



dr hab.
Bartłomiej Dobroczyński, prof. UJ

bartlomiej.dobroczyński@uj.edu.pl
www.psychologia.uj.edu.pl

INSTYTUT PSYCHOLOGII | **INSTITUTE OF PSYCHOLOGY**
UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO | JAGIELLONIAN UNIVERSITY

RECENZJA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ MAGISTRA JANA KORNAJA *INDYGENIZACJA KATEGORII BORDERLINE W POLSKIEJ PSYCHOPATOLOGII W LATACH 1918-1989 W UJĘCIU PSYCHOLOGII HISTORYCZNEJ KURTA DANZIGERA*, NAPISANEJ POD KIERUNKIEM DRA HAB. ANDRZEJ PANKALLI, PROF. UKSW

Z niemałą satysfakcją odnotowuję pojawienie się kolejnej pracy z obszaru historii myśli psychologicznej, zwłaszcza, że jest to rozprawa poświęcona bliskiej mi problematyce rodzimej psychopatologii, wykorzystująca koncepcję Kurta Danzigera, myśliciela bardzo ważnego dla rozwoju tej dyscypliny, dopiero od niedawna znajdującego uznanie polskich badaczek i badaczy.

Przedstawiona do recenzji praca Jana Kornaja jest wielowątkowa i wielowarstwowa, a jej bogata treść i forma wręcz zachęcają do rozbudowanych i kompleksowych interpretacji, analiz i polemik. Jednak zalecenia Rady Doskonałości Naukowej¹ stanowczo sugerują zachowanie zwięzłości i samoograniczenia w tym względzie. Wedle zawartych tam wskazówek, poprawnie sformułowana recenzja powinna zawierać ocenę wraz z uzasadnieniem wyłącznie trzech aspektów dysertacji, a mianowicie czy rozprawa doktorska prezentuje 1. ogólną wiedzę teoretyczną osoby ubiegającej się o nadanie stopnia doktora w określonej dyscyplinie 2. wykazuje umiejętność samodzielnego prowadzenia przez nią pracy naukowej oraz 3. stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego².

Podążając za powyższymi wskazówkami, dokonam zatem najpierw omówienia kolejnych rozdziałów pracy wraz z ich wstępną oceną, a następnie przedstawię całościową opinię na jej temat oraz odpowiem na pytania sugerowane w zaleceniach RDN.

Imponująca swoim rozmachem praca Jana Kornaja stanowi próbę historyczno-epistemologicznej rekonstrukcji procesu, który autor określa mianem indygenizacji kategorii borderline w polskiej psychopatologii w latach 1918–1989. Podstawowym celem pracy jest pokazanie, że zarówno na światowym, jak i rodzimym gruncie kategorie diagnostyczne nie funkcjonują jako neutralne, uniwersalne jednostki kliniczne, lecz jako historycznie ukształtowane narzędzia klasyfikacji, zależne od kontekstu instytucjonalnego, kulturowego oraz dominujących praktyk badawczych. Jest to zagadnienie o tyle ważne z teoretycznego i praktycznego punktu widzenia, uwaga: także i współcześnie, że jak możemy przeczytać już na samym wstępie (s. 6):

¹ RDN (2022). *Recenzje w postępowaniach o awans naukowy. poradnik*. Bmw.

² Tamże. Co więcej, RDN uzupełnia te zalecenia o następujący passus: „Brak jest podstaw, by recenzenci wyrażali w swych recenzjach opinie odnoszące się do innych kwestii niż te, które zostały przedstawione, a które to wynikają z przepisów ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce”. Tamże, s. 9. Problem stanowi punkt drugi zalecenia, bowiem doktorat nie jest pracą samodzielną, tylko pisaną pod kierownictwem i opieką promotora/ki, więc nie sposób w precyzyjny sposób ustalić, na ile prowadzone przez autora/kę doktoratu badania są własnego autorstwa, a na ile i w jakim stopniu stanowią propozycję ustaloną i wynegocjowaną z opiekunem naukowym.



dr hab.
Bartłomiej Dobroczyński, prof. UJ

bartlomiej.dobroczyński@uj.edu.pl
www.psychologia.uj.edu.pl

INSTYTUT PSYCHOLOGII | **INSTITUTE OF PSYCHOLOGY**
UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO | JAGIELLONIAN UNIVERSITY

zaburzenie osobowości borderline jest najczęściej opisywanym zaburzeniem osobowości we współczesnej literaturze psychiatrycznej. Diagnoza ta wskazywana jest również jako jedna najczęściej stosowanych w praktyce klinicznej (Widiger i Weissman, 1991). Ocenia się, że od 1% do 4% populacji ogólnej oraz od 15% do 25% populacji pacjentów z problemami zdrowia psychicznego posiada diagnozę zaburzenia osobowości borderline (Campbell, Clarke, Massey, Lakeman, 2020) Według Lidii Cierpiałkowskiej (2017), wiodącej badaczki borderline w Polsce, koncepcje, modele, kryteria diagnostyczne zaburzenia osobowości borderline oraz metody jej psychoterapii wciąż potrzebują modyfikacji.

