

*W. S. Sterling; W. S. Sterling
2. wydział - 1929
1929*

BIBLIOTEKA PEDAGOGIKI LECZNICZEJ

REDAKTOR Dr. M. GRZEGORZEWSKA.

№ 13

DR WŁADYSŁAW STERLING.

DZIECKO UMYSŁOWO UPOŚLEDZONE

(Odbitka z kwartalnika *SZKOŁA SPECJALNA*, tom VI.
Nr. 1. 1929—30, Warszawa)

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Kasińskiego
Dla Daleci
Nr. 325

WARSZAWA

1929

NAKŁADEM SEKCJI SZK. SPEC. ZW. POLSK. NAUCZ.
SZK. POWSZ. SKŁAD GŁÓWNY: KSIĄŻNICA — ATLAS.
NOWY-ŚWIAT 59.





BIBLIOTEKA PEDAGOGIKI LECZNICZEJ

REDAKTOR Dr. M. GRZEGORZEWSKA.

№ 13

DR. WŁADYSŁAW STERLING.

DZIECKO UMYSŁOWO UPOŚLEDZONE

(Odbitka z kwartalnika SZKOŁA SPECJALNA. tom VI.
Nr. 1. 1929—30, Warszawa)

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Karola i Marii
Dla Dzieci

~~Ms. _____~~



WARSZAWA

1929

NAKŁADEM SEKCJI SZK. SPEC. ZW. POLSK. NAUCZ.
SZK. POWSZ. SKŁAD GŁÓWNY: KSIĄŻNICA — ATLAS.
NOWY-ŚWIAT 59.

**Biblioteka Główna
WUM**



www.dlibra.wum.edu.pl

W ostatnich dziesięcioleciach coraz to częściej zwraca na siebie uwagę lekarzy, nauczycieli i wychowawców fakt, że nie wszystkie dzieci zdolne są sprostać wymaganiom nauki domowej lub szkolnej.

Z faktem tym jaknajściślej związany jest problemat *upośledzenia umysłowego* w wieku dziecięcym, a więc sposobów jego rozpoznawania, metod leczenia, wychowywania i nauczania, jak również szeroko zakreślonej akcji profilaktycznej. Dziedzina ta nie jest wszakże terenem zagadnień wyłącznie lekarskich i wychowawczych, ponieważ przejawy *upośledzenia umysłowego* sprzężone są bardzo blisko ze strukturą całkowitą *życia społecznego*. Wiadomo jest, że niezmiernie szybkie tempo rozwoju kultury, nędza, walka o byt, wojny, ruchy społeczne, epidemie i zatrucia przewlekłe prowadzą do procesu wymierania osobników najmniej przystosowanych do życia. Nie wszystkie jednak elementy podlegają temu prawu zagłady. Wielka ilość z nich pozostaje przy życiu najzupełniej nieprzystosowana do niego i staje się dla organizmu społecznego ciałem obcym, zbytecznym i szkodliwym balastem. Takim balastem, takim ciałem obcym jest znaczna liczba dzieci umysłowo upośledzonych, których przypada w Europie przeciętnie jedno na 150 ludzi zdrowych. Dla tej to właśnie ogromnej liczby dzieci najbardziej upośledzonych przez los myśl twórcza na zachodzie starała się wypracować metody wychowania i nauczania oraz warunki egzystencji, któreby zamiast, jak dawniej, życia pasożytniczego—umożliwiły im stać się pożytecznymi członkami społeczeństwa. Gdyby próbom dotychczasowym udało się doprowadzić choćby

połowę dzieci umysłowo upośledzonych do mniej lub więcej ograniczonej zdolności zarobkowania, już wtedy przyniosłyby one nieocenione usługi dla rodziny, gminy i państwa. Badania statystyczne, dokonane katamnesticznie na byłych wychowankach szkół pomocniczych w Brukseli, Hamburgu i Frankfurcie, wykazały, że 50—60% wychowanków zakładów tych staje się prawie zupełnie zdolne do samodzielnej pracy zarobkowej, następne 30—40% mogą z mniejszą lub większą trudnością przy odpowiednim kierunku i opiece zapracować na życie — i tylko 10%⁰, na które w znacznej mierze składały się osobniki wątłe i ułomne pod względem fizycznym — należało zakwalifikować jako niezdolne do pracy zarobkowej. Ta właśnie racjonalna opieka nad dzieckiem nienormalnym jest zdobyczą czasów stosunkowo niedawnych, gdyż dopiero ostatnie dziesięciolecia opracowały technikę i metody oddziaływania na dzieci anormalne. Całością metod tych składa się na nowoczesną wiedzę praktyczną, która nosi nazwę *pedagogiki leczniczej*.

Całkowita pedagogika lecznicza ogarnia trzy odrębne dziedziny. Jedna z nich zajmuje się *defektami zmysłów* najważniejszych dla życia ludzkiego: jest to wychowanie i kształcenie *głuchoniemych i ociemniałych*. Druga dziedzina opiekuje się specjalnie ułomnościami fizycznymi, a więc dziećmi dotkniętymi różnymi postaciami *kalectwa*. Wreszcie dziedzina trzecia — najobszerniejsza ze wszystkich — zajmuje się *zaburzeniami psychicznymi* dziecka — w pierwszej zaś linii — *defektami inteligencji*.

Uwagi nasze dotyczyć będą właśnie tej trzeciej dziedziny anomalii wieku dziecięcego, które już w nagłówku określone zostały nazwą *upośledzenia umysłowego*. Określenie to wszakże wymaga nieco dokładniejszego sprecyzowania. Mówiąc bowiem o dziecku umysłowo upośledzonym, nie mamy na myśli żadnych mniej lub więcej rozwiniętych chorób umysłowych właściwych wiekowi dziecięcemu, ale wyłącznie defekty natury intelektualnej, z którymi mózg dziecięcy przychodzi na świat, które więc są natury ściśle *wrodzonej* lub też *nabytej* w okresie życia płodowego albo bardzo wczesnego dzieciństwa. Dla tej tak ważnej i obszernej dziedziny *pierwotnych* ubytków intelektualnych mianownictwo polskie nie posiada dotąd właściwego i odpowiedniego terminu *naukowego*. W języku potocznym i na terenie pedagogiki leczniczej posługiwaliśmy się dotąd niezbyt szczęśliwie pod względem etymologii i brzmienia ukutą nazwą dzieci *niedorozwiniętych*, zaś ze względów eufonicznych i oportunistycznych zastępowaliśmy go często epitetem dzieci *małozdolnych*. Psychopatologia angielska rozporządza w tej dziedzinie terminem „Mental deficiency”, francuska — nazwą „*arriération mentale*”, niemiecka zaś chętnie posługuje się epitetem „Schwachsinn”. Ani jeden z terminów tych wszakże nie może

rościć sobie pretensji do ścisłości naukowej, bowiem „defiscienicy“ oznacza ubytek, a „Schwachsinn“ słabość umysłową, nie przesądając ich pochodzenia pierwotnego lub wtórnego, zaś „arriération“ oznacza cofnięcie się w istniejącym już rozwoju, o czym u dzieci takich nie może być mowy. To też najbardziej słusznym wydaje mi się wprowadzony przez *Kraepelina* termin *oligofrenji*, składający się z dwóch źródłosłów greckich, z których jeden oznacza *umysł* (φρήν), drugi zaś *nieznaczną ilość* (ολίγος). Terminem tym, który ogarnia równocześnie wszystkie gradacje wrodzonego ubytku inteligencji, posługiwać się będą naprzemian z nazwą potoczną a mało przesądającą *upośledzenia umysłowego*. Tak więc nazwa *oligofrenji* wzgl. *upośledzenia umysłowego* oznaczać będzie wszystkie stany niedostatecznego rozwoju inteligencji dziecięcej natury *wrodzonej* lub *nabytej w najwcześniejszym* okresie dzieciństwa, w odróżnieniu od upadku inteligencji nabytego w późniejszych okresach życia w następstwie różnorodnych organicznych zachorzeń mózgowia, dla których posługujemy się w psychopatologii terminem *otępienia* (np. otępienie w następstwie padaczki, schizofrenji i t. p.). Nazwa *oligofrenji* oznacza przytem wszystkie stopnie natężenia wrodzonego braku inteligencji, począwszy od najbardziej ciężkich, które specjalnie określamy nazwą *idjotyzmu*, poprzez średnie postaci zahamowania psychicznego, odpowiadające pojęciu *gluptactwa*, aż do najbardziej łagodnych odchyłeń od normy psychicznej, dla których posługujemy się nazwą *debilizmu*.

