

Renate Stachetzki

Dipl.-Psych.

Psychologische Psychotherapeutin

Klinische Kunst- und Gestaltungstherapeutin

Täterintrojekte in der Kunsttherapie

Zusammenfassung: *Abbildungen von Täterintrojekten bzw. täterimitierenden Innenanteilen sind, gewollt oder ungewollt, bei traumareaktiven Störungen regelhaft Bestandteil der Gestaltungen der Patientinnen und Patienten. Auch wenn den klinischen Kunst- und Gestaltungstherapeuten in der Regel noch empfohlen wird, bei Patientinnen und Patienten mit traumatischen Erfahrungen die Aktualisierung entsprechender Inhalte zu vermeiden, vertreten wir die Position, täterseitige Aspekte im Rahmen der Gestaltungen nicht auszugrenzen und zu unterdrücken, sondern sie behutsam und kontrolliert einzubeziehen. Dadurch können die Patientinnen und Patienten entängstigt werden und ein besseres Krankheitsverständnis entwickeln sowie wichtige Schritte in Richtung Integration gehen. Entscheidende Bedeutung kommt hierbei der Integration des in der Kunsttherapie Entstandenen in den Gesamt-Therapieprozess zu, also z.B. im stationären Setting der guten Zusammenarbeit aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen.*



Die **Rahmenbedingungen** für das kunsttherapeutische Arbeiten und somit die Begegnungsmöglichkeiten mit Täterintrojekten sind unterschiedlich. Im stationären Rahmen arbeiten die Kunsttherapeuten in der Regel mit Gruppen, je nach Konzept störungshomogen oder – heterogen. Darüberhinaus haben die meisten noch die Möglichkeit, auch im Einzelsetting mit ausgewählten Patientinnen und Patienten zu arbeiten und oft bieten die Kliniken Gelegenheit zum freien Gestalten zu bestimmten Zeiten an den Abenden oder auch am Wochenende an. Da ein gelingender therapeutischer Prozess entscheidend vom Integrationsgrad des Teams abhängig ist, ist das Eingebundensein aller an der Behandlung Beteiligten in das therapeutische Team von größter Bedeutung. Nur dann können die in der Kunsttherapie gewonnen Erkenntnisse und Möglichkeiten des Umgangs mit auftauchendem traumaassoziiertem Material sinnvoll gehandhabt und gewinnbringend integriert werden. Ein fortlaufender und den Behandlungsprozess der Patientinnen und Patienten begleitender Austausch ist

notwendig, um nicht die in den Patientinnen und Patienten selbst schon angelegten Spaltungsvorgänge auch interpersonell im institutionellen Rahmen zu wiederholen. So wird es beispielsweise wenig gewinnbringend sein, wenn sich täterimitierende Anteile nur in der Gestaltungstherapie zeigen und in das bezugstherapeutische Gespräch keinen Eingang finden. Eine zeitgemäße stationäre Psychotherapie muss dem Rechnung tragen. Ambulant traumatherapeutisch arbeitende Kunsttherapeuten haben entsprechend andere Bedingungen bzw. arbeiten häufig begleitend zu psychologischen Psychotherapien. Auch hierbei gilt jedoch, dass die Vernetzung der verschiedenen Behandler von entscheidender Bedeutung ist.

Die **klinische Kunst- und Gestaltungstherapie** gehört zu den sogenannten nonverbalen Verfahren und es geht dabei um bildnerisches oder gegenständliches Gestalten in einem therapeutischen Kontext. Das Vorgehen ist dabei im Wesentlichen ressourcen- und prozessorientiert und kann bei der Bewältigung von Krankheiten und Krisen helfen. Allgemein können über die Aktivierung kreativer Potenziale psychotherapeutische Prozesse begleitet und begünstigt und oft auch entscheidende Schritte gebahnt werden. Beim Gestalten entsteht ein „Ich-Gefühl“, was im günstigen Fall mit Freude am eigenen Tun verbunden ist. Bei psychodynamischer Ausrichtung der Kunsttherapie steht der Bewusstwerdungs- und Erkenntnisprozess im Vordergrund mit der Möglichkeit, Informationen über Struktur, Konflikte und Bindungsmuster der Gestaltenden zu gewinnen. Während des Gestaltungsprozesses und im Umgang mit dem Entstandenen gibt es vielfältige Möglichkeiten der Musterveränderung und des Probehandelns. Die sich dem Entstehungsprozess anschließende Besprechung bezeichnet G. Schmeer als „therapeutisches Kunststück“ (G. Schmeer, 1992). Durch die gestellten Fragen und Anregungen soll es möglich werden, den Symbolisierungsprozess fortzusetzen und für das gestalterisch Ausgedrückte Worte zu finden und es soll möglich werden, die darin enthaltenen Informationen zu integrieren.