Oznacza to zatem, że kategoria borderline jest często, a może nawet nazbyt często stosowana w praktykach diagnostycznych, a dzieje się tak mimo tego, że nie jest do końca jasno określona, a zatem wymaga poważnego namysłu i być może daleko idącej rewizji. Autor w swojej pracy chce pokazać, w jaki sposób ta właśnie kategoria, pierwotnie wypracowana w obrębie psychiatrii amerykańskiej została „przyjęta”, przekształcona i osadzona w polskich realiach klinicznych, instytucjonalnych i językowych. Celem jest rekonstrukcja procesu historycznego, identyfikacja czynników kulturowych i naukowych, oraz wyodrębnienie cech swoistych dla polskiej „trajektorii” rozwoju tej kategorii.

Praca wpisuje się więc nie tyle w klasyczną historię psychiatrii, co raczej w historię kategorii psychopatologicznej, rozumianej w kontekście propozycji psychologii historycznej Kurta Danziger'a stanowiącej tutaj jej ramy metodologiczne i metateoretyczne, a także swoiste narzędzie badawcze (w jak najszerszym rozumieniu tego słowa). Zostaje ona omówiona w pierwszym rozdziale, który pełni rolę fundamentu metodologicznego całej rozprawy.

Autor przedstawia psychologię historyczną Danziger'a jako podejście odmienne od tradycyjnej historii psychologii. Nie chodzi w niej bowiem o dzieje instytucji, biografie wielkich uczonych czy liniowy postęp teorii, lecz o badanie tego, jak powstają kategorie psychologiczne jako szeroko rozumiane przedmioty wiedzy. Według kanadyjskiego badacza są one historycznie zmienne, bowiem zależą od istniejących i stosowanych praktyk badawczych, kontekstu społecznego, instytucji klinicznych, istniejącego i stosowanego języka diagnostycznego. Kategorie diagnostyczne są w tym ujęciu historycznymi obiektami, tworzonymi w ramach istniejącej kultury naukowej, zależnymi od instytucji i języka, zaś wiedza psychologiczna jest formą praktyki społecznej. Takie podejście umożliwia analizę borderline jako konstrukt historycznego, a nie „naturalnej jednostki”. W tym sensie jest on *sui generis* „obiektem epistemicznym”, który zmienia się wraz z kontekstem.

W celu zastosowania koncepcji Danziger'a w swojej pracy Jan Kornaj dokonuje wyboru i adaptacji jej kluczowych pojęć do analizy fenomenu borderline, wśród których najważniejsze kategorie to obiekty psychologiczne jako konstrukty historyczne (*psychological objects*), praktyki badawcze i kliniczne, które je wytwarzają (*investigative practices*) oraz indygenizacja, rozumiana jako proces lokalnego zrozumienia (interpretacji) i przyswojenia



dr hab.
Bartłomiej Dobroczyński, prof. UJ

bartlomiej.dobroczyński@uj.edu.pl
www.psychologia.uj.edu.pl

INSTYTUT PSYCHOLOGII | **INSTITUTE OF PSYCHOLOGY**
UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO | JAGIELLONIAN UNIVERSITY

kategorii będącej przedmiotem intelektualnego transferu. Warto też podkreślić, że autor analizuje kategorię borderline na kilku podstawowych poziomach, takich jak poziom pojęciowy (terminologia, definicje), poziom praktyk klinicznych (jak diagnoza działa w życiu), poziom instytucjonalny (szpitale, szkoły psychiatryczne) czy poziom kulturowy i polityczny (warunki społeczne, ideologie) – co efektywnie przygotowuje grunt pod późniejsze rozdziały o Polsce międzywojennej i PRL.

