

ORIGINALARBEITEN

Wie erleben Eltern und Kinder den Videoeinsatz im ambulant-klinischen Setting?

Cornelia Gloger

Summary

How do Parents and Children Experience Use of Video in the Out-Patient Clinical Setting?

Video-based observation and behavioural analysis of parent-child-interactions are being used increasingly in clinical diagnostics, parent-child consultation and psychotherapy or in evaluation processes. A multiplicity of publications point out positive aspects of the use of video techniques and demonstrate the value of video recordings for a structured family interaction assessment. There is as yet a lack of systematic research on family members' subjective view of interactions. One topic this paper focuses on is the use of family interaction videos for short term interventions. In a pilot project a questionnaire survey tries to elicit how families perceive this kind of intervention.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59/2010, 193-206

Keywords

video-based observation – parent child interaction – short term intervention – evaluation – subjective view

Zusammenfassung

Videogestützte Beobachtungen der Interaktion zwischen Eltern und Kindern werden immer häufiger im klinischen Alltag in einem breiten Anwendungsspektrum von Diagnose, Intervention oder Evaluation eingesetzt. Eine Vielzahl von Studien weist auf die positiven Aspekte des Videoeinsatzes hin und vertritt die Meinung, dass der Einsatz von Video hilfreich und sinnvoll ist. Systematische Erhebungen, die die Betroffenen mit ihrer subjektiven Sichtweise einbeziehen, fehlen jedoch bisher. Ein Schwerpunkt dieser Arbeit liegt in der Beschreibung, wie das Familien-Video als Kurzintervention für eine Eltern-Kind-Beratung genutzt werden kann. In einem Pilotprojekt sollte anhand einer Fragebogenerhebung das individuelle Erleben der Familien Berücksichtigung finden.

Schlagwörter

Videobeobachtung – Eltern-Kind Interaktion – Kurzintervention – Evaluation – subjektives Erleben

1 Theoretischer Hintergrund

Aufnahmen, Analysen und Diskussionen von Interaktionsvideos können im klinisch-psychiatrischen Alltag in einem breiten Anwendungsspektrum von Diagnose, Intervention oder Evaluation eingesetzt werden (Kügelgen, 1989; Lehmkuhl u. Seeger, 1992; Thiel 1997). Führend in der Literatur sind dabei Beschreibungen von videogestützten Verhaltensbeobachtungen und Kommunikationsanalysen im Säuglings- und Kleinkindalter (Epple, 1998; Papoušek, 2000; Papoušek u. Wollwerth de Chuquisengo, 2006; Zelenko u. Benham, 2000). Daneben werden Videoaufnahmen vielfach im Jugendlichen- und Erwachsenenalter (Hellauer, 1998) zu therapeutischen Zwecken genutzt. Deutlich zurückhaltender wird von der Verwendung von Interaktionsvideos in der Altersgruppe der 10- bis 13-Jährigen berichtet.

Für den diagnostischen Prozess stellen Videoaufnahmen von Interaktionen zwischen Untersucher und Kind in Test- oder Spielsituationen eine wichtige Ergänzung zur Beurteilung des Entwicklungsstandes eines Kindes dar. Sie erlauben eine detaillierte Beobachtung der Kontakt- und Beziehungsgestaltung (Wie geht das Kind mit neuen Situationen um?) und der Problemlösefähigkeiten (Wie versteht das Kind die Aufgabe? Welche Lösungsversuche strebt es an?). Daneben können Videoaufnahmen von familiären Interaktionen die kognitive, soziale und emotionale Diagnostik eines Kindes sinnvoll erweitern und dem Untersucher einen Einblick in familiäre Umgangsformen und Kommunikationsmuster verschaffen (s. auch Steininger, 2010). Da die aufgezeichneten Sequenzen beliebig oft wiederholt werden können, eignet sich eine ausführliche Videoanalyse besonders für das Studium von konkreten Verhaltenssequenzen im familiären Miteinander. Dabei versucht man zu klären, was auslösende sowie aufrechterhaltende Faktoren für die Störung sind. Ein weiterer Fokus der Analyse sollte auf den bereits vorhandenen Ressourcen der Familie liegen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden regelhaft die Angehörigen des vorgestellten Kindes oder Jugendlichen in den diagnostischen Prozess einbezogen. Die Beobachtung einzelner Akteure in Mehrpersonensituationen (Vater, Mutter, Geschwisterkinder, Indexpatient), ist im persönlichen Kontakt nur schwer umzusetzen und wird erst durch Videoaufnahmen ermöglicht.

Als therapeutisches Hilfsmittel werden Videoaufnahmen in der Behandlung von Essstörungen (Geissner et al., 1997), Angst- und Zwangsstörungen (Foltys et al., 1999; Rapee u. Hayman, 1996) und externalisierenden Verhaltensstörungen sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting erfolgreich eingesetzt.

In der Kinder- und Jugendpsychotherapie nimmt die Elternarbeit mittlerweile einen fast ebenso hohen Stellenwert ein, wie die Behandlung des vorgestellten Kindes

selbst. Das gemeinsame Anschauen eines Familien-Interaktionsvideos schafft eine am konkreten Verhalten ausgerichtete Diskussionsbasis. Grundsätzlich soll die video-unterstützte Intervention Eltern befähigen, anhand einer „unmittelbaren“ Rückmeldung durch das Video eigenes Verhalten und den damit verbundenen Einfluss auf Verhaltensweisen ihres Kindes besser wahrzunehmen und zu beurteilen. Ziel ist es, die Kommunikation innerhalb des Familiensystems zu erkennen, als Voraussetzung für Veränderungen eingefahrener Verhaltensmuster.