Zanim przejdę do nakreślenia rozległego zakresu zjawisk właściwych oligofrenji, do zasad ich klasyfikowania, do sposobów ich rozpoznawania oraz do opisu towarzyszących im objawów cielesnych — zatrzymam się przedewszystkiem na ich *etiologii* czyli na najważniejszych pośrednich lub bezpośrednich przyczynach ich powstawania, nigdzie bowiem może tak plastycznie, jak w tej dziedzinie, nie zbiegają w tak pełnym całością te wszystkie szkodliwości, które zagrażają przyszłości narodu i ludzkości i nigdzie może nie wysuwają się tak na plan pierwszy zadania profilaktyki społecznej, która, poznawszy zło gruntownie, potrafi przeciąć je u korzenia. Otóż pod względem przyczynowym wchodzi tu w grę trzy wielkie grupy szkodliwości: przedewszystkiem czynniki *dziedziczne*, następnie szkodliwości *wrodzone*, t. zn. te czynniki chorobotwórcze, którym podlega zarodek po zapłodnieniu podczas swego rozwoju i wreszcie czynniki *nabyte*, oddziaływujące już podczas indywidualnego życia dziecka w jego najwcześniejszym okresie. Wpływy *dziedziczne* odgrywają w powstawaniu upośledzenia umysłowego niewątpliwie rolę bardzo znaczną. Już choćby z doświadczenia codziennego łatwo jest dostrzedz, że potomkowie stanowią w pewnym czysto fizycznym zna-

czeniu przedłużenie egzystencji swych rodziców, że pod względem fizycznym i duchowym są do nich mniej więcej podobni. Jednakowoż zagadnienie dziedziczenia cech patologicznych jest sprawą niezmiernie skomplikowaną i według badań czasów nowszych zachodzi według określonych praw i zasad, wykrytych poraz pierwszy w świecie roślinnym przez opata *Mendla*. Otóż stany upośledzenia umysłowego dziedziczone są według zasad *mendelizmu* w przeważającej liczbie przypadków w sposób *recesyjny* w przeciwieństwie do normalnych właściwości psychicznych, które stanowią cechę *dominacyjną*. Przeważają normalne właściwości psychiczne w przebiegu procesu dziedziczenia będą miały zawsze przewagę nad cechami oligofrenicznymi i do pewnego stopnia będą je pokrywać. Zdrowymi przeto będą te osobniki, które już w zarodku w stosunku do ukształtowania psychicznego wykazują cechy dominacyjne jednakowego usposobienia czyli t. zw. *homozygoty dominacyjni*, chorzy natomiast będą *homozygoty recesyjni*, podczas gdy t. zw. *heterozygoty*, t. zn. osoby łączące w sobie usposobienie zdrowe i chorobliwe — mogą być jawnie zdrowi, jednakże zarodkowo chorzy. Tak np. *Strohmayer* stwierdził z pomiędzy 1338 członków 56 ciężko zwyrodniałych rodzin tylko 22 przypadki a więc zaledwie 1,7% osób umysłowo upośledzonych. Jednakże analiza niektórych drzew genealogicznych przekonywa, że recesyjne usposobienie do upośledzenia umysłowego nie zawsze może znaleźć zastosowanie i że w niektórych przypadkach mamy do czynienia z dziedziczeniem bezpośrednim w znaczeniu dominacyjnym.

Co się tyczy czynników, które w sposób dziedziczny wpływać mogą na powstawanie typów oligofrenicznych, to na pierwszym miejscu postawić tu należy wpływ *alkoholizmu*. Alkohol jest tym jadem, o którym wiemy z całą pewnością, że przechodzi on na komórki płciowe, powodując wykryte przez *Forela* zjawisko t. zw. *blastoforji* czyli *zatrucia zarodkowego*. *Laitinen* w Helsingforsie podawał świnkom morskim niewielkie dawki alkoholu (0,1 grama na kilogram wagi zwierzęcia): 37% potomstwa pochodzącego od zwierząt alkoholizowanych przychodziło martwe na świat, również i rozwój fizyczny potomstwa zwierząt alkoholizowanych był daleko gorszy aniżeli tych zwierząt, które nie otrzymywały alkoholu. We wszystkich zakładach dla psychicznie chorych, schroniskach i przytułkach dla idiotów, szkołach i internatach dla dzieci umysłowo upośledzonych z łatwością daje się stwierdzić fakt, że potomstwo opilców w wysokim stopniu zagrożone jest niedorozwojem umysłowym. Słynna jest, pod tym względem statystyka francuskiego badacza *Bourneville'a*, obejmująca 1000 przypadków idiotyzmu, z których nie mniej niż 620 obarczone było alkoholizmem rodziców. Badania *Kraepelina* i *Plauta*, które objęły 29 rodzin opilców,

stwierdziły 33 poronień i 183 dzieci donoszonych. U dzieci, które badane były osobiście, stwierdzono 12 głuptaków (=12,20%) i 3 idiotów (=3%). Niezmiernie interesująca są wyniki badań *Bezzoli*, który w Szwajcarii na ogromnym materiale przekraczającym liczbę 8,200 umysłowo upośledzonych stwierdził, że liczba narodzin idiotów i głuptaków podnosi się w znaczny sposób w dziewięć miesięcy po winobranii i po karnawale. Jednakowoż nauka nie rozporządza dotąd dowodami wystarczającymi, ażeby picie w stanie opilstwa mogło być bezpośrednim powodem niedorozwoju umysłowego potomstwa. Natomiast nie ulega żadnej wątpliwości, że *matki brzemiennie* przez spożycie alkoholu szkodzić mogą swemu przyszłemu potomstwu, jak to wynika z bardzo drobiazgowych badań *Sullivana*, dokonywanych w zakładach poprawczych dla alkoholików i alkoholików ze skłonnościami przestępczymi. Brzemiennie suki i samice królicze—alkoholizowane sztucznie—sprowadzały na świat potomstwo niedonoszone, martwe lub niedorozwinięte. Wiadomo jest również, że alkohol przechodzi do mleka matczynego—coprawda tylko przy obfitem spożyciu i w ilościach nieznacznych (0,2—0,6%). Pomimo to, wobec wielkich wrażliwości osesków na najdrobniejsze dawki alkoholu, stanowi on i tutaj niebezpieczeństwo, którego nie wolno niedoceniać. Zwłaszcza fatalnie pod tym względem oddziałują popularny jeszcze dotąd zwyczaj uspakajania osesków przez dodawanie wódki do mleka. Równie szkodliwie oddziaływać może podawanie oseskom alkoholu jako domieszki do lekarstw. Alkoholizm dzieci w wieku przedszkolnym i młodzieży, który stanowi prawdziwą klęskę społeczną nie tylko zagranicą (Rosja, Austria, Francja i t. p.), ale i u nas—bezpośredniego wpływu przyczynowego na powstawanie upośledzenia umysłowego mieć nie może, może je tylko w mniejszym lub większym stopniu potęgować.

Analogiczną i nie mniej ważną rolę w powstawaniu upośledzenia umysłowego potomstwa odgrywa *kiła*. Związek ten w ostatnich czasach udaje się ustalić coraz częściej nie tylko dzięki odczynowi serologicznemu czyli t. zw. reakcji *Wassermanna*, ale wskutek różnorodnych anomalji rozwojowych, które nauczyliśmy się oceniać u dzieci oligofrenicznych jako charakterystyczne dla kiły dziedzicznej (śródmiażdżowe zapalenie rogówki, ropienia uszne i nosowe, wykwity skórne, obrzmienie gruczołów chłonnych). Zwłaszcza doniosłe znaczenie pod tym względem przypada anomaljom uzębienia w postaci wyniosłości opisanych przez *Carabelli'ego*, specjalnie zaś t. zw. zębów *Hutchinsona* (półksiężycowate zagłębienie wolnego brzegu górnych zębów). Charakterystyczne również dla kiły dziedzicznej jest, jeżeli urodzenie dziecka umysłowo upośledzonego poprzedza jedno lub, co ważniejsza, kilka poronień. Od czasu powsta-

nia serologicznego odczynu *Bordeta-Wassermanna* etiologia kiłowa niedorozwoju psychicznego oparła się na jeszcze pewniejszym gruncie. Między innymi *Lippmaan* w 78 przypadkach idjotyzmu stwierdził w 9 przypadkach czyli w 13⁰% wynik pozytywny odczynu Wassermanna, *Brückner* w 7,4%, w badaniach dokonanych w Hamburgu przez *Kellnera*, *Clemenza*, *Brücknera* i *Rautenberga* w 216 przypadkach idjotyzmu odczyn wypadł dodatnio 13 razy. Naogół wszakże liczby wahają się pomiędzy 10—15%. W badaniach, dokonanych przezemnie w szkołach specjalnych na terenie Warszawy oraz w Szkole Ćwiczeń Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej dodatni odczyn Wassermanna wypadł w 11,2⁰% wszystkich przebadanych przypadków. Nadmienić wszakże należy, że wszystkie badania powyższe dotyczą odczynu Bordeta-Wassermanna we krwi. Tak np. w badaniach hamburskich na 216 przypadków odczyn ten w płynie mózgowo-rdzeniowym wypadł tylko 1 raz dodatnio. Dlatego też w ocenie stosunku kiły dziedzicznej do niedorozwoju umysłowego należy zachowywać jaknajdalej posuniętą ostrożność. Brak nam dotychczas jeszcze danych zupełnie pewnych, czy wzmiankowany odczyn dla dzieci obarczonych kiłą dziedziczną jest w tym samym stopniu swoisty, jak i dla osobników dorosłych, które same przeniosły zakażenie kiłowe. To też zupełnie niezależnie od wyniku odczynu Bordeta-Wassermanna po za wszelką wątpliwością pozostaje wpływ, jaki wywiera kiła rodziców na zwyrodnienie potomstwa.

