

Der Wert des Videos in der Psychotherapie

H. ELLGRING

Einführung

Nach Jahren einer stürmischen technischen Entwicklung des Videos erscheint es angebracht, dessen Wert in der Psychotherapie kritisch zusammenzufassen. Hat sich diese technische Entwicklung entsprechend in der psychotherapeutischen Anwendung niedergeschlagen? Gemessen an der allgegenwärtigen Diskussion über den Einfluß der Medien auf den einzelnen findet man rasch einen Widerspruch: Denn für die Therapie scheinen diese Einflüsse als gering eingeschätzt zu werden, wie auch die neuen technischen Möglichkeiten nur sehr eingeschränkt nutzbar gemacht worden sind. Daraus ergibt sich die Frage, was einer breiten Anwendung von Video in der Therapie entgegensteht oder umgekehrt, für welche Bereiche diese Anwendung zu fordern wäre.

Hierzu sollen zunächst die möglichen Ziele und Aufgaben dargestellt werden, die Video in der Therapie hat. Anschließend wird die jüngere Entwicklung und der augenblickliche Stand der empirischen Untersuchungen ab 1980 zur Wirksamkeit von Video in der Therapie zusammengefaßt. Daraus lassen sich Hinweise auf Indikationen und Kontraindikationen ableiten sowie Konsequenzen für weitere Entwicklungen zum Einsatz von Video in der Therapie.

Immerhin liegen aus der jüngeren Zeit eine Reihe von Publikationen und Zusammenfassungen vor (s. Beiträge in Helmchen u. Renfordt 1978; Kügelgen 1982; Dowrick u. Biggs 1983; Heilveil 1984; Mittenecker 1987), aus denen sich vielfältige theoretische und praktische Hinweise ergeben.

Ziele und Aufgaben des Videos in der Psychotherapie

Klinischer Videoeinsatz bezieht sich sowohl auf eine verhaltensorientierte Diagnostik als auch auf die Therapie und die Beratung (Abb. 1).

Dieser Beitrag konzentriert sich auf den Bereich der Therapie und Beratung und stellt die patientenzentrierte Anwendung in den Mittelpunkt. Die meisten der anderen Aspekte lassen sich allerdings auch auf therapeutenzentrierte Anwendungen übertragen.

Die Verfahren, die in den letzten Jahren eingesetzt wurden, haben sich von ihrer Grundstruktur wenig geändert (Ellgring 1982; Wallbott u. Ellgring 1983) und beruhen im wesentlichen auf den beiden Konzepten, nach denen man „aus Fehlern“ und „am Erfolg“ lernen kann (Abb. 2).

Das „klassische“ Video-feedback ist immer noch eine der gebräuchlichsten Formen der Videorückmeldung, eingesetzt z. B. bei Anorexie (Meerman et al. 1986), Psychosen (Ronge 1979), in der Familientherapie (Breunlin u. Southgate 1978) bzw. Paartherapie (Padgett 1983; Fichten u. Wright 1983). „Klassisches“ Video-feedback wird auch als Selbstkonfrontation bei Alkoholikern eingesetzt (Baker et al. 1975), um deren Therapiemotivation zu erhöhen.

Das Verfahren des „Interpersonal process recall“ (Kagan 1975) wird eher bei weniger gestörten Paaren oder Kleingruppen verwendet, um anhand der Videoaufzeichnung Interaktionssequenzen wiederholt erleben und diskutieren zu können.

Im Modellernen werden all die Vorgehensweisen zusammengefaßt, bei denen ein Vorbild ein bestimmtes Zielverhalten zeigt. Hierzu gehören z. B. Informationsfilme für hirnerkrankte Patienten oder für Kinder vor einer Operation (McMurray et al. 1985; Bradlyn et al. 1986). Anhand des gezeigten Modells sollen z. B. bestimmte Verhaltensweisen gelernt werden oder es soll eine bestehende Angst gemindert werden.