Evaluations-Studien konnten zeigen, dass sich die Qualität der Eltern-Interaktion mit ihren Kindern nach Video-Feedback besserte und die Bindung zwischen Mutter und Kind positiv beeinflusst werden konnte (Papoušek, 2000; Zelenko u. Benham, 2000). Die dabei beschriebenen Resultate von video-unterstützter Diagnostik und Interventionen basieren in den meisten Fällen auf externen Expertenbeobachtungen und -beurteilungen, die vorrangig die Meinung vertreten, dass der Einsatz von Video in der klinischen Arbeit im Sinne einer intensiven Selbsterfahrung und Anstoß zu Veränderungen eigener Verhaltensmuster hilfreich und sinnvoll für die Betroffenen ist. Untersuchungen, ob die mit Video aufgezeichneten Personen selbst zu einer vergleichbaren Einschätzung kommen, wurden nur sehr vereinzelt durchgeführt (Cordes u. Petermann, 2001; Lehmkuhl et al., 1985). So befragten Cordes und Petermann (2001) Mütter nach Teilnahme an einem Interaktionstraining zu ihrer persönlichen Beurteilung der einzelnen Trainingsbausteine. Die Arbeit mit Video wurde dabei als hilfreichster Programmbaustein eingeordnet. Systematische Erhebungen, die Kinder und Jugendliche mit ihrer subjektiven Sichtweise berücksichtigen, fehlen bisher.

Zur Frage, ob Kinder und Jugendlichen in der Lage sind, Videoanalysen gewinnbringend für sich zu nutzen, untersuchte Embregts (2000) die Verhaltensänderungen nach einem Videotraining bei sechs intelligenzgeminderten Jugendlichen im Alter von 14;10 bis 18;0 Jahren (IQ-Spanne: 58-88). In einer individuellen Zielanalyse wurden erwünschte und unerwünschte Verhaltensweisen mit den Jugendlichen definiert. Eine Videoaufnahme von einer Gruppen- oder Essenssituation wurde nachfolgend mit den Jugendlichen zusammen angeschaut und mikroanalytisch ausgewertet. Alle 30 Sekunden wurde das Videoband angehalten, so dass Trainer und Jugendliche das zu beobachtende Verhalten einstufen konnten. Die Einschätzungen von Trainer und Jugendlichen wurden verglichen und besprochen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Jugendlichen ihr Verhalten mit Hilfe des Videotrainings besser einschätzen konnten und unerwünschte soziale Verhaltensweisen abbauten.

In einem Pilotprojekt an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität München wurden Eltern sowie Kinder und Jugendliche systematisch mit einem Fragebogen zur ihrer Bewertung der durchgeführten Videosituation befragt. Die Befragung wurde mit der Absicht gestartet, den „Außenblick“ der Beobachter um das individuelle Erleben der betroffenen Familien, die sich zu einer Videoaufnahme und -besprechung bereit erklärten, zu erweitern.

Dieser Artikel stellt die praktische Vorgehensweise bei der Arbeit mit Video in der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in

München vor. Im Vergleich zu einem stationären Setting sind Interventionsmöglichkeiten in einer Ambulanz sehr eingeschränkt. Aufwändige Elterntrainings oder strukturierte Programme über mehrere Wochen sind aufgrund geringer personeller und zeitlicher Ressourcen kaum durchführbar. Ratsuchende Familien werden nur über kurze Zeiträume begleitet und haben einen sehr viel lockereren Kontakt, als es im tagesklinischen oder stationären Bereich der Fall ist. Gerade aufgrund der sehr viel lockereren Anbindung ist ein zu konfrontativer Umgang mit den Ratsuchenden, der zu Überforderung und Abwehrreaktionen führen würde, unbedingt zu vermeiden, da es die Wahrscheinlichkeit eines Kontaktabbruchs erhöhen würde (Papoušek, 2000; von Aster u. von Aster, 2004). Ein stark ressourcenorientiertes Vorgehen vergrößert dagegen die Chance, die Zusammenarbeit mit der Familie aufrechterhalten zu können.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt in der Beschreibung, wie das im Rahmen der Diagnostik aufgezeichnete Video einer Familie später auch als Kurzintervention für eine Eltern-Kind-Beratung genutzt werden kann. Dies wird anhand eines Fallbeispiels illustriert werden. Von besonderem Interesse waren dabei die Reaktionen und die Zufriedenheit der Eltern sowie des Jugendlichen auf diese videobasierte Intervention.

2 Fragestellungen

Eine der Fragen, die wir im Rahmen des Pilotprojekts und im Sinne einer Qualitätssicherung beantworten wollen, zielt darauf, ob Familien von einer videobasierten Beratung profitieren. Weitere Fragen sind, wie die Betroffenen die Arbeit mit Video erleben und wie die allgemeine Zufriedenheit mit dem Angebot einer video-unterstützten Beratung ist. Darüber hinaus interessierte die Frage, ob und ab welchem Alter man es Kindern zutrauen kann, sich selbst zu beobachten und zu reflektieren.