Neben diesen allgemeinen **Wirkfaktoren der klinischen Kunst- und Gestaltungstherapie** gibt es auch spezifische im Rahmen von Traumabehandlungen. Im Gegensatz zu herkömmlichen Empfehlungen mit dem Ziel, traumatische Erfahrungen durch Vermeidung entsprechender Inhalte nicht zu aktualisieren (Martius 2013), sehen wir gute Zugangsmöglichkeiten gerade bei Traumafolgestörungen. Innerlich Verbotenes kann symbolisch mitgeteilt werden, was von den meisten traumatisierten Patientinnen und Patienten schon früh als Ausdrucks- und Entlastungsmöglichkeit entdeckt worden war und heute im therapeutischen Prozess wiederbelebt werden kann. Kreativität ist ein wichtiger Resilienz-Faktor. Durch die Anleitung zum therapeutisch sinnvollen Umgang

mit dem Gestaltungsprozess und den entstandenen Bildern können gerade Patientinnen und Patienten mit Traumafolgestörungen kompetenter im Umgang mit abgespaltenem traumaassoziiertem Material werden, ihre Distanzierungsmöglichkeiten verbessern und auch ein kontrolliertes Annähern an bislang phobisch vermiedene Traumainhalte auf der Bildebene versuchen.



Traumatherapie mithilfe und begleitet von Bildern hat immer etwas Kreatives, Farbiges, Angereichertes. Sie bietet zumeist eine Möglichkeit, Verbotenem „trotzdem“ Ausdruck zu verleihen und auch die therapeutische Beziehung dadurch zu entlasten, indem wir auf ein vor uns liegendes Bild als etwas „Drittes“ schauen und damit von vorneherein eine Beobachterposition einnehmen können und auch direkte Möglichkeiten des Distanzierens haben durch Verschieben, Umdrehen oder Weglegen der Bilder. Auch traumadistanzierende und –exponierende Schritte können gut über bildhaft Gestaltetes vorgenommen werden. Wichtiges Prinzip bei der kunst- und gestaltungstherapeutischen Arbeit bei Traumafolgestörungen ist das der Strukturierung. Es soll verhindert werden, dass unkontrolliert traumaassoziiertes Material in nicht erträglichem Maß ins Alltagsbewusstsein gerät und die Patientinnen und Patienten davon überflutet werden. Eine unterstützende Vorgabe ist dabei z. B. die Anleitung zum bipolaren Arbeiten (Plassmann 2007), d.h. dem gezielt getrennten Unterbringen von Belastungs- und Ressourcenmaterial auf zwei verschiedenen Blättern. Dies wird sowohl dem oft vorhandenen Druck gerecht, etwas von diesem Material „loswerden“ zu wollen, als auch dem Bedürfnis, Kontrolle zu behalten. Dadurch kann im Rahmen der Kunst- und Gestaltungstherapie das für die Traumatherapie insgesamt wichtige Prinzip des kontrollierten sich zwischen Belastungsmaterial und Ressourcen Hin-und-her-bewegenkönnens verdeutlicht und modellhaft geübt werden.

