



Emilia Olszewska

Szaleństwo diagnoz czy „wszyscy jesteśmy szaleni” – struktury kliniczne w psychoanalizie lacanowskiej jako model opozycyjny względem diagnostyki psychiatrycznej

Diagnoza psychiatryczna stała się jedną z najbardziej rozpowszechnionych procedur w naszych czasach. Nie ogranicza się tylko do szpitali psychiatrycznych. Jesteśmy diagnozowani pod kątem zaburzeń psychicznych w wielu instytucjach społecznych i życiowych sytuacjach: w sądownictwie karnym i rodzinnym, w ośrodkach interwencji kryzysowej, w gabinecie pedagoga szkolnego – by wymienić choćby kilka takich okoliczności, i to tylko tych, w których diagnozę wystawia ekspert. Tymczasem żargon psychiatrii przeniknął także do języka debaty publicznej, prasy i słownika laików.

Emilia Olszewska (ORCID: 0009-0001-7602-0265) – absolwentka filologii polskiej i angielskiej na Uniwersytecie Warszawskim oraz Uniwersyteckiego Kolegium Kształcenia Nauczycieli Języka Angielskiego UW. Ponadto ukończyła filozofię oraz coaching i doradztwo filozoficzne na Uniwersytecie Śląskim, autorka dwóch prac magisterskich z obszaru językoznawstwa generatywnego napisanych pod opieką naukową dr. hab. Pawła Rutkowskiego i prof. Jerzego Rubacha oraz dwóch prac z pogranicza filozofii i psychoanalizy pod kierunkiem prof. Mirosława Tyla i prof. Piotra Łaciaka. Obecnie studentka socjologii na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach. Kontakt: emilia.erle@gmail.com.

Nie wszyscy teoretycy psychoanalizy są zgodni co do tego, że jest ona formą terapii¹. Pozostawiwszy na boku niezmiernie skomplikowaną odpowiedź na pytanie: czym jest psychoanaliza, wśród efektów jej działania zawsze wymienia się efekt terapeutyczny. Aby go osiągnąć, nawet podejścia tak silnie kładące nacisk na unikalność jednostkowego cierpienia jak psychoanaliza lacanowska wymagają pewnego wstępnego poszerzania analizantów – stosowanie tej samej metody do każdej osoby świadczyłoby o lekceważeniu różnorodności podmiotów. Odpowiedzią Lacana na tę potrzebę kliniczną jest diagnoza strukturalna. Zrozumienie tego podejścia i jego odmienności od diagnostyki opartej na klasyfikacji symptomów wymaga prześledzenia jego historycznych i teoretycznych źródeł. Dla kontrastu przywołana zostanie również geneza klasyfikacji znanej jako „biblia psychiatrii”, czyli DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Kategoria zdrowia psychicznego w znaczeniu normalności nie ma zastosowania w psychoanalizie freudowskiej. To, co w normie, jest dla Freuda tymczasowe, płynne i społecznie konstruowane. Dostrzega on, że psychika oddziałuje ze społeczeństwem, cierpienie psychiczne zmienia się zatem wraz ze zmianami społecznymi. Choroba psychiczna oznacza dla niego cierpienie psychiczne i jest kwestią subiektywnego doświadczenia. Psychoanaliza zaczęła się od słuchania opowieści pacjenta o jego cierpieniu, w tym jego własnych teorii na temat pochodzenia objawów. Michel Foucault, najczęściej krytyczny wobec Freuda, w swojej *Chorobie umysłowej a psychologii* chwali Freuda, uznaje go bowiem za pierwszego, który słuchał tego, „co nierozumne”², natomiast w *Historii szaleństwa* przypomina, że

Freud pojmował obłąd na szczęblu jego wypowiedzi, odbudowywał jeden z zasadniczych elementów doświadczenia zepchniętego przez pozytywizm w milczenie³.

Można powiedzieć, że każdy wychodził z gabinetu Freuda zdiagnozowany. Jednak dopiero po kilku spotkaniach – relatywnie długim cza-

1 C.F. Alford, „Psychoanalysis as Philosophy, Psychoanalysis as Worldview”, w: M.Ch. Chung, C. Feltham: *Psychoanalytic Knowledge* (New York, 2003), 50.

2 M. Foucault, *Choroba umysłowa a psychologia* (Warszawa, 2000), 106.

3 Tenże, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, tłum. H. Kęszycka (Warszawa, 1987), 313.

sie w porównaniu z praktykami współczesnych gabinetów psychologicznych. Diagnoza była potrzebna Freudowi przede wszystkim do ustalenia, czy *talking cure* jest terapią, która może w ogóle mieć szansę powodzenia u nowego pacjenta. Twórca psychoanalizy wierzył bowiem, że jest ona najskuteczniejsza w pracy z neurotykami⁴. W takim przypadku analityk od razu napotyka „nastawienie przeniesieniowe”⁵. Freud natomiast uznawał nawiązanie relacji przeniesieniowej ze schizofrenikiem za prawie niemożliwe. Nie wykluczał jednak, że „poprzez odpowiednie zmiany w metodzie uda nam się przezwyciężyć to przeciwwskazanie – i tym samym będziemy mogli prowadzić psychoterapię psychoz”⁶.

W esejach i listach Freuda zawierających studia przypadku znajdujemy szeroki repertuar terminów, jakimi charakteryzuje on typy psychopatologii spotykane w gabinecie i w literaturze przedmiotu. Należą do nich: nerwica, neurastenia, depresja okresowa, nerwica lękowa, psychoza, perwersja, histeria, obsesja, fobia, paranoja, parafrenia, schizofrenia, melancholia, sadyzm, masochizm, fetyszyzm oraz voyeryzm. Freud korzystał garściami z nomenklatury współczesnej mu psychiatrii – Emila Kraepelina, Richarda von Krafft-Ebinga i Eugena Bleulera. Freud nie tworzył nowej nozologii. Tym jednak, co wyróżnia jego podejście do diagnozowania, jest przede wszystkim zorientowanie na proces kliniczny, a nie na występowanie obiektywnych symptomów niezależnych od relacji terapeutycznej. Ponadto centralne miejsce w jego procedurze badawczej zajmuje dążenie do ustalenia genezy schorzenia, czyli jego etiologii. To właśnie zidentyfikowanie mechanizmu leżącego u podstaw zaburzenia umożliwi Lacanowi postulowanie u Freuda trzech struktur klinicznych: nerwicy, psychozy i perwersji. Sam Freud nie poświęcił jednak żadnego tekstu uporządkowaniu kategorii diagnostycznych, którymi się posługiwał. Dopiero propozycja Lacana będzie próbą systematyzującego spojrzenia na uwagi rozrzucone po całym dorobku mistrza.

Jedyne kategoryczne rozróżnienie, jakie znajdziemy w pismach Freuda, to podział na psychonerwice przeniesieniowe oraz psychonerwice

4 S. Freud, „W kwestii wprowadzenia do terapii”, w: tenże, *Dzieła*, t. IX, tłum. R. Reszke (Warszawa, 2007), 148.

5 Tamże, 149.

6 Freud, „O psychoterapii”, w: tenże, *Dzieła*, t. IX, 87.

narcystyczne lub psychozy, którego kryterium stanowi wspomniana zdolność analizanta do wejścia w relację przeniesieniową z psychoanalitykiem⁷. Trzecią dodatkową kategorią, której Freud poświęca dużo miejsca, jest perwersja, początkowo charakteryzowana przez niego jako niedojrzała seksualność, która nigdy nie weszła w fazę genitalną⁸. Od czasu publikacji *Ego i id* łączy on perwersję z reakcją na lęk kastracyjny, opisując ją jako jeden ze sposobów rozwiązania kompleksu Edypa poprzez introjekcję obiektu. W rozważaniach Freuda nad różnymi odmianami perwersji – fetyszyzm⁹, sadyzm i masochizm – ujawnia się psychoanalityczny sposób definiowania zaburzenia poprzez przyczynę, który podchwyci Lacan, wyróżniając struktury podmiotu ze względu na odmienne mechanizmy jego ukonstytuowania.

