

Parasitäre Beziehungen¹ und aktives Leiterverhalten in der Balintgruppe – mit besonderem Bezug zu den theoretischen Annahmen von W. R. Bion

Parasitic Relationship and Active Leadership in the Balint Group – with Special Reference to Theoretical Considerations of W. R. Bion



Autor

Ulrich Rüth

Schlüsselwörter

Balintgruppenleitung, Containment, parasitärer Beziehungsmodus, Alpha-Funktion

Key words

Balint Group Leadership, Containment, Parasitic Relationship, Alpha Function

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0978-3926>

Balint-Journal 2019; 20: 75–78

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 1439-5142

Korrespondenzadresse

Dr. Ulrich Rüth

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie,
Goethestraße 54
80336 München
ulrich.rueth@mnet-online.de

ZUSAMMENFASSUNG

Anhand eines komplexen Fallberichts aus der Balintgruppe wird das Konzept der parasitären Beziehung nach Bion aufgegriffen, bei welcher Denken und Entwicklung zerstört werden und eine Alpha-Funktion zur Transformation gemachter Erfahrungen nicht mehr zur Verfügung steht. Ausgehend von der Überlegung, dass eine parasitäre Beziehung gar keine übliche Arzt-Patienten-Beziehung mehr darstellt, wird ein aktives Leiterverhalten beschrieben, um die über Spiegelungsphänomene in der Gruppe verloren gegangene Alpha-Funktion zu ersetzen und die parasitäre Verstrickung aufzulösen.

ABSTRACT

Referring to a complex Balint case, the parasitic container-contained relationship is discussed, where thinking is destroyed and the Alpha-function is no longer available. On the basis that a parasitic relationship isn't a patient-doctor-relationship any more, an active leadership behaviour is described, aiming at reinstalling the lost Alpha-function, targeting at the resolution of the parasitic entanglement.

Ein komplexer Fall

Eine Kollegin in Weiterbildung in Psychiatrie berichtet in der Balintgruppe über einen Patienten der offenen Station, mit dem sich die Behandlungsbeziehung hoch schwierig gestaltet. Der etwa 50 Jahre alte Patient habe offen erklärt, er wolle möglichst lange in der Kli-

nik bleiben, um sich an seinem Arbeitgeber zu rächen. Diverse Probleme am Arbeitsplatz einschließlich der Einschaltung des dortigen Betriebsärztlichen Dienstes blieben der Kollegin eher nebulös, ebenso wie die vom Patienten angedeutete Suchtbelastung – eine Schweigepflichtentbindung wurde nicht unterzeichnet. Zugewiesen wurde der Patient über eine somatische Klinik, in welche ihn sein Hausarzt eingewiesen hatte – wobei keine wesentlichen somatischen Befunde vorlagen. Die somatische Klinik sah beim Patienten eine psychiatrische Problematik und eine behandlungsbedürftige Depression. Auf der psychiatrischen Klinikstation deutete der Patient immer wieder suizidale Ideationen an. Dies ging bis zu hoch belastenden Äußerungen wie „wenn ich mich umbringen will, können Sie das sowieso nicht verhindern“, und er changierte so

1 W. R. Bion (1897–1979) entwickelte seine in diesem Artikel aufgegriffenen Vorstellungen von parasitären Beziehungskonstellationen vor etwa 60 Jahren. Im deutschen Sprachraum wirkt der Begriff des Parasitären im Zusammenspiel mit unseren, historisch vor Bion liegenden gesellschaftlichen Verwerfungen und Greuelthaten besonders problematisch. Um die Denk-Ansätze Bions nachvollzieh- und nutzbar zu machen, wurde trotz allem gerade diese spezifische Begrifflichkeit Bions unverändert aufgegriffen.