Bardzo ważną zaletą tego wprowadzającego rozdziału jest pokazanie wartości i znaczenia prowadzenia takiego rodzaju analiz dla szeroko rozumianych teorii i praktyk obowiązujących w obrębie współczesnej psychologii. Dzięki nim możemy bowiem lepiej zrozumieć i wyostrzyć sobie wrażliwość na zwykle niedostrzegane kwestie takie, jak inherentna historyczność diagnoz, kulturowa zmienność kategorii psychologicznych czy zaskakująca powszechność naiwnego realizmu nozologicznego. Słowem, badania tego rodzaju pomagają zdać sobie sprawę z tego, że DSM i ICD nie są ponadczasowymi i ponadlokalnymi miernikami rozstrzygającymi wszelkie kwestie psychopatologiczne, lecz historycznie i kulturowo uwarunkowanymi produktami określonych tradycji, zaś sformułowanie „nauka oparta na dowodach” (*evidence based science*), ma zaskakująco często raczej marketingowy, niż istotnie merytoryczny charakter. Rozdział kończy się podkreśleniem, że borderline w Polsce będzie badane nie jako gotowa jednostka kliniczna, lecz jako kategoria, która miała lokalne odpowiedniki, została późno zaadaptowana i w polskim kontekście przyjęła specyficzną postać. Do momentów dyskusyjnych zaliczyłbym niejaką abstrakcyjność niektórych analiz, konieczność bardziej ostrożnego stosowania analogii między kategoriami czy pewną mglistość – skądinąd bliskiego mi i przydatnego – pojęcia indygenizacji, które wymaga jednak doprecyzowania.

W rozdziale drugim, autor rekonstruuje rozwój kategorii borderline w psychopatologii amerykańskiej, poczynając od szerokiego pojęcia „pogranicza” między normalnością a szaleństwem, poprzez kliniczne pogranicze nerwic i psychoz w okresie międzywojennym, aż po instytucjonalizację *borderline personality disorder* w DSM-III (1980). Ten proces przedstawiony jest jako specyficzna trajektoria amerykańska, w której ważną rolę odgrywała psychoanaliza, a później standaryzacja diagnostyczna. Rozdział ma charakter rekonstrukcji genealogicznej, w trakcie której autor pokazuje, że borderline nie powstało nagle jako jednostka diagnostyczna, lecz było efektem długiego procesu historycznego, w którym jego rozumienie stale się zmieniało. Dowiadujemy się, że przed rokiem 1918 termin borderline nie był nazwą jednostki klinicznej, lecz swego rodzaju metaforą „pogranicza” między zdrowiem a chorobą psychiczną, mieszczącym w sobie przypadki „pośrednie”, kiedy to uważano, że nie w pełni obłąkane, ale też nie mieszczące się w normalności. W okresie międzywojennym i podczas II wojny światowej kategoria borderline nabiera bardziej technicznego znaczenia, a odnosi się przede wszystkim do pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów psychozy (np. schizofrenii), ale też nie dają się opisać jako klasyczne nerwice, wykazują niestabilność emocjonalną, impulsywność, problemy z tożsamością. W tym okresie mocno zaznacza się



dr hab.
Bartłomiej Dobroczyński, prof. UJ

bartlomiej.dobroczyński@uj.edu.pl
www.psychologia.uj.edu.pl

INSTYTUT PSYCHOLOGII | **INSTITUTE OF PSYCHOLOGY**
UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO | JAGIELLONIAN UNIVERSITY

perspektywa psychoanalityczna, która interpretuje przypadki graniczne jako szczególny typ organizacji psychicznej. Borderline jest więc rozumiane nie jako choroba, lecz jako stan strukturalny między neurozą a psychozą. Po II wojnie światowej następuje najważniejsza transformacja omawianej kategorii. Autor rekonstruuje przesunięcie borderline z obszaru „stanu granicznego” do obszaru „osobowości borderline”. Jest to okres, w którym rozwija się psychiatria akademicka w USA, rośnie znaczenie klasyfikacji diagnostycznych, psychoanaliza stopniowo traci monopol, pojawiają się próby operacjonalizacji i standaryzacji. Borderline zaczyna być opisywane jako trwały wzorzec funkcjonowania, zaburzenie struktury osobowości, charakteryzujące się niestabilnością emocjonalną, relacyjną i behawioralną. Autor wskazuje, że jest to moment „instytucjonalizacji” borderline: przestaje być niejasnym pograniczem, a staje się osobną kategorią nozologiczną. Kulminacją tego procesu jest DSM-III (1980), które formalnie wprowadza *borderline personality disorder* jako jednostkę diagnostyczną. To jest zasadniczy punkt odniesienia dla późniejszego porównania z Polską, gdzie DSM-III pojawia się dopiero w latach 80. Omawiając status borderline we współczesnej psychopatologii amerykańskiej, autor wyraźnie zaznacza, że borderline pozostaje kategorią kontrowersyjną, posiada bowiem diagnostycznie nieostre granice, „nakłada się” z innymi zaburzeniami, posiada silnie kulturową specyfikę oraz spory potencjał stygmatyzujący. W podsumowaniu tej części pracy, autor zarysowuje charakterystyczną dla amerykańskiej psychopatologii trajektorię rozwojową kategorii borderline, od pogranicza normalności i szaleństwa (przed 1918), poprzez pogranicze nerwicy i psychozy (1918–1945), aż do zaburzenia osobowości (1946–1989 i dalej), gdzie ważnymi czynnikami wyznaczającymi taki a nie inny jej kształt były: silny wpływ psychoanalizy, późniejsza standaryzacja DSM oraz ostateczna instytucjonalizacja diagnozy. Ten kontekst źródłowy jest niezbędny, by później pokazać, że w Polsce proces wyglądał inaczej.