Daleko bardziej problematyczną wydaje się realność obarczenia *gruźliczego* na powstawanie upośledzenia umysłowego — już choćby z tego względu, że gruźlica zbyt jest rozpowszechniona wśród krajów kulturalnych, ażeby można było przypisywać jej jakikolwiek wpływ swoisty. Niekiedy jednak kumulacja przypadków gruźlicy w rodzinie wskutek ogólnych i ciężkich zaburzeń odżywczych prowadzić może do uszkodzenia plazmy zarodkowej i wyczerpania pnia rodzinnego. Sam spostrzegąłem w rodzinie, o licznych przypadkach ciężkiej gruźlicy, w której ojciec zaraził wreszcie żonę gruźlicą, 4-ro ostatnich dzieci z upośledzeniem umysłowym, z których dwoje dotkniętych było ciężkim idjotyzmem. Jeszcze mniej pewny jest pod tym względem wpływ pewnych ciężkich zachorzeń ustrojowych i anomalji konstytucjonalnych, jak dna, krzywica lub cukrzyca.

W ten sposób zakończywszy z czynnikami natury *dziedzicznej*, przechodzę do szkodliwości, które w okresie *życia płodowego* sprzyjać mogą powstawaniu upośledzenia umysłowego. Z chwilą kiedy zarodek zaczyna się rozwijać, pozostaje on w najbardziej ścisłym związku z organizmem matki, otrzymując swe odżywianie za pomocą krwiobiegu łożyskowego. To też wszelkie zatrucia, szkodliwości i braki odżywiania matki nie

mogą pozostać bez wpływu na kształtujący się organizm dziecka, powodując jego małowartościowość konstytucjonalną, ogarniając różnorodne narządy a przede wszystkim skomplikowaną i subtelną strukturę mózgu. Ma to specjalne znaczenie w rodzinach proletariackich, w których matka pozostaje pod nieustannym wpływem ciężkiej pracy fizycznej, trosk i niedostatecznego odżywiania. Tam też uwidacznia się w całej pełni owo zjawisko wyczerpywania się produkcji, na które po raz pierwszy zwrócił uwagę *Strohmayer* i które polega na tem, że zbyt szybko następujący po sobie szereg ciąży staje się przyczyną upośledzenia umysłowego potomstwa: po szeregu dzieci zdrowych mianowicie przychodzą niekiedy na świat dzieci umysłowo upośledzone lub idjotyczne. O doniosłym znaczeniu trosk i wzruszeń psychicznych świadczy wymownie obserwacja *Legrand du Saulle'a*, według której z 92 dzieci urodzonych podczas oblężenia Paryża 21 wykazywało niedorozwój umysłowy. W tym również okresie płodowym szczególnego znaczenia nabierają różnorodne zatrucia zewnątrzpochodne (np. zatrucia alkoholem), które uprzednio już rozwinąć mogły swój wpływ *blastotoryczny*, a które tutaj stawać się mogą przyczyną *wadliwego rozwoju mózgu* i jego zniekształceń (mikrocefalja, porowatość mózgu, czyli t. zw. porencefalja, wrodzone ubytki spoidła i innych odcinków tkanki mózgowej). Ważne jest również bardzo, czy płód spędził swój całkowity okres w łonie matki: dzieci niedonoszone predysponowane są w znacznym stopniu do defektów umysłowych.

W życiu *zewnątrz-płodowem* mnożą się dla mózgu dziecięcego liczne niebezpieczeństwa. Już sam *akt porodowy* dostarczać ich może cały szereg w postaci różnorodnej. Dysproporcja pomiędzy miednicą matki a główką dziecka powodować może poród długotrwały, podczas którego mózg dziecka pozostaje przez czas dłuższy pod wzmożonem ciśnieniem, prócz tego różnorodne zachorzenia matki lub też wadliwe ułożenie płodu powodować mogą konieczność porodu kleszczowego, co szczególnie często zdarzać się może u pierworódek. Tym właśnie urazom porodowym w myśl badań anatomicznych lat ostatnich przypada rola szczególnie doniosła w powstawaniu różnorodnych postaci upośledzenia umysłowego wieku dziecięcego. *Ylppö* był pierwszy, który w takich warunkach stwierdzał liczne wybroczyny krwawe w mózgu i jego oponach, wylewy podpajęczynówkowe, nad- i podtwardówkowe, a także większe wynaczynienia do substancji mózgu i do jego komór. Bardzo ważne i interesujące pod tym względem są badania *Schwartz*a z zakładu anatomicznego w Kolonji, który na 230 mózgach noworodków poniżej 5 miesięcy, co odpowiadało 65% wszystkich obdukowanych dzieci, stwierdził jako wynik urazu porodowego krwawienia i rozmiękczenia substancji mózgowej, które łatwo było rozeznac gólem okiem.

Szczególnie niebezpieczny w tym kierunku może być mechanizm *pierwszego* porodu, który nawet przy normalnym przebiegu, lecz przy przedłużającym się trwaniu powodować może wybroczyny domózgowe i sprzyjać powstawaniu niedorozwoju umysłowego dziecka. Co się tyczy *porodów przedwczesnych*, to stosunek ich do oligofrenji może być wieloraki: część dzieci przychodzi na świat w stanie umysłowego upośledzenia właśnie dlatego, że urodziło się zbyt wcześnie, inne natomiast przychodzą na świat zbyt wcześnie, gdyż są „idjotami wewnątrzplodowymi” (*Dollinger*) wskutek zaburzeń w odżywianiu wewnątrzmacicznym, inne wreszcie ulegają już w czasie porodu licznym wybroczynom mózgowym. Ciekawe jest, że właśnie w porodach przedwczesnych badania lat ostatnich stwierdziły częste wybroczyny w okolicy t. zw. *prążkowiec*, a więc terytorjum podkorowem, którego zaburzenia pozostają w niewątpliwym związku ze stanami stężenia muskulatury, towarzyszącymi tak często idjotyzmowi dziecięcemu (t. zw. choroba *Little*, obustronna atetozja, mózgowia porażenia spastyczne i t. p.).

Następnem obfitem źródłem momentów przyczynowych, które powodować mogą upośledzenie umysłowe dziecka, są różnorodne *choroby zakaźne* wczesnego dzieciństwa. Jest rzeczą niewątpliwą, że niektóre postaci oligofrenji dadzą sprowadzić się do zakażeń przebytych jeszcze w życiu płodowym. Nie da się jednak zaprzeczyć, że poważnym momentem przyczynowym dla powstrzymania rozwoju tkanki mózgowej a tem samem dla zahamowania rozwoju psychicznego dziecka mogą być również sprawy zakaźne najwcześniejszego okresu życia indywidualnego dziecka, a zwłaszcza te, które rozgrywają się na terenie ośrodkowego układu nerwowego, specjalnie zaś mózgu i jego opon. Na pierwszym miejscu postawić tu należy t. zw. *drętwicę karku* czyli *nagminne zapalenie opon*—chorobę, która w szeregu licznych konsekwencji swoich prowadzić może do zarośnięcia normalnych otworów komór mózgowych, uniemożliwiającego fizjologiczną cyrkulację płynu mózgowo-rdzeniowego i powodującego nadmierne gromadzenie się w komorach i przestrzeniach pomiędzyoponowych płynu czyli t. zw. *wodogłowia*. W warunkach normalnych wszystkie jamy ciała (klatki piersiowej, worka osierdziowego, jądrowego, stawów) zawierają pewną stałą ilość cieczy. Komory mózgowie zawierają u dziecka normalnego około 50 gr. przezroczystego płynu mózgowo-rdzeniowego, w zależności zaś od stopnia wodogłowia ilość ta wzrastać może do 100, a nawet do tysiąca gramów. Łatwo zrozumieć, iż zawartość mniej więcej jednego litra cieczy, uciskającej na mózg, nie może być obojętna dla znajdującej się w stanie rozwoju niezmiernie delikatnej tkanki kory mózgowej i odbijać się może niekorzystnie na umysłowości dziecka. W daleko posuniętych postaciach