Für alle Traumafolgestörungen gilt: Wer Gewalt erlebt hat, hat **Täterintrojekte**. Es ist davon auszugehen, dass Täterintrojekte oder täterimitierende Anteile im Moment der höchsten Not entstehen, wenn mit der peritraumatischen Dissoziation ein Anteil der Persönlichkeit es übernimmt, sich ganz abzulösen vom Opfererleben und mit dem Täter verschmilzt. Oftmals können Patientinnen und Patienten exakt den Zeitpunkt der Entstehung solcher Innenanteile in einer ganz speziellen Gewaltsituation beschreiben. Peichl hat ein Stufensystem der Introjektion entworfen, in dem sich, je nach Schweregrad der traumatischen Gewalt, „Innere Kritiker“, „Innere Verfolger“ und auch „Innere Zerstörer“ finden. Er beschreibt deren Entstehung als Ergebnis unterschiedlicher Introjektionsvorgänge von regulärer Über-Ich-Bildung am einen und traumatischer Introjektion, d.h. der Identifikation mit dem Aggressor, am anderen Ende des Kontinuums (Peichl 2013). Kommt es zu einer strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit, dann gibt es täteridentifizierte oder - imitierende Anteile im Innen der Patientinnen und Patienten neben Alltags-Persönlichkeitsanteilen und anderen traumaassoziierten, eher Opferidentifizierten Anteilen. Aktiv und dann auch nach außen erkennbar werden die Täterintrojekte, wenn sie durch äußere Situationen getriggert werden oder wenn beispielsweise die Therapie sehr rasch in eine nicht in ihrem Sinne liegende Richtung voranschreitet. Oftmals gibt es deutliche Anzeichen dafür in Bildern bzw. in Verboten deren Entstehung oder der Zerstörung von Entstandenem. Manchmal verschmelzen Täterintrojekte auch sehr weitgehend mit der Alltagspersönlichkeit, die dadurch deutlich täterorientierter in ihrem alltäglichen Handeln wird (Huber 2013). Vor allem bei frühen Traumatisierungen spielt auch die Bindungsentwicklung bzw. das Bindungsbedürfnis eines Kindes eine wichtige Rolle, wodurch grundlegende destruktive Bindungen entstehen. Alle Manifestationen früherer Gewaltsituationen und Täter im Innern, in der Regel repräsentiert in Anteilen oder Innenpersonen, die den jeweiligen Tätern ähnlich sind und die im heutigen Leben ähnlich destruktive Auswirkungen haben und die Normen der Täter tradieren, bestimmen neben den Opferseiten unserer Patientinnen und Patienten entscheidend deren Leben und die Therapie. Von daher ist das Einbeziehen täterseitiger Aspekte in den therapeutischen Prozess bei Traumabehandlungen unabdingbar und kann über kunst- und gestaltungstherapeutische Möglichkeiten gefördert und erleichtert werden.