Samo pojęcie struktury pojawia się sporadycznie w pismach Freuda. Użył go na przykład w odniesieniu do modalności szaleństwa w wykładach z 1933 r., posługując się metaforą tłuczonego kryształu: jeśli zrzućmy kryształowy wazon na podłogę, pęknie, ale nie na przypadkowe kawałki; rozpadnie się wzdłuż linii płaszczyzny łupliwości na fragmenty, których granice, choć niewidoczne, gdy patrzymy na wazon, zostały z góry określone przez budowę kryształu. Do analizantów należy podchodzić podobnie. Ich mowa i zachowanie skrywają strukturę, która ujawnia się w chwilach życiowego kryzysu. Wówczas niczym kryształ „rozbijają się”, pękając w sposób regularny, zdeterminowany przez materię, z której są zrobieni¹⁰. Pamiętajmy również, że Freud posługiwał się określeniem „struktur psychicznych” w odniesieniu do instancji *ego*, *id* oraz *superego* w ramach tzw. drugiej topiki.

Myślenie w kategoriach struktur, charakterystyczne dla Lacana, wzięło się oczywiście z inspiracji Romanem Jakobsonem i Claudem Lévi-

7 Tenże, „The Unconscious”, w: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, t. 14, tłum. J. Strachey (London, 1958), 161.

8 S. Benvenuto, „Perversion and charity: an ethical approach”, w: *Perversion. Psychoanalytic Perspectives/Perspectives on Psychoanalysis*, red. D. Nobus, L. Downing (London, 2006), 60.

9 W eseju z 1927 r. pt. *Fetyszyzm* Freud wskazuje na korzyść płynącą z wyboru fetyszu jako obiektu seksualnego – eliminuje on potrzebę zmierzenia się z przeszkodą, jaką stanowi pragnienie drugiej osoby.

10 Freud, „New Introductory Lectures on Psychoanalysis”, w: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, t. 22, tłum. J. Strachey (London, 1964), 59.

-Straussem. Sam Lacan podał studentom następującą definicję struktury: „Struktura jest po pierwsze grupą elementów tworzących pewien zbiór kowariantny”¹¹. W tym samym wykładzie z 1956 r. wziął on na warsztat wszelkie rozważania Freuda na temat formacji psychotycznych – przede wszystkim paranoi i schizofrenii, które Freuda interesowały bardziej teoretycznie niż jako materiał do pracy psychoanalitycznej (np. dzienniki sędziego Daniela Paula Schrebera). Celem Lacana było ustalenie, czym różni się struktura psychotyczna od neurotycznej. Kluczowym dla tych rozstrzygnięć okaże się powrót do freudowskich konceptualizacji wyparcia, czyli do psychogenezy podmiotu.

We wcześniejszej pracy z 1894 r. poświęconej „neuropsychozom obronnym” Freud zakładał, że zarówno nerwice jak i psychozy mają wspólne źródło w postaci traumatycznego, przykrego doświadczenia (o charakterze seksualnym, w późniejszych teoriach Freuda jest to przede wszystkim lęk kastracyjny), które jednostka stara się odrzucić. Różnica między nerwicą a psychozą będzie leżała w stopniu wyparcia. Freud tłumaczył mechanizm nerwicy poprzez rozdzielenie nieakceptowanej myśli od towarzyszącego jej afektu. Myśl zostaje wyparta do nieświadomości, podczas gdy afekt pozostaje w świadomości w formie swobodnie zawieszzonego lęku. Jest to klasyczna definicja wyparcia tłumacząca objawy neurotyka¹². Wyjaśniając natomiast zjawiska psychotyczne, takie jak halucynacje i urojenia, Freud postulował wyparcie silniejsze, bardziej radykalne, które nazywał odrzuceniem (niem. *Verwerfung*)¹³. Polega ono na całkowitym odrzuceniu nieakceptowalnego kompleksu myśli wraz z towarzyszącym mu afektem, tak jakby nigdy nie zaistniał w rzeczywistości psychicznej. Halucynacje byłyby próbą odbudowy tego, co zostało odebrane z tej rzeczywistości, a także zapełnienia powstałej luki. Urojenia, na przykład paranoiczne teorie spiskowe, Freud wyjaśniał projekcją odrzuconego afektu na zewnątrz. Twierdził: „to, co zostaje zniesione od wewnątrz, pojawia

11 J. Lacan, *Seminarium III. Psychozy*, tłum. J. Waga (Warszawa, 2014), 337.

12 Freud, „The neuro-psychoses of defence”, w: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, t. 3, tłum. J. Strachey (London, 1964), 41–61.

13 J. Laplanche, J.-B. Pontalis, *Słownik psychoanalizy*, tłum. E. Modzelewska, E. Wojciechowska (Warszawa, 1996), 361.

się ponownie z zewnątrz”¹⁴. Ich odpowiednikiem u neurotyka byłyby myśli prześladowcze skierowane na siebie, do wewnątrz: wyrzuty, wątpliwości, kwestionowanie własnego poczucia pewności. W późniejszych pismach z lat 20. Freud przeformułował powyższą teorię mechanizmów wyparcia czy negacji w kategoriach modelu strukturalnego *psyche*. Stwierdził bowiem, że w nerwicy obserwujemy konflikt między *ego* a *id*, właściwe (neurotyczne) wyparcie polega więc na wyparciu części *id*.

Podobnie w psychozie ujawniałby się konflikt między *ego* a rzeczywistością, a psychika psychotyka rozwiązywałaby go, nie dopuszczając do siebie części rzeczywistości¹⁵. Ponownie Freud zwrócił uwagę na dwustopniowość procesu chorobowego psychozy – w pierwszym etapie musi dojść do usunięcia pewnego niewygodnego doświadczenia, a w drugim konieczna staje się kompensacja „uszkodzonej” rzeczywistości psychicznej w postaci symptomatycznych formacji, takich jak halucynacje. Co ciekawe, Freud pisze, że to pierwszy etap – ukryty mechanizm wypierania – jest czynnikiem różnicującym nerwicę od psychozy. Zwraca uwagę, że w pracy klinicznej nie można polegać wyłącznie na wyizolowaniu symptomu. Na przykład urojenia spotykane są także u neurotyków, szczególnie w przypadku nerwicy obsesyjnej. Symptom, jako formacja kompromisowa, ma w wypadku zarówno nerwicy, jak i psychozy jeden cel – zastąpić za pomocą wykreowanej fantazji niechciany impuls, który wywarł jednak silny wpływ na życie psychiczne podmiotu. Po przestudiowaniu przypadku sędziego Schrebera Freud zmodyfikował nieco to stanowisko i postrzegał halucynacje oraz urojenia bardziej jako próbę zrekonstruowania kateksji obiektów świata zewnętrznego utraconych na rzecz narcystycznego wycofania się libido w stronę *ego*. W obu wypadkach widać starania Freuda, aby pod warstwą fenomenalną dostrzec ukryte motywacje.

Co jednak najistotniejsze dla rozwoju teorii psychoanalitycznej, dzięki pamiętnikowi Schrebera Freud zrewidował swoje poglądy na naturę wyparcia w neurozie i psychozie, dostrzegając potrzebę ich dalszego rozgra-

14 Tenże, „Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides)”, w: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, t. 12, tłum. J. Strachey (London, 1964), 70.

