

Wolfgang Berner

PERVERZE

- vývoj psychoanalytického pojmu perverze
- formy jednotlivých poruch
- rozdíly v jejich intenzitě a průběhu
- principy psychoterapeutické léčby

Wolfgang Berner

PERVERZE

- vývoj psychoanalytického pojmu perverze
- formy jednotlivých poruch
- rozdíly v intenzitě a průběhu
- principy psychoterapeutické léčby

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

This book was originally published in Germany by Psychosozial-Verlag under the title *Perversion*, © 2011, Psychosozial-Verlag, Gießen.

Wolfgang Berner

PERVERZE

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 5750. publikaci

Z německého originálu *Perversion*, vydaného v roce 2011 nakladatelstvím Psychosozial-Verlag v Gießenu (SRN), ISBN 978-3-8379-2067-3, přeložila PhDr. Mgr. Mgr. Jana Bílková, Ph.D.

Odpovědná redaktorka PhDr. Alena Palčová
Sazba a zlom Antonín Plicka
Návrh a zpracování obálky Antonín Plicka
Počet stran 120
Vydání 1., 2015

Vytiskla tiskárna Printo, s.r.o., Ostrava

© Psychosozial-Verlag, 2011
Translation © Grada Publishing, a.s., 2015
Cover Photo © allphoto.cz

ISBN 978-80-247-4854-2

ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-9643-7 (ve formátu PDF)
ISBN 978-80-247-9644-4 (ve formátu EPUB)

Obsah

Úvod	7
Klasifikace v psychiatrii: poruchy sexuální preference nebo parafilie	9
Vývoj psychoanalytického pojmu perverze	15
„Perverze“ u Sigmunda Freuda	15
Psychoanalytické koncepty perverze dnes	18
Funkčně dynamické pojetí poruchy	22
Integrovaná psychoanalytická definice perverze	25
Pud: hraniční pojem mezi psychickým a fyzickým	29
Evoluční psychologie pudových vzorců	29
„Libido“ a „agrese“	30
K empirickému zdůvodnění psychoanalytických poznatků	35
Formy perverze	45
Fetišismus	45
Sadomasochismus	51
Pedosexuality a pedofilie	59
Exhibicionismus	65
Konzum pornografie	67
Exkurz: Perverze u žen	70
Rozdíly v intenzitě a průběhu	73
Role „análního univerza“	74
Role agresivity	75
Role vnitřních objektů a objektového vztahu	77
Vnější události jako spouštěče	80
Závislá a nutká forma	81

Důsledky pro psychotherapeutickou práci	85
„Bazální terapie“ pro posílení „Já“	85
Desexualizace přenosu	87
Dilema v léčbě perverzně erotických přenosů	90
Východisko z dilematu	99
Principy psychoanalytické léčby perverzí	104
Medikační léčba	106
Závěrečná poznámka: Ztráta identity a osobnost	109
Literatura	111

Úvod

Pojem „perverze“ se v kontextu psychiatrie a psychoterapie dnes už téměř nepoužívá. V psychiatrických klasifikačních systémech se nahrazuje označením „parafie“ (DSM-IV-TR) nebo „poruchy sexuální preference“ (ICD-10). Důvody jsou různorodé a jejich vysvětlení mně poskytuje příležitost objasnit, proč někdejší pojem perverze a nové pojmy neoznačují tytéž fenomény. Pojem perverze se dnes používá především v psychoanalýze, ale i tam zřejmě už dlouho neoznačuje pouze to, co tím měl Sigmund Freud původně na mysli.

V prvních kapitolách této knihy jde nejprve o vysvětlení pojmu, než se dostaneme k výkladu jím označovaných fenoménů. Krátký exkurs do oblasti „hranice mezi tělem a psychikou“, která Freuda podnítila ke koncipování pudové teorie se dvěma základními působícími silami libido a destrudo, má ukázat, kde bychom dnes (v biologii a psychologii) mohli tuto hraniční čáru vyznačit. Freud chápal pud jako „požadavek těla vůči psychice“. Právě v oblasti sexuality tyto „požadavky“ nelze obejít. Novější koncepty z oboru biologie a evoluční psychologie ovlivnily to, co se označuje jako „porucha sexuální preference“, a nepřímá také naše představy o pojmu perverze v psychoanalytickém smyslu.