3 Methodik

3.1 Das Setting

An der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in München werden Kinder und Jugendliche mit Störungen aus dem gesamten Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur eingehenden Diagnostik ambulant vorgestellt. Schwerpunkte bilden dabei chronisch erkrankte Kinder und Jugendliche sowie Familien mit vielfältigen psychosozialen Belastungen, deren Versorgung durch die drei zur Verfügung stehenden Berufsgruppen Arzt/Kinderpsychiater, Psychologe und Sozialpädagoge umfassend gewährleistet wird.

3.2 Diagnostik

Die Kinder werden nach einem gemeinsamen Erstgespräch in mehreren Einzelterminen kinderpsychiatrisch, neurologisch und psychologisch untersucht. Parallel dazu stattfindende Anamnesegespräche mit den Eltern sollen den Entwicklungsverlauf des Kindes nachvollziehbar machen und die psychosoziale Situation der Familie erheben. Jedes Familienmitglied hat auf diese Weise einen eigenen Gesprächspartner, dem es in einem geschützten Rahmen seine Sichtweise darlegen kann.

Regelhafter Bestandteil des diagnostischen Prozesses in unserer Ambulanz ist die systematische Beobachtung und Analyse der familiären Interaktion mit Hilfe von Videoaufzeichnungen. Der Einsatz von Video ermöglicht, die Diagnostik auf die bedeutsamen Bezugspersonen des vorgestellten Kindes auszudehnen und stellt eine weitere diagnostische Informationsquelle dar. Die Videoaufnahme unterstützt die Hypothesenbildung darüber, was zur Störung des Kindes beiträgt, was diese möglicherweise aufrechterhält oder auch – und dies ist besonders wichtig – welche Ressourcen in der Familie zur Planung und Implementierung erfolgreicher Interventionen genutzt werden können. Die Umsetzung von Behandlungsempfehlungen ist aus unserer Erfahrung besonders dann Erfolg versprechend, wenn gemeinsam mit den Familien Ressourcen und Veränderungsstrategien erarbeitet werden konnten. Videoaufzeichnungen der Familieninteraktion und das anschließende Besprechen und die Diskussion der Aufzeichnung können dafür ausgezeichnet genutzt werden. Das Abspielen des Videos in Anwesenheit der Eltern und Jugendlichen ermöglicht einen schnellen Zugang zu konkreten Verhaltensweisen und kann das Bewusstsein für Zusammenhänge zwischen eigenem Verhalten und dem Verhalten der anderen Familienmitglieder schärfen. Wiederkehrende Fragen aus dem Familienalltag können anhand vertrauter Handlungen erörtert werden.

Familien reagieren in der Regel zunächst kritisch, bisweilen ängstlich auf die Ankündigung einer Videoaufnahme der gesamten Familie bei der Bewältigung von alltäglichen Aufgaben. Eine hohe Transparenz ist daher unerlässlich, um die Familien für dieses Vorgehen zu gewinnen. Dazu gehört eine frühzeitige Aufklärung über die geplante Videoaufnahme und die vorherige Einverständniserklärung der Familie. Die Familien werden aufgeklärt, dass sie die Videositzung jederzeit abbrechen können, falls sie die Situation als zu schwierig für sich empfinden. Es wird keine versteckte Kamera benutzt. Die Familien sind informiert, wann die Aufnahme beginnt. Sie werden gebeten, vorgegebene Interaktionsaufgaben, die nah am Alltag angelehnt sind, vor der Kamera durchzuführen. Jede Sequenz dauert etwa 10 Minuten.

Die Aufnahme findet in einem Raum der Ambulanz statt, also nicht in der gewohnten familiären Umgebung. Die Betroffenen befinden sich in einer für sie eher künstlichen, „laborähnlichen“ Situation. Obwohl auf Handlungsebene sehr oft zu beobachten ist, dass bereits nach wenigen Minuten die Kamera vergessen ist und die typischen Eltern-Kind und Geschwister-Interaktionen gezeigt werden, sind die Familien auf emotionaler Ebene davon überzeugt, dass die vorgegebenen Aufgaben und der wenig vertraute Raum zu wenig realistischen und damit kaum verwertbaren Daten führen können.

3.3 Die Videoanalyse

Am Ende des diagnostischen Prozesses erhalten die Familien die Möglichkeit, Ausschnitte aus ihrem „Familienvideo“ mit dem Arzt oder Psychologen in einer gemeinsamen Runde anzuschauen und zu besprechen. Dieses Angebot wird von den Familien in der Mehrzahl mit großer Bereitwilligkeit und Interesse angenommen. Die Familien kommen häufig mit der Erwartung, jetzt werde ihnen gezeigt, was sie alles falsch machen. Im gemeinsamen Videofeedback geht es jedoch in erster Linie darum zu erkennen, was an welcher Stelle passiert und weniger darum „richtige“ oder „falsche“ Verhaltensweisen herauszustellen. Der Focus liegt vor allem darauf, vorhandene Stärken in der Familie aufzugreifen und positiv zu verstärken. Diese kurzfristig angelegte Unterstützung stellt für viele Familien eine wichtige Entlastung in einer sorgenvollen Situation dar und hat unter anderem auch das Ziel, die Bereitschaft für weitere Interventionen aufrechtzuerhalten oder zu wecken.