15 W artykule z 1924 r. Freud będzie używał słowa *Verleugnung*, które jednak nie będzie w jego pismach odnosić się zawsze jednoznacznie tylko do mechanizmu psychozy.

niczenia. Kluczową zmianą będzie wprowadzenie pojęcia pierwotnego wyparcia (niem. *Urverdrängung*). Jest ono etapem rozwoju psychiki poprzedzającym formowanie się *ego* i jakichkolwiek mechanizmów obronnych. Wyparcie pierwotne operuje według Freuda nie na reprezentacjach idei, lecz na reprezentacjach popędu¹⁶. Istnienie tego etapu usprawiedliwia prosta konstatacja: aby było możliwe wypieranie czegokolwiek (idei, wyobrażeniowej reprezentacji) do nieświadomości, musi już istnieć podział na świadomość i nieświadomość. Pierwotne wyparcie to właśnie cięcie na wewnątrz i zewnątrz, dwie przestrzenie inskrypcji, i dopiero w ten system wpisuje się wyparcie właściwe – obronne. Natomiast w artykule *Zaprzeczenie* Freud wnikliwie zauważa, że cały proces demarkacji systemów inskrypcji musi poprzedzać jeszcze pewna atrybucja – uznanie czegoś za nieprzyjemne lub przyjemne. Aparat psychiczny kieruje się zasadą przyjemności opartą na parze przeciwieństw: doświadczenia lub pragnienia zgodne z tą zasadą są mile widziane i integrowane, podczas gdy te w konflikcie są odrzucane lub usuwane. Operacje te Freud nazywa kolejno *Bejahung* i *Ausstossung*¹⁷.

Wracając do rozróżnienia między nerwicą a psychozą ze względu na mechanizm leżący u ich podłoża, Freud łączy uwarunkowanie psychiczne do wystąpienia epizodu psychotycznego z zaburzeniem wyparcia pierwotnego¹⁸. O podobnym zróżnicowaniu poziomów formowania się mechanizmów nerwicy i psychozy będzie mówił Lacan w *Seminarium III. Psychozy*:

Początek wypartego neurotycznego nie sytuuje się na tym samym poziomie historii w symbolicznym, co początek wypartego, o które chodzi w psychozie, nawet jeśli istnieją jak najściślejsze związki między treściami¹⁹.

Lacan, w przeciwieństwie do Freuda, pracował na początku swojej kariery z psychotykami, a nie z neurotykami. Jego rozprawa doktorska

16 Laplanche, Pontalis, *Słownik psychoanalizy*, 208–209.

17 Freud, „Negation”, w: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, t. 19, tłum. J. Strachey (London, 1964), 239.

18 Paradigmat psychozy rozwijany w artykule opisującym przypadek Schrebera jest zakorzeniony w teorii popędów Freuda. Na tym etapie Freud doszukuje się etiologii psychozy w fiksacji popędu, a jak wspomnieliśmy wyżej, właśnie pierwotne wyparcie odbywa się na poziomie popędowym.

19 Lacan, *Seminarium III. Psychozy*, 27.

dotyczy prób zastosowania metody psychoanalitycznej w leczeniu słynnego we Francji przypadku kobiety oskarżonej o próbę zabójstwa, u której zdiagnozowano paranoję. Po opublikowaniu swojej pracy Lacan wysłał jej kopię do Wiednia w nadziei ukazania Freudowi potęgi idei psychoanalitycznych w dziedzinie psychiatrii sądowej. Mistrz nigdy nie odpisał²⁰.

Wyposażony w doświadczenie wyniesione z obserwacji psychotycznego szaleństwa, kojarzonego od wieków z szaleństwem właściwym i nieuleczalnym, w pierwszych seminariach, pomyślanych jako trening dla nowych psychoanalityków, Lacan przedstawiał arkana swojej pracy, powracając do przypadków znanych mu ze szpitala psychiatrycznego, rewidując przy okazji przypadki opisywane przez Freuda. Seminaria pełne są krytycznych uwag Lacana odnoszących się do nozologii psychiatrycznej, kolekcjonującej opisy zachowań oraz różnych podejść psychologizujących – fenomenologicznych, skupiających się na znaczeniu, a także tych analizujących charakter szaleńca. Poszukując wyznaczników chorób psychicznych istotnych dla psychoanalityków, Lacan testuje przydatność stworzonych przez siebie narzędzi teoretycznych, takich jak porządki doświadczenia, stosunek podmiotu do Innego czy sposoby czerpania rozkoszy (franc. *jouissance*).

Badacze Lacana oraz psychoanalitycy praktykujący w duchu szkoły lacanowskiej wyodrębniają trzy tzw. struktury kliniczne lub podmiotowe, które powtarzają się w seminariach i pismach Lacana: nerwica, psychoza i perwersja. Wymienione główne kategorie diagnostyczne przyjęte przez Lacana są kategoriami strukturalnymi opartymi na zasadniczo różnych mechanizmach obronnych lub, mówiąc bardziej ogólnie, na trzech formach negacji. Jak zobaczymy, Lacan pozostaje w tej kwestii wierny przeżyciom Freuda. Tylko je porządkuje i nadaje im całość systemu diagnozy różnicowej.

Zanim przejdziemy do omówienia tego systemu, zastanówmy się, co implikuje nazwa „struktura podmiotu”. Po pierwsze „struktura” ma sugerować szkielet, konstytucję podmiotu. Struktura musi zatem pojawić się przed podmiotem; nie jest nakładką na gotowy podmiot, lecz współdeterminuje go. Jeśli porównamy psychikę do organizmu, którego przetrwanie

20 T. McGowan, *The Cambridge Introduction to Jacques Lacan* (Cambridge, 2025), 22.

uzależnione jest od wykształcenia odpowiednich strategii obronnych zabezpieczających go przed środowiskiem, stanie się dla nas jasne, że kształt tego organizmu (struktura psychiki) będzie nosił ślady walki z niesprzyjającymi warunkami – tj. stosowania określonych mechanizmów negacji.

Rodzaj podmiotu, jakim się stajesz, jest zatem zdefiniowany przez wybór wyparcia, wykluczenia lub zaprzeczenia²¹. Po drugie, należy pamiętać, że nie są to w zamyśle Lacana kategorie ontologiczne – jest się podmiotem neurotycznym, psychotycznym lub perwersyjnym tylko w sytuacji klinicznej, tzn. w trakcie sesji psychoanalitycznej. Fenomenologicznie natomiast struktura może być rozumiana jako szczególny dla podmiotu sposób bycia w świecie.

Ponieważ nieświadomość według Lacana jest ustrukturyzowana jak język²², przeformułuje on freudowskie metapsychologiczne założenia dotyczące mechanizmów obronnych w duchu strukturalizmu. W ten sposób podstawowym problemem wywołującym konieczność obronnej negacji nie jest już lęk kastracyjny, lecz wprowadzenie pierwszego zakazu – funkcji Imienia-Ojca – który inicjuje podmiot do porządku symbolicznego. Reakcja na tę inicjację, zmuszającą podmiot do zajęcia pewnej pozycji względem pierwszego znaczącego, stanie się swoistą dla danego podmiotu odpowiedzią na ograniczenia świata zewnętrznego, jego kulturowego środowiska. Zdaniem Lacana można zaobserwować trzy charakterystyczne rodzaje reakcji na symboliczną kastrację – wyparcie (franc. *refoulement*), wykluczenie (franc. *forclusion*) oraz zaprzeczenie (franc. *déni*)²³.

Neurotyk stosuje wyparcie, tzn. jego reakcją na zakaz jest jego przyjęcie, którego jednak nie można nazwać akceptacją – jest to raczej uznanie przymusu i rezygnacja pełna resentymentu. Neurotyk będzie czuł się pokrzywdzony przez Wielkiego Innego, który odebrał mu część *jouissance*. W jego życiu psychicznym będzie powracać fantazja o pełnej *jouissance*, która byłaby możliwa, gdyby nie interwencja Wielkiego Innego. Mowa neurotyka jest pełna zastrzeżeń, poprawek, uzupełnień, negacji i samowątpienia, szczególnie w sytuacjach, w których zaznacza się obecność

21 B. Fink, *The Lacanian Subject* (Princeton, 1995), 67–68.

22 J. Lacan, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, dostęp 20.09.2025, http://staferla.free.fr/S11/S11_FONDEMENTS.pdf, 11.

