



**GOPAL FLOATING**  
gruppenarbeit zur auflösung von traumata

# Dominanz vs. Rebellion

Von Menschen in Not, die Hilfe wollen, aber Krieg erzeugen  
(Fortbildung für Traumatherapeuten)

*von Gopal Norbert Klein*

Wir können zwei grundsätzliche Formen direkter Konfrontation mit dem Therapeuten unterscheiden. Ich verzichte hier bewusst auf Diagnosen, Krankheitsbezeichnungen und Zuordnung zu Persönlichkeitsstörungen oder generell Typensystemen wie Enneagramm, NARM™ usw. Stattdessen möchte ich diese beiden sich fundamental unterscheidenden Szenarien aus der Erfahrungsperspektive des Therapeuten beschreiben. Beide sehen am Anfang oft gleich aus und können sich für den Therapeuten zunächst auch gleich anfühlen. Es ist für den Therapieerfolg jedoch entscheidend, genau zu erkennen, welches der beiden Beziehungsmuster bei Angriff und Konfrontation seitens des Klienten/Patienten am Werke ist. Nur wenn in der Tiefe verstanden wird, was der „Treibstoff“ dafür ist, kann der Therapeut damit so umgehen, dass eine Transformation geschieht.

Leider kommen immer wieder Menschen mit der „Rebellions“-Dynamik zu mir und berichten, dass Therapeuten, bei denen sie waren, entweder instabil oder wütend wurden, überfordert waren oder gar die Therapie abgebrochen haben. Ich höre dies selbst über Therapeuten, die in den bekanntesten Verfahren zu den Top-Ausbildern gehören. Betroffene erleben durch solche Abbrüche katastrophale Zustände von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit. Hier scheint es also eine grundlegende Problematik zu geben. Diese möchte ich gerne helfen aufzulösen, sodass sowohl Patienten als auch Therapeuten besser verstehen was hier eigentlich passiert und wie vorzugehen ist.

Wie immer betone ich, dass die Grundvoraussetzung für Therapieerfolg die persönliche Transformation des Therapeuten selbst ist. Ohne dass der Therapeut sein Grundbindungsmuster mindestens erkannt und verstanden hat, gibt es kaum eine Chance einen anderen Menschen durch seine Abgründe hindurch in Kontakt mit anderen Menschen zu bringen. Und nur darum geht es ja: trennende Beziehungskonzepte (Kopf) zu Gunsten von *Erfahrungen* (Realität) loszulassen.

Was aber, wenn der Betroffene jede neue Erfahrung in dieser Richtung verhindert oder gar bekämpft? Was, wenn jeder Satz und jede Aktion des Therapeuten als Angriff oder Manipulation *erlebt* wird und daher direkt oder heimlich abgewehrt werden muss? Um die Antwort auf diese Frage soll es hier gehen.

\*\*\*

Die erste Form der Konfrontation und Konfliktinszenierung mit dem Therapeuten ist eine direkte, unverblümete Macht- und Dominanzdemonstration. Der Patient signalisiert dem Therapeuten, dass er selbst der Boss ist und die Fäden in der Hand hat. Er vermittelt dem Therapeuten, klein, dumm und schwach zu sein. Die Wirkung dieser projektiven Identifizierung, wie man sagt, kann in der Tat sehr intensiv sein und als Therapeut fühlt man sich vielleicht plötzlich unterlegen und inkompetent. Logischerweise droht hier die Gegenübertragung, diese Gefühle abwehren zu wollen, insbesondere weil sie, je nach Selbstbild des Therapeuten, der Rollenaufgabe als kompetenter Helfer entgegustehen *scheinen*.