Beim „self modelling“ wiederum wird ein Zielverhalten der Person durch Video-editing so zusammengestellt, daß nur noch die optimalen Teile enthalten sind. Die Person erlebt sich als eigenes positives Modell (Dowrick 1983). Hiermit läßt sich vor allem ein stark motivierender Effekt erreichen. Die Prinzipien, Anwendungs-

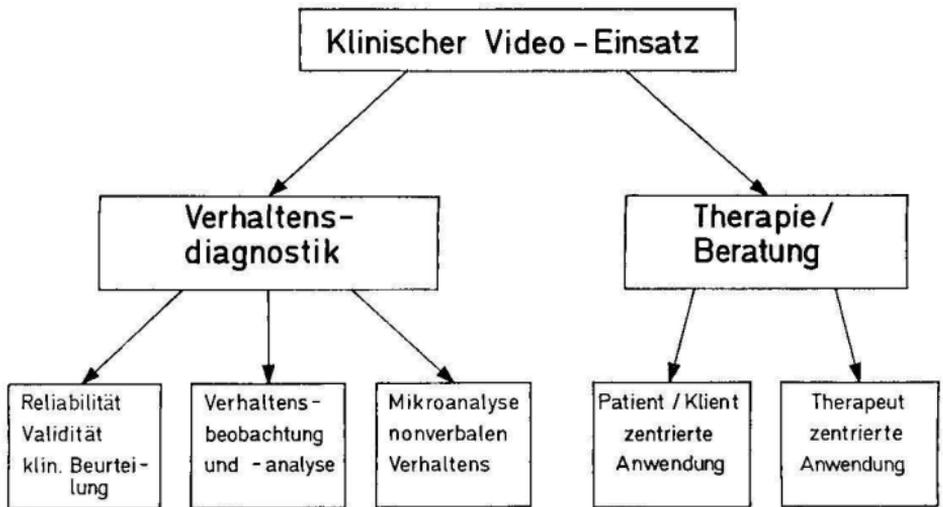


Abb. 1. Klinischer Videoeinsatz

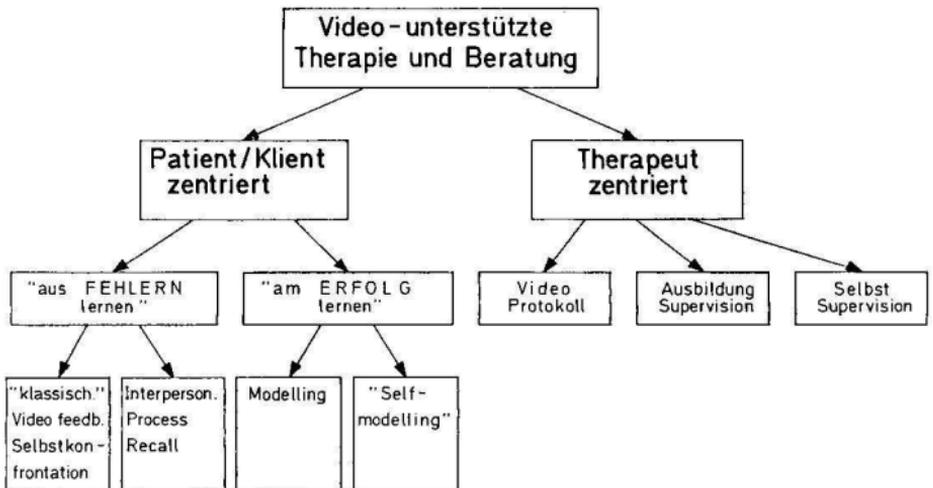


Abb. 2. Videounterstützte Therapie und Beratung

bereiche und Effekte dieser Verfahren sind in Tabelle 1 zusammengefaßt.

Anzumerken ist, daß hiermit die Verfahren keineswegs vollständig dargestellt sind. Insbesondere bei Heilveil (1984) werden vielfältige Vorgehensweisen geschildert, die auch den praktischen Einsatz von Video sehr ausführlich berücksichtigen. Allerdings, und darüber sollte die Vielfalt der Möglichkeiten nicht hinwegtäuschen, sind die Effekte dieser Verfahren häufig noch nicht hinreichend überprüft.

