

Komentáře k přenosu a protipřenosu v prvním analytickém setkání¹

Thomas H. Ogden

Shrnutí

Autor nás provádí prvním analytickým sezením a způsoby, jak rozumět pacientově přenosové úzkosti a odporu. Na příkladech osvětluje postupné vytváření analytického významu, udržování psychického napětí, naslouchání varovným příběhům, časování přenosové interpretace a pomáhání pacientovi vstoupit do analytické zkušenosti.

Klíčová slova: první analytické setkání, přenosová úzkost a odpor v prvním setkání, analytická zkušenost, začátek analytického procesu

Summary

Author introduces a first analytic session and ways how to understand patient's transference anxiety and resistance. He clarifies gradual formation of the analytic meaning through examples, maintaining psychic tension, listening to the cautionary tales, timing of transference interpretation and assisting patient to enter into analytic experience.

Keywords: initial analytic meeting, transference anxiety and resistance in initial meeting, analytic experience, initiation of the analytic process

*Neustaneme ve zkoumání,
a až vše prozkoumáme,
dospějeme tam, kde jsme začali,
a poprvé poznáme to místo.*

T. S. Eliot, „Little Gidding“

(Citováno dle překladu Jiřího Valji. In: Pustina a jiné básně, Praha: Odeon 1967, s. 146–148.)

Mají-li být psychoanalytické koncepty a techniky životaschopné, musí k nim analytik stále znovu přistupovat tak, jako by je objevoval poprvé. Musí se nechat překvapovat myšlenkami a jevy, které považuje za zcela samozřejmé. Například se musí umět nechat zaskočit všudypřítomným vlivem nevědomí, silou přenosu nebo neústupností odporu, a pak jen zpětně k právě znovuobjeveným jevům přiřazovat známé pojmy. Pokud si analytik dovolí být neustálým začátečníkem, kterým je, může se někdy dozvědět něco nového i o tom, co už podle svého názoru zná. Tento článek je souborem myšlenek určených mně samému (a dalším nováčkům) a zaměřuje se na téma zahájení analytického dramatu se zvláštním zřetelem k přenosu a protipřenosu. Nesnažím se obsáhnout vše, protože toto téma se dotýká téměř každé stránky psychoanalytické teorie a techniky. V pojednání o prvním analy-

1) Tento článek je rozšířenou verzí práce původně publikované v knize Thomase H. Ogdena: *The Primitive Edge of Experience*. Northvale, NJ/London: Jason Aronson, 1989.

tickém setkání vycházím z myšlenky, že mezi analytickým procesem při prvním a při jakémkoliv dalším analytickém setkání není rozdíl: při prvním sezení není analytik více ani méně analytikem, pacient více ani méně pacientem a analýza více ani méně analýzou než v jakémkoliv dalším setkání.

Vytváření analytického významu

Při prvním analytickém sezení „tváří v tvář“ je snahou analytika především vybízet pacienta k přemýšlení nad smyslem jeho zkušenosti. Se vším, co bylo pacientovi dosud jasné, se nebude nadále zacházet jako se zcela zřejmým. V analytickém prostředí se nad důvěrně známými věcmi spíše přemýšlí, hloubá a nově se vytvářejí. Pacientovy myšlenky a pocity, jeho minulost a přítomnost, dostávají nový význam, a pacient tak sám přebírá podoby významu, které nikdy před tím nevnímal. Určitý konkrétní význam, který se vytváří v analytickém prostředí, je pro toto prostředí jedinečný. Pro pacienta je ordinace zcela tichým, nerušeným místem a dochází v něm k uvědomění, že musí najít hlas, kterým bude svůj příběh vyprávět. Tento hlas je zvukem jeho myšlenek, které možná nikdy před tím neslyšel. (Pacient může zjistit, že nemá hlas, který vnímá jako svůj vlastní. Tento poznatek pak může být výchozím bodem analýzy.)

Analytik hovoří a mlčí způsobem, kterým vyjadřuje, že přijímá pacienta takového, jaký je, bez posuzování. Přesto je zároveň pacientovi i analytikovi jasné, že se setkali za účelem psychické změny. Analytik se pokouší pochopit, proč je pacient takový, jaký je, a proč se nemůže změnit. Přesto pacienta nepřímou žádá, aby se své nemoci vzdal, pokud mu má být analýza k užitku. Například schizoidní pacient musí vstoupit do vztahu s analytikem, aby mohl překonat hrůzu i z těch nejmenších kontaktů s jinými lidmi. Obsedantní pacient, který chce pomoci se svým nekonečným hloubáním, se ho musí vzdát do té míry, aby mohl vstoupit do analytického dialogu. Hysterický pacient musí přerušit drama, které představuje (a nahrazuje) jeho život alespoň na tak dlouhou dobu, aby se, kromě toho, že v něm hraje, stal také jeho pozorovatelem.

Analytik je předmětem přenosových pocitů pacienta už před prvním setkáním. Kromě toho, že pacient bere analytika jako osobu vzdělanou a zkušenou v porozumění a (skrže některé dosud neznámé procesy) v pomoci najít mu úlevu od psychické bolesti, vnímá ho také jako matku, která uzdravuje, dětský přechodový objekt, vytouženou oidipovskou matku a otce a tak dále. S těmito nadějemi se objevuje i strach ze zklamání.

Stejně jako má pacient před prvním setkáním (ve své fantazii) analytika, tak má i analytik před prvním setkáním v mysli pacienta (přesněji mnoho pacientů). Jinak řečeno, před setkáním s pacientem vychází analytik z takových detailů, jako je tón pacientova hlasu v telefonu, zdroj, který mu pacienta doporučil, vztahy, které má analytik se svými současnými pacienty, a na jejich základě si vytváří vědomé i nevědomé pocity k novému pacientovi, které si přináší do úvodního analytického sezení. Navíc často prožívá pocit napětí spojený s očekáváním úvodního setkání. Pacient i analytik se chystají vstoupit do mezilidského dramatu, pro které je napsáno již mnoho scénářů (vnitřní dramata analytika i pacienta). Pokud však má být jejich práce přínosná, musí vzniknout drama, které si ani jeden z nich před tím nepředstavoval. Spolu s pocitem vzrušení se objevuje také pocit úzkosti. Nebezpečí, které představuje první setkání, vyplývá do značné míry z možnosti nového setkání s vlastním vnitřním světem a vnitřním světem jiné osoby. Rozvířít

hlubiny nevědomé mysli je vždy nebezpečné. Tuto úzkost začínající terapeuti často vnímají mylně. Vykládají si ji jako obavy, že pacient zanechá léčby. Ve skutečnosti se terapeut obává, že pacient v terapii zůstane.