23 D. Evans, *An Introductory Dictionary of Lacanian Psychoanalysis* (New York, 1996), 197.

Wielkiego Innego, np. w trakcie psychoanalizy, ponieważ w relacji przeniesieniowej neurotyk przypisuje tę właśnie rolę analitykowi, określanemu przez Lacana także jako podmiot suponowanej wiedzy (franc. *sujet-supposé-savoir*)²⁴. Podmiot neurotyczny oczekuje od analityka odpowiedzi na pytanie „Che vuoi?” („Czego chcesz?”), ponieważ ciągle antycypuje reiterację zakazu, spodziewa się nowych żądań ze strony Wielkiego Innego. W odniesieniu do tego, co mówi, neurotyk czuje zakłopotanie, wstydy się swoich przejęzyczeń. Poczucie wstydu charakteryzuje także jego stosunek do *jouissance*²⁵.

Psychotyk nie dopuścił do świadomości zakazu ojcowskiego, który został wstępnie wykluczony z porządku symbolicznego podmiotu. Innymi słowy, funkcja Wielkiego Innego nie znajdzie zastosowania w mowie psychotyka. Luka w Symbolicznym powstała przez odrzucenie pierwszego znaczącego będzie jak otwarta furтка, która pozwoli na powrót zakazu od strony porządku realnego. W wyniku „okaleczenia” porządku symbolicznego podmiot nie będzie potrafił zasymilować tego doświadczenia, czego rezultatem będą halucynacje i urojenia. Psychotyczny podmiot czuje się atakowany przez *jouissance* Innego. Jego granice są przez niego naruszane; jednocześnie *jouissance* Innego odbierana jest jako zlokalizowana w ciele schizofrenika, ponieważ samo wyznaczenie tych granic staje się problematyczne; ciało odczuwane jest często jako pofragmentowane lub składające się z obcych elementów. Mowa psychotyka jest równie poszatkowana i wydaje się niespójna. Jak zauważył już Freud, słowa schizofreników nie odnoszą się do rzeczy w świecie zewnętrznym, ale same do siebie w specyficznym idiolekcie pacjenta. Ponadto mowa ta jest pozbawiona charakterystycznej dla neurotyka niejednoznaczności, przy czym znaczenie słów jest dla psychotyka często bardzo szczególne, gdyż lubi on tworzyć neologizmy. Psychotyk odbiera to, co się do niego mówi, bardzo literalnie. Rozumienie przez niego metafor jest ograniczone²⁶. W przeciwieństwie do Freuda Lacan nie wykluczał zdolności psychotyka do nawiązania re-

24 Lacan, *Les quatre concepts*, 123.

25 B. Fink, *A Clinical Introduction to Lacanian Psychoanalysis. Theory and Technique* (London, 1997), 127.

26 D. Nobus, *Jacques Lacan and the Freudian Practice of Psychoanalysis* (London, 2000), 17.

lacji przeniesienia z analitykiem, jednak odróżniał „przeniesienie psycho-tyczne” od przeniesienia neurotycznego. Analityk nie zostaje postawiony przez psychotyka w pozycji podmiotu suponowanej wiedzy, a próby sytuowania się w tej roli spełzną na niczym, a nawet mogą być szkodliwe, wywołując np. myśli paranoiczne u analizanta. Jak zaleca Lacan, w pracy z takim pacjentem należy przyjąć rolę sekretarza lub świadka. Ten bowiem nie tłumaczy ani interpretuje, ale towarzyszy, rozumie, parafrazuje i przypomina to, co już pojawiało się w mowie analizanta²⁷.

Perwersja u Lacana nie jest etykietką dla zespołu dewiacji seksualnych, choć Lacan sięga przy jej konceptualizacji do rozważań Freuda nad fetyszyzmem i parafiliami. Można powiedzieć, że zaprzeczenie stosowane przez perwerta jest pewnego rodzaju półśrodkiem – nie jest on tak radykalny jak psychotyk, ani tak posłuszny jak neurotyk w odrzuceniu ojcowskiego zakazu. Zaistnieje on bowiem w jego/jej rejestrze symbolicznym, ale zaraz po tym zaneguje je, tak jakby udawał/a, że symboliczna kastracja nigdy się nie wydarzyła. Jak zauważają klinicyści, perwerce bardzo rzadko zgłaszają się na analizę. Dla nich samych ich struktura psychiczna rzadko jest źródłem cierpienia, dlatego najczęściej przychodzą na terapię pod presją otoczenia. W kwestii relacji przeniesieniowej, podobnie jak w przypadku psychotyka, nie można jej nawiązać, wchodząc w rolę podmiotu „który wie”, jednak analityk jest pozbawiony autorytetu posiadacza wiedzy w oczach perwerta z innego powodu niż w kontakcie z psychotykiem. Dzieje się tak nie ze względu na wykluczenie figury autorytetu, ale dlatego, że perwert czuje się już ekspertem w dziedzinie, która najbardziej go interesuje, czyli w tym, jak zdobyć *jouissance* i jak być źródłem *jouissance* Innego. Mowa perwerta jest nastawiona na wywołanie reakcji zakłopotania, lęku czy podziwu dla jego swoistej wiedzy. W całkowitej opozycji do neurotyka perwert opowiada bez zażenowania o swoich fantazjach i formach czerpania *jouissance*²⁸.

Należy podkreślić, że „psychoza”, „nerwica” i „perwersja” nie są dla Lacana nazwami chorób psychicznych ani zaburzeń. Struktura podmiotu jest jego pewną charakterystyką, kryjącą jego predyspozycje do

27 P. Gherovici, *Lacan on Madness: Madness, yes you can't*, red. P. Gherovici, M. Steinkoler (New York, 2015), 6.

28 B. Fink, *A Clinical Introduction*, 192.

nawiązania relacji przeniesieniowej określonego rodzaju podczas sesji psychoanalitycznej. Cechy te nie są być może widoczne ani konieczne do wskazania w codziennym życiu jednostki, dopóki nie pojawi się w nim jakiś uciążliwy symptom, z którym uda się ona do psychoanalityka. Można zatem być a priori ustrukturyzowanym psychotycznie, jednak nigdy nie doświadczyć epizodu psychotycznego²⁹.

Struktury, zdaniem Lacana (zwłaszcza z okresu jego wczesnego nauczania), są niezmiennie. Nie można w ciągu swojego życia, np. za sprawą jakichś wydarzeń albo psychoanalizy czy psychoterapii, przeobrazić swoją podmiotowość na tyle, żeby nagle przestać stosować mechanizmy typowe dla neurotyka i klinicznie objawiać się jak psychotyk. Z tą obserwacją wiąże się jeszcze jedno ważne zastrzeżenie. Kategorie „nerwica”, „psychoza”, „perwersja” czy jakiegokolwiek ich subkategorie, np. histeria czy schizofrenia, nie istnieją poza gabinetem psychoanalitycznym, jeśli chcemy prowadzić psychoanalizę zgodnie z duchem nauczania Lacana. Psychoanaliza lacanowska unika języka esencjalizującego. Toteż mówi się, że powyższe kategorie nie mają natury metafizycznej, ale etycznej. Przy czym etyka jest tu rozumiana jako zbiór praktyk dochodzenia do prawdy³⁰. Rozpoznanie struktury analizanta jest istotne dla obrania odpowiedniego kierunku analizy, przede wszystkim pozwalając analitykowi przyjąć właściwą pozycję w relacji przeniesieniowej. W tym sensie mówienie o nerwicy czy psychozie jest uzasadnione tylko wtedy, gdy odnosimy się do sytuacji klinicznej. Poza gabinetem psychoanalitycznym nikt nie jest „psychotykiem”, „perwertem” ani „neurotykiem”³¹.