Tabelle 1. Videounterstützte Therapiemethoden im Überblick

Methodenname	„Klassisches“ Video Feedback Selbst-Konfrontation	“Interpersonal Process Recall”	Modelling	Self-Modelling
Prinzip	Unmittelbares Feedback des eigenen Verhaltens zusammen mit Interpretation und Hinweisen des Therapeuten	Unmittelbares Feedback des eigenen Interaktionsverhaltens (der Klient wählt während der Beobachtung „kritische Momente“ aus	Darbietung positiven Verhaltens von Modellen in natürlichen oder künstlichen Situationen	Darbietung positiven Verhaltens, das durch Video-Editieren aus d. Verhaltensrep. d. Klienten selektiert wurde
Anwendungsbereich	Individual-, Partner- und Gruppen-Therapie, Alkohol-Therapie, Sensitivity Training, Social Skills Training, Anorexia Nervosa, Adipositas	Partner-Therapie, Sensitivity Training, Training von Interaktionsverhalten	Therapien der Angst, Sexual-Therapie, Sensitivity Training, Rehabilitation	Verschiedene Bereiche der VT, Rehabilitation, Social Skills Training
Positive Effekte	<i>Wahrscheinlich.</i> In der Partner-Therapie Probleme hinsichtlich eines negativen Selbstbildes	<i>Gering,</i> da das Verfahren bisher meist bei „normalen“ Klienten oder Gruppen angewandt wurde	<i>Gering,</i> da allgemein nur schwache Ich-Beteiligung gegeben ist	<i>Hoch,</i> da stark motivierend
Intensität des Eindrucks	Hoch	Hoch	Gering	Hoch
Technischer Aufwand	Gering	Gering	Hoch (wegen der Qualitätsanforderungen)	Hoch (zwei Video-Recorder und Editier-Ausrüstung)

Bisherige Entwicklung und jetziger Stand

Der Enthusiasmus, mit dem die Möglichkeiten des Video-Einsatzes gesehen wurde, ist inzwischen einer eher zurückhaltenden Betrachtung gewichen. Es wurde deutlich, daß Video eine zusätzliche Komponente in der Therapie darstellt, also andere Teile nicht ersetzen kann. Video kann z. B. nicht eine Therapiesitzung retten, in der der Therapeut nicht so recht weiter weiß. Video muß gezielt eingesetzt werden, d. h. der Therapeut muß ein klares Konzept darüber haben, was er mit dem Videoeinsatz erreichen will. Nur so ist er auch in der Lage, den erzielten Effekt zu überprüfen. Diese individuelle Prüfung des eigenen therapeutischen Vorgehens erscheint besonders auch deswegen notwendig, weil die bisherigen empirisch-experimentellen Untersuchungen nur selten eindeutige Bewertungen zulassen.

Motivierende Effekte. Einige der jüngeren Arbeiten weisen darauf hin, daß vor allem ein motivierender Effekt vom Videoeinsatz ausgeht: Jugendliche Delinquenten nehmen mehr an Gruppensitzungen teil (Mallery u. Navas 1982), Alkoholiker konnten stärker zur Teilnahme an einem Abstinenzprogramm motiviert werden (Craigie u. Ross 1980), hirnverletzte Patienten zeigten mehr Interesse an eigenen Problemen, wenn sie Diskussionen über andere Gruppenmitglieder verfolgen konnten (Alexy et al. 1983).

Auch bei Kindern steigt durch Video der Anreiz zu sozialen Verhaltensweisen bzw. zur Teilnahme an Gruppensitzungen (Ballard u. Crooks 1984; Mallery u. Navas 1982). Gold et al. (1976) berichteten über eine depressive hospitalisierte junge Frau, die durch die Videorückmeldung über ihren Umgang mit psychotischen Kindern sehr starke Verbesserungen ihres Verhaltens als Hilfstherapeutin zeigte.

Motivierende Effekte bedeuten, daß Anstöße gegeben werden, indem Video zu bestimmten Zeitpunkten als Intervention eingesetzt wurde. Dies sollte nicht zu häufig geschehen, da sonst dieser motivierende Effekt nachläßt.