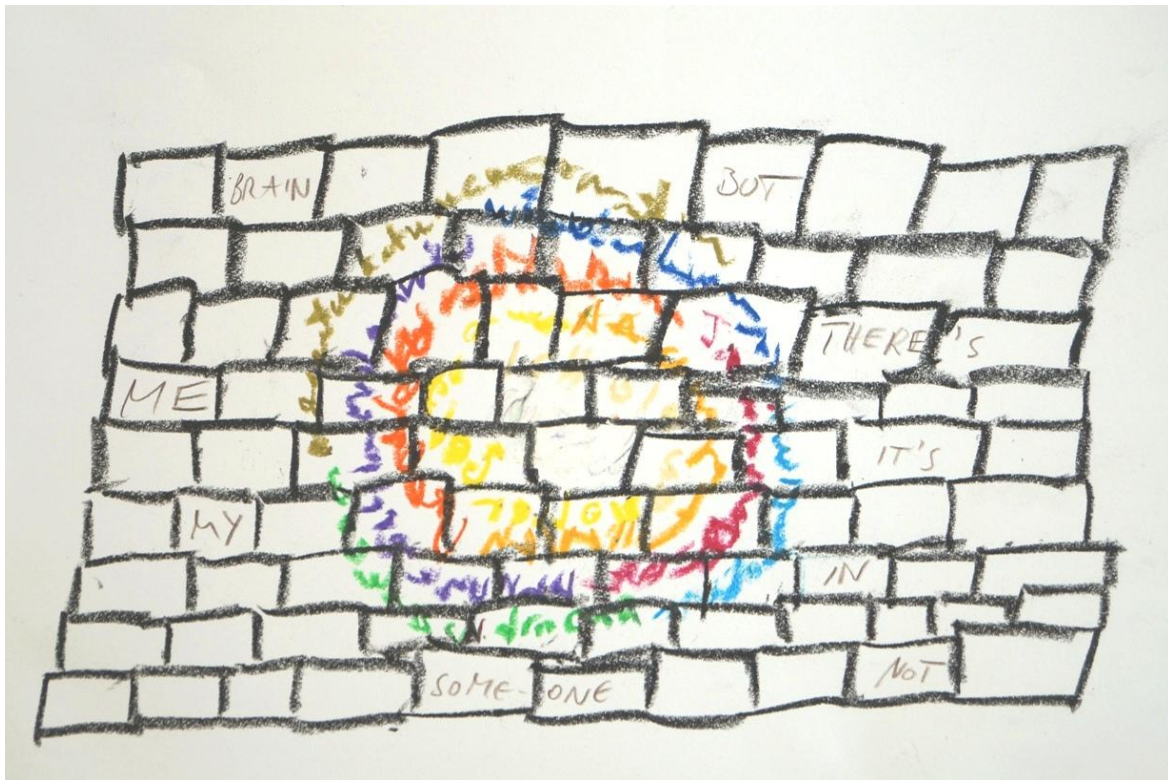
Wesentlich zum Verständnis der Entstehung traumareaktiver Störungen ist der Vorgang der **Dissoziation**. Wie von einer Patientin im obigen Bild mit den Windrädchen dargestellt, erlebte sie dissoziative Vorgänge bei sich oft, wie wenn in ihrem Kopf das Geräusch sich drehender Windrädchen anhub und immer stärker wurde, bis sie zuletzt zunehmend den Kontakt zur aktuellen Situation bzw. ihrem inneren Erleben zu verlieren begann und dieser dann „wie abgeschnitten“ abrupt endete. Dissoziation ist peritraumatisch ein wesentlicher, das Überleben sichernder psychischer Vorgang. Später wird die dissoziative Symptomatik in der Regel dysfunktional erlebt und hat ihren primären Schutzcharakter verloren. Diesen Vorgang des Trennens von normalerweise Zusammengehörendem (z. B. einer Gewalteinwirkung und den dazugehörigen Schmerzen und Gefühlen) greifen wir in Form „gezielten“ Dissoziierens im Rahmen der Kunst- und Gestaltungstherapie wieder auf. Die Dissoziation setzt ja in der Regel dann ein, wenn die innere Situation unerträglich zu werden droht. Diese Fähigkeit, zunächst über Trennungsvorgänge Entlastung zu schaffen, kann man dann beim Gestalten bzw. dem Umgang mit den Bildern aufgreifen, indem z. B. abgegrenzt, verdeckt oder auf mehreren Blättern getrennt dargestellt wird und dann die vorsichtige, schrittweise Annäherung probiert wird und sich dadurch die Toleranzgrenze erhöhen und somit in Folge auch die dissoziative Symptomatik verringern lässt.

Auch für das Arbeiten mit Täterintrojekten gelten die Grundlagen der **4-Phasen-Traumatherapie** (R. Plassmann 2007). Hierbei geht es in einer ersten Phase der Stabilisierung darum, zentrale Negativmuster, die in der Regel eine Symptomatik aufrechterhalten, zu erkennen und an deren Veränderung zu arbeiten. Dies begleitend und dann in den Vordergrund gerückt ist die Ressourcenorganisation oder -reorganisation von zentraler Bedeutung. Sie stellt eine wesentliche Grundlage der integrierenden Arbeit dar, da nur eine ausreichende Ressourcenausrichtung gewährleistet, dass die notwendige Distanzierung von Belastungsmaterial gelingen kann und ein bipolares Arbeiten, vor allem ein Arbeiten innerhalb des „Toleranzfensters“, möglich wird. Wenn hierüber eine tragfähige Grundlage geschaffen werden konnte, kann auch Traumamaterial prozessiert werden. Dabei ist ein reflektiertes, umsichtiges und mit den jeweiligen Patienten gut abgestimmtes Vorgehen notwendig, da bisheriges Getrenthalten anfangs Sinn hatte und notwendig war. Es geht letztlich immer um Integration, jedoch sollte die Stärkung der Gesamtpersönlichkeit zielführend sein und weniger die Bearbeitung einzelner Traumatisierungen. Die Kunst- und Gestaltungstherapie kann hierbei wichtige Hilfen dabei bieten, Traumamaterial in passender Dosierung bewusst und prozessierbar zu machen und meistens sind gleichzeitig Möglichkeiten der Distanzierung und des Ausbalancierens erkennbar. Auch für die abschließende Phase der Traumatherapie, die der Neuorientierung, können über den Gestaltungsprozess wegweisende Schritte gebahnt werden.