wodogłowa tkanka mózgowa w następstwie ucisku zredukowana może być do cieniutkiej warstwy, sam mózg podobny do balonu napełnionego ogromną ilością płynu mózgowo-rdzeniowego. W słynnym przypadku, dotyczącym Jana Ungra, którego czaszka w piątym roku życia miała obwód kilkakrotnie większy, niż czaszka osoby dorosłej, sekcja pośmiertna stwierdziła w mózgu mniej więcej 20 kwart płynu mózgowo-rdzeniowego. Nie mniej ważne znaczenie przyczynowe przypada sprawom zapalnym samego *mózgowia*, które obok upośledzenia władz intelektualnych pozostawiać mogą w następstwie niedowładów połowicze, stąd też tak często wśród dzieci umysłowo upośledzonych spotykamy kaleki, pociągające jedną nóżką i źle władające jedną rączką. Co się tyczy *nagminnego śpiączkowego zapalenia mózgu*, to, jak wskazuje doświadczenie, odbija się ono nie tyle na władzach umysłowych, ile na spaceniu charakteru dziecka. Z ogólnych chorób zakaźnych, które zagrażać mogą zdrowiu umysłowemu małego dziecka, wymienić należy przewieszstkiem dur brzuszny i krztusiec, następnie zaś błonicę, płonicę, a nawet odrę. Szczególnie interesujący wszakże jest wpływ *grypy* na rozwijającą się umysłowość dziecka. Podczas kilku wielkich epidemii tej choroby, które nawiedziły Europę w ciągu ostatniego dziesięciolecia, spostrzegane były liczne przypadki, kiedy zupełnie normalne pod względem umysłowym dzieci pod wpływem przebytej ciężkiej grypy zupełnie zatracaly pamięć, zdolność do rozumowania i wnioskowania — i musiały zaniechać swych zajęć przedszkolnych i szkolnych. Sam spostrzegałem szereg takich dzieci, które po przebytej grypie lub po kilku jej nawrotach sprawiały wrażenie zupełnie otępiałych i przy powierzchownem zetknięciu się z nimi symulować mogły idiotyzm lub ciężkie głuptactwo. Charakterystyczną wszakże cechą stanów tego rodzaju jest całkowita ich uleczalność po kilkotygodniowym trwaniu i zupełnym wypoczynku.

Odrębną wielką grupę przyczyn usposabiających do powstawania niedorozwoju umysłowego stanowią *zaburzenia w wydzielaniu gruczołów dokrewnych*, ale jest to dziedzina tak swoista, tak obszerna i tak doniosła, że wymaga specjalnego omówienia na innym miejscu.

Na zakończenie kilka słów jeszcze o jednym czynniku, któremu do niedawna jeszcze przypisywano zbyt wygórowane znaczenie w powstawaniu wrodzonych anomalji psychicznych dziecka — a mianowicie o *małżeństwach pomiędzy bliskimi krewnymi*. Otóż badania lat ostatnich wykazały, że pod tym względem może być zagrożone tylko potomstwo takich krewnych wstępujących w związku małżeńskie, w których rodzinach daje się stwierdzić w związki małżeńskie lub psychiczne albo wogóle wyczerpanie drzewa genealogicznego. Badania na szeroka

skale dokonane przez *Peipersa*, *Feera*, *Antonelliego* i innych autorów wykazały, że zaledwie 1 procent dzieci umysłowo upośledzonych pochodzi z małżeństw pomiędzy bliskimi krewnymi. Liczne poszukiwania historyczne wskazują na cały szereg przykładów zupełnego braku przypadków niedorozwoju umysłowego pomimo istniejącego kazirodztwa (np. małżeństwa w dynastji Ptolomeuszów). *Huth* wykazał dobitnie, że np. w hodowli koni najlepsze okazy zawdzięczają powstanie swoje kazirodztwu. Obok miejscowości wiejskich, w których przy współudziale czynników kazirodznych ludność wykazuje niewątpliwe cechy zwyrodnienia, istnieje wiele takich miejscowości, w których pomimo istniejącego od wieków kazirodztwa brak jest jakichkolwiek cech zwyrodnienia fizycznego lub umysłowego. Wiadomo zresztą z doświadczenia, że nawet dwaj osobnicy zupełnie zdrowi wydać mogą na świat dziecko umysłowo upośledzone. W myśl koncepcji *mendelizmu* wchodzi wtedy w grę zawsze dwa typy *heterozygotyczne*, przy połączeniu których teoretycznie już można spodziewać się narodzin osobnika chorego o cechach *recesywnych*. Jeżeli przeto dwaj zdrowi krewni wydają na świat dziecko niedorozwinięte, to nie zależy to bynajmniej od kazirodztwa, lecz od *gametycznego* ukształtowania obojga rodziców. Natomiast małżeństwa pomiędzy krewnymi choremi wpływać mogą bez wątpienia na powstawanie upośledzenia umysłowego, ale w wypadku tym nie mamy do czynienia z wpływem kazirodztwa, lecz t. zw. *konwergującym obarczeniem dziedzicznym*, które prowadzi do uszkodzenia drzewa genealogicznego.

Opierając się tedy na omówionych poprzednio różnorodnych czynnikach przyczynowych, odróżnić będziemy zgodnie z *Tramerem* następujące typy upośledzenia umysłowego:

1) Upośledzenie umysłowe z powodu wrodzonego niedorozwoju mózgu i układu nerwowego (defekty zarodkowe, aplazja czyli powstrzymanie w rozwoju, potworności i niekształcenia poszczególnych odcinków mózgowia lub narządów zmysłowych, wadliwy rozwój włókien nerwowych, komórek zwojowych, cylindrów osiowych oraz całkowitego układu inkrecyjnego): będzie to *pierwotne* upośledzenie umysłowe.

2) Upośledzenie umysłowe wskutek wstrzymania rozwoju przez zaburzenia *wewnątrz-pochodne*, spowodowane szczególnymi czynnikami dziedzicznymi, ale ujawniającymi się już we wczesnym okresie indywidualnego życia dziecka (choroba Tay-Sachsa, postępujące diplegje mózgowie i t. p.): jest to *wtórne* upośledzenie umysłowe połączone zazwyczaj z *regresją* rozwoju.

3) Upośledzenie umysłowe wskutek wstrzymania rozwoju przez czynniki *zewnątrz-pochodne* (urazowe, toksyczne, infekcyjne,

zapalne, porodowe, dokrewne); będzie to *wtórne* upośledzenie umysłowe z *regresją* lub bez *regresji*.

Pozatem należy mieć na uwadze jeszcze jeden szczególnie typ niedołęstwa psychicznego, któreby można nazwać *upośledzeniem umysłowym pozornym*. Pozorne upośledzenie umysłowe powstaje wtedy, jeżeli wskutek niepomysłnych warunków życiowych np. wskutek złego odżywiania, niedostatecznej liczby godzin snu, przepracowania, chorób wycieńczających, wyczerpania lub zaniedbania fizycznego, wstrzymuje się rozwój umysłowy dziecka, co bynajmniej nie jest niedorozwojem właściwym ani trwałym zahamowaniem, ale raczej chwilowym spóźnieniem, które wyrównywa się wraz ze zmianą poprawy warunków zewnętrznych. Jest to jedna grupa z kategorii t. zw. *faux arriérés* autorów francuskich, do której należy jeszcze kontyngens t. zw. *arriérés pédagogiques*, t. zn. dzieci wykazujących brak odpowiadających ich wiekowi wyobrażeń, pojęć i wiadomości szkolnych w wyniku zaniedbania wychowawczego i pedagogicznego.

Jak wiadomo, wrodzone lub we wczesnym dzieciństwie nabyte upośledzenie umysłowe wykazywać może rozmaite stopnie natężenia, dla których przyjęły i utarły się ogólne określenia: *debilizm*, *głuptactwo* i *idjotyzm*. Określenia powyższe stanowią odpowiednik dla faktu, że pomiędzy całkowitą normą psychiczną a najbardziej ciężkimi postaciami wrodzonego niedołęstwa umysłowego istnieje szereg ogniw przejściowych upośledzenia intelektualnego i ogólnop psychicznego. Otóż ognia te nie zawsze dają się od siebie ściśle odgraniczyć, to też, posługując się w olbrzymim bogactwie postaci upośledzenia umysłowego określeniami: *lekkie*, *średnie* i *ciężkie*, doszukać się należy określonych cech fizycznych a zwłaszcza psychicznych w celu dokładnej orientacji. Już samo odróżnienie upośledzenia intelektualnego od ogólnie psychicznego nastrocza bardzo poważne trudności. Również i inteligencja stanowi strukturę tak złożoną najróżnorodniejszych wydolności i dyspozycji, że całości jej zbywa całkowicie na wartościach probierczych. To też dla celów praktycznych nauka posługuje się zazwyczaj *sztucznym* wyeliminowaniem poszczególnych jej składników i poddaniem ich próbom standaryzacyjnym.