Většina fenoménů, které Richard von Krafft-Ebing (mezi lety 1886 a 1902) popsal jako „perverze“ a které Freud později podrobil psychodynamickému pohledu a interpretaci, se vyskytuje i dnes a jsou i s kazuistikami popsány v následujících kapitolách (nejde o aspiraci na encyklopedii perverze) tak, jak se s nimi setkáváme v psychoterapeutické praxi.

Psychodynamický pohled na vznik perverzí se hodně změnil. Otázka, zda tyto změny odpovídají spíše změně perspektivy, nebo zda tato nová perspektiva odpovídá novým poznatkům, musí zatím zůstat otevřená. Je to tím, že dřívější perspektiva vykazovala příliš malé terapeutické efekty, nebo toto celé téma „sexuality a erotiky“ získalo nový společenský význam, z něhož vyplývá nutnost „patologizovat“ (a považovat za nutné léčit) zcela jiné jevy než před sto lety?

Dalším příkladem změny perspektivy je, že i psychoanalytici mají dnes tendenci označovat vynucenou kohabitaci s heterosexuálním partnerem jako perverzi, obzvláště pokud měla hrubě vykořisťující charakter a sloužila pouze

k odbourání napětí u jednoho z obou zúčastněných. Podle klasické definice se zde v žádném případě nejednalo o „perverzi“, nýbrž nanejvýš o egoismus, případně o asociální chování. Klasický psychoanalytik by si možná položil otázku, zda takto psychopaticky predisponovaného člověka vůbec může analyzovat, ale nepřišel by na myšlenku dát dotyčnému diagnózu „perverze“, protože přece nemá žádné problémy uskutečnit sexuální přání kohabítace se vhodným partnerem.

Mimo tyto kontroverzní případy (pokud se týká definice) bych ale chtěl ukázat, že i v „klasických případech“ (fetišismus, sadismus a exhibicionismus) nejprve musíme zkoumat základní strukturu osobnosti a musíme rozlišovat, abychom mohli rozhodnout, jakou formu psychoanalytické nebo jinak strukturované terapie lze daným osobám nabídnout. Hlavním cílem této knihy je ukázat, že klasická psychoanalýza může být v některých z těchto případů (u neurotické, případně i hraniční osobnostní struktury) nápomocná, že u jiných případů je nutno použít modifikovanou psychoanalytickou techniku a že v případech neřešitelných pomocí psychoanalýzy umožňuje psychoanalytické chápání efektivnější použití jiných technik.

Klasifikace v psychiatrii: poruchy sexuální preference nebo parafilie

Abychom porozuměli tomu, proč psychoanalýza stále ještě používá označení „perverze“, je třeba nejprve vyjasnit, proč empiricky zaměřené vědy na toto označení rezignovaly. Definice v oblasti psychiatrie lze chápat pouze na pozadí moderních psychiatrických klasifikačních systémů, které se vyvinuly až po obtížném procesu, kdy se museli odborníci dohodnout: Pro *Diagnostický a statistický manuál* (DSM), jehož čtvrtá revize se nyní používá, probíhal tento proces sjednocování ve skupině členů Americké psychiatrické společnosti (APA); pro *Mezinárodní klasifikaci nemocí* (ICD),¹ jejíž 10. revize platí v Evropě jako závazný standard, u psychiatrů Světové zdravotnické organizace.

Tato ideologie umožňuje přiklonit se k některému z kontroverzních konceptů týkajících se nevyjasněného vzniku psychických poruch (rezignuje se také na pojem nemoci) a snaží se definovat poruchy na úrovni pozorovatelných symptomů, přičemž uvedené symptomy musí být vždy „reliabilně“ popsateľné – to znamená, že tyto symptomy by pro prověření případu stejným způsobem vidělo a popsalo více pozorovatelů.