Für die gemeinsame Videoanalyse wählt ein Mitarbeiter der Ambulanz pro Beratungsstunde einen etwa fünfminütigen Ausschnitt aus. Bevorzugt werden sollten Sequenzen, die einerseits den Bezug zum Vorstellungsgrund beinhalten, zum anderen aber auch Stärken in der Familie deutlich werden lassen.

In einem ersten Schritt läuft der ausgewählte Abschnitt ohne Unterbrechungen durch. Danach werden die Teilnehmer um Kommentare gebeten und nach ihrem ersten Eindruck befragt. Im nächsten Schritt wird der Videoausschnitt in kleine Sequenzen zerlegt, in denen man gemeinsam Handlungsabfolgen, non-verbale Signale, Körpersprache und Ähnliches im Detail analysiert. Dabei sind Fragen, Bemerkungen und Schilderungen aus dem Alltag der Betroffenen erwünscht, die anhand der Videoaufnahme besprochen werden können.

3.4 Fragebogenerhebung

Im Anschluss an jede Videofeedback-Sitzung bekommen die Teilnehmer einen Fragebogen zur Evaluation der Stunde. Der verwendete Fragebogen ist an den Stundenbeurteilungsbogen von Schindler, Hohenberger-Sieber und Hahlweg (1990) angelehnt, welcher die subjektive Sicht der Betroffenen erfasst. Die Skalen beinhalten Aspekte wie Erwartungen an die Stunde, Transparenz des Vorgehens, die Kooperation, Entwicklung von Selbstkontrolle und Zuversicht. Der Fragebogen wurde für die Videosituation adaptiert und in zwei Versionen für Erwachsene sowie Kinder/Jugendliche verfasst.

Die Aussagen zur Stunde (Items) sollen auf einer vierstufigen Likert-Skala dahingehend beurteilt werden, wie zutreffend man diese für sich selbst einschätzt. Die Bewertung reicht von „trifft gar nicht zu“ über „trifft ein wenig zu“ und „trifft weitgehend zu“ bis zu „trifft vollkommen zu“. Die allgemeine Zufriedenheit wird auf einer Skala von 0-100% erfragt.

Am Ende des Fragebogens wurden in Abänderung des Originals drei offene Fragen hinzugenommen, die lauten:

- In der Sitzung fand ich besonders förderlich ...
- In der Sitzung fand ich weniger gut ...
- Was war besonders schwierig?

4 Ein Beispiel

Von seinen Eltern wird ein zwölfjähriger Junge am Institut mit der Frage vorgestellt, ob er in der Schule über- oder unterfordert sei. Seit einiger Zeit gerät er immer wieder in Konflikte mit seinen Lehrern und anderen Mitschülern. Durch häufige Verletzungen hat er zeitweilig nicht am Unterricht teilnehmen können und ist daher mit dem Lernstoff zurück. Die Lehrer zeigen aus Sicht der Eltern wenig Verständnis für die besondere Situation ihres Sohnes, der sich ebenfalls zurückgesetzt fühlt.

Im Erstgespräch berichten die Eltern von seiner Neigung zur Musik. Ähnlich wie die restliche Familie ist der Junge sehr musikalisch, bekommt an drei Nachmittagen Unterricht in Klavier und Horn und hat bereits erste Erfolge bei „Jugend musiziert“ erreichen können. Während er beim Musikunterricht gut konzentriert ist, fällt ihm eine ähnliche Aufmerksamkeitsleistung in der Schule oft schwer und er ist häufig unkonzentriert. Seine Noten fallen immer mehr ab. Er hat eine ältere Schwester und zwei jüngere Brüder im Kindergarten- und Vorschulalter.

Die gesamte Familie kam zur Videoaufzeichnung. Es gab eine gemeinsame Spielsituation mit der gesamten Familie, gefolgt von einem gemeinsamen Planungsgespräch. Daran schlossen sich zwei Einzelsituationen an, in denen zunächst der Vater, dann die Mutter gebeten wurde, mit dem Sohn Hausaufgaben zu machen oder etwas mit ihm zu üben. Als letzte Sequenz fand abschließend ein Elterngespräch statt. Zwei Wochen später folgten Mutter und ihr Sohn „Rafael“ der Einladung zu einer gemeinsamen Videoanalyse. Bezogen auf die Fragestellung „Konzentrationsschwierigkeiten, Schulprobleme“ hatten wir einen etwa dreiminütigen Ausschnitt aus der Hausaufgabensituation vorbereitet. In der nachfolgenden Beschreibung ist ein kleiner Teil des Originalvideos transkribiert. Die Vorgehensweise und die Reaktionen von Mutter und Sohn sowie der Therapeutin während der Besprechung des Videoausschnitts sind durch kursive Schrift gekennzeichnet.

Beschreibung des Videoabschnitts

Die Mutter betritt das Zimmer. Rafael sitzt zurückgelehnt auf seinem Stuhl und lässt Kopf und Schultern hängen. Er begrüßt seine Mutter und hebt den Schulranzen auf den Stuhl neben sich. Mutter und Rafael sitzen über Eck am Tisch. Auf dem Tisch liegen leere Blätter und Stifte.

Mutter: Rafael, weißt du was ich gelesen habe?