Zur **Arbeit mit Täterintrojekten in der Stabilisierungsphase** gibt es viele Anregungen aus dem Bereich der klinischen Kunst- und Gestaltungstherapie. Zunächst einmal kann es bei der Festigung des Arbeitsbündnisses hilfreich sein, die therapeutische Beziehung über gemeinsames Fantasieren über Bilder oder auch durch gemeinsames Lachen über humorvolle Darstellungen zu entlasten, wie bei folgendem Bild einer Patientin mit einer dissoziativen Identitätsstörung, die ihre (erfolglosen) Versuche, dies nicht wahrhaben zu müssen, so zum Ausdruck brachte:



Über bildhafte Darstellungen können auch Aspekte der Personifikation („das bin alles ich“) und der zeitlichen Zuordnungen, was („dort und damals“) passiert ist und was mein Leben („hier und heute“) ausmacht, deutlicher werden. Auch Negativmuster zeigen sich in Bildern und können darüber besser verstanden werden. So z. B. über das Bild eines Patienten, welches in der ersten Gestaltungstherapiegruppenstunde entstand und seinen Traumabewältigungsversuch des „Zumauerns“ sichtbar macht. Den Hinweis auf Täterintrojektelemente gibt der über die Steine verteilte Satz von Roger Waters von Pink Floyd: „There’s someone in my brain but it’s not me.“



Für die erste Traumabehandlungsphase der Stabilisierung sind oft auch Prozessbeobachtungen aus den Gestaltungsabläufen wertvoll und lassen Muster erkennen. So zeigen sich oftmals Hemmungen, innere Verbote und daraus resultierendes zwiespältiges Verhalten im Umgang mit den Bildern. Auch wird dabei sichtbar, wie die Kontrollmöglichkeiten im Umgang mit traumatischem Belastungsmaterial sind, das heißt ob Distanzierungen gelingen, „gezieltes Dissoziieren“, und was es braucht, um im Toleranzfenster des therapeutisch effektiven Arbeitens bleiben zu können. Hierzu kann z. B. das Erstellen von ressourcenorientierten Bildern wie Abbildungen schöner innerer Gärten, sicherer Fantasieorte oder Tresor- und Containermodellen zum „Zwischenlagern“ traumatischen Materials helfen.

Oft wird es bereits in der ersten Phase der Traumabehandlung schon möglich, mit dem Erstellen einer sogenannten „inneren Landkarte“ zu beginnen. Hierzu fordere ich die Patientinnen und Patienten auf, für alle ihr zu diesem Zeitpunkt bekannten Innenanteile etwas zu gestalten. Sie sollen mit kreativen Mitteln kleine Kärtchen in beliebiger Form, am besten in unterschiedlichen Farben und aus Tonpapier, herstellen. Die einzelnen Teile sollen dann mit Symbolen oder, wenn vorhanden, Namen beschriftet werden, bei dissoziierter Persönlichkeit auch mit ungefährem Alter oder ihrer Funktion im System gekennzeichnet werden. In der Regel sind zu Beginn täterassoziierte Innenanteile hier noch nicht sichtbar, sondern es wird mit den Alltagsanteilen begonnen.