Další princip psychiatrické diagnostiky spočívá v tom, že k pojmu poruchy se přiřazují pouze ty fenomény, které pro příslušnou osobu skutečně znamenají co nejobektivnější a nejsubjektivnější funkční omezení (onemocnění). Právě v těch oblastech, kde chybějí jednoznačná fyzická funkční omezení – definiční charakteristika fyzických onemocnění – je nutná opatrnost a vymezení, abychom se vyhnuli nebezpečí, že lékařství by bylo společností zneužito jako sankční prostředek. To se týká obzvláště takzvaných poruch osobnosti a sexuál-

¹ U nás MKN, pozn. překl.

ních poruch. V „otevřené“ demokratické společnosti patří ochrana menšin k základním principům. K takovým menšinám patří i lidé s určitými sexuálními preferencemi, jako jsou sklony k promiskuitním vztahům nebo k erotickým hrám s pouty. Neměli by být ani přímo, ani nepřímou nuceni k léčbě, pokud svými tendencemi sami netrpí a ani nikoho neohrožují.

Na základě zkušeností se zneužitím medicíny v určitých politických poměrech se pak velké mezinárodní psychiatrické společnosti rozhodly oprostít své diagnostické nástroje co nejvíc od veškerých moralizujících a jiných jednostranných hodnotových systémů a omezit se na to, co je považováno za původní a uznávaný úkol medicíny ve společnosti: pojmenovat individuální (tělesné) onemocnění (stanovovat diagnózy) a léčit je pomocí opatření, která co nejméně ohrožují integritu osoby (provádět terapie). Do kompetence medicíny přitom spadají pouze onemocnění, která jsou tělesného původu nebo u kterých existuje souvislost s tělesným prožíváním. Pojem poruchy označuje velkou přechodovou oblast mezi psychologii zaměřenou na léčbu a (psychiatrickou) medicínou.

Vzhledem k tomu, že obzvláště v oblasti psychiatrie je nutno reflektovat neustálý vzájemný vliv těla a psychiky, je pro tuto přechodovou oblast zapotřebí vlastního termínu. To platí také – ne-li dokonce především – pro sexuální preference (jako je nadšení pro nějaký fetiš), pokud se má za to, že je zapotřebí je léčit.

Tato otázka rozpoutala debatu hlavně v souvislosti s homosexualitou, která byla po bouřlivé debatě v Americké psychiatrické společnosti nejprve odstraněna z amerického DSM a následně zmizela i z ICD. Tím se představitelům homosexuální menšiny podařilo dosáhnout toho, že konečně nejsou považováni za nemocné nebo trpící poruchou v psychiatrickém slova smyslu a že byli uznáni jako „varianta přirozenosti“.

Podobné tendence projeví i představitelé jiných sexuálních zálib, jako stoupenci BDSM praktik (zkratka označuje preference *bondage, discipline, submission, sadism* a *masochism*, abychom se vyhnuli zatíženému výrazu „sodomasochismus“). Vznášejí nároky na to, aby ani jejich preference nebyly diskvalifikovány jako poruchy, které je třeba léčit. Avšak vzhledem k tomu, že podle zmíněných psychiatrických diagnostických systémů spadají pod pojem „porucha“ pouze takové sexuální preference, u kterých se jednoznačně vyskytuje subjektivní utrpení nebo u kterých je jednoznačně prokazatelné utrpení

způsobené druhým, zdá se, že stoupců BDSM se to stejně netýká. Týkalo by se jich to pouze v případě, že by byl zachován širší pojem „perverze“.

Porucha sexuální preference (ICD-10), respektive parafilie (DSM-IV-TR) je v diagnostických manuálech nejprve obecně definována:

- ❑ opakované intenzivní fantazie způsobující sexuální vzrušení, sexuálně nutkavé potřeby nebo způsoby chování vztahující se k:
 - nehumánním objektům,
 - utrpení nebo ponižování sebe sama nebo partnera,
 - dětem nebo jiným nesouhlasícím osobám, respektive osobám nezpůsobilým souhlasu;
- ❑ trvání uvedených symptomů, aby bylo možno označit je jako poruchu: alespoň šest měsíců;
- ❑ porucha může mít obligátní nebo epizodický charakter;
- ❑ nutně vedla k utrpení nebo omezení v sociálních, profesních nebo jiných oblastech života.

Tyto obecné definiční znaky jsou v DSM-IV-R označeny jako kritérium A. Kritérium B konkrétně definuje podmínky diagnóz pro **pedofilií, voyeurismus, exhibicionismus a frotérství** na jedné straně a pro **sadismus** na straně druhé. Zatímco pro první čtyři diagnózy postačuje „vyžití“ poruchy, u sadismu se předpokládá, že ho lze realizovat ve shodě s partnerem, což by se pak nepovažovalo za poruchu, kterou je třeba léčit, nýbrž za „preferenci“.