Rafael: (singt und räumt dabei die Blätter zusammen, kein Blickkontakt) Dabdabda, dabdabda, damdidam ...

Mutter: Weißt du was ich gelesen habe?

Rafael: (schaut kurz auf) Hm? Was gelesen?

Mutter: Die Verlängerung dieses Malwettbewerbs wäre bis zum 15. Oktober.

Rafael: (nimmt die Blätter und fächelt sich Luft zu, mit jammernder Stimme): Ich will da aber nicht hin.

Mutter: Ja, dann machen wir das eben nicht. Ich dachte nur, ob du eine Idee hättest.

Rafael: (fächelt noch immer mit den Blättern) Ich kann die Olympiade aber nicht malen.

Mutter: Warum nicht?

Rafael: Weiß nich

Mutter: Ja, wir können das jetzt ausprobieren

Rafael: Nee, wir sollen was über die Schule diskutieren.

Mutter: Was diskutieren oder was machen?

Rafael: (lehnt über dem Tisch und spielt mit Stiften und Federmappe vor sich hin)

Mutter: Wenn du willst, machen wir ein Diktat. (nimmt ein Buch und schlägt es auf)

Rafael: (noch immer spielend, kein Blickkontakt) Nee, kein Diktat. Ein Diktat müssen wir nicht machen. Ich will kein Diktat. (sticht mit dem Stift auf die Federmappe ein)

Mutter: (blättert noch im Buch) Na gut, dann sag mal, wie geht es dir in der Schule.

Rafael: (lacht) Normal.

Mutter: Was heißt normal?

Rafael: Na ja, normal.

Reaktionen auf den Videoausschnitt während der Besprechung

Rafael: Schlimm, das ist total schlimm (hält sich die Augen zu und rutscht auf seinem Stuhl hin und her)

Mutter: Seine Körperhaltung. Ich denke mir immer, mit mehr Spannung im Körper würde er auch besser arbeiten.

Rafael: Ich habe überhaupt keine Lust, was zu arbeiten und versuche abzulenken. Ich höre überhaupt nicht zu. Das ist echt schlimm. Ich spiele mit so vielen Sachen rum und bin die ganze Zeit unkonzentriert.

Therapeutin: Nachdem du das alles so gut benennen kannst, hätte ich einen Vorschlag. Diese Mutter auf dem Video ist völlig hilflos. Was kann man ihr raten, wie bekommt sie ihren Sohn dazu, zu arbeiten? Übernimm du jetzt mal in die Beraterrolle.

Rafael: (reagiert auf die Intervention „Rollentausch“ mit freudiger Neugier und ist nicht mehr so beschämt)

(Ein weiteres Stück Video wird angeschaut)

Mutter: (legt Buch beiseite) Ich hab mitgekriegt, dass du mit den Freunden zurecht kommst.

Rafael: (sticht noch immer auf die Federmappe ein) Ja. Auch mit den Lehrern.

Mutter: (zugewandt) Aha. Und was macht ihr in jetzt Französisch? Immer noch die 9. Lektion?

Rafael: (genervt, malt, kein Blickkontakt) Ja, genau die.

Mutter: Also die 9 B?

Rafael: (malt, kein Blickkontakt) Wir haben vorher die 9 A gemacht, jetzt machen wir die 9B.

Mutter: Also die 9 B ... Und in Deutsch?

Rafael: Freust du dich schon auf den Elternabend, so wie ich mich verhalte?

Mutter: (unterbricht ihn fast) Sag mal, wo hast du noch mal dein Hausaufgabenheft?

Rafael: (malt noch immer, schaut nicht auf) Weiß nicht.

Mutter: Das musst du suchen.

Rafael: Weiß ich. Hat mir der Papa auch schon gesagt.

Mutter: Oder wir müssen ein Neues kaufen. Du musst jetzt wirklich ...

Rafael: (unterbricht) Er hat gesagt, er kauft fünf und immer wenn ich eins verliere, ist dann eins parat.

Mutter: (nimmt sich auch Papier und zeichnet einen Plan) Ja. Rafael! Du musst ...jedenfalls ... du hast zu Hause einen Kalender ...

Rafael: (unterbricht mit jammervollem Ton, windet sich auf dem Stuhl) Ich hab da so eine Hausaufgabe, so eine komische Hausaufgabe ... So eine Hausaufgabe, die ich nicht weiß in Französisch und ahh ... (lässt sich zur Seite fallen), ... Ahhh (Seufzt laut).

Mutter: Mhh, schau mal, du musst ... (beugt sich über das Papier und zeichnet)

Rafael: (schaut zur Seite und fängt mit den Stiften an zu spielen) Hast du ein Taschentuch?

Mutter: Nein, ein Taschentuch habe ich jetzt nicht. Rafael, du musst dir sagen, die Monate, die du noch hast ... schau mal ... September, Oktober, November, Dezember ... (teilt das Papier dementsprechend ein, Rafael spielt).

Mutter: Rafael!

Rafael: (schaut kurz hoch) Was?

Reaktionen während der Besprechung

Rafael: Du diskutierst viel zu viel. Du solltest klar sagen, was er tun soll.

Mutter: Wir wussten nicht genau, was wir machen sollten. Die Arbeitsanweisung war uns nicht klar. Ich musste mir was ausdenken und wusste nun auch nicht ... zu Hause ist es einfacher.