Wreszcie należy zaznaczyć, że lista trzech struktur w repertuarze diagnostycznym lacanistów nie jest zbiorem zamkniętym. Jeśli udałoby się wykazać, że jakiś rodzaj cierpienia, z którym współcześnie boryka się pewna grupa analizantów, wiąże się z wyraźną odrębnością wchodzenia

29 S. Benvenuto, *Conversations with Lacan. Seven Lectures for Understanding Lacan* (New York, 2020), 125–126.

30 J. Lacan, *L'éthique de la psychanalyse*, dostęp 20.09.2025, <http://staferla.free.fr/S7/S7%20L'ETHIQUE.pdf>, 240–241.

31 Należy jednak zaznaczyć, że nie jest to jedyne podejście rozpowszechnione wśród interpretatorów Lacana. Są bowiem wśród nich także zwolennicy strukturalistycznego, bardziej podmiotowego niż klinicznego rozumienia struktur.

w relację przeniesieniową, którą tłumaczyłby zupełnie nowy typ mechanizmu reagowania na zakazy i ograniczenia, wówczas uzasadnione stałoby się postulowanie rozszerzenia tej listy.

Istotnie, od 2020 r., kiedy to ukazała się książka psychoanalityka lacanowskiego i filozofa Leona Brennera pt. *The Autistic Subject: On The Threshold of Language*, dyskutowana jest taka propozycja w odniesieniu do autyzmu. Autyzm był długo pojmowany w psychiatrii, a także w psychoanalizie lacanowskiej, jako odmiana psychozy, ponieważ uważa się, że w autyzmie również musi działać mechanizm wykluczenia. Brenner próbuje wnikać głębiej w naturę tego wykluczenia. Twierdzi, że strukturyzacja autystycznego podmiotu następuje na poziomie tego, co Freud określał wyparciem pierwotnym, w odróżnieniu od podmiotu psychotycznego, który przechodzi co prawda tę fazę³², ale tylko po to, by zaraz potem wymazać efekty afirmacji poprzez odrzucenie pierwszego znaczącego³³. Druga różnica dotyczy obiektu wykluczenia. O ile w przypadku psychozy jest to znaczące, o tyle w autyzmie nie dochodzi nawet do zetknięcia się z minimalną symbolizacją. Zanegowana zostaje cała płaszczyzna różnicowania między tym, co językowe i przedjęzykowe, symboliczne i realne oraz subiektywne (w granicach ciała) i obiektywne (Brenner nazywa tę granicę „obręczą”). Powstaje jednak pytanie, jak to się dzieje, że podmioty autystyczne posługują się mową, nawet jeśli jej prozodia i repetytywność mogą utrudniać komunikację? Zdaniem Brennera nabywanie języka przez dzieci autystyczne odbywa się na zasadzie asymilacji znaków, nie znaczących (signifiant), co objawia się sztywnością znaczeniową używanych wyrażen³⁴.

Stosowanie opisanego powyżej modelu diagnozowania poprzez struktury ograniczone jest do gabinetów psychoanalizy lacanowskiej, najczęściej prywatnej praktyki. Ponieważ lacaniści w wielu krajach są włączeni do systemu opieki psychiatrycznej i psychologicznej, tzn. są konsultowani w kwestii prowadzenia terapii lub odpowiedniego wsparcia pacjentów

32 To, że w historii podmiotu psychotycznego zaszła pierwotna afirmacja (Bejahung) jest stanowiskiem spornym. Przede wszystkim dlatego, że Lacan w niektórych wypowiedziach stawiał Bejahung i wykluczenie w opozycji, patrz: J. Lacan, *Écrits* (Paris: Éditions du Seuil, 1966), 323.

33 L. Brenner, *The Autistic Subject: On The Threshold of Language* (London, 2020), 110–111.

34 Tamże, 221.

szpitali psychiatrycznych, uczniów czy podopiecznych różnych instytucji opiekuńczych, wymagane jest od nich formułowanie diagnoz zgodnie ze wskazaniami wymienionych instytucji oraz firm ubezpieczeniowych. Obowiązujące standardy takiej współpracy nadal opierają się na kodyfikowaniu diagnozy zgodnie z zaleceniami stowarzyszeń psychiatrycznych. Ogólnoświatowym wzorcem w ośrodkach służby zdrowia i administracji publicznej jest nomenklatura DSM oraz ICD (od dziesięcioleci ujednolicana przez Światową Organizację Zdrowia z DSM). Aby wybrnąć z tej sytuacji, klinicyści lacanowscy stosują zazwyczaj podwójną procedurę diagnozy – jedną na potrzeby procesu psychoanalitycznego z analizantem, drugą w celu wystawienia diagnozy pacjentowi, by dopełnić wymaganych procedur i formalności. Psychoanalitycy lacanowscy najczęściej krytycznie oceniają diagnozę opartą na DSM. Dzieje się tak nie dlatego, że żądają upowszechnienia modelu diagnozy strukturalnej Lacana na wszystkie zawody pomocowe, ale z powodu odmiennych założeń etycznych i filozoficznych, które przemawiają przez oba podejścia. Jest to konflikt wartości nierozzerwalnie związany z konfliktem interesów, który doprowadził do powstania systemu klasyfikacji chorób psychicznych upowszechnianego przez APA (American Psychiatric Association) od lat 80. XX w.

To właśnie w 1980 r. uchwalono kształt przełomowej edycji DSM, tj. jego trzeciej oficjalnej wersji. Nowy projekt podręcznika był do końca oprostowany przez stowarzyszenia psychoanalityków postfreudowskich – najbardziej wpływowej grupy psychoterapeutów w USA w tamtych czasach. Poprzednie wersje klasyfikacji nie były popularne jako narzędzie diagnostyczne, a tym bardziej obligatoryjnie stosowane. Wzrost znaczenia tej broszury stowarzyszenia amerykańskich psychiatrów był efektem nałożenia się kilku problemów, wręcz kryzysów, w różnych obszarach amerykańskiej polityki społecznej oraz kultury³⁵.

Kryzys lat 70. oraz zmiana polityki monetarnej zmusiły rząd USA do poszukiwania oszczędności budżetowych. Tymczasem stare szpitale psychiatryczne, które na początku swej działalności służyły także jako przytułki dla biedoty, wymagały natychmiastowych inwestycji w renowację i modernizację. Wobec tego tańszym rozwiązaniem było ich zamknięcie.

35 J.A. Lieberman, *Shrinks. The Untold Story of Psychiatry* (New York, 2015), 110.

Aby pozbyć się rezydentów, promowano model leczenia domowego, także pod pretekstem „nieodrywania” ludzi od ich społeczności³⁶. W sukurs rządzącym przyszły koncerny farmaceutyczne. Od lat 50. XX w. firmy takie jak Smith, Kline & French i Geigy opracowywały kolejne klasy leków psychotropowych, których efekty uboczne (przy krótkim okresie zażywania) były mniej toksyczne niż w przypadku pierwszych chemicznych środków uspokajających stosowanych w szpitalach. Reklamowano je jako bezpieczne do stosowania w warunkach domowych. Nie były to tylko leki stabilizujące symptomy poważnych zaburzeń psychicznych, takich jak schizofrenia, lecz coraz częściej przedstawiano je jako środki pomagające znieść trudy codziennego życia – obejmujące m.in. antydepresanty oraz leki nasenne³⁷.