immer wieder in die unmittelbare Nähe einer Verlegung auf die geschützte Station. Im Interaktionsverhalten erlebte die Kollegin ihren Patienten z.T. provokativ und manipulativ bis übergriffig. Zur angekündigten Zimmervisite wurde der Patient während Fitness-Übungen mit demonstrativer Zur-Schau-Stellung seines entblößten Oberkörpers angetroffen, was unmissverständlich als Hinweis auf seine maskulin-sexuelle Attraktivität verstanden werden musste. Gegenüber dem Oberarzt setzte er in der Visite die Ärztin herab. Die Kollegin fühlte sich zunehmend unwohl und gegenüber dem Oberarzt in ihrer Kompetenz nicht gewürdigt, aber auch mit der immer wieder angedeuteten Suizidalität ihres Patienten fast bedroht – zumal Mitarbeiter der Station sie darauf hinwies, dass im Falle eines tatsächlichen Suizids andere Ärzte wirklich Probleme bekommen hätten mit der Klinikleitung wie auch der Staatsanwaltschaft. Deutlich wurde, dass Bitten an Kollegen oder den Oberarzt um Unterstützung zwar von diesen nicht offen abgelehnt wurden, aber im Falle einer Abwesenheitsvertretung oder einem oberärztlichen Gespräch die Behandlungsproblematik durch den Patienten dann jeweils völlig negiert, abgestritten oder ins Lächerliche gezogen wurde. Gegenüber dem Team verhielt sich der Patient in einer anderen Rolle, was zur Folge hatte, dass die Nöte der Kollegin im Team nicht verstanden wurden und sie sich ohne Unterstützung fühlte.

Empathie, Beziehungsanalyse und Verstehen in der Balintgruppe

Die Besprechung der Arzt-Patienten-Beziehung in der Balintgruppe wurde an anderer Stelle als Containment für die Not des Arztes beschrieben [1]. Die Balintarbeit leistet dabei eine Überführung von zunächst ungeordneten Eindrücken, Wahrnehmungen und Affektbruchstücken aus der Arzt-Patienten-Beziehung – aus einem Zustand nicht-denkbare Beta-Elemente (nach Bion) – in denk- und bearbeitbare Vorstellungen und Ideen und somit modifizierbare Alpha-Elemente [2, 3]. Die Kollegin im berichteten Fall äußerte in der Gruppe offen ihre Not und ihre Hilflosigkeit, mit ihrem Patienten behandlungsorientiert und sinnvoll umzugehen. Deutlich wurde, dass eine massive Schiefelage in der Arzt-Patienten-Interaktion vorlag.

Schon über eine sehr oberflächliche Bedingungsanalyse konnte die Hypothese aufgestellt werden, dass der Patient über die angebotene Behandlung einen scheinbar sekundären, im hiesigen Beispiel aber primären Krankheitsgewinn erlangte – nämlich die Abwesenheit vom Arbeitsplatz. Dieser Zustand wurde zumindest vordergründig angestrebt wegen dort vorgeblich aufgetretener Probleme, ohne dass aber eine Bereitschaft bestand, diese Schwierigkeiten genauer zu schildern, zu hinterfragen oder gar zu bearbeiten. Der offensichtliche Auftrag zur Behandlung lag in der Abwesenheit vom Arbeitsplatz, und dies schien im Wesentlichen durch den Klinikaufenthalt und das Changieren um Suizidalität erreichbar zu sein. Gleichzeitig wurde aber mithilfe der dargebotenen latenten bis akuten Suizidalität eine Fortsetzung des Klinikaufenthalts und damit der „Behandlung“ erzwungen, ohne dass eine tatsächliche Veränderungs- und damit Behandlungsbereitschaft bestand.

Die Balintgruppe bemühte sich um empathisches Verstehen der Not der Kollegin mit der dargebotenen Suizidalität, aber auch der Not

mit den Umgebungsfaktoren der Klinik, und näherte sich in der Diskussion immer mehr den pathologischen Aspekten der Arzt-Patienten-Beziehung. Diese zeigten sich in Gestalt des Krankheitsgewinns und der zwischenmenschlichen Manipulationen und Zumutungen seitens des Patienten. Deutlich wurde vor allem das Dilemma, sich einem Patienten ausgesetzt zu sehen, der sich vordergründig einer Behandlung unterzieht, tatsächlich diese aber nur wählt, um hierdurch einen nicht die Krankheit betreffenden Gewinn zu erzielen.