Do niewątpliwych zalet tego rozdziału należy zaliczyć bardzo klarowną genealogię pojęcia borderline, dobre pokazanie przesunięcia jej pola semantycznego od kategorii „pogranicznej” do sfery „osobowości”, trafne osadzenie DSM-III jako punktu zwrotnego, przygotowanie materiału porównawczego dla części polskiej. Jeśli szukać słabszych stron, to można by wytknąć, że charakter tego rozdziału jest raczej podręcznikowy, niż analityczny, albo zadać pytanie o to na ile autor skupia się na analizie konkretnych praktyk diagnostycznych, a na ile interesuje go raczej historia pojęć oraz czy analiza współczesności w tej materii nie jest nazbyt skrótowa w obliczu ogromu istniejących debat odnośnie borderline. Należy jednak mocno podkreślić, że rozdział ten stanowi solidną rekonstrukcję rozwoju kategorii borderline w psychiatrii amerykańskiej i dostarcza niezbędnego punktu odniesienia dla analizy procesu jej indygenizacji w Polsce, która jest celem i sednem rozprawy.

Rozdział trzeci jest pierwszą częścią analizy „lokalnej” i stanowi początek właściwej rekonstrukcji indygenizacji. Autor pokazuje w nim, że w Polsce w latach 1918–1945, nie istniała kategoria borderline jako termin, ale istniały intensywne praktyki klasyfikowania



dr hab.
Bartłomiej Dobroczyński, prof. UJ

bartlomiej.dobroczyński@uj.edu.pl
www.psychologia.uj.edu.pl

INSTYTUT PSYCHOLOGII | **INSTITUTE OF PSYCHOLOGY**
UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO | JAGIELLONIAN UNIVERSITY

przypadków „pogranicznych”, rozwijały się kategorie pośrednie między nerwicą a psychozą, pojawiały się też załączki myślenia o zaburzeniach osobowości. Rozdział ten jest niejako podzielony na dwa centra tematyczne, z których pierwsze odnosi się do kontekstu społeczno-kulturowego, drugie zaś dokumentuje i omawia praktyki badawcze i diagnostyczne.

Autor zaczyna od osadzenia polskiej psychiatrii w warunkach odrodzonego państwa po 1918 roku i pokazuje, że rodzima psychopatologia rozwijała się w specyficznych warunkach budowania narodowych instytucji medycznych i akademickich, pod silnymi wpływami tradycji niemieckiej i francuskiej, w kontekście obecności psychoanalizy w środowiskach inteligenckich oraz istniejących napięć między podejściami biologicznymi i psychologicznymi. Okres międzywojenny jest czasem pluralizmu metodologicznego. Współistnieją różne szkoły psychiatryczne, a nozologia jest mniej zdominowana przez jeden system klasyfikacyjny niż później. Sednem rozdziału 3.2. „Kategoria borderline w praktykach badawczych polskiej psychopatologii”, jest pokazanie, że w Polsce istnieją dwa równoległe języki opisu przypadków granicznych: język pogranicza nerwic i psychoz (dominujący), język zaburzeń osobowości (słabszy, załączkowy). To ważne, bo później w latach 80. borderline pojawi się właśnie jako kategoria osobowościowa.

W ramach rekonstrukcji pierwszego podejścia, autor pokazuje, że najważniejszym sposobem opisu przypadków granicznych w Polsce jest myślenie w kategoriach form łagodnych schizofrenii, stanów rzekomonerwicowych, schizotypii reaktywnej oraz przypadków niepełnoobjawowych. Ważne jest też, że polska nozologia jest w tym czasie mocno związana z tradycją europejską, w której schizofrenia jest kategorią szeroką i pojemną. W rezultacie przypadki „borderline” nie wyodrębniają się jako osobna kategoria, lecz pozostają wewnątrz spektrum schizofrenicznego lub nerwicowego.

Drugi nurt analizy dotyczy tego, że w okresie międzywojennym zaczynają pojawiać się także rozważania o osobowości jako względnie trwałej strukturze. Autor wskazuje, że już wtedy istnieją pojęcia i opisy kliniczne dotyczące niestabilnych struktur charakterologicznych, impulsywności, trudności adaptacyjnych, zaburzeń relacyjnych. Są to jednak opisy rozproszone, nieskodyfikowane diagnostycznie i podporządkowane innym ramom (np. psychopatii, charakteropatii, typologii konstytucjonalnych). W podsumowaniu autor zaznacza, że w Polsce międzywojennej borderline jako termin nie funkcjonuje, ale problem przypadków granicznych jest wyraźnie obecny, kategorie pograniczne są ujmowane głównie przez pryzmat schizofrenii i psychoz, zaś referencje osobowościowe wprawdzie się pojawiają, jednak nie prowadzi to w rezultacie do wyodrębnienia osobnej jednostki. Rozdział ten pokazuje więc pierwszy etap procesu indygenizacji: lokalne kategorie spełniają funkcję „zastępczą” wobec późniejszego borderline.