Niezwykle istotnym czynnikiem, który doprowadził do rewizji DSM, był kryzys wizerunkowy, a zarazem tożsamościowy młodego pokolenia psychiatrów amerykańskich. Nowe odkrycia w dziedzinie neuroanatomii i neurofizjologii, możliwe przede wszystkim dzięki rozwojowi technik obrazowania, takich jak CT, PET i MRI, inspirowały studentów medycyny. Śledząc rozwój nauki, dostrzegali oni coraz wyraźniejsze zbliżenie się specjalizacji psychiatrycznej i neurologicznej. Mimo to psychiatra pozostawał zawodem o relatywnie niższym prestiżu instytucjonalnym i społecznym. Młodzi absolwenci oskarżali o ten stan rzeczy starsze pokolenia psychiatrów, przede wszystkim kadrę uniwersytecką i kliniczną, w której najważniejsze katedry zajmowali postfreudyści. Od końca II wojny światowej bowiem psychoanalitycy stopniowo przeniknęli do instytucji akademickich i całkowicie je zdominowali. W rezultacie edukacja psychiatry w USA wymagała na przykład przejścia psychoanalizy szkoleniowej. Środowisko to było zróżnicowane i obejmowało liczne szkoły psychoanalizy wywodzące się z kilku stowarzyszeń kontynuujących myśl Freuda – w różnym stopniu wiernych jego koncepcjom, a często otwarcie głoszących swoją „herezję”, motywowaną potrzebą unowocześnienia spuścizny Wiedeńczyka. Najważniejszą z tych szkół na gruncie amerykańskim była tzw. psychologia ego, krytykowana zresztą także w Europie, m.in. przez Lacana.

36 J. Moncrieff, *The Myth of the Chemical Cure. A Critique of Psychiatric Drug Treatment* (New York, 2008), 223.

37 Tamże, 133–135.

Wraz z deinstytucjonalizacją leczenia psychiatrycznego oraz rozwojem prywatnych praktyk psychoanalitycznych i psychoterapeutycznych, a także różnego rodzaju gabinetów medycyny naturalnej i alternatywnej, które również oferowały formy uśmierzania cierpienia psychicznego, zawód psychiatry ulegał stopniowej marginalizacji, a nawet tracił rację bytu. W konsekwencji wielu psychiatrów, aby się utrzymać, prowadziło prywatne gabinety psychoanalizy. Trening psychoanalityczny stanowił w końcu lwią część ich wykształcenia³⁸.

Robert Spitzer miał 34 lata, kiedy został jednym z redaktorów DSM-II, a w 1974 r. stanął na czele zespołu powołanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) do jego rewizji i aktualizacji. Zadanie to traktowano jako rutynowe przedsięwzięcie – uważano, że ostatnie wydanie, mające już ponad dekadę, wymaga jedynie odświeżenia. Spitzer nie zamierzał jednak wprowadzać wyłącznie czysto kosmetycznych zmian. Rozczarowany własnym wykształceniem psychiatrycznym, wierzył, że psychiatria musi udowodnić innym dziedzinom medycyny i pacjentom, iż jest nauką medyczną opartą na badaniach empirycznych i replikowalnych eksperymentach. W tym celu do grupy zadaniowej, której powierzono opracowanie nowych podstaw klasyfikacyjnych i doradztwo w kwestii metodologii, zaprosił szerokie grono badaczy z Washington University w St. Louis, nazywanych „neokraepelinistami”, skupionych wokół Johna Feighnera. Środowisko to od lat próbowało wskrzesić w amerykańskiej psychiatrii tradycję nozologii w duchu Emila Kraepelina. Dwa kluczowe kryteria różnicowania jednostek chorobowych w DSM, czyli symptom oraz czas trwania objawów, wywodzą się właśnie z tej tradycji³⁹.

W nieoczekiwany dla Spitzera sposób prace nad nową klasyfikacją zaburzeń bardzo szybko stały się wydarzeniem medialnym. Katalizatorem tego zainteresowania był skandal w środowisku psychiatrycznym znany jako „prowokacja Rosenhana”. David Rosenhan, prawnik i psycholog, podjął próbę przetestowania spójności diagnoz wśród psychiatrów. Jego eksperyment polegał na wysłaniu ośmiu osób, które wcześniej nie narzekały

38 Lieberman, *Shrinks*, 75–76.

39 E. Shorter, „The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, *Dialogues in Clinical Neuroscience* 17 (2015), 1: 59–67.

na swoje zdrowie psychiczne, do dwunastu różnych szpitali psychiatrycznych w pięciu stanach USA. W każdym z przypadków uczestnicy mieli zgłosić, że słyszą głos wypowiadający te same trzy słowa, aby po przyjęciu do szpitala więcej nie skarżyć się na występowanie halucynacji. Celem eksperymentu miało być wykazanie, że szpitale psychiatryczne nie są w stanie konsekwentnie odróżniać osób zdrowych od chorych oraz że przy występowaniu tych samych symptomów wydają odmienne diagnozy (hospitalizowani ludzie Rosenhana otrzymywali diagnozę schizofrenii lub manii). Chociaż znaleźli się obrońcy psychiatrów, którzy przyjęli symulantów do szpitali, twierdząc, że lekarze byli zobowiązani do hospitalizacji i obserwacji każdej osoby wyrażającej niepokój o swoje zdrowie psychiczne i poczytalność, oskarżenia Rosenhana trafiły na podatny grunt. Problem definicji choroby psychicznej powracał regularnie, dzieląc amerykańską opinię publiczną, szczególnie od czasu publikacji *Mitu choroby psychicznej* Thomasa Szasza, przedstawiciela szerszego ruchu antypsychiatrii, wpisującego się w kontrkulturę lat 60. XX w. Kolejna dekada była pokłosiem protestów tego okresu, które wyewoluowały w dojrzałe ruchy emancypacyjne różnych opresjonowanych grup. Wiele z nich widziało psychiatrów jako swoich ciemniejszych. W momencie, gdy w 1979 r. decydowały się losy DSM-III APA znalazła się pod ostrzałem krytyki z wielu stron. Oprócz ruchu antypsychiatrii grupami najbardziej zaangażowanymi w spór były organizacje skupiające gejów i lesbijki walczące o wykreślenie homoseksualizmu z klasyfikacji chorób i zaburzeń oraz środowiska weteranów wojny w Wietnamie, postulujące odwrotny krok – wpisanie jednostki chorobowej, która obejmowałaby ich rodzaj okaleczenia psychicznego, przez co zyskaliby dostęp do odpowiedniej opieki medycznej i innych form wsparcia⁴⁰.

Zespół Spitzera próbował pogodzić dwa zasadnicze cele projektu nowego DSM-u – uczynienie klasyfikacji bardziej naukową (w rozumieniu naukowości Spitzera i Feighnera) oraz uwzględnienie presji różnych grup interesu społecznego. Nadrzędnym zamierzeniem zespołu było jednak uratowanie profesji psychiatrii przed pochłonięciem przez inne dziedziny oraz polepszenie jej wizerunku. W efekcie publikacja wywarła ogromny

40 Lieberman, *Shrinks*, 252.

wpływ na całkowite przebudowanie modelu leczenia zaburzeń psychicznych w USA, a następnie także globalnie. W ciągu dwóch dekad krajobraz instytucjonalny w opiece psychiatrycznej uległ radykalnej transformacji, a środki finansowe zostały przekierowane na zupełnie inny typ badań. Reformy te ogromnie zaszkodziły środowisku psychoanalitików postfreudowskich. Przestali oni zajmować prominentne stanowiska na czele katedr i w zarządach stowarzyszeń. Zdecydowanie negatywnym skutkiem wzrostu znaczenia DSM dla wszystkich uczestników służby zdrowia było zacieśnienie relacji między środowiskami akademickimi, APA oraz koncernami farmaceutycznymi, co prowadziło do korupcji i nierzetelności w badaniach. Największą porażką psychoanalitików w walce o nowy kształt DSM było niemal całkowite wyrugowanie terminologii o proveniencji psychoanalitycznej. Pociągnęło to za sobą zupełne pominięcie etiologii schorzeń. W rezultacie, przypominające algorytm wpisy klasyfikacji po dziś dzień nie uwzględniają przyczyn zachorowań⁴¹.

Pomijając pytanie o to, czy środowisko amerykańskich psychiatrów po ponad 40 latach od czasu publikacji DSM-III dostarczyło w kolejnych edycjach podręcznika to, co obiecuje pacjentom i lekarzom nowy paradygmat, czyli diagnostykę opartą na dowodach (*evidence-based*), a w szczególności markerach biologicznych⁴², na koniec chciałabym przedstawić główne zarzuty, jakie pod adresem DSM wysuwają psychoanalitycy orientacji lacanowskiej.