Aktivierung. Eine besondere Möglichkeit, Patienten in die Therapie einzubeziehen, besteht darin, sie eigene Produktionen herstel-

len zu lassen. Die von Baier u. Köhler (1983) berichtete Produktion eines kurzen Sketches, wie sie von schizophrenen Patienten erarbeitet wurde, zielte beispielsweise darauf ab, kreative Fähigkeiten bei diesen Patienten zu trainieren. Auch soziale Fertigkeiten nahmen nach Denton (1982) bei denjenigen chronischen psychiatrischen Patienten stärker zu, für die eine eigene Videoproduktion Teil des Trainings war.

Zur Frage, inwieweit die aktivierenden Effekte über längere Zeit andauern, sind bisher keine gesicherten Angaben verfügbar. Letztlich ist aber für psychiatrische Patienten mit chronischen Erkrankungen auch solch eine Veränderung positiv zu werten, die sich lediglich auf die Zeit während der Teilnahme an einer Produktion beschränkt.

Training von Verhalten. Nach klinischer Erfahrung trägt eine Rückmeldung des eigenen Verhaltens dazu bei, daß erwünschte Verhaltensweisen rascher gelernt werden. Insbesondere durch „self-modelling“ (Dowrick 1983) mit editiertem Videomaterial oder selektiv herausgegriffenen Passagen zur Rückmeldung wurden bei verschiedenen Störungen Verbesserungen nachgewiesen.

Bei gestörten „untersozialisierten“ Heranwachsenden fanden Corder et al. (1981), daß bei Video-feedback in der Gruppe mehr feedback gegeben wurde und auch persönlichere Inhalte angesprochen wurden. Ähnlich zeigten die von Weber (1980) untersuchten hospitalisierten Borderline-Patienten weniger Feindseligkeit und mehr Gefühlsäußerungen. Video trug nach Stirtzinger u. Robson (1985) dazu bei, daß die Ziele einer Gruppentherapie deutlich gefördert wurden.

Im Elternttraining zeigten sich nach Webster-Stratton (1982) allerdings negative Selbsteinschätzungen der eigenen Kompetenz bei gleichzeitiger positiver Verhaltensänderung. Unklar ist, ob hierbei ein „attitudinal lag“ (Alkire u. Brunse 1974) eine Rolle spielte, d. h. eine zeitliche Verzögerung der Einstellungsänderung gegenüber der Verhaltensänderung, oder ob sich die Eltern stärker in der Aufnahmesituation kontrollierten. Solch ein Einfluß auf das Verhalten fand sich bei schwarzen Müttern, die näher bei ihren Kindern waren, sofern ihnen die Videoaufnahme mitgeteilt wurde (Field u. Ignatoff 1981).

Bei anorektischen Patienten fanden Wilson et al. (1985) eine Verringerung des zwanghaften Eßverhaltens nach Video-feedback, während die Eßgeschwindigkeit unverändert blieb.

Beim Training in Rollenspielen (Selbstsicherheit, Problembewältigung etc.) wird in der Praxis sicher häufiger mit Videounterstützung gearbeitet, als es die Untersuchungen vermuten lassen. Eine Schwierigkeit besteht dabei darin, eindeutige Therapieeffekte nachzuweisen. Zeitliche Verzögerungen von Einstellungsänderungen gegenüber Verhaltensänderungen sind z. B. nur schwer zu erfassen. Ebenso läßt sich die Erleichterung für den Therapeuten, die das Video für seine Rückmeldung bietet, nur schwer quantifizieren. Eine Videorückmeldung allein wird allerdings kaum als therapeutische Maßnahme ausreichen.

Vermittlung von Einsicht. Vor allem die Selbstkonfrontation wird als Videoverfahren herangezogen, um Einsichten zu vermitteln bzw. um zur Korrektur eines verzerrten Selbstbildes beizutragen (Biggs et al. 1980). Nach den verschiedentlich beschriebenen Gefahren etwa im Rahmen der Familientherapie (Daitzman 1977) oder der Paartherapie (Gur u. Sackeim 1978; Fichten u. Wright 1983) ist dieses Vorgehen mit besonderer Vorsicht zu betrachten. Auch bei einem systematischen Vergleich zweier Video-Replay-Bedingungen in der Paartherapie fand Padgett (1983) lediglich einen Effekt, der auf die Therapeuten bzw. auf die Interaktion von Therapeut mit der Behandlungsmaßnahme zurückzuführen war.