Dla rozpoznania niektórych postaci upośledzenia umysłowego miarodajne są wyniki badania cielesnego, jak np. dla idjotyzmu mongolowatego, dla idjotyzmu rodzinnego z zaniewiedzeniem, dla dziecięcego porażenia postępującego oraz dla różnorodnych typów upośledzenia inteligencji pochodzenia gruczolowego (tarczyca, przysadka mózgowa, gruczoly płciowe, nadnercza). Naogół jednakże niema ścisłej korelacji pomiędzy stopniem niedołęstwa umysłowego a liczebnością i ukształtowaniem patologicznych cech morfologicznych, chociaż cechom tym

pod względem rozpoznawczym przypada znaczenie bardzo doniosłe. Jakkolwiek cechy te są niewątpliwie przejawami *zwyrodnienia*, ogarniając organizm jako całość, bądź tylko poszczególne jego odcinki, jednakowoż nie są one zupełnie identyczne z t. zw. „stygmatami degeneracyjnymi”, które spotykamy wprawdzie dość często również i u oligofreników, które jednakże swoiste są raczej dla psychopatii ustrojowej. Przy dokładnem rozejrzeniu się w *anomaljach cielesnych*, które towarzyszyć mogą przejawom niedołęstwa umysłowego — z łatwością dostrzedz w nich można *dwie grupy* zupełnie odmiennego znaczenia. *Jedna* z nich nie pozostaje w żadnym związku z zahamowaniem rozwoju zarodkowego i ogarnia szereg powikłań natury przypadkowej — jak np. zmiany gruzlicze, wyrosłe adenoidalne, zołzy, zmiany krzywicze czaszki, kończyn i kręgosłupa, osłabienie słuchu wskutek zapaleń ropnych ucha środkowego i t. p. Zmiany powyższe pomimo swej przypadkowości pozostają jednak w związku z wrodzoną małowartościowością organizmu, z drugiej zaś strony potęgują jeszcze niedołęstwo ogólne dziecka umysłowo upośledzonego. Natomiast *druga* kategoria objawów pozostaje w ścisłym związku z wadliwym rozwojem zarodkowym powodującym zmiany bądź natury *morfologicznej* bądź *czynnościowej*.

Rozpaczam od *czaszki* jako najważniejszego odcinka kostnego, mieszczącego w sobie *mózg* związany nierozzerwalnie z przejawami psychiki dziecka. Nauka o ukształtowaniu czaszki w związku z rozwojem psychicznym i charakterem osobistym sięga wstecz aż kilkanaście dziesięcioleci i pod nazwą *frenologii* związana jest z nazwiskiem *Galla* i z jego rozgłosną teorią lokalizacji różnorodnych właściwości psychicznych mózgu. Teoria ta głosiła, że umiejscowienie rozmaitych władz psychicznych uwidacznia się w postaci pewnych uwypukleń i zagłębień powierzchni mózgu, te zaś z kolei uciskają na ścianki czaszki, które wskutek tego odzwierciadlają na kształt modelu właściwości psychiczne, zaś oględziny i palpacja czaszki pozwalają mają na wytworzenie sobie sądu o uzdolnieniu i charakterze człowieka. *Scholtz* niedawno w bardzo interesujący sposób oświetlił liczne błędne przesłanki, na których opierała się frenologia, podnosząc równocześnie pewne zdrowe jądro, które w niej tkwiło. Przedewszystkiem owe właściwości psychiczne, które modelować miały jakoby kształt czaszki, zaczerpnął *Gall* z mowy potocznej, jak np. popęd do kradzieży, do włóczęgostwa, mściwości lub miłosierdzia — i traktował te niezmiernie skomplikowane właściwości, jako jednostki psychiczne. Frenologia była przeto niejako zwiastunem nauki o *lokalizacjach mózgowych*, jednakowoż ujętej niekrytycznie i przedstawionej w postaci skażonej. Współczesna bowiem fizjologia mózgu lokalizuje wprawdzie niektóre czynności psychiczne w określonych tery-

torjach mózgowych, opierając się na zjawiskach *ubytkowych*, spostrzeganych przy zachorzeniach rozmaitych ośrodków, nie posuwa się jednak do twierdzenia, ażeby zlokalizowane w pewnych miejscach właściwości psychiczne doprowadzały do uwypuklenia nazewnątrz odpowiednich terytoriów mózgu. Następnie nauka o lokalizacjach umiejscawia w określonych ośrodkach tylko proste akty psychiczne jak np. procesy postrzegania zmysłowego lub komponenty ośrodkowe aktów mowy i ruchów. Tymczasem *Gall* odróżniał aż 35 „władz duszy” i porozmieszczał je w rozmaitych okolicach mózgu, np. miłość rodzicielską w zrazie potylicznym, uczucie szacunku w zrazie czołowym i t. p. Otóż jest rzeczą niezmiernie ciekawą, że w obecnej fazie rozwoju fizjologii i patofizjologii mózgu nauka o lokalizacjach przeżywa coś w rodzaju powrotnej fali poglądów frenologicznych, aczkolwiek w bardziej ścisłej i naukowej postaci. Między innymi z badań *Moebiusa* wynika, że uzdolnieniom matematycznym towarzyszy szczególnie często nadmierny rozwój lewostronnego trzeciego zawoju czołowego, *Schwalbe* zaś, który poświęcił długoletnie badania temu zagadnieniu, doszedł do przekonania, że uzdolnienie muzyczne daje się zazwyczaj rozpoznać w uwypukleniu okolicy drugiego zawoju skroniowego i pniekąd trzeciego zawoju czołowego.

Jeżeli chodzi o stosunek mózgu dziecka umysłowo upośledzonego do czaszki, to opierać się tu możemy zarówno na *ilościowych* jak i na *jakościowych* zmianach czaszki. Z licznych pomiarów pośmiertnych wiadomo jest, że czaszki jednakowej wielkości nie zawsze zawierają mózgi jednakowej wielkości i wagi. *Ley* wykazał, że różnica przekraczać może nawet 100 gr., tak że w jednakowej objętości czaszkach pomieścić się mogą mózgi o wadze 1400 lub 1500 gr.—i dla tego też objętość czaszki nie zawsze jest ściśle proporcjonalna do jej zawartości. Naogół wszakże dla rozpoznania niedorozwoju umysłowego daleko większe znaczenie ma t. zw. *mikrocefalja* t. zn. czaszka o wybitnie małym obwodzie, aniżeli nadmiernie wielki obwód czaszki czyli t. zw. *makrocefalja*. Czaszki wybitnie *mikrocefaliczne* nigdy nie mogą mieścić mózgu o normalnym rozwoju i wadze, podczas gdy czaszki *makrocefaliczne* stwarzać mogą cały szereg możliwości dla rozwoju mózgu i *nie zawsze muszą* kojarzyć się z upośledzeniem umysłem dziecka. Powstanie czaszki *mikrocefalicznej* nigdy nie jest zjawiskiem pierwotnym, lecz *utórnem* w tem znaczeniu, że niedostatecznemu rozwojowi mózgu towarzyszy niedostateczny również rozwój kości czaszkowych. Najrozmaitsze postaci mikrocefalji dadzą podzielić się na dwie kategorie odmienne: 1) na zniekształcenia *proste* wzgl. *czyste*—to znaczy na zaburzenia w rozwoju mózgu, przy których nie udaje się stwierdzić pozostałości innych spraw chorobowych, przyczem zachowana zostaje proporcja pomiędzy zahamowa-

niem rozwoju mózgu a zmniejszeniem obwodu czaszki oraz 2) na takie zniekształcenia, w których poważne zachorzenia mózgowie w życiu płodowym powodują zmniejszenie wagi oraz zahamowanie rozwoju mózgu, przyczem normalny stosunek pomiędzy pojemnością czaszki a rozwojem mózgu uległ znacznemu zakłóceniu. Te ostatnie postaci określane bywają zazwyczaj nazwą *mikrocefalji wrzekomej*. Zmiany mikrocefaliczne dotyczą przeważnie mózgu, podczas gdy *mózdzek* bierze w nich udział stosunkowo nieznaczny. W niektórych wypadkach zmniejszenie wymiarów dotyczy również *rdzenia kręgowego*, a zwłaszcza szlaków nerwowych prowadzących od mózgu do rdzenia. Podczas gdy stosunek wagi mózdzku do wagi mózgu wyraża się w proporcji 11—15 do 100, w mikrocefalji może on ulegać zmianie tak znacznej, że proporcja ta wynosi nawet 76:100. Wiadomo jest, że normalna *waga mózgu* wynosi u noworodka płci męskiej 331 gr., u noworodka płci żeńskiej 283 gr., w wieku zaś pomiędzy 14—20-ym rokiem życia wynosi u osobników płci męskiej 1374 gr., u osobników płci żeńskiej 1244 gr. Największa intensywność rozwoju mózgu ma miejsce do czwartego roku życia, a mianowicie od 331 gr. do 1100 gr., zaś w siódmym roku osiąga ona według badań rozmaitych autorów $\frac{5}{6}$ swego maksymalnego rozwoju, który u normalnego człowieka ulega zakończeniu dopiero w 20-ym roku życia. Najmniejsza stwierdzona dotąd waga mózgu mikrocefalicznego (u chłopca 9-miesięcznego) wynosiła 69 gr., natomiast przy ciężkich zachorzeniach mózgowych waga ta spadać może jeszcze znacznie więcej.