Zur **Arbeit mit Täterintrojekten in der Phase der Ressourcenaktivierung** bieten sich aus dem kunst- und gestaltungstherapeutischen Fundus weitere Möglichkeiten an. Es kann sich bildlich ausdrücken, dass Raum für Neues geschaffen werden soll, dass früher Wertvolles wie z. B. kreativ gestalterisch tätig zu sein wiederbelebt werden darf und eine Distanzierung von Belastungssituationen, die hierüber geschehen kann, ermöglicht. Wenn Eigenes noch nicht gestaltet werden darf, kann hier z.B. mit dem Ausmalen von Mandalas begonnen werden, was auch später oft noch bei der Emotionsregulation Verwendung findet.

In dieser Phase, wenn die deutlich ressourcenseitige Orientierung gelingt, kann auch das für die gesamte Behandlung so wichtige Prinzip des bipolaren Arbeitens in den Vordergrund gestellt werden. Dabei geht es darum, Ressourcen- und Belastungsmaterial präsent zu haben, sich jedoch kontrolliert zwischen beiden Seiten hin und her bewegen zu können. Hierzu kann man beispielsweise anbieten, auf zwei getrennten Blättern gleichzeitig oder nacheinander zu arbeiten, gegebenenfalls Belastungsorientiertes umzudrehen, wegzulegen oder teilweise abzudecken.



Wichtig ist dabei immer die Prozessorientierung, das heißt, das gemeinsame mit den Patientinnen und Patienten Daraufschauen, wie die emotionalen Begleitreaktionen auf das Tun sind und welche Regulationsschritte notwendig werden. Diese können dann in der Regel direkt im weiteren Gestaltungsprozess getan werden. Gibt es die Möglichkeit, im Einzelsetting kunst- und gestaltungstherapeutisch zu begleiten, ist z.B. ein Vorgehen möglich wie aus folgendem Beispiel ersichtlich:



Bei diesem Ablauf wurde zunächst ein Bild gestaltet, das dann im Zuge andrängenden Traumamaterials bzw. auf Druck innere Verbote transportierender täterimitierender Anteile dunkel übermalt werden „musste“. Die Therapeutin hat daraufhin vorgeschlagen, aus buntem Tonpapier unter das Bild etwas Helles zu montieren und dann mit der Patientin in einzelnen Schritten versucht, das Dunkle schrittweise zu durchbrechen, zu öffnen und darunterliegendes Helles sichtbar werden zu lassen. Die Patientin erlebte als wichtige Erfahrung, dass unter einem aktuellen traumareaktiven Zerstörungsdruck trotzdem auf Lebendiges, Kreatives zurückgegriffen werden kann.

Zur **Arbeit mit Täterintrojekten in der Expositionsphase** können kunsttherapeutische Zugänge es ermöglichen, dem „Feind im Inneren“ (M. Huber 2013) Gestalt und Gesicht zu geben. Hierbei entstehen teilweise drastische Darstellungen, die in der Regel nicht im Rahmen einer gruppentherapeutischen Kunsttherapie gemacht werden sollten. Bringen Patientinnen und Patienten diese Achtsamkeit dafür nicht mit, sollten wir durch entsprechende Strukturierungen sowohl die Patientinnen und Patienten selbst als auch die Gruppe schützen und nach einem geeigneten Rahmen suchen. Hierzu bieten sich Einzelgestaltungsstunden an oder, wie bei uns in der Klinik möglich, außerhalb der Therapiestunden gestalten zu können und das Entstandene dann bei der Pflege oder bei der Therapeutin oder dem Therapeuten bis zu einem gemeinsamen Besprechungszeitpunkt abgeben zu können. Über diese Darstellungen kann dann mittels unterschiedlicher traumaprozessierender Techniken gearbeitet werden oder, bei personifizierten Darstellungen, im Dialog mit dem Täterintrojekt durch Fragen dessen

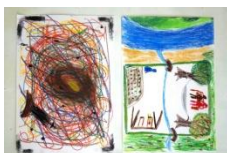
Wertesystem erkundet und in Frage gestellt werden mit dem Ziel, Verhandlungen zu ermöglichen („Sokratischer Dialog“). Im Sinne des bipolaren Arbeitens können Ressourcenbilder und Abbildungen von Traumaszenen oder Täterintrojekten in einzeltherapeutischen Sitzungen in Kontakt gebracht, traumaassoziiertes Material reprozessiert und über die prozessorientierte Vorgehensweise der Integrationsprozess angestoßen werden.