Bei psychiatrischen Patienten ergab sich durch Rückmeldung aus einem Interview ein kurzfristiger Effekt in Richtung einer negativen Selbstbewertung (Griffith u. Gillingham 1978). Die von Napierski et al. (1987) bei Patientinnen mit Eßstörungen eingesetzte verzerrte Rückmeldung auf dem Monitor mit variablen Einstellungsmöglichkeiten erwies sich allerdings als ein Weg, um das Selbstbild, d. h. speziell das Körperschema dieser Patientinnen, zu verbessern.

Bei der Veränderung des Selbstbildes durch Videorückmeldung ist in besonderer Weise die Beziehung von Patient und Therapeut zu beachten. Die von Ronge (1979) beschriebene Konfrontation von Patienten mit ihrem psychotischen Zustand stellt z. B. zweifellos einen starken Auslöser dar, um sich mit diesem Zustand erneut

auseinanderzusetzen. Nicht nur in solchen Fällen ist eine sorgfältige therapeutische Aufarbeitung unerlässlich.

Vermittlung von Wissen. Vergleichsweise unproblematisch ist die Vermittlung von Wissen durch Video. Hier umfassen die Anwendungen die psychologische Vorbereitung von Kindern für medizinische Behandlungen (McMurray et al. 1985; Bradlyn et al. 1986), die Unterweisung von Eltern im Elterntaining (Webster-Stratton 1981; O'Dell et al. 1982), Information über Logotherapie bei Alkoholikern (Crumbaugh 1983), Instruktion für Diabetes-Patienten bis zur Unterweisung von behinderten Kindern in sozialen Fertigkeiten (Browning et al. 1986).

Beim Vergleich mit anderen Informationsformen zeigten sich insgesamt keine eindeutige Effekte (s. auch Thelen et al. 1979). So hatten Kinder, denen unter Sedierung ein Herzkatheter gelegt werden sollte, nach Videoinstruktion nicht weniger Angst als solche, denen in der gleichen Zeit lediglich Aufmerksamkeit geschenkt wurde (Bradlyn et al. 1986). Anders war es bei Kindern, deren Angst vor der Zahnbehandlung nach Videoinformation deutlich sank (McMurray et al. 1985).

In diesem Bereich wird es besonders auf die Art der Information ankommen, wie sie vermittelt wird, aber auch auf den Gegenstandsbereich, auf den sich die Informationen beziehen.

Insgesamt überwiegt ein positiver Einfluß des Videos im Hinblick auf das Erreichen der in den Arbeiten verfolgten unterschiedlichen Ziele. Allerdings sind die bisher nachgewiesenen Effekte eher gering, und sie reichen keinesfalls aus, irgendein Videoverfahren isoliert einzusetzen.

In Abb. 3 sind noch einmal die verschiedenen Zielbereiche und die entsprechenden Methoden zusammengefaßt.

Hinzu kommen indirekte therapeutische Zielsetzungen wie Diagnostik, Dokumentation und Supervision.

Aus der vergleichsweise geringen Zahl systematischer Untersuchungen läßt sich allerdings nicht schließen, daß Video in der praktischen Therapie selten eingesetzt würde. Vielmehr ist zu vermuten, daß dies in der Praxis zu ganz verschiedenen Zeitpunkten geschieht, daß daher auch systematische Gruppenvergleiche erschwert sind. Die vielfach von Praktikern berichtete Verwendung

		M e t h o d e n				
Ziele	Rückmeldung		Präsentation von Modellverh.	Instruktion	Produktion	Videodoku- mentation
	Konfrontation	Self modelling				
Patient	Motivierung	X	X	X		
	Aktivierung (Prompting)				X	
	Training Aufbau von Verhalten Abbau von Fehlern	X	X			
	Vermittlung von Einsicht Veränderung des Selbstbildes	X				
	Vermittlung von Wissen			X	X	X
Therapeut	Diagnostik					X
	Evaluation					X
	Supervision	X	X			

Abb. 3. Ziele und Methoden des Videoeinsatzes in der Verhaltens- und Psychotherapie

von Video in einzelnen Sitzungen weist auf solchen gezielten und ausgewählten Einsatz hin.