Nedávno jedna pacientka překvapivě jasně popsala zlomek sledu svých myšlenek před prvním setkáním: „Kolik bych toho měla na začátku říci o tom, čeho se nejvíce bojím a za co se nejvíce stydím? Jak bych to měla formulovat? Nechci, aby si myslel, že jsem tak šílená, prohaná, sobecká a svůdná, že pracovat se mnou bude natolik nepříjemné, že si brzy najde nějaký důvod, aby se mě zbavil. Stojí to za to ponížení takhle se odhalovat? Udělala jsem chybu, když jsem se rozhodla ho navštívit? Byla jsem zklamaná, když jsem s ním telefonovala. Přála bych si, aby byl starší, spíš jako dědeček. Zněl trochu bláznivě – vypadal, jako by si nepamatoval svoji vlastní adresu. Jeho ordinace je v takové zchátralé čtvrti. Zajímalo by mě, jestli nemá ve své praxi nějaké problémy.“

Když pacient zavolá a zajímá se o terapii nebo analýzu, navrhuji mu, abychom si našli čas sejít se ke konzultaci. Záměrně používám slovo *konzultace*, abych dal najevo, že toto setkání nemusí být nutně počátkem naší spolupráce (přestože půjde o analytickou zkušenost bez ohledu na to, jaký bude výsledek setkání). Děláním to proto, že předem nemůžu vědět, jestli po rozhovoru s pacientem budu mít dojem, že mu mohu nějak pomoci a budu s ním chtít pracovat. Mezi množstvím faktorů, které vstupují do tohoto rozhodnutí, patří i to, jestli cítím, že je mi pacient celkově sympatický a mám o něj určitou starost a zájem.

Důležité je, aby se analytik pokusil částečně uspořádat své myšlenky diagnosticky. Nicméně až na pár výjimek (např. pacienti závislí na drogách nebo alkoholu, násilně se chovající psychopati, vážně organicky poškození pacienti) jsem celkově otevřený k analytické práci s pacienty trpícími širokou škálou psychických poruch (srov. Boyer, Giovacchini, 1980; Ogden, 1982, 1986). Ovšem požadovat po sobě, abych byl jako terapeut schopný pracovat s jakýmkoliv pacientem, který má o analýzu zájem, mi připadá příliš. Jsem přesvědčený, že pacientovi uškodíme, pokud souhlasíme s tím, že budeme pracovat s někým, u koho si uvědomujeme, že nám není sympatický. Objevují se názory, že analytik by měl být schopný analyzovat své negativní protipřenosy, a měl by tedy být schopný pracovat s každým pacientem, který je jinak pro analytickou práci vhodný. Teoreticky by to mohlo platit. Prakticky si však myslím, že úkol analýzy je dost těžký i bez pokusů vystavět analytickou stavbu na základech silného negativního protipřenosu (nebo intenzivního negativního přenosu). Z vlastní zkušenosti mohu říci, že to platí bez ohledu na to, jestli analytik (nebo pacient) pochopí, že tyto přenosy nemají racionální odůvodnění. Toto varování se dá podle mě použít i pro případy, kde se od začátku objevují velmi intenzivní erotické přenosy a protipřenosy.

Na druhou stranu, když mluvím s pacientem, nenazývám první setkání „vyhodnocovacím obdobím“ nebo „posuzovací fází“, protože mi připadá, že tato pojmenování vyjadřují myšlenku, že by pacient měl být při tomto sezení poměrně pasivní. Taková označení by zkreslovala mé přesvědčení o tom, že úkolem prvního setkání je především zahájení analytického procesu. Podstata interakce během prvního sezení nespočívá jen v tom, že jedna osoba hodnotí druhou nebo že se obě osoby hodnotí navzájem. V mé mysli jde spíše o interakci, v níž se dva lidé pokoušejí vytvořit analytický význam, včetně chápání významu rozhodovacího procesu, který je součástí počátečních setkání. Při prvním sezení se snažím podpořit vznik interakce, která vytvoří takovou analytickou zkušenost, na jejímž základě si pacient může uvědomit, co to znamená být v analýze.

Přestože přenosová úzkost je v době předcházející prvnímu setkání velmi vysoká, nepovažují za úkol analytika pacienta na prvním setkání uklidňovat. Naopak si myslím, že jeho úlohou je pomoci pacientovi nepromarnit významnou příležitost k poznání a pochopení něčeho z přenosových myšlenek, pocitů a vjemů, se kterými bojuje.

Udržování psychického napětí v analytickém prostředí

Stejně jako všechna ostatní setkání, i úvodní analytická hodina začíná v čekárně. Pacient je osloven jako pan doktor, paní doktorka, pán nebo paní a podobně se představí sám analytik. Paradox spojený s tímto formálním představením pacientovi neunikne: analytický vztah je jedním z nejformálnějších a zároveň z nejdůvěrnějších lidských vztahů. Formálnost odráží respekt k pacientovi a k analytickému procesu. Také vyjadřuje skutečnost, že analytik nepředstírá, že je přítelem pacienta, ani to nechce a nesnaží se o to. (Svým přátelům neplatíme za to, aby si s námi povídali.) Od začátku je jasné, že důvěrnost analytického vztahu bude důvěrností v kontextu formality.

Začínající terapeuti mají při cestě z čekárny do ordinace často potřebu „pacienta uklidňovat“ nebo „jednat lidsky“. Terapeut pokoušející se zmírnit napětí při příchodu do místnosti řekne například: „Doufám, že jste neměl problém najít místo k zaparkování. Tady v okolí je parkování hrozné.“ Vzhledem k analytickému procesu nejsou takové poznámky příliš vhodné. Když se na to podíváme z pohledu, o kterém jsme zde mluvili, ve skutečnosti byl tento terapeut spíše nepříjemný, a to hned z několika důvodů. Zaprvé dal pacientovi najevo svůj nevědomý pocit, že pacient je malé dítě, které má problémy vydat se do nepřátelského světa, a terapeut se cítí provinile, protože jako osoba zodpovědná za pacienta mu jeho život neulehčil. Taková poznámka staví pacienta okamžitě do pozice analytikova dlužníka a nutí ho k tomu, aby mu tuto „laskavost“ oplatil, tj. aby pomohl terapeutovi vyhnout se nepříjemným pocitům. Touto poznámkou terapeut také naznačuje svou nejistotu, jestli terapie, kterou pacientovi nabízí, bude stát za problémy, které na pacienta čekají.