U sadismu se diagnóza stanovuje tehdy, když osoba **realizovala** sexuálně nutkavou potřebu s **nesouhlasící osobou** nebo tato potřeba vedla k evidentnímu utrpení nebo k potížím v mezilidské oblasti. Ostatní parafilie jsou diagnostikovány tehdy, když potřeba klinicky významně vede k utrpení nebo omezení v sociálních, profesních nebo jiných funkčních oblastech.

U této definice se ukazuje, že také jevy spadající pod označení „porucha sexuální preference“, respektive „parafilie“, se odlišují od toho, co bylo dříve označováno jako „perverze“. Šlo o vzorec sexuálního vzrušení, který rezignoval na domnělý biologický cíl kohabitace s heterosexuálním partnerem a spokojil se s částí slasti s tím spojené, což považoval za hlavní cíl. Jednalo se o typ náhradního sexuálního uspokojení za účelem vyhnutí se kohabitaci a prokeaci.

Nové pojmy parafílie, respektive porucha sexuální preference, kladou do popředí jinou ústřední definiční charakteristiku, a sice narušení mezilidských vztahů. Centrálním znakem se stává **neschopnost vzájemně sdílet a rozvíjet vlastní sexuální potřeby s partnerem**, ať už se jedná o idealizaci fetiše nebo o sadistický impuls, který potřebuje strach v očích druhého, aby dosáhl sexuálního vzrušení. Proto i v současných psychiatrických klasifikacích už nejsou sadomasochistické praktiky, u kterých jednájí oba partneři ve vzájemné shodě, klasifikovány jako „porucha“, nýbrž jako soukromá záliba, která není pro psychologické nebo lékařské terapie významná, dokud tím nikdo netrpí.

Poruchy uvedené v tabulce 1 v rámci příslušných klasifikací budou pojednány jednotlivě.

Tab. 1 *Jednotlivé poruchy sexuální preference (ICD-10), respektive parafílie (DSM-IV-TR)*

Poruchy sexuální preference (ICD-10: F 65)	Parafílie (DSM-IV-TR: 302)
F 65.0 Fetišismus	302.4 Exhíbicionismus
F 65.1 Fetišistický transvestitismus	302.81 Fetišismus
F 65.2 Exhíbicionismus	302.89 Frotérství
F 65.3 Voyeurství	302.2 Pedofilie
F 65.4 Pedofilie	302.83 Sexuální masochismus
F 65.5 Sadomasochismus	302.84 Sexuální sadismus
F 65.6 Mnohočetné poruchy sexuální preference	302.3 Fetišistický transvestitismus
F 65.8 Jiné poruchy sexuální preference	302.82 Voyeurství
F 65.9 Nespecifikované poruchy sexuální preference	302.9 Nespecifikované parafílie

Poslední dvě kategorie v ICD a poslední kategorie v DSM jsou obzvláště důležité, neboť na fenomenologické úrovni existuje velké množství dalších popsatelných poruch, jako například koprofilie (záliba ve fekáliích) nebo akromotofilie (preference partnerů s amputovanými končetinami), které se mohou vyskytovat jako izolované jevy, nebo v kombinaci. Pozoruhodná rozmanitost popsatelných poruch, jimiž dotyční více či méně trpí, navozuje otázku, jak

je možné, že mohou vzniknout tak odlišné poruchy, které (obzvláště pokud mají výlučný charakter) jsou pochopitelné často pouze pro velmi nepatrnou menšinu lidí, přičemž převážnou část tvoří muži. Ostatní nemohou pochopit, jak se tyto preference mohou stát jediným a výhradním zdrojem sexuální slasti.

Změněný postoj společnosti k tomu, co zhruba před sto třiceti lety Richard von Krafft-Ebing a před více než sto lety Sigmund Freud označili za „perverzi“, se odráží ve výše popsané psychiatrické klasifikaci. Ale i v rámci psychoanalýzy se navzdory zachování pojmu výrazně posunulo spektrum toho, co se označuje jako perverze a co lze pochopit pouze na základě stoletého vývoje.