Was spricht für, was gegen den Einsatz von Video?

Kontraindikation. Als Kontraindikation für Videorückmeldung ist bisher immer noch ein negatives Selbstbild bei Patienten mit Depression oder mit depressiven Tendenzen anzusehen. Auch für eine Selbstkonfrontation bei gestörter Paarbeziehung lassen sich aus der Literatur keine positiven Argumente finden.

Problematisch für die Therapie erscheint ein Videoeinsatz, der über therapeutische Einfallslosigkeit hinweghelfen soll. Auch wenn die Kamera zur Steigerung der Therapeutenallmacht benutzt wird oder umgekehrt der Therapeut sich hinter der Kamera versteckt, sind eher negative Effekte zu erwarten.

Indikation. Immer dann jedoch, wenn eine Motivierung und Aktivierung der Patienten erreicht werden soll, ist Video ein wertvolles Hilfsmittel. Dieser Motivationsschub kann in der Rückmeldung des eigenen Verhaltens liegen, kann aber auch durch Modelle initiiert werden.

Auch in der Verbesserung des Selbstbildes etwa bei Patientinnen mit Eßstörungen liegt ein Ziel, das mit Hilfe von Video gefördert werden kann.

Realistischerweise muß man aber festhalten, daß es bisher keinen Problembereich gibt, bei dem die Unterlassung eines Videoeinsatzes als Mangel des Therapeuten zu betrachten wäre. Wohl aber kann Video in der Betonung von negativem Selbstbild oder negativem Verhalten ein gefährliches Instrument sein, das besondere Vorsicht verdient.

Was sind die künftigen Aufgaben?

Um in Zukunft den Einsatz von Video als Mittel in verschiedenen Therapieformen auf ein festes Fundament zu stellen, sind zweifellos weitere systematische Untersuchungen notwendig. Betrachtet man allerdings die verfügbaren Publikationen, so müssen dafür noch Voraussetzungen geschaffen werden. Eine Voraussetzung be-

stünde darin, daß man sich über geeignete Effizienzkriterien verständigt, eine andere darin, daß günstige Bedingungen für den Videoeinsatz geschaffen werden.

Effizienzkriterien können die Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten sein, Informationen über die Art von Einsicht, die vermittelt wurde oder auch beobachtbare Verhaltensänderungen. Es sollte aber nicht übersehen werden, daß sich solche Kriterien u. U. auf subtile Veränderungen beziehen, die sich nur schwer objektivieren lassen. Der kurzfristig motivierende Effekt einer Videogruppensitzung ist z. B. nur schwer festzuhalten, kann aber für den Fortgang der Therapie von erheblicher Bedeutung sein.

Fördernde Bedingungen für den Videoeinsatz sind etwa:

- *Vertrautheit mit der Technik/Medium*: Zahlreiche Videoanlagen werden nicht benutzt, weil aus technischer Unkenntnis heraus eine einzige schlechte Erfahrung gemacht wurde.
- *Vertrautheit mit dem Medium*: Sie erlaubt es, eine therapiespezifische Regie einzusetzen.
- *Beteiligung von Co-Therapeuten*, z. B. Einsatz von technischen Assistentinnen, Praktikanten
- *Beteiligung von Patienten*: Vor allem bei Gruppensitzungen oder Produktionen ist dies möglich.
- *Verkürzung des Zeitaufwandes*, z. B. durch Herausgreifen kurzer, wichtiger Szenen
- *Abrechnung des Aufwandes als eigene diagnostische Leistung*. Dies ist vor allem für niedergelassene Therapeuten von Bedeutung.
- *Definition von Kriterien* für geeignete Zeitpunkte von Rückmeldungen
- *Spezifizierung* dessen, was als *Rückmeldung* gegeben werden kann
- *Aufnahmen* sind so zu gestalten, daß sie *ohne Hilfe anderer Personen* möglich werden. Der Aufwand sollte nicht mehr als 1–2 Std. pro Woche betragen.
- *Klar strukturierte Aufgabenstellung und Zielvorgabe* vor dem Einsatz von Video. Dabei sollte man auch das „Drehbuch“ für jede neue Videoaufnahme zumindest als Konzept vor Augen haben.