Der Klient seinerseits verleugnet, überhaupt ein Problem zu haben, sondern berichtet z.B., dass er nur kommt, weil sein Partner es verlangt oder weil er von einer Institution zur Therapie geschickt wurde. Aus seiner Sicht hat er gar kein Problem, sondern die anderen sind unfähig, sie haben die Probleme, ihm ginge es ja gut. Meist wird er in den ersten Minuten alles abwerten, das Setting, die Therapie und natürlich den Therapeuten selbst. Er hat ein unheimliches Talent, die Schwächen seines Gegenübers blitzartig zu identifizieren und auszunutzen. Man sieht sich als Therapeut einer nicht endenwollenden Schlacht um Macht und Dominanz ausgesetzt. Wenn man hier auf den Krieg einsteigt oder sich gar verteidigt, dann scheitert die Therapie. Wenn man sich distanziert natürlich ebenfalls. Der Punkt ist, am Anfang selber ein Bollwerk darzustellen, mit absolut rigorosen Grenzen, aber ohne vom Patienten wegzugehen oder ihn anzugreifen, sondern da und kommunikationsbereit zu sein. Der Fokus muss immer wieder zum Klienten zurückgelenkt werden. Nach einem Angriff reagiert der Therapeut statt mit Gegenangriff, Verteidigung oder Rückzug z.B. mit „*Wie fühlen Sie sich jetzt?*“, dann kommt die nächste Salve, z.B. „*Das sage ich nicht. Statt mich auszufragen, sollten Sie mir lieber helfen!*“. Therapeut: „*Können Sie mir sagen, warum Sie hier sind?*“, Patient: „*Das habe ich Ihnen doch gerade gesagt, mein Gott lernt man denn in Ihrer Ausbildung gar nichts?*“, Therapeut: „*Was würden Sie vorschlagen, was wir uns heute anschauen sollen?*“, Klient: „*Lassen Sie sich doch etwas einfallen, schließlich zahle ich ja dafür.*“, Therapeut: „*Mich würde interessieren, was Sie über mich denken.*“ usw.

Es geht um die Integration von Bedürftigkeit, Verletzlichkeit, Einsamkeit, Traurigkeit und das Zulassen von gesunder Abhängigkeit und Vertrauen. All dies erlebt jemand mit der beschriebenen Struktur jedoch als hochgradig gefährlich. Wenn ich direkt versuche, diese Anteile anzusprechen, kommt es zu einer massiven Eskalation, wie Wutausbrüche, Unverschämtheiten, Schreien oder Therapieraum mit Türknallen verlassen. Am Anfang ist absolut zu vermeiden, etwas von sich preiszugeben, da es dem Klienten ermöglicht, Schwächen zu identifizieren und als Angriffsfläche auszunutzen. Außerdem besteht die Gefahr, dass der Therapeut von solchen Patienten nicht ernst genommen wird. Erst nach einer längeren Therapiephase ist es sinnvoll, dass der Therapeut etwas von sich preisgibt.

Wichtig: Der Klient leidet nicht bewusst, er hat aus seiner Sicht ja kein Problem! Stattdessen fühlt er Wut und Hass auf Autoritäten und Menschen in Führungspositionen. In schwachen, hilfsbedürftigen und erfolglosen Menschen sieht er seine eigenen verdrängten Anteile und kümmert sich gerne um sie (im Außen). Er fühlt sich grundsätzlich überlegen, souverän und kampfbereit. Unbewusst kompensiert er damit einen tiefen Vertrauensmissbrauch, den er als Kind erlebt hat. Sein Beziehungsmodell ist Krieg.

Die Prognose ist leider sehr schlecht, da er praktisch nie aus eigenem Antrieb zur Therapie kommt. Oft kommt es nur zu einer Veränderung nach völligem Zusammenbruch, privat, beruflich usw. oder in einem klinischen Setting, wo es keine Möglichkeiten mehr gibt, Macht und Dominanz über die Autoritäten (das Setting und den Therapeuten) auszuüben.

\*\*\*

Ganz anders stellt sich die Situation dar, wenn ein Patient grundsätzlich im Kontakt *rebelliert*. Aufklärung über diese Konstellation und Abgrenzung zur Dominanzstruktur ist das Hauptanliegen dieses Artikels. Wie schon beschrieben führt das Rebellions-Szenario zu großem Leid und Ratlosigkeit auf beiden Seiten, Klient und Therapeut.

Rebellion mag zunächst gleich aussehen und ähnlich auf den Therapeuten wirken, es handelt sich jedoch um einen fundamental anderen Vorgang. Der Hauptunterschied ist, dass der Klient hier aus *Not* agiert, während im vorherigen Fall aus einem Gefühl absoluter Überlegenheit und Souveränität. Jemand, der rebelliert, leidet sehr und seine Strategie mit diesem Leiden fertigzuwerden ist, sich zu wehren. Die Frage ist jetzt natürlich, gegen was? Er versucht, sich gegen die Vernichtung seiner Autonomie zu wehren. Der Betroffene fühlt sich in einem unlösbaren Dilemma, in einer Zwickmühle, aus der er keinen anderen Ausweg sieht, als zwischen Rückzug/Trennung und Rebellion hin- und herzu pendeln: entweder Kontakt mit absoluter Anpassung und Selbstverleugnung (inklusive Rebellion) oder Trennung mit der Konsequenz von totaler Einsamkeit und Verlorensein. Er hat Angst vor seiner Autonomie, vor seinen Gefühlen von Wut und Hass und projiziert in den anderen hinein, dass er ihn deshalb verlässt (Trennung).

