der Service-Firma ein Ersatzgerät gestellt wird.

Ausserdem: Video-Recorder sind technisch immer noch etwas komplizierter als ein Tobandkassettengerät.

5. Video in der therapeutischen Praxis

Ergänzend folgen einige Hinweise für die praktische Anwendung.

Patienten-Information: Wie wird dem Patienten erklärt, dass man eine Video-Aufzeichnung machen möchte? SCHWARZ (1980) informiert den Patienten in selbstverständlicher Weise, dass in der Sitzung ein Recorder mitläuft und dass er diese Aufnahme brauche, um sich später mit der Sitzung noch einmal auseinandersetzen zu können.

Bei Video-Feedback-Verfahren sollte das Ziel der Aufnahme erläutert werden, vor allem was mit den Aufnahmen weiter beabsichtigt wird.

Wichtig ist das Einverständnis des Patienten, das später schriftlich erfolgen kann. Bewährt hat sich auch, die Aufnahme bereits während der Information laufen zu lassen, so dass auch das mündliche Einverständnis des Patienten aufgezeichnet werden kann.

Umgang mit dem Gerät: Der Therapeut sollte vermeiden, sich während der Therapiesitzung mit dem Video-Recorder zu beschäftigen. Gegebenenfalls kann er sich Zeitpunkte notieren, die ihm für ein Replay geeignet erscheinen. Es ist besser, den Recorder auch bei uninteressanten Therapieabschnitten laufen zu lassen, als durch An- und Ausschalten Band sparen zu wollen und damit vor allem die Therapiesitzung zu stören.

Aufarbeitung des Materials: Der Patient muss wissen, dass mit der Video-Aufzeichnung in der Therapie gearbeitet wird. Wenn der Therapeut die Aufzeichnung braucht, um sich mit ihr zu beschäftigen, so muss er in der nächsten Sitzung darauf eingehen. Wenn ein Rollenspiel aufgezeichnet wird, müssen zumindest Teile davon wieder vorgeführt werden. Es ist besser, keine Aufnahme zu machen, als eine Aufzeichnung, bei der der Patient den Eindruck gewinnen muss, sie diene mehr als Lückenfüller, auf den man sonst gut verzichten kann.

6. Ausblick

Was ist im Bereich video-unterstützter Diagnostik und Therapie kurzfristig realistisch zu erwarten, langfristig erreichbar

und insgesamt wünschenswert? Zu erwarten ist, dass zunehmend mehr Praxen und therapeutische Institutionen mit Video-Recordern ausgestattet werden. Dieser technischen Entwicklung wird möglicherweise die psychologische Methodenentwicklung nicht folgen können. Es hat sich allerdings gezeigt, dass Diagnostik und Therapieerfolgskontrolle durch Video-Aufzeichnungen wesentlich verbessert werden. Wünschenswert ist hier weiterhin die Entwicklung praxisorientierter Beobachtungs- und Dokumentationsverfahren, die die Vorteile von Video nutzen. Es sollte damit für den Therapeuten möglich sein, über den globalen rein klinischen Eindruck hinauszugehen.

Für die Therapie und die Therapeutenausbildung sind mehr Modellbeispiele notwendig. Hier sind die Praktiker gefordert, sich bei ihren Verbänden und bei den Forschungsinstitutionen mit ihren Bedürfnissen zu artikulieren. Für den Bereich des Video-Feedback schliesslich ist zu erwarten, dass gezielte und spezifische Rückmeldung über das eigene Verhalten gegeben werden kann, vor allem wenn die Wirksamkeit bei speziellen Störungen bestimmt wird. Beachtung verdient weiterhin die Möglichkeit, über Video am eigenen Modell zu lernen.

Lohnt der Aufwand mit Video? Ich glaube nur dann, wenn der Therapeut bereit ist zu lernen, mit dem Medium umzugehen. Nur dann kann er Video als visuelle Informationsquelle für sich und für den Patienten in der Therapie nutzen.