Ganz sicher lassen sich weitere fördernde Bedingungen denken, wobei ihre Realisierung, wie etwa die Definition von verschiedenen Kriterien, noch zusätzlicher Anstrengungen bedarf.

Zwar kann folgende Erfahrung nur indirekt ein Beleg für die Brauchbarkeit von Video in der Psychotherapie sein, doch sollte sie nicht gering geschätzt werden: Diejenigen Therapeuten, die Video benutzen, sehen darin eine wichtige Ergänzung ihres methodischen Repertoires und bedienen sich dieser Verfahren mit Erfolg für die Patienten, aber auch mit Gewinn für sich selbst. Die Reflexion des eigenen therapeutischen Handelns mit Hilfe von Video kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Ausblick. Ist Video in der Therapie nur etwas für Enthusiasten? Nimmt es eine ähnliche Entwicklung wie das Biofeedback, das ebenfalls nach einem Beginn mit hochgesteckten Erwartungen nun als eine zwar sehr interessante, aber doch eher spezielle Methode gilt, die vor allem für das Labor geeignet ist? Oder ist Video nur das Salz in einer Suppe, die zwar mit dem Gewürz etwas besser schmeckt, aber auch nicht nahrhafter ist? Ganz deutlich sollte sein, daß Video zu bestimmten Zeitpunkten und Phasen in der Therapie verwendet werden sollte, bei möglichst klar vorgegebenen Problemen.

Die Erwartungen sollten sich nicht auf wundersame Veränderungen richten, sondern auf eher unmittelbare motivierende und aktivierende Effekte, die für den weiteren Therapieverlauf förderlich sind.

Literatur

- Alexy WD, Foster M, Baker A (1983) Audio visual feedback: An exercise in self-awareness for the head injured patient. *Cognitive Rehabilitation* 1:8–10
- Alkire AA, Brunse, AJ (1974) Impact and possible casualty from videotape feedback in marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42:203–210
- Baier D, Köhler K (1983) Jacke wie Mantel – Video als Hilfsmittel im Training kreativer Fähigkeiten bei schizophrenen Patienten. In: Stille D, Hartwich P (Hrsg) *Video in der klinischen Arbeit von Psychiatern und Psychotherapeuten*. Berichte von der 6. und 7. Jahrestagung des IAAPP. Platane 19 e. V., Berlin, pp 1–13

- Baker TB, Udin H, Vogler R (1975) The effects of videotaped modeling and self-confrontation on the drinking behavior of alcoholics. *International Journal of the Addiction* 10:779-793
- Ballard KD, Crooks TJ (1984) Videotape modeling for preschool children with low levels of social interaction and low peer involvement in play. *Journal of Abnormal Child Psychology* 12:95-109
- Biggs SJ, Rosen B, Summerfield AB (1980) Videofeedback and personal attribution in anorexic, depressed and normal viewers. *British Journal of Medical Psychology* 53:249-254
- Bradlyn AS, Christoff K, Sikora T, O'Dell SL, Harris CV (1986) The effects of a videotape preparation package in reducing children's arousal and increasing cooperation during cardiac catheterization. *Behaviour Research & Therapy* 24:453-459
- Breunlin DC, Southgate P (1978) An interactional approach to dysfunctional silencing in family therapy. *Family Process* 17:207-216
- Browing Ph, White WA, Nave G, Barkin PZ (1986) Interactive video in the classroom: A field study. *Education & Training of the Mentally Retarded* 21:85-92
- Corder BF et al. (1981) An experimental study of the effect of structured videotape feedback on adolescent group psychotherapy process. *Journal of Youth & Adolescence* 10:255-262
- Craigie FC, Ross StM (1980) The use of a videotape pretherapy training program to encourage treatment-seeking among alcohol detoxification patients. *Behavior Therapy* 11:141-147
- Crumbaugh JC (1983) Alcoholic recovery by videotape. *International Forum for Logotherapy* 6:47-49
- Daitzmann RJ (1977) Methods of self-confrontation in family therapy. *Journal of Marriage & Family Counseling* 3:3-9
- Denton PL (1982) Teaching interpersonal skills with videotape. *Occupational Therapy in Mental Health* 2:17-34
- Dowrick PW (1983) Self-modelling. In: Dowrick PW, Biggs SJ (eds) *Using video*. Wiley, New York, pp 105-124
- Dowrick PW, Biggs SJ (eds) (1983) *Using video*. Wiley, New York
- Ellgring H (1982) Video-unterstützte Therapie und Supervision. Ein Überblick. In: Kügelgen B (Hrsg) *Video und Medizin*. Perimed-Verlag, Erlangen, S. 213-220
- Fichten C, Wright J (1983) Videotape and verbal feedback in behavioral couple therapy: A review. *Journal of Clinical Psychology* 39:216-221
- Field T, Ignatoff E (1981) Videotaping effects on the behaviors of low income mothers and their infants during floor-play interactions. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2:227-235
- Gold MS, Avery B, Ruhlman J (1976) Patients helping patients: A pilot study with videotape feedback. *Child Care Quarterly* 5:42-52
- Griffiths RD, Gillingham P (1978) The influence of videotape feedback on the self-assessment of psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry* 133:156-161