Auch in der abschließenden **Arbeit mit Täterintrojekten in der Phase der Neuorientierung** können kunst- und gestaltungstherapeutische Element Zugänge eröffnen und Wege bahnen. Perspektiven können dargestellt und über das Bild in ihrem emotionalen Bedeutungsgehalt angereichert werden. Bisher als Täterintrojekte vornehmlich destruktiv agierende innerpsychische Anteile können, nach entsprechenden „Verhandlungen“, andere Funktionen übernehmen und z. B. mehr in den Dienst der Außenverteidigung oder Bewältigung anstehender Aufgaben gestellt werden. Hierzu bietet sich bildnerisches Darstellen und Probehandeln an.

So könnte ein ca. achtwöchiger stationärer Behandlungsprozess kunsttherapeutisch folgendermaßen gefördert werden:



In der Stabilisierungsphase kommen Negativmuster bewusst oder unbeabsichtigt zur Darstellung wie z.B. die Mauer (vgl. Seite 7) und es können Stabilisierungsziele präzisiert werden.



In der folgenden Phase der Ressourcenaktivierung können hilfreiche Bilder entstehen wie ein innerer Garten und es kann das bipolare Arbeiten eingeführt werden (vgl. Seite 8), und sowohl grundlegende Ressourcen wie Humor (vgl. Seite 6) reaktiviert werden.



Eigene Veränderungsmöglichkeiten werden entdeckt wie bei den beiden Bildern (vgl. Seite 3), bei denen die Patientin zunächst

durch das rote Mittelkreuz im linken Bild eine strikte Trennung von Belastungsmaterial (schwarz, linke obere Ecke) von anderen Bereichen ihres Lebens auf einem großen Blatt vorgenommen hatte. Sie hatte das Bild dann in vier Quadranten auseinandergeschnitten und nach einigen Versuchen eine Zusammensetzung gewählt,

bei der nun das schwarze Feld von den drei anderen zwar immer noch klar getrennt ist, sich jetzt jedoch zusammen innerhalb eines gemeinsamen Rahmens befindet. Dieser jetzt gemeinsame Rahmen ist entstanden aus den vorherigen roten Trennungsstrichen.



Im weiteren Verlauf können die Bilder die Exposition dahingehend unterstützen, dass sie traumatisches Material dosiert zur Verfügung stellen wie in dem Bild mit den Windrädchen (vgl. Seite 5), in der neben dem zentral dargestellten Vorhang der Dissoziation in der rechten unteren Ecke auch dargestellt ist, was diese Dissoziation aus dem Alltagsbewusstsein fernzuhalten versucht, was jedoch gesehen und verarbeitet werden möchte.



Eine ähnlich direkte Konfrontation mit Täterintrospektionen und Destruktivem gibt das Bild (vgl. Seite 1) wieder, auf dem die „Täterhand“ jedes aufkeimende Pflänzchen sofort wieder ausreißt und die Patientin in dissoziativer Starre, handlungsunfähig, das Geschehen verfolgt. Darüber konnten täterimitierende Aspekte aufgegriffen werden.

Nach diesen Bearbeitungsschritten können in der abschließenden Neuorientierungsphase Perspektivenbilder die Wünsche und Ängste und Möglichkeiten und den aktuellen Stand verdeutlichen und besprechbar machen.



Literatur

Martius, P.: „Kunsttherapie – was ist wichtig für die psychotherapeutische Praxis“

in: Ärztliche Psychotherapie 3/2013 S. 158 – 162

Gisela Schmeer: „Das Ich im Bild“, Pfeiffer 1992

Huber, Michaela: „Der Feind im Innern“ Junfermann Verlag 2013

I. Peichl, „Innere Kritiker, Verfolger und Zerstörer“ Klett-Cotta 2013

R. Plassmann „Die Kunst des Lassens“ Psychosozial-Verlag 2007