Für den Balintgruppenleiter entstand hier die – zunächst noch nicht gegenüber der Gruppe benannte – Hypothese, dass es sich nicht um eine übliche Arzt-Patienten-Beziehung handeln könnte, sondern um eine „parasitäre Beziehung“ wie zwischen Parasit und Wirt gemäß den theoretischen Annahmen Wilfried Bions², entwickelt in den 1960er Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Mit anderen Worten: bei der vorgestellten Arzt-Patienten-Beziehung handelte es sich nicht um die Beziehung eines Hilfesuchenden (d. h. Patienten) mit einem Helfenden (d. h. einem Arzt), sondern um ein ganz anderes Beziehungsgeschehen.

Parasitäre Beziehungen und die Arzt-Patienten-Beziehung

Nach Bion können letztlich alle menschlichen Beziehungen, aber auch jedes Denken unter dem Aspekt Container (Behälter) und contained (Inhalt) verstanden werden. So gibt es keine tragfähige Beziehung ohne einen diese Beziehung haltenden Rahmen; kein kommunizierbarer Gedanke kann existieren ohne von einem Denker gedacht oder von einem Gegenüber verstanden zu werden; ein Kind bedarf der Eltern, die es ernähren und fördern; Freundschaft und Liebe bedürfen einer wechselseitigen Anerkennung und des wechselseitigen Halts.

Die so beschriebenen Container-contained-Beziehungsformen sind entweder kommensal, also ermöglichen Wachstum über ein gemeinsames Drittes, oder symbiotisch, also ein Drittes zwar abschließend, aber immer noch Wachstum ermöglichend [5], oder aber parasitär.

Eine parasitäre Beziehung ist nach Bion [6] eine pathologische Container-contained-Beziehung, bei der die Möglichkeiten zu denken zerstört werden und kein psychisches bzw. persönliches Wachstum mehr möglich ist. Bion geht davon aus, dass sich in einer solchermaßen pathologischen Beziehung der Container weigert, wissen zu wollen, oder das „Zu-Wissende“ ein Containment verweigert [7]. Ist der Container aufgrund der parasitären Beziehungskonstellation unzureichend, wird er von den Inhalten überwältigt – weil seine Fähigkeit nicht hinreicht, Wahrnehmungen und Eindrücke (β -Elemente) in denkbare Inhalte (α -Elemente) zu überführen, was bedeutet, dass seine sogenannte Alpha-Funktion nicht mehr aktiv zur Verfügung steht.

2 Zur komplexen Biografie von Wilfried R. Bion siehe Bléandonu [4]. Bion, geboren in Indien, war Weltkrieg-I-Offizier, später Psychoanalytiker von Beckett in den 30er Jahren, Militärpsychiater im II. Weltkrieg und alleinerziehender Vater. Später weigerte er sich, die Führung der kleinasiatischen Sektion der brit. Psychoanalytiker zu übernehmen und wanderte nach Kalifornien aus. Im Weiteren besondere Rezeption in Südamerika.

In der Arzt-Patienten-Beziehung können sowohl Arzt wie Patient „Container“ oder „contained“ sein: Der Patient (contained) begibt sich in eine Behandlung (Container), schildert hierbei Aspekte seines Leidens, mögliche Gründe hierfür und lässt so das Angenommen-Werden (Containment) durch den Arzt (Container) zu. Der Arzt seinerseits (contained) wird sowohl als helfende Person als auch mit seinen Behandlungsvorschlägen durch den Patienten (Container) angenommen. In einem gesunden Container-contained-Verhältnis würde eine Entwicklung und letztendlich die Genesung des Patienten ermöglicht werden.

Die parasitäre Beziehungsgestaltung lässt eine freundliche Aufnahme des jeweiligen Gegenübers überhaupt nicht mehr zu. Geht die pathologische Beziehungsgestaltung vom Patienten aus, so mag sich der Arzt weitreichend bemühen, ohne aber Veränderungen zu erreichen – zumindest solange der parasitäre Modus besteht. Der Patient möchte nicht, dass der Arzt wirklich etwas versteht, oder gar positiv verändert. Es bleibt im parasitären Modus allerdings nicht beim Stillstand in der Beziehung, sondern die destruktive Kraft der Beziehungsgestaltung bedroht letztlich beide Beteiligte. Bion meint, dass durch parasitäre Haltungen das gemeinsame Dritte (hier die Behandlung) ebenso zerstört werden wird wie der Wirt selbst (die ärztliche Kollegin – in ihrer Arztrolle wie auch aufgrund staatsanwaltschaftlicher Verfolgung), aber auch der Parasit (der Patient in seiner Patientenrolle oder durch Suizid). Eine ebenfalls zerstörerische Wirkung hätte eine erotisch-sexuelle Beziehung zwischen Ärztin und Patient, die vom Patienten zumindest den Gegenübertragungsgefühlen nach angeboten wird.