Vývoj psychoanalytického pojmu perverze

I „Perverze“ u Sigmunda Freuda

V díle *Tři úvahy o sexuální teorii* (*Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, 1905) Sigmund Freud definuje perverzi nejprve stejně jako jeho současníci: Perverze je (trvalá, nikoli příležitostná) **odchylka od sexuálního cíle** kohabitace. Tato odchylka se může týkat (jako „anatomické překročení“) jiných částí těla (jako třeba upřednostňování nohou ve fetišismu) a může také vzniknout fixací na jednání, která u většiny druhých lidí představují dočasné sexuální cíle na cestě ke kohabitaci (například líbání nebo pouhé hlazení). V obou případech odchylek se jedná o nadměrné zdůrazňování elementů slasti, jak se vyskytují také u obvyklých sexuálních setkání.

Odchylka od sexuálního objektu heterosexuální kohabitace k objektu stejného pohlaví se nepočítá k perverzím, nýbrž se staví vedle ní jako „inverze“, což lze chápat jako první náznak důrazného oddělení homosexuality od perverzí. Dnes je to považováno za úplně samozřejmé, ale dříve se na to už na základě absence ústředního definičního znaku – nemožnosti prokreace – pohlíželo úplně jinak.

Detailní pozorování uváděná Freudem z větší části odpovídají přesnému a kritickému zkoumání tehdejší sexuologie – především zakladatelů moderní sexuologie, jako byli Richard von Krafft-Ebing, Havellock-Ellis, Ivan Bloch a Magnus Hirschfeld, přičemž Freud vždy úplně nesdílel jejich teoretické závěry. To se ukazuje na příkladu fetišismu, u kterého Freud nejprve sdílí Binetův názor, že se jedná o raná spojení zdánlivě nevýznamných vjemů se sexuálním vzrušením, ale pak si klade otázku, proč se taková spojení nevyskytují častěji a nevzniká tak rozmanitá škála předmětů způsobujících vzrušení. Tím zaměřuje pozornost na to, že vlastně je třeba vysvětlit **vylučnost fetiše jako jediného vzrušujícího stimulu** (Freud, 1905, s. 57).

Nový pohled Freudova přístupu spočívá v pozorování podobností fenomenologie perverzí s dětskými hrami s erotogenními zónami a ranými s tím spojenými sexuálními fantaziemi (popisovanými jako „parciální pudy“). U perverzí jsou nadměrně zdůrazňovány sexuální aktivity pocházející z orálního a análního období a používají se jako obrana před genitálními aktivitami spojenými se strachem z konfliktu. I u „neurotiků“ (osob trpících hysterií a nutkavou neurózou), které dělí od normálu pouze neostrá hranice, by se našly utlumené tendence infantilních sexuálních projevů, které odpovídají dětské hře a s ní spojeným fantasiím. To se však můžeme pouze domnívat a nelze to přímo pozorovat, takže generalizace dodnes zůstává sporná – i v rámci psychoanalytických škol.

V pozdějších letech se Freud od čistě fenomenologického popisu perverze (definice na základě pozorovatelných symptomů, respektive jednání) odvrátil a perverzi definoval už jenom psychodynamicky, tedy pouze na základě její funkce pro psychický život. V dílech *Fetišismus* (*Fetischismus*, 1927) a *Rozštěpení Já při obranném postupu* (*Ichspaltung im Abwehrvorgang*, 1940) se fetiš stává ústředním definičním prvkem perverze. Označení „perverze“ se používá už jen pro formy bizarního sexuálního chování, kde lze předpokládat, že kastráční úzkost byla podnětem k erotickému obsazení fetiše (blízkého tělu) a k jeho následnému upřednostňování před stimulací tělem sexuálního partnera. Perverze je definována svou funkcí ochrany před kastráční úzkostí, což lze v případě fetišismu poznat podle toho, že bez takového fetiše kohabítace už téměř není možná.

„Kastráční úzkost“ pro Freuda původně znamenala strach ze ztráty orgánu poskytujícího slast – penisu – vyvolaný traumatickými zážitky v souvislosti s prvním vědomým vnímáním rozdílu mezi pohlavími. Pohled na absenci penisu u ženy vyvolává v chlapci obavy, že by o svůj genitál mohl „také“ přijít. Možností, jak kastráční úzkost obejít, bylo podle Freuda vyvarovat se pohledu na sexuální orgán ženy, což zároveň stimuluje i vyvolává strach, a odvrácení pohledu na něco, co zároveň uklidňuje a dává jistotu, tedy část oblečení nebo jinou část těla.