***Eine Therapie mit einem solchen Menschen kann nur gelingen, wenn man in der Therapeutenrolle absolute Hilflosigkeit, Frustration, Nichtstun und Ratlosigkeit aushalten kann und zwar über einen längeren Zeitraum.***

***Man muss mit dem Klienten gemeinsam durch das Scheitern der Therapie hindurchgehen, ohne wegzugehen oder irgendetwas abzuwehren oder gar abbrechen zu wollen.***

Es handelt sich bei alledem nicht um Therapiehindernisse, sondern um die Therapie selbst.

Im ersten Fall (Dominanz) fühlt der Therapeut Unterlegenheit, hier jedoch Hilflosigkeit, ein grundlegender Unterschied! Die Angriffe, die hier geschehen, basieren eher auf einem Herausfordern und Infragestellen, statt, wie im ersten Fall, einem direkten Angriff auf Macht und Vorherrschaft. Natürlich gibt es auch verdeckte Formen der Rebellion, wie Opferrolle, Scheinkooperation, Angst, Passivität, Ratlosigkeit, Verwirrung stiften usw., aber hier geht es mir um die Abgrenzung der aggressiven Variante zum Dominanzverhalten, da dies am Anfang leicht verwechselt werden kann und eine Fehleinschätzung drastische Folgen für den Therapieverlauf hat.

Die Wirkung auf den Therapeuten ist im *weiteren Verlauf* anders als im ersten Fall. Im ersten Fall ist die Tendenz, dass die Beziehung zum Therapeuten in einen totalen und offenen Krieg mündet. Hier jedoch (Rebellion) erlebt sich der Therapeut immer mehr als ratlos, frustriert, ohnmächtig (aber nicht im Sinne von klein und unterlegen, sondern im Sinne davon, dass er nichts machen, nicht helfen kann) und die Therapiesituation als aussichtslos. Während der Therapeut im ersten Fall gradlinigen Angriffen ausgesetzt ist, kommt es hier zu einer Doppelbindung: Extreme Not und *Forderung* nach Hilfe, gleichzeitig komplette Abwehr dessen (Rebellion gegen die Zuwendung). Der Therapeut erlebt in sich das unlösbare Dilemma des Klienten in seiner Kindheit, Ohnmacht und Hilflosigkeit.

Wie schon oben erwähnt, ist das eine der häufigsten Konstellationen, die Therapien *seitens des Therapeuten* zum Scheitern bringen, weil anscheinend kaum ein Verständnis für die Zusammenhänge vorhanden ist, noch die persönliche Kapazität, mit dem was im Therapeuten aufgewühlt wird, umzugehen, noch das Wissen, wie dies alles zu lösen ist. Entgegengesetzt zum ersten Fall, wo derjenige erst gar nicht auf die Idee kommt Therapie zu machen, haben diese Patienten oft eine lange Therapiegeschichte hinter sich, die durch viele Abbrüche gekennzeichnet ist.

Die Vorgehensweise für den Therapeuten ist hier diametral entgegengesetzt zum ersten Fall. Der Fokus ist absolut vom Klienten wegzunehmen und der Therapeut muss niedrig dosiert von sich erzählen, vor allem in Bezug zum Verhältnis und seinen inneren Vorgängen zum Klienten. Den Patienten in Ruhe lassen, aber gleichzeitig offen für Kontakt seinerseits bleiben! Es gilt Passivität auszustrahlen und auf jedes zielorientierte Vorgehen, Konzepte und Strategien zu verzichten. Wer hier helfen will, bringt die Therapie zum Scheitern. Hier funktioniert Helfen, Therapieren und Heilenwollen nicht! Stattdessen braucht es eine hundertprozentige Authentizität des Therapeuten jenseits aller Therapiekonzepte, Ziele und Strategien. Sobald ich etwas mit dem Klienten machen will, „ist er weg“. Solche Menschen haben dafür extremste Sensoren und Antennen.