Navíc je taková poznámka jistou krádeží: okrádá pacienta o možnost představit se analytikovi způsobem, který si sám vědomě i nevědomě zvolí. Pacient má k dispozici nekonečně mnoho způsobů, jak začít analytický rozhovor. Způsob, jakým to udělá, nezopakuje žádný jiný pacient. Analytik nesmí připravit pacienta o příležitost napsat úvodní řádky vlastního analytického dramatu tím, že ho zatíží svým nevědomým obsahem dříve, než pacient překročí práh ordinace. (Na to bude spousta času později, když se analytik nevyhnutelně stane bezděčným hercem v pacientových nevědomých fantaziích.)

A nakonec poznámka tohoto druhu poskytuje pacientovi klamný obraz o povaze analytické zkušenosti. Jako analytici nemáme v úmyslu zmírňovat úzkost (svou vlastní nebo pacientovu) pomocí kroků, které by napětí snížily – útěchou, dáváním darů apod. Vzhledem k tomu, že udržování psychického napětí požadujeme nejen sami od sebe, ale i od pacienta, nemá smysl se na začátku analytického vztahu snažit o jeho rozptýlení. Pokud se o události znovu hovoří, pacient nevědomě zaznamenává skutečnost, že si analytik povoluje zvládat vlastní úzkost pomocí protipřenosového odehrávání v rámci analytického vztahu (*acting in*).

Na první rozhovor pacient přináší mnoho otázek a obav (obvykle nevyslovených) na téma, co to znamená být analyzován, být analytikem a být analytickým pacientem. Pokusy analytika o zodpovězení těchto otázek vysvětlováním volně

asociace, použití pohovky, četnosti setkávání, rozdílů mezi psychoterapií a psychoanalýzou, rozdílů mezi „školami psychoanalýzy“ apod. jsou nejen marné, ale vždy omezují možnosti pacienta představit se analytikovi svým vlastním způsobem. Jak názorně dokládá následující klinická ukázka, nejvýstižněji může analytik objasnit, co to znamená „být analyzován“, tím, že se sám chová jako analytik.

Pan H., dvaadváctiletý televizní producent, mi při prvním setkání vysvětlil, že ke mně přišel kvůli intenzivní úzkosti a „nutkavým myšlenkám“ na umírání – má například strach z toho, že se udusí ve spánku, že bude uvězněný a přijde o život při zemětřesení. Pacient byl zaujatý myšlenkou, že jeho šestiletá dcera, která je lehce nedoslýchavá, „nebude schopná uspět ve světě“. Řekl, že si uvědomuje, že všechny jeho strachy jsou přehnané, ale toto vědomí jeho úzkost nijak nesnižuje.

Pacient uvedl, že býval bojácný již od raného dětství. Otec pana H., vysokoškolský profesor, byl s pacientem neustále nespokojený a trval na tom, že mu bude každý večer „pomáhat“ s domácími úkoly. Nevyhnutelně to končivalo tím, že otec na pacienta křičel kvůli jeho „neuvěřitelné hlouposti“.

Pan H. mi sdělil, že jeho úspěch v práci se mu zdá nereálný. Případá si, jako by se musel neustále připravovat na den, kdy nebude schopný dále fungovat. Výsledkem je, že šetří každou penci, kterou vydělá. Zmínil se o několika situacích, kdy měl pocit, že když něco utratil, nebezpečně se mu ztenčily zdroje. Na to jsem řekl, že to vypadá, jako kdyby naznačoval, že představa placení za analýzu je pro něj děsivá, protože by to znamenalo, že se vzdá jednoho z mála zdrojů ochrany, který cítí, že má. Pan H. se usmál a prohlásil, že o tom hodně přemýšlel a vyhlídka na placení za analýzu mu připadá jako pouštění žilou, při kterém půjde o závod mezi jeho „léčbou“ a vykrvácením k smrti.

Když jsem se setkal s panem H. v čekárně při našem druhém setkání, potil se a zdálo se, že na mě čeká, jako kdyby úzkostně očekával nějaké strašně důležité zprávy, možná rozsudek. Ihned poté, co vstoupil do mé ordinace, rázně přešel místnost, natahoval se po telefonu a říkal: „Zamkl jsem si klíče v autě, a tak bych, pokud vám to nevdá, rád zavolal své ženě a poprosil ji, aby sem za mnou po našem setkání přišla a přinesla mi náhradní svazek klíčů.“ Řekl jsem mu, že si myslím, že mu teď asi připadá jeho život závislý na tom, jestli ihned zavolá; domnívám se však, že před tím, než se pokusí napravit to, co se stalo, bychom si spolu měli promluvit o tom, co se přihodilo mezi námi. Sedl si a odvětil: „To, co se právě stalo, je pro mě vlastně docela typické. Měl jsem na zadním sedadle auta oběd a na parkovišti byla cedule „Nechávejte klíčky v autě.“ Při představě, že bych nechal oběd v nezamčeném autě, jsem se cítil nepříjemně. Napadlo mě, že by se v něm někdo mohl vrtat, a tak jsem nechtěl nechávat auto nezamčené.“

Řekl jsem panu H., že se zdá, že aniž by si to uvědomoval, udělal oboje: zamkl svůj oběd v autě, takže se v něm nikdo nemohl vrtat, a zároveň nechal klíčky v autě, jak prikazovala cedule. Sdělil mi, že když zjistil, že má klíče zamčené v autě, začal velmi panikařit a hned ho napadlo, že z mé ordinace zavolá své ženě. Tento nápad ho velmi uklidnil. Zopakoval jsem jeho myšlenku, že v tu chvíli myslel na mě i na svou ženu. Řekl, že je to tak, ale že na mne myslel ještě dřív – když uviděl tu ceduli. Nějak mu totiž připadalo, že jsem ji tam pověsil já.

Pan H. mi vysvětlil, že prosba o použití mého telefonu je pro něj také typická. Téměř pořád se bojí, že se na něj lidé zlobí, a pravidelně se ujišťuje, že ho mají rádi, tím, že od nich chce drobné laskavosti. Například si často od kolegů v práci půjčuje drobné nebo tužku nebo se ptá na cestu na určité místo, i když už dávno dobře ví, jak se tam dostat.

Řekl mi, že už si o něm jistě myslím, že je úplný blbec. (Domníval jsem se, že za tímto pocitem bylo přání stejně jako strach, ale v tomto místě jsem pacienta nepřerušoval, protože mi právě představoval obsazení osob, které tvoří jeho vnitřní objektní svět.) Pan H. pokračoval a vyprávěl mi více o svých rodičích. Jeho otec zemřel před deseti lety, ale celý svůj život prožil, jako kdyby byl na prahu smrti. Trpěl onemocněním ledvin, které vzniklo v dětství, a nadměrně se zabýval strachem ze smrti. Pacient mi sdělil, že když na něj otec křičel, děsil se toho, že otec zemře. Pan H. mi řekl, že otec uměl být občas velmi milý a pacient ho miloval i přesto, že se ho často tak bál.