Parasitäre Beziehungsgestaltung kann als Folge einer tiefgreifenden narzisstischen Kränkung verstanden werden [8]. Sie hat als Ziel, (psychisches) Leiden dadurch abzuschaffen, dass auf Entwicklung verzichtet wird und die Beziehung zum Objekt – in diesem Fall die Beziehung zur Ärztin – dazu benutzt wird, sie als Gegenüber zu zwingen, den "Parasiten" (den Patienten) zu „ernähren“ – d. h. hier, ihn ohne eigentliche ärztliche Behandlung auf Station zu behalten und sich dessen emotionalen Bedürfnissen zu unterwerfen. Greift man zurück auf die Idee biologischer Parasiten, so nutzen diese ihren Wirt aus, um sich zu ernähren und zu vermehren, z.T. mit Todesfolge für den Wirt. Anders als in der symbiotischen Beziehung erfolgt kein wechselseitiger Nutzen. Im beschriebenen Fall bestand die „Ernährung“ in der Fortsetzung des formalen Patientenstatus mit dem Ziel der Abwesenheit vom Arbeitsplatz, in der so ermöglichten „Rache“ am Arbeitgeber, aber auch in der emotionalen Erniedrigung der Kollegin, z.T. mit Verschiebung von Rachegefühlen gegenüber dem Arbeitgeber auf die behandelnde Ärztin.

Balint benannte Konzepte für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese beinhalten ein wechselseitiges Investment von Arzt und Patient, eine führende Rolle des Arztes (apostolische Funktion) und die Arzt-Patienten-Beziehung als eigenständigen Wirkfaktor („the doctor as a drug“) [9]. All dies findet sich gerade nicht in einer parasitären Beziehungskonstellation zwischen Arzt und – vermeintlichem – Patienten. In einer parasitären Konstellation verlässt der Patient die ihm zugedachte Rolle und Funktion als Patient – und nutzt das Arzt-Patienten-Verhältnis für völlig andere und auf sich selbst gerichtete andere Ziele, als jene der eigenen Genesung.

Der Patient als Parasit – der Parasit ist kein Patient

Der in der Fallvorstellung beschriebene Patient bewegte sich zumindest in der Beziehung zur vorstellenden Kollegin in einem parasitären Beziehungsmodus. Er wollte weder verstanden werden, noch selbst mehr über sich verstehen, noch seiner Ärztin ermöglichen, ihm medizinisch-therapeutische Unterstützung anzubieten. Vielmehr wurden mithilfe projektiver Identifikation, auch in das Team hinein, ausgeprägte Angriffe auf die Denk- und damit Handlungsfähigkeit der Kollegin gestartet mit dem Ziel, den Klinikaufenthalt und damit eine vermeintliche „Behandlung“ zu verlängern. Die Angriffe dienten auch dazu, eigene unangenehme Affekte aufgrund der erzwungenermaßen zugeschriebenen Patientenrolle in fast sadistischer Weise in die Kollegin mittels projektiver Identifikation zu evakuieren. Hintergrund waren wohl narzisstische Kränkungen des Patienten an seinem Arbeitsplatz, welche aber zum Zeitpunkt der Arzt-Patienten-Beziehung im therapeutischen Dialog nicht zugänglich und damit nicht bearbeitbar waren.

Gerade auch unter Maßgabe der von Balint beschriebenen Grundannahmen einer Arzt-Patienten-Beziehung handelte es sich – zumindest im engeren Sinn – nicht um eine Beziehung zwischen Ärztin und Patient und umgekehrt. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass sich der Patient in einem parasitären Modus gegenüber der fallvorstellenden Kollegin befand. Zudem wurde deutlich, dass das parasitäre Beziehungsverhalten vom Patienten durchaus selbst modifizierbar war, da er seine pathologische Beziehungsaufnahme weniger gegenüber dem vertretenden Kollegen, dem Team und dem Oberarzt zeigte.