Mocnym momentem tego rozdziału jest poszukiwanie funkcjonalnych odpowiedników kategorii borderline oraz dobre osadzenie polskiej psychiatrii w europejskiej tradycji myślenia o schizofrenii. Przekonująco też pokazuje on, że rodzime pogranicze diagnostyczne



dr hab.
Bartłomiej Dobroczyński, prof. UJ

bartlomiej.dobroczyński@uj.edu.pl
www.psychologia.uj.edu.pl

INSTYTUT PSYCHOLOGII | **INSTITUTE OF PSYCHOLOGY**
UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO | JAGIELLONIAN UNIVERSITY

było obudowane innymi kategoriami niż w USA, dodatkowo, pojawia się interesujące rozróżnienie dwóch języków: schizofrenicznego i osobowościowego. Najważniejsza wątpliwość jaką można by podnieść w odniesieniu do tego rozdziału, dotyczyłaby oszacowania ryzyka związanego retrospektywną interpretacją, a mianowicie czy rzeczywiście te kategorie „pograniczne” odnoszą się do tego samego zjawiska co *borderline*, czy raczej do łagodnych psychoz?

Rozdział czwarty kontynuuje zagadnienia z rozdziału trzeciego, ale plasuje je w nowych warunkach historycznych. Autor bada w nim, jak w okresie PRL (1945–1989) rozwijała się polska psychopatologia, jak klasyfikowane przypadki pograniczne, jakie kategorie pełniły funkcje zastępcze wobec *borderline* oraz jak zmieniał się rozumienie zaburzeń osobowości. Rozdział ten ma analogiczną strukturę co poprzedni i rozpada się na analizę kontekstu społeczno-kulturowego z jednej strony oraz praktyk badawczych z drugiej.

Najpierw zatem poznajemy kontekst kulturowy i społeczno-polityczny, którego ważne filary stanowiły: konieczność odbudowy psychiatrii po zniszczeniach wojennych oraz reorganizacji instytucji medycznych w systemie socjalistycznym, co zachodziło w zasadniczo odmiennym klimacie intelektualnym, niż przed wojną. Mamy bowiem teraz do czynienia z wyraźną centralizacją instytucjonalną, silniejszym powiązaniem z modelem biomedycznym, znacznym ograniczeniem pluralizmu szkół psychologicznych oraz osłabieniem oddziaływania ideologicznie podejrzanej psychoanalizy. Autor sugeruje, że psychopatologia PRL była bardziej związana z tradycją europejską (zwłaszcza radziecką i niemiecką) niż z amerykańską. Jednocześnie stopniowo rośnie znaczenie kontaktów międzynarodowych, szczególnie w późnym PRL.

Jeśli chodzi o charakterystykę praktyk badawczych, to sedno tego rozdziału polega na pokazaniu, że w PRL ciągle nie ma *borderline* jako stabilnej jednostki, ale istnieją kategorie pograniczne. Nadal mamy tu do czynienia z dwoma podejściami, z których pierwsze traktuje *borderline* jako zagadnienie z pogranicza nerwic i psychoz, zaś drugie, jako zaburzenie osobowości. Kategorie pograniczne z tego okresu, to przede wszystkim schizofrenia rzekomonerwicowa, schizofrenia łagodna, zaburzenia z pogranicza psychoz endogennych oraz stany mieszane nerwicowo-psychotyczne, co oznacza, że w polskiej psychiatrii PRL przypadki graniczne są więc nadal silnie ujmowane w ramach spektrum schizofrenicznego. Przypadki „niestabilne” klasyfikowane są jako nietypowe psychozy, formy wczesnej schizofrenii, albo zaburzenia maskowane objawami nerwicowymi. To odróżnia Polskę od USA, gdzie po wojnie *borderline* przesuwają się znacząco w stronę zaburzenia osobowości. Autor sugeruje, że polska psychiatria jest bardziej zachowawcza nozologicznie, zaś kategorie psychotyczne są w niej dominujące.