Zeptal jsem se pana H., jestli očekával, že na něj budu křičet, protože si zamkl klíče v autě a prosí mě o zavolání z mého telefonu. Odpověděl mi, že asi v nejasné podobě tento pocit měl, ale když seděl v čekárně, úplně netušil, proč se cítí tak vyděšený. (Napadlo mě, že se pacient možná pokoušel zavolat své ženě proto, aby ho přede mnou ochránila – jako ho chránila matka před otcem – a aby ochránila mne před ním.)

V průběhu následující analytické práce vyšlo na povrch mnoho rovin významu tohoto přenosového odehrání (o kterém pan H. mluvil jako o „kousku s telefonem“). Jedna z nich představovala pacientovo přání, aby se s ním zacházelo jako s bezmocným malým chlapcem – tím se bránil pocitu, že je silně destruktivní člověk, který velmi ublížil svému otci a který by ublížil i mně. Další aspekt tohoto přenosového odehrání se týkal přání vyprovokovat mě, abych se choval podobně jako jeho otec, kdy bych na něj křičel kvůli jeho hlouposti. Částečně se však toho, že bych se tak mohl chovat, bál a pokoušel se ujistit, že tak jednat nebudu. Pak také nacházel v takovém intenzivním nadávání smyslné potěšení. Navíc cítil po potrestání úlevu, protože nevědomě vnímal, že si to zaslouží za zločin, který si představoval, že spáchal ve vztahu ke svému otci (tj. provokoval ho tak, až bylo otci špatně a nakonec ho zabil). Navíc měl pocit, že mu otec svým intenzivním kontrolujícím chováním dokazoval lásku. Pacient nevědomě doufal, že skrze očekávané nadávky ode mě v této podobě získá lásku. V průběhu analýzy sloužil tento „kousek s telefonem“ opakovaně jako symbol analytického procesu.

Varovné příběhy

V úvodním rozhovoru již od začátku naslouchám pacientovým „varovným příběhům“, kterými pacient nevědomě objasňuje, proč si myslí, že vstoupit do analýzy je nebezpečné, a vysvětluje důvody svého pocitu, že analýza určitě selže.² Nemyslím tím nic víc, než že v hodině naslouchám převládajícímu tónu přenosové úzkosti (a pokouším se ho dát do slov pro sebe a pro pacienta). Bez ohledu na povahu potíží pacienta jeho úzkosti získají tvar v podobě nebezpečí, které představuje vstup do vztahu s analytikem. Pacient je nevědomě naprosto přesvědčený (což nedokáže nijak vyjádřit), že zkušenosti z období raného dětství ho poučily o určitých způsobech, jakými bude každý z jeho objektních vztahů nevyhnutelně bolestný, neuspokojivý, příliš stimulující, zničitelský, nespolehlivý, dusivý, příliš sexualizovaný apod. Nemá důvod věřit, že vztah, do něhož právě hodlá vstoupit, bude nějakým způsobem jiný. V tomto přesvědčení samozřejmě pacient má i nemá pravdu. Pravdu má v tom

2) Ella Freeman Sharpeová (1943) použila termín *varovný příběh* k označení představ sloužících ke kontrole pudových impulsů prostřednictvím nevědomého varování sebe sama před tělesným zničením. V tomto článku jsem použil termín k označení omezenějšího a odlišně chápaného souboru představ – nevědomé skupiny představ pacienta týkající se hrozby, kterou vidí ve vstupu do analytického vztahu (McKee, osobní sdělení, 1969).

smyslu, že přenosově se jeho vnitřní objektní svět nevyhnutelně stane na analytickém jevišti živým intersubjektivním dramatem. Naopak se mýlí do té míry, do jaké nebude analytické prostředí totožné s původním psychickým a mezilidským ovzduším, ve kterém vznikl jeho vnitřní objektní svět, tj. s prostředím dětských představ a objektních vztahů.

Vše, co pacient v průběhu prvních hodin sděluje (i nesděluje), může analytik brát jako nevědomé varování týkající se toho, proč by analytik ani pacient neměli vstupovat do tohoto nebezpečného a beznadějného vztahu. Je třeba zdůraznit, že pacient má pocit, že analýza ohrožuje analytika stejně jako jeho samého, a skutečnost, že pacient odmítá vstoupit do tohoto vztahu, je z velké části snahou ochránit analytika. Z tohoto pohledu slouží na začátku vztahu analytik jako osoba, která je schopná pojmout a zvládnout obavy pacienta začít vztah stejně jako jeho naděje, že vnitřní změna je možná a patologické citové vazby k vnitřním objektům se mohou změnit, aniž by pacient musel obětovat svůj život. Následující popis úvodního analytického setkání je názorným příkladem, jak se pacient často nevědomě pokouší sobě i analytikovi symbolizovat nebezpečí, která očekává.

Pan J. začal své první setkání popisem prázdných vztahů, které má se svou ženou a dětmi, nudy, již zažívá v práci, a nedostatku radosti, který ve svém životě obecně pocituje. Sdělil mi, že ho ke mně poslal internista, podle něž by mu analýza mohla pomoci. I přes to, že pan J. líčil pocity prázdnoty, měl jsem dojem, že ve svém životě zažívá potěšení, které však musí před sebou i přede mnou skrývat. Představoval jsem si, že pan J. má poměr – možná se ženou, možná s hudbou, uměním nebo nějakou jinou „vášnivou zálibou“, možná se vzpomínkou na dětskou lásku. Tato představa nebyla výsledkem intuice, ale reakcí na něco z toho, jak pacient představoval sebe samého. Když se na to podívám zpětně, snadněji vidím, že to sděloval volbou slov, rytmem řeči, držením těla, výrazem obličeje atd. Choval se jako člověk, který má tajemství. Působil dojmem (to jsem ale panu J. neřekl), jako by nevědomě cítil, že mu analýza bude přinášet určitá potěšení, která bude muset dobře skrývat. Na základě toho jsem očekával, že po docela dlouhou dobu bude analýza (pro mě i pro něj) spíše nezáživná.

Pacient mi řekl o svém přesvědčení, že potřebuje léčbu, a jestli se mu pomoci dostane, jeho žena a děti z toho budou mít užitek. Přesto trpěl silnými pocity viny za to, že utrácí peníze za analýzu. Jinak by mohly být využity k nákupu věcí, ze kterých by měla radost celá rodina. Když uplynul nějaký čas z naší první hodiny, sdělil jsem, že to vypadá, jako by měl pacient pocit, že začít analýzu je podobné jako mít milostný poměr. Řekl mi, že je své ženě věrný a o možnosti, že by měl opravdu milenku, nikdy neuvažoval. Přesto považoval za zvláštní, že jsem to řekl, protože v tomto týdnu poprvé slyšel sám sebe, jak říká sekretářce poznámku, která byla natolik dvojsmyslná, že si ji mohla vykládat jako návrh. Sekretářka raději na nejednoznačně navržený poměr přímo neodpověděla. Uvedl, že ho tato příhoda docela rozrušila a poprvé po mnoha letech odešel z práce dříve.