Literatur

- BIGGS, S., ROSEN, B. & SUMMERFIELD, A. G. 1980. Video-feedback and personal attribution in anorexic, depressed and normal viewers. *British Journal of Medical Psychology* 53, 249 - 254.
- DOWRICK, P. W. 1978. Suggestions for the use of edited video replay in training behavioural skills. *Journal of Practical Approaches to Developmental Handicap* 2, 21 - 24.
- EKMAN, P. & FRIESEN, W. V. 1969b. Nonverbal leakage and clues to deception. *Psychiatry* 32, 88 - 106.
- EKMAN, P. & FRIESEN, W. V. 1978. *Manual for the facial action code*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- ELLGRING, H. 1980. Video in der Verhaltenstherapie. In: BRENGELMANN, J. C. (Hrsg.), *Entwicklung der Verhaltenstherapie in der Praxis*. München: Gerhard Röttger-Verlag, 35 - 69.
- ELLGRING, H. & WALLBOTT, H. (Hrsg.) 1978. *Video-Informationen*. (Erscheint als Informationsblatt seit 1978.)
- FLAMM, G. 1979. Gesundheitserziehung im Medienverbund. In: RONGE, J. (Hrsg.), *Audio-visuelle Methoden in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung*. Ludwigsburg: Haubner-Verlag.
- GOLD, M. S., AVERY, B. & RUHLMANN, J. 1976. Patients helping patients: A pilot study with videotape feedback. *Child Case Quarterly* 5, 42 - 52.
- GUR, R. C. & SAKEIM, H. A. 1978. Self-confrontation and psychotherapy: A reply to Sanborn, Pyke and Sanborn. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 15, 258 - 265.
- HAHLWEG, K., HELMES, B., STEFFEN, G., SCHINDLER, L., REVENSTORF, D. & KUNERT, H. 1979. Beobachtungssysteme für partnerschaftliche Interaktion. *Diagnostica* 25, 191 - 207.
- HILL, D. 1974. Non-verbal behaviour in mental illness. *British Journal of Psychiatry* 24, 221 - 230.
- INNERHOFER, P. 1980. Soziale Interaktion Mutter und Kind. In: BRENGELMANN, J. C. (Hrsg.), *Entwicklung der Verhaltenstherapie in der Praxis*. München: Gerhard Röttger-Verlag, 165 - 191.
- DE JONG, R., HENRICH, G. & FERSTL, G. 1981. Behavioural treatment programme for neurotic depression. *Behavioural Analysis and Modification* 4, 275 - 287.

- KRAUSE, R. 1978. Nonverbales interaktives Verhalten von Stotterern und ihren Gesprächspartnern. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen 37, 177 - 201.
- MUZEKARI, L. H. 1980. An annotated bibliography on the use of television and videotape in treatment and research. West Trenton, New Jersey: Trenton Psychiatric Hospital.
- RONGE, J. (Hrsg.) 1979. Audiovisuelle Methoden in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung. Ludwigsburg: Haubner-Verlag.
- SCHWARZ, D. 1980. Persönliche Mitteilung.
- SPEAS, C. M. 1979. Job-seeking interview skills training: A comparison of four instructional techniques. Journal of Counseling Psychology 26, 405 - 412.
- SUMMERFIELD, A. 1980. Videofeedback as a method of modifying behavior. Paper presented at the XXIIInd International Congress of Psychology, Leipzig 1980, p. 676.
- SUMMERFIELD, A. 1981. Videofeedback - Report on a conference of VIRTUG, London 1981 (personal communication).
- THELEN, M. H., FRY, R. A., FEHRENBACH, P. A. & FRAUTSCHI, N. M. 1979. Therapeutic videotape and film modelling: A review. Psychological Bulletin 86, 701 - 720.
- ULLRICH, R. & ULLRICH DE MUYNCK, R. 1980. Diagnose und Therapie sozialer Störungen. München: Pfeiffer-Verlag.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Heiner Ellgring
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Kraepelinstrasse 10
D-8000 München 40