W drugiej części tego rozdziału, Autor wskazuje, że w okresie powojennym osobowość jako kategoria kliniczna zaczyna być w PRL obecna, ale funkcjonuje w innych ramach niż amerykańskie *borderline personality disorder*. Choć pojawiają się takie pojęcia, jak



psychopatia i charakteropatia, a także mówi się o zaburzeniach charakteru i wyodrębnia struktury osobowościowe o cechach niestabilnych, to jednak nie dochodzi do wyraźnego wyodrębnienia borderline. W efekcie „język osobowościowy” pozostaje słabszy niż w USA, zaś pierwsze ślady recepcji zachodnich klasyfikacji i bardziej precyzyjnych kategorii osobowościowych. Pojawiają się dopiero w późnym PRL, w latach 70. i 80.

Do mocnych stron rozdziału należy zaliczyć przekonujące uchwycenie różnicy między sytuacją panującą w psychiatrii polskiej a amerykańskiej, poprzez pokazanie, że w PRL spektrum schizofreniczne pozostaje dominujące w PRL, następnie, że rodzima nozologia rozwijała się w odmiennym kontekście polityczno-instytucjonalnym i w rezultacie mieliśmy do czynienia z „opóźnioną indygenizacją”. Autor przekonująco argumentuje, że dopiero późny PRL stworzył warunki dla recepcji borderline jako zaburzenia osobowości, co przygotowuje grunt pod syntezę w rozdziale. Podobnie jednak, jak w rozdziale trzecim, kluczowe jest ryzyko retrospektywnego utożsamienia: czy kategorie schizofreniczne rzeczywiście obejmują to, co dziś nazwalibyśmy borderline? Nie zgodziłbym się też z tezą, że polska psychiatria powojenna była bardziej biologicznie i somatycznie zorientowana, niż przedwojenna. Stefan Borowiecki w 1935 przeprowadził wśród psychiatrów polskich ankietę, mającą przynieść odpowiedź na pytanie, która z dwóch podstawowych orientacji – somatyczna czy psychologiczna – jest przez nich uważana za słuszną i rokującą nadzieję na przyszłość. W tym celu zadał swoim respondentom kilka pytań i otrzymał w odpowiedzi 27 głosów, reprezentatywnych dla stanowiska ówczesnej polskiej psychiatrii, zwłaszcza, że część z nich stanowiło „zbiorowy wyraz całego zespołu lekarzy zakładowych”³. Wynik ankiety obrazuje zdecydowaną przewagę, a wręcz dominację podejścia somatycznego. Dowiadujemy się bowiem, że „na 27 opinii ledwie 5 głosów w sposób bardziej wyraźny oddają pierwszeństwo kierunkowi psychologicznemu” – co Borowiecki podsumowuje wymownym stwierdzeniem, „że ze względu na to oświadczenie się wyraźne za kierunkiem somatycznym można uważać psychiatrię polską za jednostronną”⁴. Ale to oczywiście uwaga na marginesie.

Kulminacją pracy jest rozdział syntetyczny, w którym autor przechodzi do rekonstrukcji właściwego procesu indygenizacji, czyli odpowiedzi na pytanie o kolejne etapy recepcji kategorii borderline w Polsce. Rekonstrukcja tego procesu zostaje ujęta w modelu trójfazowym.

Autor argumentuje, że w pierwszej fazie borderline nie istnieje w Polsce jako osobny termin, ale stanowi problem diagnostyczny, choć ujmowany w innej postaci. Polską psychopatologia intensywnie zajmuje się wtedy przypadkami pogranicznymi, ale ujmuje je przede wszystkim w ramach spektrum schizofrenicznego i nerwicowego, w swego rodzaju kategoriach zastępczych („proto-borderline”), takich jak schizothymia reactiva, schizofrenia łagodna,

³ S. Borowiecki, *W sprawie programu psychiatrii polskiej*, „Rocznik Psychiatryczny” 1935, z. XXV, s. 25.

⁴ Tamże, s. 33.



dr hab.
Bartłomiej Dobroczyński, prof. UJ

bartlomiej.dobroczyński@uj.edu.pl
www.psychologia.uj.edu.pl

INSTYTUT PSYCHOLOGII | **INSTITUTE OF PSYCHOLOGY**
UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO | JAGIELLONIAN UNIVERSITY

schizofrenia rzekomonerwicowa, stany mieszane nerwicowo-psychotyczne. W tej fazie borderline jest „ukryte” w innych diagnozach i mamy do czynienia z dominacją lokalnych tradycji nozologicznych.

Druga faza to przejściowy okres późnego PRL, szczególnie lata 70. i 80., kiedy rośnie otwarcie na zachodnią psychiatrię, zaczynają krążyć klasyfikacje DSM, a w literaturze polskiej pojawiają się pierwsze wzmianki o borderline. Kategoria ta zaczyna wtedy funkcjonować jako termin, ale jeszcze nie jest w pełni zakorzeniony, współlistnieje z dawnymi kategoriami, jest często ujmowana poprzez filtr tradycji schizofrenicznej, nie ma jeszcze autonomii nozologicznej. Autor sugeruje, że jest to faza adaptacji częściowej i niejednoznacznej.