V tomto případě jsem zvolil vysvětlení toho, co jsem považoval za hlavní přenosovou úzkost (tj. nejprístupnější nevědomou/předvědomou skupinu významů přenosu a odporu). Vypadalo to, že pacient přináší do analytického vztahu vnitřní drama, ve kterém se vyskytuje očekávání vášnivého citového vztahu a intenzivního tajnůstkářství. Na základě této oblasti zkušeností („románku“) jsem se domníval, že se pan J. bojí, že analýza bude neobyčejně bolestivá a možná v ní nebude moci pokračovat. V průběhu několika následujících let analýzy byl pacient schopný těmto pocitům porozumět na základě vztahu s chůvou, kterou hluboce miloval. Nevědo-

mě cítil, že tuto lásku musí před svou matkou utajit. Jeho pocity zlosti a viny, stejně jako obavy, aby se nezapletl do podobných bezvýhodných vztahů, vedly k rozvoji charakterových obran, jejichž prostřednictvím si ve všech oblastech svého života zachovával poněkud odstup. Představa, že „dělá věci bez zaujetí“, měla v počáteční fázi analýzy důležitou obrannou funkci.

Načasování interpretací přenosu

Díky svému zájmu o myšlenky vycházející z britského psychoanalytického dialogu jsem byl často dotazován, jestli je pravda, že kleiniánští terapeuti interpretují přenos již od začátku analýzy. Tato otázka mi vždy připadala matoucí. Nikoho asi nepřekvapí, když se terapeut pokouší s pacientem hovořit o tom, co mu v novém (analytickém) vztahu nahání strach, co prožívá jako vzrušující, neuspokojující, co mu připadá zbytečné atd. Obecně si myslím, že úvodní sezení není úplné, pokud není nějakým způsobem oslovena pacientova úzkost v přenosu. K tomu, aby terapeut mluvil s pacientem o svém současném (a vždy předběžném) chápání toho, co pacienta v úvodním sezení znepokojuje, nemusí být kleiniánským terapeutem.³ Následující ukázka ilustruje situaci, v níž se při úvodním setkání objevil protipřenosový odpor ke zkoumání přenosové úzkosti.

Dvaatřicetiletý muž telefonoval terapeutce s žádostí o konzultaci. V průběhu domlouvání schůzky jí řekl o své obavě, že se dostane do hádky a skončí to tím, že někoho uhodí. Pan N. také sděloval, že má mohutnou postavu, mluví hřmotným hlasem a lidé se ho často bojí, i když není rozzlobený. Řekl, že navzdory tomu všemu doufá, že se ho terapeutka nebude bát, protože není nebezpečný a nikdy nikoho nenapadl.

Když se pan N. objevil na úvodní schůzce, byla terapeutka překvapená, že před ní stojí muž normálního vzrůstu a podle řeči působí, že je ve stresu; nemluvil však ani hlasitě, ani hrubě. Zjistila, že pan N. je úspěšný majitel maloobchodu. Narodil se matce, která trpěla psychózou, a ještě před svými prvními narozeninami byl umístěn do pěstounské rodiny. Od té doby pan N. svou matku, ani otce neviděl. Po vystřídání pěti pěstounských rodin během pěti let ho nakonec adoptoval pár, se kterým žil až do osmnácti let, kdy vstoupil do armády. V období latence a dospívání se jeho adoptivní rodiče stali alkoholiky.

Terapeutka (která teprve před nedávnem ukončila výcvik) s pacientem neprobrala jeho nepřímé, rozporné varování, aby s ním raději neměla nic společného. Zdá se, že se terapeutka nevědomě domnívala, že kdyby s panem N. mluvila o jeho obavách z destruktivity, byl by pro ni ještě nebezpečnější. Také popřela svůj strach z pacienta a to jí zabránilo v přemýšlení o jeho varování. (Jiní terapeuti by dokonce mohli odmítnout se s tímto pacientem setkat, a tak by se zapojili do protipřenosového odehrání pacientova prožívání, v němž je pro své vnitřní i vnější objekty nebezpečný. Z pohledu své nevědomé psychické reality byl pacient příčinou již toho, že jeho vlastní matka onemocněla psychózou a kvůli tomu ho opustila, byl tak nepříjemný a možná nebezpečný, že ho kvůli tomu odmítlo pět pěstounských rodin a své adoptivní rodiče dohnal k alkoholismu.)

3) Zároveň se analytik musí nechat vést v každé terapeutické situaci klinickým úsudkem. Existuje mnoho případů, kdy analytik cítí jako rozhodující nebyt tak „chytrý“ (Winnicott, 1969, s. 86) nebo nevědět příliš mnoho, a rozhodne se proto, že se zdrží nabízení i těch nejpředběžnějších podob toho, čemu podle svého přesvědčení rozumí (srov. Balint, 1968; Winnicott, 1969, 1971).

Na další čtyři setkání (ve frekvenci jednou týdně) přicházel pacient ve stále rozrušenějším stavu. Několik dní po pátém sezení telefonoval terapeutce a sdělil jí, že se po každém setkání cítí stále více úzkostný a začíná to být neúnosné. Proto se rozhodl, že v terapii nebude pokračovat. Terapeutka panu N. navrhla, aby přišel na další setkání a o těchto pocitech si promluvili.

V tuto chvíli přišla terapeutka případ konzultovat. Poukázal jsem na to, že pacient od samého začátku naznačoval svou hrůzu z toho, že jeho hněv (zvláště v mateřském přenosu) terapeutku vyděsí a poškodí. Nevědomý strach terapeutky z pacienta ji vedl k tomu, že panu N. navrhla setkávání jednou týdně, i přes jeho nepřímé náznaky, že potřebuje a může si dovolit intenzivnější terapii. Nevědomé rozhodnutí terapeutky najít si bezpečnou vzdálenost od pacienta potvrdilo pacientovi jeho přesvědčení, že si terapeutka uvědomí (na základě dobrých důvodů), že je nebezpečný a nakonec se s ním odmítne scházet. Připadalo mi, že pan N. telefonoval terapeutce proto, aby zjistil, jestli ji při minulém sezení nezranil, a dočasně se uklidnil tím, že ho požádala, aby přišel na další setkání. Předpokládal jsem, že pan N. se zlobil na svou matku (jako na vnitřní objekt), protože byla bláznivá, nebyla schopná ho milovat a opustila ho, a zároveň byl vyděšený z toho, že to byl právě jeho hněv, co způsobilo, že se matka zbláznila a opustila ho.