Mutter: Rafaels Verhalten ist ja noch schlimmer als zu Hause. Ohne das Video hätte ich das nie wahrgenommen

Rafael: Er lenkt sie immer wieder ab.

Therapeutin: Ja, das ist richtig. Was könnte sie denn tun, damit er jetzt arbeitet?

Rafael: Also ich glaube, das Beste wäre es, ihm das Papier wegzunehmen und zu sagen: „Jetzt wird gearbeitet.“ Sie sollte ihm klarer sagen, was zu tun ist.

Reaktionen der Mutter am Ende der Sitzung

Mutter: Ich bin richtig stolz, wie einsichtig Rafael ist. Das er das selber so benennen kann.

Für mich habe ich gelernt in Zukunft weniger zu diskutieren. Ich war anfangs skeptisch und hätte nie gedacht, dass es so hilfreich ist, das Video anzuschauen.

5 Beurteilungen im Fragebogen

Nach der Videobesprechung wurden Mutter und Sohn gebeten, einen Fragebogen zur Evaluation der Stunde auszufüllen. In Abbildung 1 werden einige Beispiel-Items und die Bewertungen von der Mutter und ihrem Sohn dargestellt. Beide Teilnehmer beantworteten die Aussagen zur Videositzung durchgängig auf einem sehr hohen Niveau. Die allgemeine Zufriedenheit mit der Stunde gaben beide mit 100 Prozent an.

Angaben im Fragebogen

	gar nicht	ein wenig	weitgehend	vollkommen
Ich habe heute mehr Verständnis in unsere Situation gewonnen.				- - -
Ich konnte Dinge ansprechen, die mir wichtig waren.			- - -	- - -
Ich habe heute neue Ideen bekommen, was ich tun kann.			- - -	- - -
Die heutige Stunde hat mein Selbstvertrauen gestärkt.				- - -
Ich habe mich verstanden gefühlt.				- - -

- - - Mutter - - - Sohn

Abbildung 1: Darstellung von Beispielimens in der gemeinsamen Bewertung von Mutter und Sohn

Bei den offenen Fragen gab Rafael als besonders hilfreich an, sich selbst gesehen zu haben. Schwierigkeiten während der Stunde benannte er keine. Als weitere stützende Elemente in seinem Alltag würde er eine gute Vorbereitung auf eine Französisch-Hausaufgabe erleben.

Für Rafaels Mutter war die Tatsache, dass sie ihren Sohn als verständigen, selbstreflektierten Jungen miterleben konnte, ein positiver und ermutigender Aspekt dieser Stunde. Sie war sehr stolz auf ihn. Des Weiteren fand sie den offenen Dialog – auch die darin beinhaltete positive Kritik – als förderlich. Die anstehende Entscheidung über einen Schulwechsel, der Rafaels Interessen gerecht wird, benannte sie nach der Sitzung als für sie noch nicht gelöst. Für die Mutter stellten Rafaels aktuelle musische Erfolge positiv-stützende Aspekte aus dem Familienalltag dar.

Eine Nachbefragung zum Anhalten der Effekte war in dieser Pilotstudie nicht ausdrücklich geplant, sondern ergab sich eher zufällig durch einen Telefonanruf von Rafaels Mutter drei Wochen später. Noch immer sei die Videobesprechung Thema in der Familie. Insbesondere Rafael mache sie immer wieder darauf aufmerksam, wenn ihre Arbeitsanweisung unklar und weitschweifig wäre. Er fordere sie dann mit der Erinnerung an den gemeinsamen Videotermin auf: *„Red’ nicht so lange rum, sondern sag’ mir einfach, was ich tun soll.“*

Zehn Wochen nach dem Videofeedback kamen die Eltern zu einem weiteren Beratungsgespräch in die Ambulanz, um Optionen für einen Schulwechsel zu diskutieren. Die Familie überlegte, Rafael auf eine Ganztageschule zu schicken, in der er genügend Struktur habe und gleichzeitig seinen musischen Interessen nachgehen könne. Es wurde der Familie zunehmend klar, dass der familiäre Umgangsstil mit vielen Diskussionen und Erklärungen dazu beiträgt, dass sich Rafael vor ungeliebten Anforder-

rungssituationen „drücken“ kann. Sie erkannten ihre eigenen Grenzen dahingehend, dass oft die Kraft fehle, Rafael konsequent zum Lernen anzuhalten und er oft auf sich gestellt sei. Die Pflichten im Haushalt, die schwierige Aufgabe, die unterschiedlich alten Kinder unter einen Hut zu bringen, überforderten seine Eltern und Rafael. Rafaels Mutter äußerte den Wunsch, in einem halben Jahr nach Schulwechsel erneut eine Videoaufnahme zu machen und diese erneut zu besprechen. Sie stelle sich vor, dass Unterschiede im Verhalten sichtbar werden sollten. Dies wäre für sie eine gute Begleitung auf dem weiteren Weg und würde sie als große Unterstützung wahrnehmen.