Co się tyczy kształtu mózgu, to przede wszystkim zaznaczyć należy, że nie mamy tu doczynienia z miniaturowym mózgiem, a więc z ogólnym zmniejszeniem jego wymiarów, lecz że występują tutaj liczne asymetrie i że całkowite zarysy powierzchni mózgu oraz stosunek wzajemny poszczególnych jego płatów wykazują typowe odchylenia od rozwoju normalnego. Górna powierzchnia mózgu jest niedostatecznie wypukłona, okolica czołowa zmniejszona i nienormalnie zaostrowana. Znacznemu skróceniu i zmniejszeniu ulegają również bruzdy i zawoje okolicy ośrodków centralnych, najczęściej zaś zmiany występują w terytorjach ośrodków mowy w okolicy wyspy i bruzdy Sylwjusza. Wreszcie w proces chorobowy wciągnięte są wyraźnie, jakkolwiek w stopniu mniejszym — również i zrazy skroniowe, ciemieniowe i potyliczne. Szara substancja mózgowa szczególnie często jest znacznie zredukowana w rozwoju, jakkolwiek opisane były przypadki z wybitnym zgrubieniem szarej substancji kory mózgowej.

Czaszka mikrocefaliczna jest zawsze zmniejszona w wymiarach, niskie zazwyczaj czoło zapada się ku tyłowi, wypuklenie czaszki jest nieznaczne, guzy czołowe zaledwie zazna-

czony, łuki nadbrowne zarysowane bardzo wydatnie, zagięty nos uwypukla się wyraźnie, podczas gdy podbródek cofa się ku tyłowi. Wszystkie cechy powyższe sprzyjają powstawaniu *prognatyizmu* profilu twarzy mikrocefalicznej. Jeżeli *prognatyzm podnosowy* przeważa nad prognatyzmem nosowym a żuchwa cofnięta jest ku tyłowi — tak, że najwydatniejszy punkt tworzy wyrostek zębodołowy górnej szczęki — wtedy mamy do czynienia z t. zw. *twarzą azteka*. Najbardziej uderzającą wszakże cechą mikrocefalii jest zmniejszenie mózgowej części czaszki w stosunku do części twarzowej, dzięki czemu otrzymuje się wrażenie małej zwierzęcej głowy nałożonej na ludzką twarz. Okolica potyliczna rozwinięta jest bardzo słabo, a zwierzęcy typ głowy potęguje się jeszcze wskutek tego, że powierzchnia potyliczna skierowana jest ku górze, tak że guzowatość potyliczna zewnętrzna ustawiona jest wyżej aniżeli wewnętrzna. Szwy czaszkowe zazwyczaj ulegają skostnieniu, jednakowoż bywa to nie zawsze, to też skostnienia owe nie mogą być uważane za przyczynę anomalji rozwojowej. U zupełnie młodych mikrocefalików ciemniaczka są niezmiernie drobne, czasem zaś może być ich brak zupełnie. Skóra na głowie bywa zazwyczaj zgrubiała a przy wybitniejszych stopniach mikrocefalii wskutek bardziej intensywnego rozwoju zewnętrznych części miękkich — pokryta podłużnymi bruzdami i fałdami. Niekiedy skóra ta udaje się unieść ku górze w fałdy tak wielkie, że w fałdach tych mała główka daje przesunąć się jak w worku. Do mikrocefalików zaliczamy takich osobników dorosłych, których pojemność czaszki stoi poniżej 1150 cm³ i których obwód poziomy czaszki wynosi u mężczyzn poniżej 480 mm, a u kobiet poniżej 475 mm. *Marchand* przytacza cały szereg przypadków z piśmiennictwa z olbrzymimi zmniejszeniami pojemności czaszki (do 740, a nawet do 296 cm³) oraz wymiarów czaszki. Między innymi u osobników dorosłych spostrzegane były wymiary poziome do 32,4 przy wymiarze strzałkowym i wymiarze czołowym 17,2.

Biegunowem przeciwieństwem mikrocefalii jest t. zw. *makrocefalia* — anomalja uzależniona przeważnie od wrodzonego lub bezpośrednio po porodzie nabytego *wodogłowia*. Zbierający się szczególnie obficie w komorach bocznych mózgu płyn mózgowo-rdzeniowy powoduje monstualne niekiedy rozciągnięcie półkul mózgowych oraz wtórnie kośćca czaszki, której konfiguracja wskutek istniejących szwów i ciemniaczek jest niezmiernie rozciągliwa. I właśnie w przeciwieństwie do mikrocefalii powiększenie dotyczy tu przeważnie części mózgowej czaszki, w stosunku do której część twarzowa wydaje się wybitnie drobna. Obwód poziomy czaszki ulegać może olbrzymiemu powiększeniu (niekiedy nawet powyżej 100 cm), zwiększony również jest wymiar strzałkowy oraz największa długość

i szerokość czaszki. Na potężnej kuli czaszkowej uwydatniają się szczególnie plastycznie wklęsnięcia okolic czołowych oraz szerokie uwypuklone czoło wystające po za oczodoły, które narówni z zewnętrznymi otworami usznymi wydają się cofnięte ku tyłowi. Okolica potyliczna jest znacznie uwypuklona, jamy czaszkowe szerokie i płaskie. Poszczególne części czaszki nie ulegają dokładnemu skostnieniu, całe odcinki kości czołowej i ciemieniowej wykazują jeszcze budowę łącznotkankową, ciemniaczka są wielkie, silnie napięte, szwy rozwarłe, skóra głowy napięta, ścięczała, porysowana przez szereg przeświecających żył, porost włosów skąpy. Powodem makrocefalii może być również i *krzywica*, stwarzająca kształt czaszki przypominający zniekształcenie hydrocefaliczne. Jako cechy wyróżniające czaszkę krzywiczną podnieść należy przedewszystkiem fakt, że szerokie czoło podnosi się tu stromo, guzy czołowe i ciemieniowe uwydatniają się silnie, wskutek czego kształt okrągławy, odpowiadający wodogłowi, ustępuje tu miejsca raczej kształtowi czworokątnemu. Następnie dla czaszki krzywicznej charakterystyczne jest, że w powiększeniu bierze udział również podstawa czaszki i że brak tu typowego dla czaszki hydrocefalicznej zapadnięcia podstawy czaszki pod balonowatym uwypukleniem jej odcinka mózgowego.

O ile w mikro- i makrocefalii mieliśmy do czynienia z ukształtowaniem czaszki zależnym od pierwotnego zachorzenia mózgowia, o tyle inne patologiczne zniekształcenia czaszki zależne są bardziej od *zmian chorobowych w samym układzie kostnym*. Najważniejszą rolę odgrywają tu zaburzenia w przebiegu procesu kostnienia poszczególnych kości czaszkowych, a zwłaszcza *przeducedznie skostnienie szwów czaszkowych* czyli t. zw. *synostoza*, która w wielu wypadkach stanowi bezpośrednią przyczynę zniekształceń czaszki oraz jej asymetrii. Dotychczas jeszcze zgodnie z *Virchowem* odróżniamy następujące typy czaszek patologicznych:

1. Czaszki zwężone w kierunku *skośnym* związane z synostozą szwu wieńcowego i lambdoidalnego. Są to t. zw. czaszki *skośne* czyli *plagjocefalia*.

2. Czaszki zwężone w kierunku *poprzecznym* czyli czaszki *długie*. Powstawać one mogą:

- a) wskutek synostozy szwu strzałkowego, co powoduje t. zw. *dolichocefalię* lub też przy silniejszym natężeniu sprawy t. zw. *skrafocefalię*, przyczem sklepienie czaszki przypomina łódkę wywróconą do góry nogami.
- b) wskutek synostozy szwu strzałkowego z nadmiernie rozwiniętą okolicą wielkiego ciemniaczka, co powoduje t. zw. *sferocefalię* czyli czaszkę *klinowatą*.

3. Czaszki zwięzione w kierunku *podłużnym*, powstające wskutek synostozy obu szwów lambdoidalnych lub też obu szwów wieńcowych. W kategorii tej odróżniać należy różne typy czaszek w zależności od miejsca, w którym nastąpiła synostoza, a więc wskutek:

- a) synostozy *tylnej* mogącej powodować:
 - a) synostozę kości ciemieniowych z łuską kości potylicznej: jest to t. zw. *grubogłowie* czyli *pachycefalja*.
 - β) synostozę kości ciemieniowych z kośćmi skroniowymi i z kością potyliczną oraz z kompensacyjnym rozwojem okolicy ciemiączek: jest to t. zw. *ostrogłowie* czyli *oksycefalja* popularnie zwana również czaszką *wieżowatą*.
- b) synostozy *przedniej* i *bocznej* mogącej powodować:
 - a) synostozę kości czołowej i ciemieniowych: jest to t. zw. *plaskogłowie* czyli *platycefalja*.
 - β) częściową synostozę kości czołowej i kości ciemieniowych w pośrodku połowy szwu wieńcowego: jest to t. zw. *okrągłogłowie* czyli *trchocefalja*.
- c) dolnej *środkowej* synostozy z przedwczesnym skostnieniem kości podstawnej i klinowej, powodującej *zwykle szerokogłowie* czyli t. zw. *brachycefalję*.