Gruppendynamik und Leiterverhalten

Parasitäre Beziehungen greifen die Fähigkeit zu denken und die Alpha-Funktion an und verhindern so, dass die tiefergehenden Motive und Impulse aus dem Zustand des Wahrnehmungsinhalts in einen gedachten Gedanken überführt werden. Genau dies stellte sich im Sinn eines Spiegelphänomens [10] auch in der oben beschriebenen Balintgruppe ein. Keiner der anwesenden Kollegen benannte annähernd den parasitären und letztlich ausnützenden Charakter der vorgestellten Arzt-Patienten-Beziehung. Die Gruppe änderte im Wesentlichen um die innere Not der Kollegin und den vordergründigen Krankheitsgewinn des Patienten. Für den Leiter schien es deshalb so, als wenn die projektiven Identifikationen des Patienten sogar in der Diskussion der Balintgruppe noch wirksam waren.

In diesem besonderen Fall erlaubte sich der Leiter, die über projektive Identifikation in der Balintgruppe gelähmte Denkfähigkeit (Alpha-Funktion) zu ersetzen, also aktiv einzugreifen und seine Überlegungen zur parasitären Beziehungsgestaltung durch den Patienten auszusprechen. Dies widersprach einem Leiterverhalten, bei welchem nicht der Fall, sondern der Gruppenprozess im Vordergrund stehen sollte [11]. Allerdings kann ein solches Verhalten auch erlaubt sein: König [12] beschreibt den Leiter als Supervisor der für den vorstellenden Kollegen arbeitenden Gruppe – sodass der beschriebene Schritt als deutende und konfrontierende Supervisions-Intervention gewertet werden kann. Ein Einbringen der Leiter-Assoziation darf insofern auch als didaktisch angesehen wer-

den, nicht um etwas „bei zu bringen“, sondern vielmehr, um „Denkmöglichkeiten zu eröffnen“ und unverstandenes Material aus der Fallgeschichte zugänglich zu machen [13].

In den ersten Reaktionen der Gruppe herrschte Nicht-Verstehen des dargebotenen Konzepts parasitärer Beziehungsgestaltung vor – was der angenommenen Lähmung der Alpha-Funktion und dem unbewussten Verbot eines Gewusst-Werdens bei einer solchen Beziehungsgestaltung entspricht. In der weiteren Diskussion öffnete sich die Gruppe dann aber den vom Leiter genannten Überlegungen. Die Gruppe begann die Ärztin-Patienten-Beziehung neu zu ventilieren: Vor dem Hintergrund des ausnützens und z.T. bösartig erlebten Patientenverhaltens entwickelte sich eine vertiefte Empathie für die vorstellende Kollegin, und es entstanden Fantasien zur weiteren und jetzt konstruktiveren Behandlungsgestaltung, aber auch zur Herauslösung aus der bisherigen Verstrickung mit Wünschen, die Kollegin von subjektiven Schuldgefühlen zu entlasten.

Prognose parasitärer Beziehungen

Parasitäre Beziehungsgestaltungen können durchaus psychotherapeutisch bearbeitet werden – sofern der Therapeut nicht selbst zum Wirt und damit durch den Parasiten bedroht wird. Die Gesamtprognose wird besonders vom Ausmaß der narzisstischen Störung abhängen, aber auch von der Möglichkeit, sich als Therapeut aus einer beginnenden parasitären Verstrickung herauszulösen. Ein konkretes Heraustreten aus dem parasitären Beziehungskontext erscheint hier immer wieder als durchaus notwendige „Antwort“ auf den Patienten, im Gegensatz zu einer bloßen „Reaktion“ auf das pathologische Beziehungsangebot [14].