Pozdější autoři vedli podrobné diskuse o možné souvislosti mezi „přechodovým objektem“, který popsal Donald W. Winnicott (1953). Šátek nebo plyšové zvířátko, u kterého dítě nalézá útočiště, když nedokáže snést separaci od matky, a posléze usnadňuje separaci. Sám Winnicott (*ibid.*) a řada dalších autorů, jako např. Robert C. Bak (1974), však považovala za důležité upozornit

na to, že „přechodový objekt“ hraje důležitou roli spočívající v překonání separačních úzkostí téměř u všech dětí. Reprezentuje část matky a je sexualizován jen velmi zřídka (až ve falické fázi, nebo ještě později), pokud je používán jako pomůcka k masturbaci, a tak se může stát fetišem. Bak zdůrazňuje, že existují i fetiše, které nemají vztah k přechodovým objektům.

Phyllis Greenacre (1979) se obzvláště důkladně věnoval otázce, v čem spočívá rozdíl mezi přechodovým objektem a fetišem. Zatímco přechodový objekt je většinou něco měkkého a neostře ohraničeného (musí být příjemný na dotek), fetiše jsou často tvrdé, velmi konkrétní a často u nich hraje důležitou roli pach (viz kapitolu o psychodynamickém chápání).

U Freuda reprezentuje fetiš pro chlapce vyděšeného při pohledu na ženský genitál **falus ženy**. Pohled spočine na nějaké části těla matky nebo na nějakém předmětu, aby nemusel vnímat rozdíl mezi pohlavími. Část dětského Já uznává, co vidělo – „štěrbinu“, tím se přizpůsobí realitě a vyvíjí se dál. Tato část se však oddělí (odštěpí) od další části dětského Já, kterou dítě vjem popírá (dělá, jako by nic nevidělo) (Freud, 1940): Tato část Já popírající realitu bude jednak po celý život určovat jeho sexuální přání a fantazie, a jednak zůstane vázaná na původní dětskou úroveň vnímání. Freud otázku, **proč** znamená pohled na ženský genitál pro mnohé muže něco tak děsivého, že musí hledat útočiště u fetiše, a pro jiné je toto „trauma“ zcela zvládnutelné, zodpověděl nedostatečně.

Sheldon Bach podal na tuto otázku velmi názornou odpověď, kterou sdílejí mnozí psychoanalytici:

„Lze předpokládat, že v mnohých případech byla traumatická celá matka – nejen její genitál. Nebo, abychom to vyjádřili konkrétněji, že mnohé děti, pro které je tento pohled traumatický, nalezly nejen fantazijní štěrbinu v oblasti ženského genitálu, ale také aktuální štěrbinu ve vztaženosti, a že tak dochází k mobilizaci celé dětské duše, aby byla tato štěrbinu popřena a překlenuta. V určitých případech lze tuto fantazii o „děsivém genitálním Nic“ považovat za ultimativní metaforu (používající tělo) pro sérii ztrát, které kulminují ve strachu, že není nikdo, kdo by mohl milovat nebo být milován“ (Bach, 1994, s. 12, vlastní překlad).

Mateřský genitál v této metafoře zřejmě představuje nedostatek vztaženosti – nedostatek vztaženosti matky k dítěti. Z tohoto důvodu Nikolaus Becker upozornil na to, že perverze může být i dnes konceptualizována jako obrana před

libidinózními deriváty pudů, které vyvolávají kastrální úzkost, ale se „zvláštnostmi příslušejících dyadických vztahových vazeb, které pocházejí od matky“ (Becker, 2008, s. 160): To znamená, že potřebu pudů nelze nikdy posuzovat bez celkové reprezentace objektu, na kterou byla původně zaměřena (matka).

! Psychoanalytické koncepty perverze dnes

O vztah mezi matkou a dítětem jde také stále více u těch psychoanalytických autorek a autorů, kteří se v posledních padesáti letech zabývali tímto tématem. Například Robert C. Bak (1953) byl jedním z prvních, kdo v případech fetišismu popisoval poruchu vztahu mezi matkou a dítětem, která vedla k masivní kastrální úzkosti. Phyllis Greenacre (1953, 1955, 1968, 1970, 1979) mnohokrát popsal poruchy vztahu matky a dítěte v prvních 18 až 24 měsících života dítěte, které vedly k narušení tělesného Self a následně i celého sebeobrazu, k projekci **agrese** na všechny vztahové objekty. Čím zřetelněji zřejmě vycházelo z primárního objektu nebezpečí, tím víc se pak kastrální úzkost bude zintenzivňovat během následující falické a oidipovské fáze.