Niektóre wreszcie anomalje ukształtowania czaszki zawdzięczają swoje powstanie warunkom czysto *mechanicznym* bądź to w życiu płodowym, jak np. czaszka *achondroplastyczna*, o której będzie jeszcze mowa, bądź podczas utrudnionego porodu, jak np. t. zw. czaszka *progeneiczna*, o profilu wykazującym pewne podobieństwo do twarzy, które w wizerunkach kalendarzowych symbolizują kształty narastającego lub zmniejszającego się księżyca.

Zmiany konfiguracji czaszki niezawsze miarodajne są dla wyprowadzenia wniosku o zachowaniu się mózgu i o stopniu inteligencji dziecka. Ciężkie postaci *ostrogłowia*, jak również znaczne stopnie *mikrocefalji* towarzyszą zazwyczaj głębokim stopniom upośledzenia umysłowego. Makrocefalja tylko wtedy może odbić się szkodliwie na rozwoju umysłowym, jeżeli towarzyszy jej znaczne wodogłowie, powodujące ucisk i zanik tkanki mózgowej. Słabsze postaci wodogłowia natomiast, kojarzyć się mogą z normalną a niekiedy nawet wybitną inteligencją (*Verlaine, Gottfried Keller, Menzel, Helmholtz*). Przy czaszkach średniej wielkości powiedzieć można naogół, że przeciętnie mniejszym wymiarom czaszki odpowiada mniejszy rozwój inteligencji. Pod względem orientacyjnym posługiwać się możemy skalą rozwoju wymiaru poprzecznego czaszki w związku z wie-

kiem, którą przytaczam tu syntetycznie na zasadzie badań *Raeckego* z Monachjum i *Leya* z Brukselli.

Noworodek	947 mm.	334 mm.
1 rok życia	415 "	405 "
2 " "	477 "	466 "
3 " "	487 "	473 "
4 " "	496 "	482 "
5 " "	504 "	488 "
6 " "	508 "	499 "
7 " "	509 "	500 "
8 " "	512 "	503 "
9 " "	516 "	508 "
10 " "	520 "	511 "
11 " "	524 "	511 "
12 " "	525 "	516 "
13 " "	528 "	518 "
14 " "	530 "	521 "
15 " "	531 "	521 "

Wysokość ciała nie wywiera, jak się zdaje, wyraźnego wpływu na wielkość czaszki. Zauważyć przytem należy, że, podczas kiedy wzrost ciała w 17-ym lub 18-ym roku jest już ukończony, obwód czaszki u ludzi pracujących umysłowo przybierać może aż do 50-go roku życia. *Bayerthal* poddał badaniu przeszło 10 tysięcy chłopców i dziewczynek ze szkół powszechnych, zestawiając pomiary czaszki z wynikami badania inteligencji i z postępami dzieci w nauce. Otóż wśród uczniów małozdolnych i umysłowo upośledzonych dają się spostrześć najróżnorodniejsze wielkości czaszek, jednakowoż obwód czaszki pozostaje tu zazwyczaj w tyle poza obwodem dzieci normalnie uzdolnionych. Bardzo wybitne zdolności umysłowe nie zdarzają się nigdy przy czaszkach drobnych, to znaczy nigdy u dzieci 7-letnich o wymiarze poprzecznym 48 cm (u dziewcząt 47 cm), u dzieci 10-letnich nigdy poniżej 49¹/₂ (u dziewcząt 48¹/₂), u dzieci 12-letnich nigdy poniżej 50¹/₂ (u dziewcząt 49¹/₂) i tylko w wypadkach wyjątkowych u dzieci 7-letnich z wymiarem czaszki 50 cm. (u dziewcząt 49), zaś u 10-letnich z wymiarem czaszki 52 (u dziewcząt 51). U osobników dorosłych z obwodem czaszki wynoszącym 51 cm (u kobiet 51) nigdy jeszcze nie spostrzegane były wybitne zdolności, jakkolwiek właściciele czaszek takich niekoniecznie wykazywać muszą upośledzenie umysłowe.

Co się tyczy anomalji morfologicznych narządów umieszczonych w czaszce, to wymienić tu należy zez czyli skośne ustawienie oczu, białe zabarwienie tęczówki, czyli t. zw. *albinizm*, polegający na wrodzonym braku barwnika, wadę rozwojową warg, polegającą na rozdwojeniu górnej wargi (t. zw. *zajęcza*

warga), wadę rozwojową podniebienia twardego i miękkiego polegającą również na rozdwojeniu (t. zw. *wilcza paszcza*), język wystający, mięsisty i pokiereszowany (t. zw. *język geograficzny*). Szczególnie częstą wszakże i ważną cechą towarzyszącą rozmaitym postaciom upośledzenia umysłowego są anomalje w budowie *podniebienia twardego* oraz *zębów*. Wśród materiału mego stwierdziłem u 50—60% obserwowanych dzieci t. zw. podniebienie *strome* lub *gotyckie*, polegające na wrodzonej aplazji sklepienia podniebiennego. Zjawisko to niekiedy powikłane bywa występowaniem małego prostopadłego wgłębienia, które umieszczone jest na najwyższej sięgającym punkcie podniebienia twardego. O wadliwym uzębieniu świadczą już same anomalje procesu ząbkowania, który w ogromnej większości przypadków niedorozwoju umysłowego przebiega nieprawidłowo: podczas gdy pierwszy ząb normalnie wyrzyna się w początku 7-go miesiąca, u dzieci umysłowo upośledzonych pierwsze zęby ukazują się niekiedy dopiero w końcu drugiego roku życia. Wybitny niekiedy prognatyzm górnej szczęki lub, co rzadziej, prognatyzm dolnej powoduje w całym szeregu wypadków wytworzenie się *wadliwego zgryzu*, zaś anomalje w rozwoju szczęki górnej i zuchwy, jak również okolicy dziąseł, powodują fakt charakterystyczny, że zęby nie są ustawione w jednym rzędzie, jak to bywa w warunkach normalnych, ale w dwóch a nawet trzech rzędach. W całym szeregu przypadków spotyka się również brak niektórych zębów, zwłaszcza bocznych siekaczy lub też przy pełnym komplecie zębów zbyt szerokie ich rozstawienie. Same zęby przytem często zabarwione są żółtawo, są nierówne, bezkształtne, pokarbowane, kruche i pokryte niedostatecznie *emalią* czyli szkliwem. Niepoślednie znaczenie również przypada anomalji znanej pod nazwą zębów *Hutchinsona*, polegającej na półksiężycowatym zagłębieniu wolnego brzegu górnych siekaczy i sygnalizującej ze znacznym prawdopodobieństwem *kiłę dziedziczną*. Natomiast opisanych przez *Carabelliego* wżgórków zębowych pozostających, jakoby również w związku z kiłą dziedziczną, nie spostrzegalem ani razu wśród znacznej bardzo liczby przebadanych przeze mnie dzieci umysłowo upośledzonych. Częstym również u dzieci anormalnych objawem jest *niedrożność jamy nosowo-gardzielowej* wskutek t. zw. *wegetacji* czyli *wyrośli adenoidalnych*, które w materiale moim występowały z częstością 19,7%. Nadają one fizjonomji dziecka wyraz tępy i bezduszny: fałdy nosowowargowe są wygładzone, usta nawpół rozwarte, mimika bardzo uboga, głos matowy i bezbarwny wskutek braku odpowiedniego rezonansu, słuch niekiedy wybitnie osłabiony. *Lavrand* i *Querton* wykazali niedawno, jak znaczny wpływ wywierać mogą *wegetacje adenoidalne* na powstawanie głuchoniemoty. Podczas snu dzieci chrapią bardzo głośno, śpią źle i niespokojnie wsku-

tek rozwarcia ust i wysychania błony śluzowej jamy ustnej. Nauka idzie tępo i ospale nietylko z powodu wrodzonego upośledzenia umysłowego, ale przede wszystkim wskutek znacznie utrudnionej koncentracji. Wykazał to między innymi *Kaemann* przy pomocy bardzo dokładnych badań eksperymentalnych dokonanych w pracowni *Kraepelina*. Pomimo to z powodów dotąd bliżej niewyjaśnionych usunięcie operacyjne wyrosła adenoidalnych nie usprawiedliwia w dostatecznym stopniu pokładanych w niem nadziei: wpływa ono wprawdzie dodatnio na rozwój fizyczny dziecka, ale nie przyczynia się wyraźnie do obudzenia jego zdolności intelektualnych.