FAZIT

Im vorgestellten Fall gelang es der Kollegin nach der Balintgruppe, über eine oberärztliche Entscheidung die Behandlungsverantwortung an einen männlichen Kollegen abzugeben und sich so aus der – insbesondere auch emotionalen – Verstrickung mit ihrem Patienten zu lösen. Die Gruppe hatte bereits erarbeitet, dass die von der fallvorstellenden Kollegin ohnehin ventilierte, längerfristige stationär-psychotherapeutische Behandlung für den Patienten auf unterschiedlichen Ebenen einen Gewinn darstellen könnte: Durch weitere Abwesenheit vom Arbeitsplatz, durch Klärung bisheriger Beziehungskonstellationen, aber auch als Möglichkeit von Wachstum jenseits kränkender Erfahrungen und insofern einem Herausgehen aus der bisherigen destruktiven Beziehungsgestaltung. Neben der konkreten Entlastung für die Kollegin im Klinikalltag stellte sich während des Balint-Nachtrags eine grundsätzliche Hoffnung auch für diesen schwer gestörten Patienten ein: Soweit der Gruppe berichtet werden konnte, hatte der Patient die ihm gemachten Vorschläge einer Behandlungsfortsetzung annehmen können. Die Kollegin konnte sich insbesondere auch hierdurch von einer eigenen narzisstischen Kränkung durch das „Scheitern“ an ihrem Patienten distanzieren und entlasten. Die parasitäre Verstrickung schien jetzt aufgelöst.

Der hier vorgestellte Fall beruht auf einer Zusammenschau ähnlicher Fälle und entspricht insofern keinem konkreten Patienten.

Autorinnen/Autoren

Ulrich Rüth

Dissertation an der Psychosom. Beratungsstelle der Universitätspoliklinik München bei Prof. Klußmann. Erwachsenenpsychiatrische Weiterbildung (im Rahmen des Facharztes KJPP) am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München (klinischer Lehrer Hinderk Emrich). Anschließend 22 Jahre klinische Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Heckscher-Klinikum in München mit dortiger Facharztausbildung bei Joest Martinus (damaliger Direktor der Klinik) und anschließend 18 Jahre psychodynamisch orientierte Oberarztstätigkeit am gleichen Haus. Psychotherapeutische Ausbildung an der Akademie für Psychotherapie und Psychoanalyse, München. Seit 2011 Praxisniederlassung in München.

Interessenkonflikt

Der Autor leitet Balintgruppen und erzielt hierüber Einnahmen.

Literatur

- [1] Rüth U, Holch A. Die Balint-Gruppe als Container für die Not des Arztes. *Dynamische Psychiatrie* 2012; 49: 78–91
- [2] Rüth U. Classic Balint Group work and the thinking of W.R.Bion: How Balint work increases the ability to think one's own thoughts; *Group Analysis* 2009; 42: 380–391
- [3] Rüth U. Wichtige Konzepte Bions und Gedanken zur Balintgruppenarbeit. *Balintjournal* 2005; 6: 43–48
- [4] Rüth U. Bion für Beginner – Eine Einführung zu Wilfred Ruprecht Bion (1897-1979): Leben und Werk. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2005; 15: 66–81
- [5] Bleandonu G. Wilfried Bion: His Life and Works. New York: Guilford Press; 1994. Deutsch: Wilfried R. Bion. Leben und Werk. Frankfurt: Brandes & Apsel; 2008
- [6] Bion WR. *Attention and Interpretation*. London: Tavistock; 1970
- [7] Joffe A. Three forms of container pathology: Towards a classification. *Psychoanalytic Psychotherapy in South Africa* 2008; 16: 1–30
- [8] Athanassiou-Popesco C. Der Parasitismus: eine Abwehr gegen Leiden und psychisches Wachstum. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis* 2005; 20: 79–97
- [9] Balint J, Shelton WN. Understanding the dynamics of the patient-physician relationship: Balancing the fiduciary and stewardship roles of physicians. *The American Journal of Psychoanalysis* 2002; 62: 337–346
- [10] König W. Balint-Gruppe und Umwelt – Das Spiegelphänomen der Balint-Gruppe im Licht neuer wissenschaftlicher Entwicklungen. *Balint Journal* 2006; 7: 19–26
- [11] Holzbach E. Leiter-Anliegen. *Balint Journal* 2003; 4: 116–119
- [12] König W. Balint-Gruppenleitung im Spannungsfeld von Strukturieren und Gewähren. *Balint Journal* 2000; 2: 8–13
- [13] Neumeier R. Balintgruppenleitung – Altes und Neues. *Balint Journal* 2019; 20: 16–22
- [14] Symington N. The possibility of human freedom and its transmission (with particular reference to the thought of Bion). *Int J Psycho-Analysis* 1990; 71: 95–106