Setkání, které následovalo po telefonním hovoru, začal pan N. již při cestě z čekárny do ordinace otázkou k terapeutce „Jak se vám daří?“ Když už byli v místnosti, řekl, že mu buší srdce. Terapeutka navrhla, že má pan N. strach, že ji při minulém setkání vyděsil nebo možná zranil a že se toho obává od samého začátku. Po tomto vysvětlení se pacient výrazně uklidnil. Terapeutka mu později během sezení nabídla, že pokud po každém setkání prožívá tak intenzivní úzkost, mohlo by být prospěšné setkávat se častěji, aby spolu mohli mluvit o tom, co ho tak děsí. Byla překvapená, že pan N. byl tomuto nápadu přístupný. V jistém smyslu byl začátek analytického dialogu o šest nebo sedm setkání odsunut – převážně kvůli neanalyzované úzkosti v protipřenosu, která terapeutce znemožnila přemýšlet o pacientově přenosové úzkosti nebo mu ji interpretovat.

Analytický prostor

Vstup do analytické zkušenosti (začínající úvodním sezením) představuje rozšíření psychického prostoru tvořícího „živnou půdu mysli“ (Ogden, 1986) takovým způsobem, že se tento prostor víceméně přiblíží analytickému prostoru – to znamená, že analytický prostor se stává prostorem, ve kterém pacient přemýšlí, cítí a žije. V určitém smyslu se události, které tvoří zkušenost pacienta ve vztahu k jeho vnitřním a vnějším objektům vytvářejícím jeho každodenní život a jeho reakce na tyto události, pro něj stávají důležitými natolik, nakolik přispívají k analytické zkušenosti. Časem pacient neprožívá své nevědomé vnitřní drama ve svém individuálním psychickém prostoru, ale do značné míry v prostoru analytickém. Vývoj tohoto procesu zahrnuje to, čemu se obvykle říká rozpracování přenosové neurózy a psychózy, ale v žádném případě není jen na ně omezený.⁴

4) Konečná fáze analýzy není jen fází vyřešení konfliktních nevědomých přenosových významů. Stejně významné je i to, že jde o období „smršťování“ analytického prostoru tak, že pacient začne prožívat sám sebe jako někoho, kdo vytváří prostor, ve kterém žije a v němž analytický proces pokračuje. Pokud se toto nestane, je výhled konce analýzy prožíván srovnatelně se zblázněním se nebo se ztrátou prostoru, ve kterém se pacient cítí živý.

To, co představuje analytický prostor, je pro každou analytickou dvojici individuální. Stejně jako každá matka zjišťuje (často ke svému překvapení), že proces vytváření si místa ke hraní se u každého z jejich dětí velmi liší, musí se analytik naučit, že proces tvorby analytického prostoru je u každého pacienta odlišný (Goldberg, 1989). Stejně jako jedinečná povaha každého malého dítěte využívá a ožívuje specifické stránky matčina citového potenciálu, tak i analytik musí umožnit pacientovi, aby si ho, v realitě i v představách, sám vytvářel a formoval. Vzhledem k tomu, že malé dítě má vliv na utváření své matky, dvě děti nikdy nebudou mít stejnou matku. Podobně ani dva pacienti nebudou mít stejného analytika. Analytik se při každé analýze prožívá a chová trochu jinak. Navíc nejde o neměnný jev – v průběhu každé analýzy prochází analytik psychickou změnou, která se následně odráží ve způsobu, jakým analýzu provádí.

Vážněji narušení pacienti zažívají analytický prostor jako vakuum, jež je ohrožuje tím, že z nich vysaje jejich duševní obsah (který vnímají konkrétně jako části nebo obsahy těla). Jeden takový pacient mě na začátku našeho prvního setkání zahrnul záplavou oplzlostí. Tento prudký útok mě překvapil a rozhodl jsem se pacientovi dovolit, aby ve svém výlevu pokračoval, a přitom jsem pozoroval, jak to na mě působí. Bylo zjevné, že jeho palba byla spíše úzkostná než nepřátelská. Asi po pěti minutách jsem mu sdělil svůj dojem, že pro něj není jednoduché být zde se mnou. Když jsem to vyslovil, uklidnil se. Potom jsem mu sdělil svou představu, že na mě vychrlil všechnu tu špínu proto, že mu nevdá se části sebe samého, které si neváží. Řekl jsem mu, že si myslím, že má uvnitř důležitější věci, které, jak cítí, potřebuje chránit. Po této intervenci mi pacient mohl povědět o sobě více, i když psychotickým způsobem. Následně jsem s ním probral to málo, co se mi zdálo, že jsem z jeho řeči pochopil. Téměř vše z toho, co jsem řekl, oslovovalo pacientovy obavy být se mnou.

Úzkostné dotazování

Na prvním setkání pacienti často kladou přímé otázky. Jen na málo z nich odpovídám hned. Například „naprosto samozřejmě“ (Freud, 1913, s. 131) odpovídám na otázky pacienta ohledně mého vzdělání a poplatku. Na většinu otázek však neodpovídám, včetně dotazů na to, jestli se na něco zaměřuji, ke které „škole psychoanalýzy“ patřím, jestli do mé ordinace chodí více mužů či žen, jestli považuji homosexualitu za nemoc apod. S těmito typy otázek zacházím jako s neskrývaným vyjádřením představ pacienta o tom, jak selžu v chápání jeho problému kvůli svým vlastním psychickým potížím, např. kvůli strachu z žen nebo mužů, strachu z homosexuality nebo heterosexuality, kvůli potřebě ovládat druhé nebo se jim podrobovat atd.

Pokud pacient neustále pokládá jednu otázku za druhou, obvykle mu říkám, že by pro něj asi bylo příliš nebezpečné čekat a vidět, co se mezi námi stane; raději doufá, že si bude moci vyzkoušet budoucí situaci prostřednictvím odpovědí na své otázky a tím se vyhne napětí spojenému s čekáním.

Velmi často se pacient používáním otázek snaží přimět analytika, aby zaplnil analytický prostor svými odpověďmi, protože se za své vlastní vnitřní obsahy stydí, považuje je za nebezpečné, bezcenné nebo je musí před analytikem chránit apod. či má pocit, že uvnitř něj není nic, čím by mohl analytický prostor vyplnit. Jiní pacienti začínají brzy mlčet, a tak vyzývají analytika, aby naplnil prostor svými otázkami, a tím i svým psychickým uspořádáním, řetězcem asociací, zvědavostí

apod. Za takových okolností se pokouším mluvit s pacientem o stránkách jeho úzkosti, kterým si myslím, že rozumím. Přitom jasně sděluji, že mé pochopení je předběžné a s největší pravděpodobností v mnoha ohledech dost nedostatečné. Tím vyzývám pacienta, aby mi řekl, co z toho, co jsem mu pověděl, se mu zdá pravdivé, a co je mimo.