### **Absolutes No-go sind Zielvereinbarung, Hausaufgaben oder Anliegen formulieren lassen.**

Implizit muss der Therapeut kommunizieren, dass er den Klienten nicht braucht, dass er nichts von ihm will und auch nichts mit ihm vorhat oder machen will. Es muss klar sein, dass er völlig unabhängig ist, *aber nicht weggeht*. Das Adressieren der verdrängten Anteile (hier Autonomie, Wut) sollte immer *indirekt* geschehen, immer „getarnt“ als Mitteilung von sich als Therapeut, z.B. „*Ich habe keinerlei Problem damit, wenn Sie mir sagen, dass Sie Wut fühlen. Ich denke, dass Ihre Eigenständigkeit hier sehr willkommen ist. Ich bin nicht abhängig von Ihnen, aber ich schaue mir gerne alles zusammen mit Ihnen an. Ich kann sehr gut umgehen mit meiner Wut und darüber sprechen.*“

Des weiteren ist es notwendig, den trennenden Mechanismus direkt zu benennen und zu beschreiben. Klienten mit dieser Struktur verstehen sich selbst nicht, sie wollen Hilfe, sie wollen verstanden werden und suchen tatsächlich nach einer Lösung. Z.B. „*Ich frage mich, ob Ihnen alles was ich sage als Manipulationsversuch erscheint?*“

Grundsätzlich geht es hier um die Integration von Wut, Hass und Autonomie. Prognose: sie hängt in einem überproportionalen Maße von der Kapazität des Therapeuten ab.

\*\*\*

Wie schon gesagt, ohne das eigene Muster erkannt und losgelassen zu haben, kann ich mich nicht auf Ebene der **Bindungssprache**, wie ich es gerne nenne, bewegen. Die Bindungssprache verstehen heißt, ich muss jede Aktion und jeden sprachlichen Ausdruck eines Klienten auf die Bindungsebene zurückführen können, sonst verstehe ich nicht, was mir das System in der Tiefe bezüglich der ungelösten Bindungsnot mitteilen möchte. Es reicht nicht, ein Symptom, das was jemand sagt oder sein Problem nur symbolisch/seelisch irgendwie zu deuten, sondern es muss wirklich bis auf die Ebene der nicht kommunizierten Kernemotionen (Wut oder Trauer) und der entsprechenden unerfüllten Bedürfnisse (Autonomie oder Verschmelzung) zurückgeführt werden. Denn alles was ein Klient sagt oder zum Ausdruck bringt, kann letztlich verstanden werden als indirekte Kommunikation des nicht verarbeiteten Bindungskonfliktes aus der Kindheit. Alles kann gesehen werden als verschleierte Mitteilung von Wut und/oder Trauer.

Generell kann man sagen, im ersten Fall liegt ein Übermaß an Struktur vor und es geht praktisch ausschließlich um Prozessarbeit. Hier im zweiten Fall ist viel zu wenig Struktur da und diese muss erst langsam und vorsichtig aufgebaut werden. Siehe auch „[Strukturbasierte vs. prozessorientierte Traumaarbeit](#)“.

Wichtig: es ist absolut unerheblich was der Klient in der Vergangenheit/Kindheit tatsächlich erlebt hat. Wir brauchen keinerlei Infos aus der Vergangenheit. Es geht darum, was er *heute* an Symptomen und Projektionen in jedem Moment automatisiert immer wieder erschafft.

Natürlich ist jeder Mensch individuell und besonders und hat seine eigene, einmalige Geschichte, die im Therapieverlauf berücksichtigt werden muss, jenseits allen Wissens, Verstehens und aller Fachkonzepte. Es kann jedoch sehr hilfreich sein, Grundmuster zu erkennen und zu verstehen.

Es geht darum, niemals, unter keinen Umständen, egal was im Außen passiert oder nicht passiert, einen Klienten *innerlich* zu verlassen. Was nicht heißt, dass man alles mit sich machen lässt, nie eine Therapie abbrechen würde oder mit jedem Klienten arbeiten muss.

**[Gopal Norbert Klein](#)**

#### **Interessante Links:**

[Veranstaltungen](#)

[Fortbildung Traumatherapie mit FLOATING](#)

[Video „Tiefe Einblicke in die Traumatherapie...“](#)

[Buch „Der Vagus-Schlüssel zur Traumaheilung“](#)

#Widerstand  
#Trauma  
#Traumatherapie  
#FLOATING  
#Gopal  
#Entwicklungsstrauma  
#Self Disclosure  
#Bindung  
#Gegenübertragung  
#Kindanteile  
#Überlebensmechanismus  
#Bindungsmuster  
#Borderline  
#Narzissmus  
#Persönlichkeitsstörung