W 1978 r. Lacan wypowiedział słynne: „Wszyscy są szaleni!”⁴³ Były to wieszczę słowa, zważywszy na skokowy przyrost jednostek chorobowych z każdą edycją DSM⁴⁴.

Lacaniści zwracają uwagę, że w związku z tym obserwujemy zjawisko patologizacji cierpienia psychicznego, a nawet dyskomfortu czy innych

41 S. Vanheule, *Psychiatric Diagnosis Revisited. From DSM to Clinical Case Formulations* (Palgrave Macmillan, 2017) 86–87.

42 W to wątpi nawet państwowa agencja badawcza NIMH (National Institute of Mental Health), która dystansuje się od ostatniej wersji DSM. Zob. M.D. Pickersgill, „Debating DSM-5: diagnosis and the sociology of critique”, *Journal of Medical Ethics* 40 (2014), 8: 521–525.

43 J. Lacan, „Lacan pour Vincennes”, *Ornicar?* 17/18 (1979): 278.

44 Pomiędzy pierwszą wersją DSM a jego czwartym wydaniem obserwujemy prawie trzykrotny wzrost wyodrębnionych jednostek – od 106 DSM-I (1952) do 297 notowanych w DSM-IV (1994).

negatywnych emocji⁴⁵. Ból psychiczny został wpisany w model choroby zapożyczony z medycyny somatycznej. Panujący redukcjonizm biologiczny ma znane podłoże ideologiczne. Jest on biopolitycznym narzędziem kontroli. Medykalizacja stanowi zasłonę dymną dla nierozwiązywanych problemów społecznych, często zastępuje też kryminalizację (np. w przypadku podejścia do uzależnień), ale służy tym samym celom. Towarzyszy jej odpowiedni „trening” podmiotowości. Pacjentom, a także klientom opieki społecznej czy oskarżonym w procesach karnych wmawia się, że jeśli pozwolą zaklasyfikować swoje trudności jako schorzenie o podłożu biologicznym, staną się one bardziej szlachetne czy społecznie akceptowalne, a nawet godne współczucia.

Krytyka ta nie jest wyłączną domeną lacanistów⁴⁶. Od lat 90. podobne zarzuty formułuje ruch neuroróżnorodności, wywodzący się z działalności grup walczących o większą inkluzywność i prawa osób autystycznych, który zwraca uwagę na problem patologizacji różnorodnych form funkcjonowania psychicznego i społecznego, „bycia w świecie” – jakby to określił Leon Brenner⁴⁷. Psychoanalizie zawsze był obcy dyskurs naukowy⁴⁸ psychologii klinicznej – zastępującej podmiot respondentem. Podejście statystyczno-generalizujące w psychiatrii jest dalszą sterylizacją praktyk pomocowych z jakiegokolwiek subiektywności; jedynym dopuszczanym do głosu podmiotem ma być „obiektywny obserwator”.

W tym ujęciu klinika ograniczająca się do przypisania kodu na podstawie obserwowalnych zachowań i przepisania leku, który ma na celu złagodzenie symptomów, nie ma już nic wspólnego z towarzyszeniem

45 Tymczasem praktyce psychoanalitycznej od dziesięcioleci zarzuca się, że dzieli ludzi na chorych i niezdiagnozowanych. Zarzut ten stawiano także psychoanalitykom postfreudowskim w Stanach Zjednoczonych. Zob. Lieberman, *Shrinks*, 72.

46 O krytyce wysuwanej ze strony psychologów można przeczytać m.in. w: R. Stupak, „Going Beyond the DSM with the Power Threat Meaning Framework, Open Dialogue Approach and Soteria”, w: *Practical Alternatives to the Psychiatric Model of Mental Illness: Beyond DSM and ICD Diagnosing*, red. A. Cantu, E. Maisle, C. Ruby (Cambridge, 2024), 302–320.

47 „Osoby autystyczne” w ruchu neuroróżnorodności chcą być właśnie tak określane. Postrzegają bowiem autyzm jako ich specyficzny tryb funkcjonowania psychospołecznego, rodzaj tożsamości, wynikający jednak ze szczególnego rozwoju ich układu nerwowego. Określenie „osoba z autyzmem” sugeruje natomiast podejście medykalizujące, potępiane przez ruch.

48 Lacan nazwałby go „dyskursem uniwersytetu”.

i obecnością przy chorym, jakie niesie jej źródłosłów (gr. *clinicus* – lekarz odwiedzający chorego w domu, pracujący przy jego łóżku). Współczesny technokratyczny model psychiatrii ruguje bowiem zarówno podmiotowość pacjenta, jak i leczącego. Diagnoza staje się bardzo alienującym doświadczeniem. Odczuwane uciążliwości traktowane są jako coś zewnętrznego wobec pacjenta, symptom to objaw obecności w organizmie elementu obcego – niczym patogenu, który za pomocą substancji chemicznej zostanie usunięty z organizmu i pacjent odzyska „prawidłowego” dawnego siebie⁴⁹.

Z okrojonego czasowo wywiadu z pacjentem nie dowiadujemy się niczego o naturze symptomu, jego pochodzeniu. Już Freud krytykował z tego powodu psychiatrię swoich czasów, zauważając, że lekarze czerpią satysfakcję z tworzenia opisów i charakterystyk, ale ich zainteresowanie przypadkiem mija, gdy przyporządkują go do określonej szufladki. Tymczasem, jak pisze Freud, „zadumanie nie jest początkiem zrozumienia”⁵⁰. Diagnozowanie za pomocą listy kontrolnej wpisuje się w szerszy trend kwantyfikacji psychiki, której pomiarów możemy dokonywać już samodzielnie, za pomocą psychotestów i aplikacji w telefonie. To, co mierzalne, jest bowiem zarządzalne. Zyskujemy zatem natychmiastowy dostęp do narzędzi samodyscypliny.

Tymczasem, jak sugerują lacaniści, badanie psychogenezy – rozumiane nie jako opis etapów rozwoju choroby, ale jako odkrywanie motywacji w życiu podmiotu – jest ważnym elementem terapii, która służyć ma także samorozpoznaniu sprawczości jednostki, odsłonięciu przed nią zakresu jej współudziału w kształtowaniu się jej subiektywnej reakcji na to, co ją spotyka, czyli czynniki często przypadkowe, od niej niezależne. Jest to egzystencjalny komponent diagnostyki psychoanalitycznej, wzmacniający poczucie odpowiedzialności oraz godności cierpiącej osoby bez sprowadzania jej do roli ofiary stanu chorobowego.

Jak uczy nas psychoanaliza lacanowska, diagnoza jest działaniem wymagającym dwóch podmiotów, z których oba kształtują jej wynik. Pacjent,

49 M. Tal, „Diagnosis Is a Symptom: Psychoanalysis vs. Psychotherapy”, *e-flux Journal*, 11.05.2023, dostęp 20.09.2025, <https://www.e-flux.com/notes/539328>.

50 Freud, „Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia”, w: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, t. 12, tłum. J. Strachey (London, 1964), 18.

czyli analizant, nie może być jedynie biernym przedmiotem niezależnej oceny eksperckiej. Jak zresztą pokazują badania, psychologom klinicznym i psychiatrom nie udaje się wystawiać niezawodnych, obiektywnych diagnoz pozbawionych uprzedzeń i nieskrzywionych własnym doświadczeniem klinicznym, mimo stosowania ustandaryzowanych narzędzi diagnostycznych i sprawnego poruszania się w zapisach DSM i ICD⁵¹.