- Gur RC, Sackeim HA (1978) Self-confrontation and psychotherapy: A reply to Sanborn, Pyke and Sanborn. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 15:258–265
- Heilveil I (1984) *Video in der Psychotherapie*. Urban & Schwarzenberg, München
- Helmchen H, Renfordt E (Hrsg) (1978) *Fernsehen in der Psychiatrie*. Thieme, Stuttgart
- Kagan N (1975) Influencing human interaction: Eleven years with IPR. *The Canadian Counselor* 9:74–97
- Kügelgen B (Hrsg) (1982) *Video und Medizin*. Perimed-Verlag, Erlangen
- Mallery B, Navas M (1982) Engagement of preadolescent boys in group therapy: Videotape as a tool. *International Journal of Group Psychotherapy* 32:453–467
- McMurray NE, Lucas JO, Arbres-Duprey V, Wright FA (1985) The effect of mastery and coping models on dental stress in young children. *Australian Journal of Psychology* 37:65–70
- Meermann R, Napierski C, Vandereycken W (1986) The body image in obesity: Description of a video distortion technique for measuring body image disturbances. *Phototherapy* 5:2–11
- Mittenecker E (1987) *Video in der Psychologie*. Huber, Bern
- Napierski C, Meermann R, Vandereycken W (1987) The influence of video-feedback in the therapy of obesity. *Phototherapy* 11:7–16
- O'Dell SL, O'Quin JA, Alford BA, O'Briant AL, Bradlyn AS, Giebenhain JE (1982) Predicting the acquisition of parenting skills via four training models. *Behavior Therapy* 13:194–208
- Padgett VR (1983) Videotape replay in marital therapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 20:232–242
- Ronge J (1979) Der Genesene und seine Psychose – Eine Gegenüberstellung mittels Audiovision. *Psychiatria clinica* 12:148–155
- Stirtzinger R, Robson B (1985) Videodrama and the observing ego. *Small Group Behavior* 16:539–548
- Thelen MH, Fry RA, Fehrenbach PA, Frautschi NM (1979) Therapeutic videotape and film modeling: A review. *Psychological Bulletin* 86:701–720
- Wallbott H, Ellgring H (1983) Videoeinsatz in Diagnostik, Therapie und Forschung. *Videografie* 5:216–220
- Weber LA (1980) The effect of videotape and playback on an in-patient adolescent group. *International Journal of Group Psychotherapy* 30:213–227
- Webster-Stratton C (1981) Videotape modeling: A method of parent education. *Journal of Clinical Child Psychology* 10:93–98
- Webster-Stratton C (1982) The long-term effects of a videotape modeling parent-training program: comparison of immediate and 1-year follow-up results. *Behavior Therapy* 13:702–714
- Wilson AJ, Touyz SW, O'Connor M, Beumont PJ (1985) Correcting the eating disorder in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research* 19:449–451