Trzecia faza to moment, w którym borderline zostaje wyraźniej przyjęte jako kategoria diagnostyczna, przede wszystkim w języku zaburzeń osobowości. Autor wiąże tę fazę z recepcją DSM-III oraz z przejściem od rozumienia borderline jako pogranicza psychozy i nerwicy do rozumienia borderline jako zaburzenia osobowości. W fazie tej następuje instytucjonalizacja terminu, stopniowe odłączanie go od spektrum schizofrenicznego, włączenie do dyskursu osobowościowego. Jednak autor podkreśla, że w Polsce proces ten jest opóźniony i niepełny w porównaniu z USA.

Na koniec pracy autor dokonuje interpretacji i porównania dynamiki rozwoju kategorii borderline w psychopatologii polskiej a amerykańskiej. Zestawia czasowe trajektorie tej kategorii w obu krajach i wskazuje czynniki, które sprawiły, że proces indygenizacji w Polsce wyglądał inaczej. Wśród najważniejszych aspektów decydujących o tej odmienności Kornaj wymienia specyfikę tradycji nozologicznych (w USA przesunięcie borderline w stronę osobowości, a w Polsce żywotność ujmowania borderline w kategoriach pogranicza schizofrenii), niewielką rolę psychoanalizy w Polsce i spore jej znaczenie w USA, oczywiste odmienności kontekstu polityczno-instytucjonalnego w PRL (centralizacja psychiatrii, ograniczenie pluralizmu, słabszy dostęp do zachodnich klasyfikacji) oraz różnice w recepcji DSM III (w Polsce opóźniona w stosunku do amerykańskiej). Nasuwającym się wnioskiem jest to, że borderline nie jest kategorią „uniwersalną”, lecz historycznie zależną od kultury psychiatrycznej.

Rozdział piąty stanowi moim zdaniem bardzo udaną i spójną syntezę rozprawy, w której autor przedstawia proces indygenizacji borderline w Polsce jako zjawisko trójfazowe: od lokalnych kategorii pogranicznych, przez częściową recepcję terminu w późnym PRL, po jego instytucjonalizację jako zaburzenia osobowości. Szczególnie wartościowe jest porównanie dynamiki polskiej i amerykańskiej oraz wskazanie czynników instytucjonalnych i epistemologicznych różnicujących oba konteksty. Największym wyzwaniem pozostaje jednak ryzyko retrospektywnego utożsamiania dawnych kategorii schizofrenicznych z późniejszym borderline, zwłaszcza w kontekście sygnalizowanej przez wiele analiz



dr hab.
Bartłomiej Dobroczyński, prof. UJ

bartlomiej.dobroczyński@uj.edu.pl
www.psychologia.uj.edu.pl

INSTYTUT PSYCHOLOGII | **INSTITUTE OF PSYCHOLOGY**
UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO | JAGIELLONIAN UNIVERSITY

historycznych synchronicznej i diachronicznej zmienności chorób i zaburzeń psychicznych, a więc ich zależności od miejsca, czasu i kultury.

Wnioskiem ogólnym rozprawy jest teza, że kategoria borderline w Polsce nie została po prostu „zainportowana”, lecz ulegała stopniowej transformacji i opóźnionej recepcji, a jej kształt był determinowany przez odmienną tradycję nozologiczną, kontekst polityczno-instytucjonalny PRL oraz specyfikę lokalnych praktyk klinicznych.

Przyszedł czas na podsumowanie i ostateczną konkluzję. W mojej opinii rozprawa Jana Kornaja stanowi ambitne i oryginalne studium z zakresu historii psychopatologii oraz epistemologii kategorii diagnostycznych. Autor podejmuje ważny i rzadko opracowywany problem recepcji kategorii borderline w polskim kontekście klinicznym i instytucjonalnym, rekonstruuje proces jej indygenizacji w latach 1918–1989. Jest to temat w Polsce słabo rozpoznany, a jego ujęcie poprzez epistemologię kategorii diagnostycznych wpisuje się w nowoczesne badania nad historią psychiatrii i psychologii klinicznej. Praca odpowiada na realne pytanie naukowe: jak globalne kategorie nozologiczne funkcjonują w lokalnych tradycjach klinicznych i jakie mechanizmy determinują ich recepcję.