Vytváření minulosti

Často vyvstává otázka, jestli terapeut při prvním setkání „zjišťuje anamnézu“. Podle mě má význam samotná podoba otázky. Pokouším se „nezjišťovat“ pacientovu anamnézu (pomocí sledu otázek), raději se snažím umožnit pacientovi, aby mi poskytl vědomé a nevědomé podoby své minulosti svým vlastním způsobem.⁵ Pacient vyhledává analytika kvůli pomoci s psychickou bolestí, jejíž podstatu často není schopen přesně pojmenovat. Je třeba mu poskytnout veškerý čas a prostor, který potřebuje, aby mohl analytikovi říci – jakýmkoliv způsobem, který mu je dostupný – co o sobě ví. Důležité je, aby analytik nezasahoval do pacientova úsilí tím, že by do hovoru přinášel své vlastní představy, jako třeba zjišťování údajů z minulosti, navrhování léčby nebo vysvětlování „základních pravidel“ analýzy (srov. Freud, 1913; viz také Shapiro, 1984).

Když pacient analytikovi sděluje, jakkoliv nepřímou, podstatu svých potíží (a vědomé nebo nevědomé představy o tom, jak se jeho potíže v průběhu analýzy zhorší), vyjadřuje svou minulou zkušenost dvěma způsoby. Za prvé, když pacient říká analytikovi, jak rozumí původu svých potíží, poskytuje mu jeden druh údajů z minulosti, tj. jakou má sám vědomou představu o své minulosti. Nevyhnutelně se zde objeví mezery, nejasnosti nebo úplné vynechání celých částí pacientovy životní zkušenosti. Pacient se například nemusí vůbec zmínit o určitém rodinném příslušníkovi, nemluví o svých sexuálních zkušenostech, nepopíše žádnou událost předcházející současné krizi nebo dospívání. V takovém případě, když mám pocit, že už mi pacient řekl vše, co chtěl a mohl, můžu se ho zeptat, jestli si všiml, že vůbec nemluvil například o svém otci. (To je v podstatě proces dotýkající se vztahů pacienta k jeho vnějším a vnitřním objektům z hlediska odporu, tj. z hlediska vědomé a nevědomé úzkosti pacienta vztahující se k objektu.)

Jako s každým vyjádřením zaměřeným na odpor, ve středu zájmu není informace „za“ odporem, ale pozornost se soustřeďuje na to, čeho se pacient obává, že se stane, když analytikovi řekne o určité stránce svého vnitřního života, a na to, jakými způsoby se pacient před tímto nebezpečím chrání. Proto je akt „zjišťování anamnézy“ (přímým dotazováním) určitým způsobem přehlížením odporu, při němž se ztrácí velká část toho, co je pro analýzu nejdůležitější – například pochopení toho, kdo by byl v pacientově vnitřním objektním světě zrazen, zraněn, zabit, ztracen, v kom by to vyvolalo žárlivost a tak dále, pokud by pacient hovořil o svých pocitech týkajících se „minulosti“. Nebo jaký druh ztráty kontroly nad vztahy ke

5) Je nezbytné mít na mysli, že minulost pacienta není neměnnou entitou, která je postupně odhalována. Spíše je to stránka pacientovy vědomé a nevědomé představy sebe samého, která je v nepřetržitěm stavu vývoje a neustálé změny. V průběhu analýzy se pacientova minulost v jistém smyslu neustále tvoří a přetváří. Kromě toho, určitě nelze předpokládat, že pacient má na počátku analýzy minulost (tj. pocit historičnosti). Jinými slovy, nemůžeme považovat za samozřejmou představu, že pacient dosáhl vědomí kontinuity sebe v průběhu času natolik, že bude vnímat svou minulost propojeně s prožíváním sebe v současnosti.

svým vnitřním objektům by pacient prožíval, kdyby se vzdal svého výhradního přístupu k nim.

Druhou podobou informací z osobní minulosti poskytnuté pacientem jsou údaje vyjádřené formou přenosově-protipřenosové zkušenosti. Je to pacientova „živá minulost“, tj. soubor objektních vztahů vzniklých v období raného dětství, které utvářejí strukturu pacientovy mysli jako obsah a kontext jeho psychického života. Proto je tato minulost ve středu analytického zájmu.

Tyto dvě popsané podoby minulosti – vědomě symbolizovaná minulost a nevědomě žijící minulost – jsou spolu samozřejmě těsně provázány. Když vnitřní objektní svět pacienta intersubjektivně ožije v přenosu-protipřenosu, mají pacient i analytik možnost přímo zažívat podoby citové vazby, nepřátelství, žárlivosti, závisti atd., které tvoří vnitřní objektní svět pacienta. Při přenosu-protipřenosu se minulost a přítomnost sbíhají – „starý“ obsah je oživený v novém kontextu, tj. v prostředí analytického vztahu.

Mou zkušeností je, že v době kolem prvního analytického setkání (a při něm) je pacient v „rozvolněném“ („de-integrovaném“) stavu (protiklad k „rozpadlému“, „des-integrovanému“ stavu), který s sebou nese neobvyklý potenciál pro psychickou změnu. Pravidelně se setkávám s tím, že vnější okolnosti pacientova života nejsou významně odlišné od toho, v jakém stavu byly před půl rokem, rokem nebo dokonce před několika lety. (Samozřejmě z tohoto postřehu existuje mnoho výjimek.) To, co je v době, kdy pacient nakonec vyhledá analýzu, odlišné, je stav pacientova vnitřního světa. Obranná struktura, na kterou se jedinec spoléhal, je *dočasně* ve stavu pohybu dostatečného k tomu, aby mu umožnil nevědomě zažít to, že má možnost žít jinak, tj. provést ve svém vnitřním světě změny tak, aby se mohl ve světě prožívat a chovat jinak.⁶ Přejde mi škoda promarnit tuto mimořádnou „zralost“ k psychické změně spojenou s pacientovým stavem rozvolnění při úvodním analytickém setkání tím, že bych sezení využil ke „zjišťování anamnézy“.