Masud R. Khan (1983) dokonce navrhl vidět v perverzích sexuální objekt jako *as-if transitional object* (pseudopřechodový objekt). Přitom se odvolával na Winnicottovo tvrzení, že v případech, kdy na základě nedostatku podpůrné funkce matky dochází k nedostatečné integraci funkcí Já, přijímá přechodový objekt (utěšující cíp příkrývky nebo plyšové zvířátko) úplně jinou funkci a jiné vlastnosti. V takových případech se používá jako fetiš a jako prostředek k masturbaci – k čemuž jinak u přechodového objektu dítě vůbec nebo téměř vůbec nedochází. Důsledkem je pak pozdější únik k perverznímu stylu vztahů a eliminace afektivně vřelejších a intimnějších vztahů.

Podobně argumentuje Joyce McDougallová (1985), když zjišťuje, že u pacientů s depresemi lze často pozorovat, že vztah matky a dítěte nemůže dostatečně podporovat proces neustálé internalizace, takže dítě si dokáže jen nedostatečně vytvořit autonomní psychickou strukturu. Zhroucení procesů internalizace vede i k tomu, že dítě nedostatečně využívá přechodový objekt

k usnadnění separace od matky. To znamená, že v těchto případech se přechodový objekt nevyvíjí dál jako obvykle, ale nakonec může symbolizovat „celou osobu matky“. Zůstává vysoce erotizovaný „osobnostní styl“ (parciální objekt) s velmi přímou a konkrétní schopností vyvolávat slast (například používáním během masturbace).

Výrazně delší dosah má perspektiva Roberta J. Stollera (1975), který klade zcela do popředí agresivní pocity spojené s perverzí, když perverzi nazývá „erotickou formou nenávisti“, respektive obrácením porážky v dětství v triumf v dospělém věku. Stollerovu pozici sdílí většina psychoanalytiků a jeho definice perverze je tak považována za nejzávažnější (srov. Brenner, 1996; Eshel, 2005; Stein, 2000; Berner, 2005).

Podle Stollerova názoru neznamená kastracní úzkost prostě strach ze ztráty orgánu poskytujícího slast, nýbrž strach ze ztráty mužské identity a pocitu sounáležitosti vztahující se i k genderově-sexuální identitě. V raném dětství se totiž děti obou pohlaví nejprve identifikovaly s matkou a vytvořily si tak primárně ženskou identitu. Aby se chlapec mohl skutečně cítit jako muž, musí ve svém vývoji zvládnout úkol rezignovat na původní ženskou identitu, případně ji transformovat. Porucha v tomto procesu transformace je podle Stollera nejsilnějším faktorem vyvolávajícím perverzi (*the greatest promotor of perversion* – Stoller, 1975, s. 99).

Zdůrazněním nutnosti tohoto procesu transformace Stoller tematizoval i jeden z nejdůležitějších psychodynamických faktorů, který může vysvětlit, proč se perverze vyskytují u mužů výrazně častěji než u žen, které tento proces deidentifikace (Greenson, 1968) nepotřebují. Ženy si totiž po celý život uchovávají identitu matky. Jejich vymezení se od matky mají zcela jiný charakter (srov. Fast, 1984).

Pouze o něco později vznikly práce Mervina Glassera (1979, 1986), který rovněž ukázal (čímž potvrzuje dřívější autory), že centrální konfliktovou situaci pozdějšího pacienta s perverzí nelze hledat v oidipální triádě, nýbrž v dřívější situaci duálního konfliktu s matkou, kterou nazývá *core-complex* (jaderný konflikt): Jedná se o nesnesitelný konflikt mezi hlubokým spojením s matkou, které je stejně významné jako rozpuštění Self (ztráta identity), a odděleností od matky, z čehož vyplývá nesnesitelná osamělost a strach. I u Glassera je jediným východiskem z takového „mateřského komplexu“ sexualizace agrese zaměřené proti ní.