6 Erste Projekterfahrungen

Das Projekt wurde von Eltern und Kinder sehr gut angenommen. Fast alle Familien nehmen das Angebot einer Videobesprechung gerne wahr. Die spontanen Äußerungen nach den Videositzungen sind äußerst positiv und ermutigend. Die bisherigen Rückmeldungen auf dem Fragebogen (n = 14) fallen – ähnlich wie die Spontanreaktionen – sehr positiv aus. Alle Befragten hatten der Videoanalyse mit Neugier entgegengesehen und beurteilten die Zusammenarbeit als sehr gut. Die Entwicklung von Zuversicht und Selbstkontrolle beurteilte weit mehr als die Hälfte der Befragten als „weitgehend“ bis „vollkommen“ umgesetzt. Die Angaben der allgemeinen Zufriedenheitswerte bewegen sich auf hohem Niveau. Die Beurteilungen liegen zwischen 80 und 100 %-iger Zufriedenheit. Es deutet sich die Tendenz an, dass Jugendliche die Videobesprechung für sich selbst noch hilfreicher erleben als ihre Eltern.

Zwischen Fragebögen, die direkt im Anschluss an die Stunde in einem Raum des Instituts beantwortet wurden und Fragebögen, die uns per Post nach einer größeren Zeitspanne in anonymisierter Form zugingen, lässt sich auf den ersten Augenschein kein Unterschied in der Bewertung finden. Die Vermutung, dass unmittelbar ausgefüllte Fragebögen eher eine soziale Erwünschtheit zeigen würden, konnte anhand der bisherigen Daten nicht belegt werden.

7 Diskussion

Ein übergeordnetes Ziel jeder Psychotherapie besteht darin, sich selbst besser verstehen zu lernen. „Sich selbst zu sehen“ wurde auch von Rafael als hilfreichstes Element der Videobesprechung beurteilt. Vergleichbar mit der Perspektive des Therapeuten konnte er sich selbst als Außenstehender sehen und so zu seinem Bild Stellung nehmen. Von Akteuren während der Videoaufnahme wurden Rafael und seine Mutter zu Betrachtern der Szene. In der kognitiven Verhaltenstherapie besteht der erste Schritt zur Bearbeitung kognitiver Prozesse im Entdecken, Beobachten und Protokollieren von automatisierten Gedanken in zentralen Problembereichen. Der Patient lernt auf diese Weise kognitive Fehler zu erkennen und zu benennen, mit dem Ziel,

die verzerrten Gedanken und Bewertungen auf ihren Realitätsgehalt zu testen und letztlich zu verändern (Hautzinger, 1998). Vergleichbar damit können die geleiteten Wahrnehmungsprozesse während der Videoanalyse als erster Schritt zu einer „kognitiven Umstrukturierung“ verstanden werden. Die Familienmitglieder lernen mit Hilfe von Videoaufnahmen zu beobachten, welche wiederkehrenden Verhaltensmuster, Ursachenzuschreibungen und Themen mit bestimmten Auslösern auftreten.

Damit die Feedback-Situation keinen überfordernden Konfrontationscharakter annimmt, die Gefühle der Unzulänglichkeit bei den Betroffenen hinterlässt, braucht es eine sorgfältige Vorbereitung. Für einen guten Verlauf in dem beschriebenen Beispiel war es wesentlich, die Länge der dargebotenen Sequenz zu beschränken, da Kompetenzen nur vereinzelt auf dem Video zu sehen waren. Der Wahrnehmungsprozess war zudem kein rein passives Auf-sich-Wirken-lassen, sondern Rafael konnte durch einen gelenkten Perspektivenwechsel in die Beraterrolle gehen und in sehr aktiver Form das konstruktive Gespräch mit seiner Mutter suchen. Psychologische Wirkprinzipien, die hier eine wesentliche Rolle spielen, sind die Stärkung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung und des Selbstwertgefühls.

Stärken und Kompetenzen, die auf dem Video nur wenig sichtbar waren, konnten so in der Videobesprechung im direkten Kontakt aktiviert werden. Mutter und Sohn konnten sich während der Videositzung auf eine gemeinsame Situationsbeschreibung einigen – beide fanden die Verhaltenssequenz ähnlich „schlimm“ –, was die Basis für eine weitere Beurteilung bildet und die Beziehung zwischen Mutter und Sohn stärkte. Es entstanden gegenseitiges Verständnis und Raum, positive Merkmale beim anderen wahrzunehmen. Rafael zeigt für sein Alter eine erstaunliche Reflektionsfähigkeit. Er konnte sehr gut beschreiben, was in der Situation mit seiner Mutter abläuft. Seiner bisherigen Vorstellung nach war es allerdings viel weniger gravierend als es das Video zeigte. In der Rolle des „Therapeuten“ konnte er Abstand zu sich selbst gewinnen und zunächst seine Scham überwinden. Aus der persönlichen Entfernung zum Geschehen nahm er Muster und Zusammenhänge besser wahr und konnte die Wechselbeziehungen beschreiben. Er konnte selbst Lösungswege entwickeln ohne dazu gedrängt zu werden. Eingeräumte Gestaltungsspielräume für die Familie und die Möglichkeit zu aktiven Mitgestaltung der Sitzung verminderten das Auftreten von Widerständen und Reaktanz. Rafaels veränderte Wahrnehmung löste bei seiner Mutter großen Stolz aus.