Podsumowując, diagnoza strukturalna stosowana w psychoanalizie lacanowskiej wymyka się tradycyjnemu czy potocznemu rozumieniu diagnozy medycznej. Z jednej strony, lacaniści sprzeciwiają się powszechności diagnozowania według zaleceń Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego czy Światowej Organizacji Zdrowia. Z drugiej strony jednak propozycja Lacana jest w pewnym sensie samoograniczająca, zawężona do jednej szkoły i formy terapii, gdyż jej przyjęcie wiąże się z uznaniem za właściwe i użyteczne koncepcji oraz praktyk psychoanalizy stworzonych przez Freuda i Lacana, takich jak przeniesienie czy Wielki Inny. Wymaga zatem stania się psychoanalitykiem lacanowskim.

Bibliografia

- Alford, C.F. „Psychoanalysis as Philosophy, Psychoanalysis as Worldview”. W: M.Ch. Chung, C. Feltham: *Psychoanalytic Knowledge*. New York, 2003.
- Benvenuto, S. „Perversion and charity: an ethical approach”. W: *Perversion. Psychoanalytic Perspectives/Perspectives on Psychoanalysis*, red. D. Nobus, L. Downing. London, 2006.
- Benvenuto, S. *Conversations with Lacan. Seven Lectures for Understanding Lacan*. New York, 2020.
- Brenner, L. *The Autistic Subject: On The Threshold of Language*. London, 2020.
- Evans, D. *An Introductory Dictionary of Lacanian Psychoanalysis*. New York, 1996.
- Fink, B. *A Clinical Introduction to Lacanian Psychoanalysis. Theory and Technique*. London, 1997.
- Fink, B. *The Lacanian Subject*. Princeton, 1995.
- Foucault, M. *Choroba umysłowa a psychologia*. Tłum. P. Mrówczyński. Warszawa, 2000.

51 Vanheule, *Psychiatric Diagnosis Revisited*, 68–69.

- Foucault, M. *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*. Tłum. H. Kęszycka. Warszawa, 1987.
- Freud, S. „Negation”. W: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. T. 19. Tłum. J. Strachey. London, 1964.
- Freud, S. „New Introductory Lectures on Psychoanalysis”. W: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. T. 22. Tłum. J. Strachey. London, 1964.
- Freud, S. „O psychoterapii”. W: tenże, *Dzieła*. T. IX. Tłum. R. Reszke. Warszawa, 2007.
- Freud, S. „The neuro-psychoses of defence”. W: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. T. 3. Tłum. J. Strachey. London, 1964.
- Freud, S. „The Unconscious”. W: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. T. 14. Tłum. J. Strachey. London, 1958.
- Freud, S. „W kwestii wprowadzenia do terapii”. W: tenże, *Dzieła*. T. IX. Tłum. R. Reszke. Warszawa, 2007.
- Gherovici, P., Steinkoler, M., red. *Lacan on Madness: Madness, yes you can't*. New York, 2015.
- Lacan, J. „Lacan pour Vincennes”. *Ornicar?* 17/18 (1979).
- Lacan, J. *Léthique de la psychanalyse*. Dostęp 20.09.2025. <http://staferla.free.fr/S7/S7%20L'ETHIQUE.pdf>.
- Lacan, J. *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Dostęp 20.09.2025. http://staferla.free.fr/S11/S11_FONDEMENTS.pdf.
- Lacan, J. *Seminarium III. Psychozy*. Tłum. J. Waga. Warszawa 2014.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B. „Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides)”. W: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. T. 12. Tłum. J. Strachey. London, 1964.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B. *Słownik psychoanalizy*. Tłum. E. Modzelewska, E. Wojciechowska. Warszawa, 1996.
- Lieberman, J.A. *Shrinks. The Untold Story of Psychiatry*. New York, 2015.
- McGowan, T. *The Cambridge Introduction to Jacques Lacan*. Cambridge, 2025.
- Moncrieff, J. *The Myth of the Chemical Cure. A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. New York, 2008.
- Nobus, D. *Jacques Lacan and the Freudian Practice of Psychoanalysis*. London, 2000.
- Pickersgill, M.D. „Debating DSM-5: diagnosis and the sociology of critique”. *Journal of Medical Ethics* 40 (2014), 8. <https://doi.org/10.1136/me-dethics-2013-101762>.

- Shorter, E. „The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 17 (2015), 1, <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/eshorter>.
- Stupak, R. „Going Beyond the DSM with the Power Threat Meaning Framework, Open Dialogue Approach and Soteria”. W: *Practical Alternatives to the Psychiatric Model of Mental Illness: Beyond DSM and ICD Diagnosing*, red. A. Cantu, E. Maisle, C. Ruby. Cambridge, 2024, 302–320.
- Tal, M. 2023. „Diagnosis Is a Symptom: Psychoanalysis vs. Psychotherapy”. *e-flux Journal*, 11.05.2023. Dostęp 20.09.2025. <https://www.e-flux.com/notes/539328>.
- Vanheule, S. *Psychiatric Diagnosis Revisited. From DSM to Clinical Case Formulations*. Palgrave Macmillan: 2017.

Szaleństwo diagnoz czy „wszyscy jesteście szaleni” – struktury kliniczne w psychoanalizie lacanowskiej jako model opozycyjny względem diagnostyki psychiatrycznej

Artykuł ma na celu zaprezentowanie podejścia psychoanalizy freudowskiej i lacanowskiej do diagnozowania. Przedstawię w nim wyjątkowość postawy Freuda do kategorii zdrowia psychicznego i stawiania diagnoz. Przede wszystkim jednak skupię się na omówieniu, w jaki sposób Lacan, przejmując od Freuda depatologizujące nastawienie do cierpienia psychicznego, rozwija koncepcję struktury klinicznej. Rozważę, czy może stanowić ona alternatywę dla nozologii psychiatrycznej w poradnictwie, które współcześnie opiera swoją praktykę na klasyfikacjach ICD i DSM. Wyjaśnię, jak lacanowskie podejście do nazywania symptomatyki oddaje jej złożoność, a przede wszystkim unikalność cierpienia, wpisując się w nurty terapii nastawionej na upodmiotowienie. Prześledzę również kulturowe i biopolityczne przyczyny, dla których to podejście Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przyjęto za standard diagnozy w psychiatrii i psychoterapii, a lacanowska „minimalistyczna” diagnostyka bez etykietek nie cieszy się popularnością. Na koniec rozpatrzę pojęcie „neuroróżnorodności” z pozycji psychoanalizy lacanowskiej.

Jako przykład i inspiracja posłuży mi publikacja Leona Brennera „Autistic Subject: On the Threshold of Language”.

Słowa kluczowe:

PSYCHOANALIZA, PODMIOT, DIAGNOZA STRUKTURALNA, ETIOLOGIA,
LACANIZM, HISTORIA PSYCHIATRII, AUTYZM, KRYTYKA DSM,
NEURORÓŻNORODNOŚĆ

**The Madness of Diagnosis or is Everyone Mad?
Clinical Structures in Lacanian Psychoanalysis
as a Model in Opposition to Psychiatric Diagnosis**

The article aims to present the Freudian and Lacanian approaches to diagnosis. First, I will present Freud's unique perception of mental health and diagnosis. Most importantly, however, I will focus on discussing how Lacan, who adopts Freud's depathologising attitude towards mental suffering, develops the concept of clinical structure. I will consider whether it can be an alternative to psychiatric nosology in counselling, which currently relies on the ICD and DSM classifications. I will explain how the Lacanian approach to naming symptoms reflects the complexity and, in particular, the uniqueness of suffering, which makes it a subject-oriented one. I will also trace the cultural and biopolitical reasons why the framework of the American Psychiatric Association has been adopted as the standard of diagnosis in psychiatry and psychotherapy, while Lacanian 'minimalist' diagnosis without labels is not popular. Finally, I will consider the concept of 'neurodiversity' from the perspective of Lacanian psychoanalysis with references to Leon Brenner's publication 'Autistic Subject: On the Threshold of Language'.

Keywords:

PSYCHOANALYSIS, SUBJECT, STRUCTURAL DIAGNOSIS, ETIOLOGY,
LACANISM, HISTORY OF PSYCHIATRY, AUTISM, DSM CRITIQUE,
NEURODIVERSITY