Na szczególne uznanie zasługuje nowoczesna rama metodologiczna pracy, oparta na adaptacji psychologii historycznej Kurta Danziger. Dzięki temu autor konsekwentnie unika ahisterycznego traktowania diagnoz psychiatrycznych i przedstawia borderline jako kategorię historycznie zmienną, uwarunkowaną praktykami badawczymi, językiem klinicznym oraz kontekstem społeczno-instytucjonalnym. Rozprawa jest logicznie skonstruowana: autor rekonstruuje rozwój borderline w psychopatologii amerykańskiej, co ustanawia jako kontekst źródłowy, a następnie analizuje polskie praktyki diagnostyczne okresu międzywojennego i PRL, wskazując na obecność lokalnych kategorii pogranicznych funkcjonalnie zastępujących późniejsze borderline – jest to ważna zaleta tej pracy. Szczególnie wartościowa jest syntetyczna rekonstrukcja procesu indygenizacji w modelu trójfazowym oraz porównanie dynamiki rozwoju kategorii w Polsce i USA. Rozprawa ma znaczenie nie tylko historyczne, ale również metateoretyczne: pokazuje kulturową i instytucjonalną zmienność kategorii diagnostycznych.

Największym wyzwaniem interpretacyjnym pracy pozostaje ryzyko retrospektywnego utożsamiania dawnych kategorii schizofrenicznych z późniejszym borderline, co wymaga szczególnej ostrożności metodologicznej. Granica między „proto-borderline” a łagodnymi psychozami może być nieostra. Następną kwestią do dyskusji, na którą chciałbym zwrócić uwagę to rysujące się w pracy napięcie między historią pojęć a historią praktyk. Chodzi mi o to, że jeżeli analiza opiera się głównie na tekstach nozologicznych, to istnieje ryzyko, że nie w pełni chwyta realne użycie diagnoz w praktyce klinicznej (szpitale, dokumentacja, praktyki terapeutyczne). Zauważyłbym też, że przedstawiony przez autora model trójfazowy jest klarowny i wartościowy, ale w ostatecznym rozrachunku może wymagać jeszcze mocniejszego udokumentowania empirycznego, aby nie sprawiał wrażenia nadmiernie



dr hab.
Bartłomiej Dobroczyński, prof. UJ

bartlomiej.dobroczyński@uj.edu.pl
www.psychologia.uj.edu.pl

INSTYTUT PSYCHOLOGII | **INSTITUTE OF PSYCHOLOGY**
UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO | JAGIELLONIAN UNIVERSITY

uporządkowanego. I wreszcie fakt, że zakończenie analizy w 1989 r. jest uzasadnione historycznie, ale borderline w Polsce intensywnie rozwija się dopiero w latach 90., co pozostawia otwartą kwestię dalszego ciągu procesu.

Nie umniejsza to jednak ogólnej wartości projektu, który wnosi istotny wkład do historii polskiej psychopatologii oraz do współczesnej refleksji nad kulturową zmiennością diagnoz psychiatrycznych. Rozprawa przedstawia spójny, oryginalny i metodologicznie świadomy projekt badawczy. Jej wartość polega na połączeniu historii psychiatrii z epistemologią kategorii diagnostycznych oraz na rekonstrukcji lokalnej specyfiki polskiej psychopatologii. Praca stanowi cenny wkład do badań nad kulturową historią DSM-owskich diagnoz oraz do refleksji nad tym, jak wiedza kliniczna funkcjonuje w różnych kontekstach politycznych i instytucjonalnych. Jeśli poważnie potraktować cytowaną przez autora sugestię Laurel Furumoto, że Nowa Historia Psychologii powinna być „bardziej kontekstualna, bardziej krytyczna, bardziej archiwalna, bardziej inkluzywna i bardziej zorientowana na przeszłość”, to rozprawa Jana Kornaja z pewnością te wartości z sukcesem realizuje. Bez wątplenia prezentuje wysoki poziom teoretyczny, zwraca uwagę oryginalność podjętej problematyki oraz spójność przedstawionej argumentacji. Dowodzi, że autor posiada odpowiednią wiedzę teoretyczną oraz umiejętność prowadzenia subtelnych i zniuansowanych badań o historycznym charakterze. Wymownym tego świadectwem jest bogata literatura naukowa z której korzystał oraz korowód postaci przewijających się przez całą jego pracę, z najważniejszymi psychiatrami omawianego okresu na czele (szczególnie ujęło mnie uwzględnienie takich postaci z pierwszych czterech dekad XX wieku, jak Bornsztajn, Borowiecki, Bychowski, Frostig, Matecki, Mazurkiewicz, Nelken, Piotrowski, Sterling czy Wizel). *Last but not least* – praca jest z pewnością oryginalnym rozwiązaniem postawionego przed sobą problemu badawczego. W mojej ocenie spełnia ona w stopniu wyróżniającym wymagania stawiane rozprawom doktorskim w ustawie z dnia 20 lipca 2018 roku i stanowi wartościowy wkład w rozwój badań nad historią kategorii psychopatologicznych. W związku z tym wnioskuję o dopuszczenie pana magistra Jana Kornaja do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Kraków, 23 luty 2026