Aspekte des Fragebogens wie Transparenz des Vorgehens, Möglichkeit zur Mitarbeit, Zuversicht und Kooperation wurden durchweg positiv bewertet. Insgesamt wurde aus der Sicht der Betroffenen das Vorgehen als gewinnbringend bewertet. Dies zeigen der vorgestellte Einzelfall sowie die bisherigen Rückmeldungen aus den Fragebögen.

In intensiven Elterntrainings mit verschiedenen Unterrichtselementen wurde insbesondere die Arbeit mit Video und die Reflexion über das eigene Erziehungsverhalten als hilfreich erlebt (Cordes u. Petermann, 2001). Remschmidt und Mattejat (2003) und auch Finsterer und Frank (2005) konnten zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen der Zahl der Beratungskontakte und dem Grad der Zufriedenheit besteht. Selbst in

wenigen Terminen kann man jedoch schon Erfolge beobachten. Sozial ängstliche Patienten schätzten sich nach einer einmaligen Videoaufzeichnung mit anschließender Videobesprechung („single-session“) positiver ein als vor der Videositzung (Kim et al., 2002; Kost, 1992). Der Einsatz von Videofeedback scheint geeignet, familiäre Wandlungsprozesse anstoßen.

Auch sind Kinder und Jugendliche in der Lage, ihre eigenes Verhalten mit Hilfe von Videoaufzeichnungen kritisch zu hinterfragen und in der Folge zu verändern. Ob diese Veränderungseffekte wie im der vorgestellten Fall längerfristige Auswirkungen zeigen, kann nur mit Hilfe einer systematischen Nachbefragung geklärt werden, die in einem weiteren Schritt in das Projekt einbezogen werden soll.

Literatur

- Cordes, R., Petermann, F. (2001). Das Video-Interaktionstraining: Ein neues Training für Risikofamilien. *Kindheit und Entwicklung*, 10, 124-131.
- Embregts, P. J. C. M. (2000). Effectiveness of video feedback and self-management on inappropriate social behavior of youth with mild mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 409-423.
- Epple, H. (1998). Arbeit mit Video und Einwegscheibe im kinderpsychiatrischen Alltag mit Kleinkindern und ihren Müttern/Vätern. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, I, 35-43.
- Finsterer, I., Frank, R. (2005). Beurteilung der Behandlung durch Jugendliche im Langzeitverlauf. In F. Resch (Hrsg.), *Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung – XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Heidelberg, 16.-19. März 2005 - Die Abstracts*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 66.
- Foltys, M.-J., Kroehne, U., Trabert, W. (1999). Zum Einsatz von Videofeedback bei Patienten mit Zwangsstörungen. Eine explorative Studie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 20, 497-505.
- Geissner, E., Bauer, C., Fichter, M. (1997). Videogestützte Konfrontation mit dem eigenen körperlichen Erscheinungsbild als Behandlungselement in der Therapie der Anorexia nervosa. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Forschung und Praxis*, 26, 218-226.
- Hautzinger, M. (1998). *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen*. Weinheim: Beltz
- Hellauer, D. (1998). Videoeinsatz in der Psychotherapie. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Das Therapiebuch. Kognitiv-behaviorale Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie* (S. 320-332). München: CIP-Medien.
- Kim, H.-Y., Lundh, L.-G., Harvey, A. G. (2002). The enhancement of video feedback by cognitive preparation in the treatment of social anxiety. A single-session experiment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 19-37.
- Kost, R. (1992). Erfahrungen mit dem Video in der Weiterbildung für Konzentrierte Bewegungstherapie. In J. Ronge, B. Kügelgen (Hrsg.), *Perspektiven des Videos in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 11-15). Berlin: Springer.
- Kügelgen, B. (1989). *Video in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.

- Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U. (1985). Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 34, 32-37.
- Lehmkuhl, G., Seeger, G. (1992). Videoanwendung bei Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter – Was bewirkt Focused Videofeedback? In J. Ronge, B. Kügelgen (Hrsg.), *Perspektiven des Videos in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 109-126). Berlin: Springer.
- Mattejat, F., Remschmidt, H. (1993). Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung und Behandlung (FBB). *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 22, 192-233.
- Papoušek, M. (2000). Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 611-627.
- Papoušek, M., Wollwerth de Chuquisengo, R. (2006). Integrative kommunikationszentrierte Eltern-Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 235-254.
- Rapee, R.M., Hayman, K. (1996). The effects of video feedback on the self-evaluation of performance in socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 4, 315-322.
- Remschmidt, H., Mattejat, F. (2003). Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, 16, 896-898.
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E.; Hahlweg, K. (1990). Stundenbeurteilung SB. In G. Hank, K. Hahlweg, N. Klann (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren für Berater*: Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Steininger, C. (2010). Videogestützte Interaktionsbeobachtung von Familien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 174-192.
- Thiel, T. (1997). Film- und Videotechnik in der Psychologie. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (S. 347-384). Bern: Huber.
- von Aster, S., von Aster, M. G. (2004). Elemente der Elternarbeit in der Kinderpsychotherapie. In H. Remschmidt (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 224-244). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Zelenko, M., Benham, A. (2000). Videotaping as a therapeutic tool in psychodynamic infant-parent therapy. *Infant Mental Health Journal*, 21, 192-203.

Korrespondenzanschrift: Dipl.-Psych. Cornelia Gloger, Praxis für Kinder und Jugendliche, Institutstr. 10, 81241 München; E-Mail: kontakt@psychotherapie-gloger.de