Závěrečné poznámky

Myšlenky, o kterých jsem hovořil v této práci, nejsou ničím více než myšlenkami. Nejsou určeny k tomu, aby byly používány jako pravidla nebo pokyny, ani nejsou zamýšleny jako přehled toho, jak by mělo být úvodní analytické setkání vedeno. Zároveň mají zde uvedené myšlenky zvláštní povahu – jsou to psychoanalytické myšlenky. Představuje to jednu z dialektik vytvářejících psychoanalytickou techniku: analytická technika se řídí souborem myšlenek, které lze zhruba rozpoznat jako prvky vytvářející metodu nebo skupinu metod se souborem zásad, které této skupině metod dávají soudržnost. Od prvního setkání se analytická činnost odehrává mezi póly předvídatelného a nepředvídatelného, disciplinovaného a spontánního, metodického a intuitivního.

6) Tento stav „rozvolnění – dočasné ztráty integrace“ (*de-integration*; Fordham, 1977) spojený s úvodním analytickým setkáním je možné přirovnat k prožitkovému stavu manželského páru během posledního trimestru těhotenství ženy. Nejen, že je každý z jedinců tvořících pár ve fázi rozvolnění své osobní identity (jako muže/ženy, dospělého/dítěte, syna/dcery, otce/matky, manžela/manželky), ale i pár je ve stavu rozvolnění při přípravě na vznik nového souboru vztahů (vnitřních a vnějších), který je větší a komplexnější než soubor vztahů, který vytvářel manželství do té doby. Jinými slovy, pár se ve svých vnitřních a vnějších objektních světech vědomě i nevědomě pokouší vytvořit prostor pro to, že se stane rodinou (srov. Brazelton, 1981).

Na úvodní analytické setkání „tváří v tvář“ nahlížíme jako na začátek analytického procesu a nikoliv jako na pouhou přípravu na tento proces. Již při prvním setkání se se vším, co bylo pacientovi důvěrně známé, nezachází jako se zcela zřejmým. Pacient pro sebe přijímá podobu významu, kterou nikdy předtím nevnímal. Analytik se pokouší pacientovi zprostředkovat něco z toho, co to znamená být v analýze – nikoliv vysvětlováním analytického procesu, ale tím, že se sám chová jako analytik. Z tohoto důvodu není psychické napětí rozptylováno uklidňováním, různým odehráváním v analytickém vztahu (acting in), návrhy a tak podobně. Vše, co pacient řekne (a neřekne) v úvodním setkání, je chápáno jako nevědomé varování analytika (a pacienta) vycházející z důvodů, které pacient nevědomě cítí jako opodstatněné pro to, aby oba raději do tohoto beznadějného a nebezpečného vztahu nevstupovali. Analytik se pokouší porozumět varování pacienta ve vztahu k přenosové úzkosti a odporu.

Literatura

- Balint, M. (1968). *The Basic Fault*. London: Tavistock.
- Boyer, L. B., Giovacchini, P. (1980). *Psychoanalytic Treatment of Schizophrenic, Borderline and Characterological Disorders*. New York: Jason Aronson.
- Brazelton, T. B. (1981). *On Becoming a Family: The Growth of Attachment*. New York: Delacorte/Seymour Lawrence.
- Fordham, M. (1977). *Autism and the Self*. London: Heinemann.
- Freud, S. (1913). *On beginning the treatment*. S.E. 12.
- Goldberg, P. (1989). Actively seeking the holding environment. *Contemp. Psychoanal.*, 25: 448–476.
- Ogden, T. (1982). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. New York: Jason Aronson.
- Ogden, T. (1986). *The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*. Northvale, NJ.: Jason Aronson.
- Ogden, T. (1988). Misrecognitions and the fear of not knowing. *Psychoanal Q.*, 57: 643–666.
- Ogden, T. (1989). *The Primitive Edge of Experience*. Northvale, NJ/London: Jason Aronson.
- Shapiro, S. (1984). The initial assessment of the patient: a psychoanalytic approach. *Int. R. Psycho-Anal.*, 11:11–25.
- Sharpe, E. (1943). *Cautionary tales*. In: *Collected Papers on Psycho-Analysis*, pp. 170–180. London: Hogarth Press, 1950.
- Winnicott, D. W. (1969). *The use of an object and relating through cross identifications*. In: *Playing and Reality*, pp. 86–94. New York: Basic Books, 1971.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing: creative activity and the search for the self*, pp. 53–64. In: *Playing and Reality*. New York: Basic Books.

Copyright © Thomas H. Ogden

The paper „Ogden, T.H. (1992). Comments on Transference and Countertransference in the Initial Analytic Meeting. *Psychoanal. Inq.*, 12:225–247“ was originally published in *Psychoanalytic Inquiry Journal* and its Czech translation was reprinted by permission of Taylor & Francis LLC (<http://www.tandfonline.com>).

Translation © Hana Drábková

PEP-Web Copyright

Copyright. The PEP-Web Archive is protected by United States copyright laws and international treaty provisions.

1. All copyright (electronic and other) of the text, images, and photographs of the publications appearing on PEP-Web is retained by the original publishers of the Journals, Books, and Videos. Saving the exceptions noted below, no portion of any of the text, images, photographs, or videos may be reproduced or stored in any form without prior permission of the Copyright owners.

2. Authorized Uses. Authorized Users may make all use of the Licensed Materials as is consistent with the Fair Use Provisions of United States and international law. Nothing in this Agreement is intended to limit in any way whatsoever any Authorized User's rights under the Fair Use provisions of United States or international law to use the Licensed Materials.

3. During the term of any subscription the Licensed Materials may be used for purposes of research, education or other non-commercial use as follows:

a. Digitally Copy. Authorized Users may download and digitally copy a reasonable portion of the Licensed Materials for their own use only.

b. Print Copy. Authorized Users may print (one copy per user) reasonable portions of the Licensed Materials for their own use only.

Copyright Warranty. Licensor warrants that it has the right to license the rights granted under this Agreement to use Licensed Materials, that it has obtained any and all necessary permissions from third parties to license the Licensed Materials, and that use of the Licensed Materials by Authorized Users in accordance with the terms of this Agreement shall not infringe the copyright of any third party. The Licensor shall indemnify and hold Licensee and Authorized Users harmless for any losses, claims, damages, awards, penalties, or injuries incurred, including reasonable attorney's fees, which arise from any claim by any third party of an alleged infringement of copyright or any other property right arising out of the use of the Licensed Materials by the Licensee or any Authorized User in accordance with the terms of this Agreement. This indemnity shall survive the termination of this agreement. NO LIMITATION OF LIABILITY SET FORTH ELSEWHERE IN THIS AGREEMENT IS APPLICABLE TO THIS INDEMNIFICATION.

Commercial reproduction. No purchaser or user shall use any portion of the contents of PEP-Web in any form of commercial exploitation, including, but not limited to, commercial print or broadcast media, and no purchaser or user shall reproduce it as its own any material contained herein.