Ze znanych i popularnych stygmatów zwyrodnienia szczególnie uderzające i częste są anomalje i ukształtowania *małżowin usznych*. Są to t. zw. uszy w kształcie pętlicy („oreille en anse”) niezmiernie wydatnie odstające od czaszki, zbyt wybitnie rozwinięty wzgórek Darwina, przyrośnięcie uszka, uszy odwinięte nienormalnie, rozdział konchy na dwie części, wybitna asymetria w rozwoju obu małżowin usznych. Co się tyczy słuchu, to stwierdzenie nieznacznego upośledzenia ostrości słuchu następuje u dzieci umysłowo upośledzonych znaczne trudności. Ciężkie zaburzenia słuchu bywają albo pozostałością po różnorodnych cierpieniach zakaźnych, jak błonica, płonica, odra, a przede wszystkim drętwnica karku lub też przekazywane mogą być dziedzicznie. Naogół powiedzieć można, że, o ile w słabszych postaciach upośledzenia umysłowego słuch zachowany może być normalnie, o tyle u idiotów i głuptaków ostrość słuchu zazwyczaj pozostaje w tyle poza przeciętną ostrością słuchu dziecka normalnego. Z badań *Queteleta*, *Mac Donald*a, *Gepkego* i *Besta* wynika również istnienie uwarunkowanej konstytucjonalnie małowartościowości narządu *wzroku*. Najczęściej zdarza się osłabienie siły wzroku, które nie daje się korygować za pomocą szkieł. Z badań dokonanych przezemnie w warszawskich szkołach specjalnych wynika, że dalekowzroczność zdarza się daleko częściej aniżeli krótkowzroczność, co zresztą zrozumiałe jest z tego względu, że funkcje wzroku pozostają tu na infantylnym stopniu rozwoju, a oko noworodka, jak wiadomo, jest dalekowzroczne. Poza tem często dają się spostrzegać liczne anomalje rozwojowe tęczówki (t. zw. kolobomaty), siatkówki (plamy zanikowe, anomalje w dystrybucji barwnika w postaci t. zw. „pieprzu i soli”), rogówki (zmętnienia, nieprawidłowe krzywizny powodujące t. zw. *astygmatyzm*), zmętnienia soczewki, zez a przede wszystkim drganie gałek ocznych, które nosi nazwę *oczopląsu*. Z rzadszych wreszcie anomalji narządu wzroku wymienić należy t. zw. *daltonizm*, t. zn. wrodzony defekt rozpoznawania niektórych barw—najczęściej czerwonej i zielonej. Anomalji tej nie należy utożsamiać z utrudnieniem w nazywaniu barw, które u dzieci umysłowo upośledzonych jest tak

częste i tak wybitne, że według *Warburga* zdolność w określaniu barw może być uważana niemal za kamień probierczy inteligencji dziecka.

W niektórych przypadkach badanie t. zw. *kapillaroskopowe*, t. zn. badanie naczyń włoskowatych (najłatwiej na paznogiach za pomocą specjalnego mikroskopu) wykrywa obraz kapillaroskopowy znacznie odbiegający od normy i przypominający przebieg kapillarów u ssawców. Z faktu owego wyprowadza *Jaensch* swoją *archikapillarną* teorię oligofrenji, przypuszczając archaiczny stopień ukształtowania kapillarów mózgu, a więc ich zahamowanie rozwojowe jako podstawę powstania upośledzenia umysłowego.

Ponieważ anomalje w rozwoju gruczołów i narządów płciowych oraz podściółki tłuszczowej sprzężone są integralnie z zaburzeniami *wydzielania wewnętrznego* i omówione będą oddzielnie, pozostaje mi tylko po omówieniu anomalji w rozwoju poszczególnych odcinków ciała, rozpatrzenie organizmu dziecka umysłowo upośledzonego jako całości. Otóż wielokrotnie dokonywane wymiary porównawcze dzieci zdrowych i młodocianych oligofreników przekonywają, że dzieci umysłowo upośledzone przeciętnie są mniejsze od dzieci normalnych. Różnice te, które wypływają z upośledzonej energii witalnej, są stosunkowo mniej wyraźne w okresie przedszkolnym; zarysowują się one wydatnie w okresie szkolnym i młodzieńczym, zacierając się następnie w wieku dorosłym i starszym. Z badań *Vogta* dokonanych nad wagą różnorodnych narządów wewnętrznych u oligofreników wynika, że pozostaje ona znacznie w tyle poza normą przeciętną.

Niekiedy ów niedostateczny rozwój fizyczny przejawia się w tak znacznem zmniejszeniu wymiarów ciała, że mówić możemy o *karłowatości*. Nauka współczesna odróżnia rozmaite postaci karłowatości. Jedna z nich zależna jest od rozmaitych zachorzeń ustroju a specjalnie układu kostnego i nie pozostaje w bezpośrednim związku z niedorozwojem umysłowym. Do tej kategorii między innymi należy krzywica i gruźlica kostna, które, zniekształcając kończyny dolne, a zwłaszcza kręgosłup, prowadzą w sposób wtórny do zmniejszenia wysokości ciała. Inną postać karłowatości stanowi zmniejszenie wymiarów ciała zależne od zaburzeń mechanicznych w okresie rozwoju płodowego, np. wskutek nadmiernej wąskości owodni. Klasycznym przykładem tego rozwoju karłowatości jest t. zw. *achondroplazja*, której cechą charakterystyczną jest karykaturalna krótkość kończyn przy normalnej długości tułowia. Jeszcze inne typy karłowatości dziecięcej zależne są od anomalji i zaburzeń w czynności niektórych gruczołów i dokrewnych a specjalnie *przysadki mózgowej*. Między innymi *karłowatość przysadkowa* cechuje się wielką czaszką, drobnym tułowiem i starczym wy-

ględem twarzy. W odróżnieniu od wszystkich wymienionych powyżej postaci karłowatości, dla których charakterystyczna jest dysproporcja w rozwoju poszczególnych odcinków ciała, wymienić należy kategorię zupełnie odrębną znaną pod nazwą *mikrozomji* lub *pigmeizmu* i cechującą się zupełnie proporcjonalnym i harmonijnym zmniejszeniem wszystkich wymiarów ciała: są to takie typy dziecięce, które według trafnego określenia *Meige'a* wyglądają, jak gdyby obserwowane były przez odwróconą stronę lornetki. Stanem odwrotnym do karłowatości jest t. zw. *gigantozomja* czyli *olbrzymiość* ciała, zdarzająca się u dzieci umysłowo upośledzonych znacznie rzadziej od karłowatości i zależna zawsze od zaburzeń w wydzielaniu gruczołów dokrewnych (gruczoły płciowe, nadnercza, szyszynka, przysadka mózgowa). Stosunkowo najczęściej kojarzy się z upośledzeniem umysłowym typ t. zw. *olbrzymiości eunuchoidalnej*, dla której obok niedomogi gruczołów płciowych charakterystyczna jest dysproporcja pomiędzy rozwojem dolnej i górnej połowy ciała.

Przegląd korelacji cielesnych niedorozwoju umysłowego byłby niepełny, gdyby pominąć zasadnicze typy *konstytucjonalne*, których wyodrębnienie jest zasługą *Kretschmera*. Mam tu na myśli przede wszystkim t. zw. typ *leptozomiczny* czyli *asteniczny*, którego cechą najbardziej charakterystyczną jest niedostateczny rozrost wszcz przy niezmienionym wzroście wzdłuż, wąskie ramiona, płaska i wąska klatka piersiowa oraz niedostateczna waga w stosunku do wysokości ciała. Przeciwstawienie jego stanowi do pewnego stopnia typ *atletyczny*, cechujący się silnym rozwojem kości, muskulatury i skóry, szerokim rozwarciem ramion, dobrze rozwiniętą klatką piersiową oraz grubą i wysoką czaszką. Odrębne zupełnie ukształtowanie wykazuje typ *pikniczny*, dla którego charakterystyczny jest silny rozwój obwodu jam narządowych (czaszka, klatka piersiowa, jama brzuszna) przy pewnej skłonności do skupiania się tkanki tłuszczowej u podstawy członków oraz bardzo delikatnej budowie aparatu ruchowego (pas barkowy i kończyny), następnie zaś twarz szeroka i rozpięta, osadzona na zbyt krótkiej szyi, wypukłona jama brzuszna i silnie rozwinięta klatka piersiowa. Do kategorii typów konstytucjonalnych należą wreszcie rozmaite postaci *dysplastyczne*, związane nierozdzielnie z niedomogą konstytucjonalną różnorodnych gruczołów dokrewnych (typy eunuchoidyzmu, maskulinizmu, infantylizmu, akromikriji i t. d.). Otóż przy rozpatrzeniu zasadniczych typów konstytucjonalnych *Kretschmera* daje się stwierdzić przede wszystkim fakt wielkiego znaczenia praktycznego, że mianowicie w wieku dziecięcym i młodzieńczym nie tylko u dzieci normalnych, ale również i u dzieci umysłowo upośledzonych postaci *atletyczne* nie dają się ściśle odgraniczyć od *piknicznych*. Co się zaś

tyczy typu *astenicznego*, to już w wieku dziecięcym bywa on u dzieci niedorozwiniętych bardzo często zarysowany, i wszystkie cechy niemal typu astenicznego u człowieka dorosłego dadzą się z łatwością przenieść na dziecko umysłowo upośledzone. Szczególnie silnie uwydatnia się tu typ asteniczny w okresie dojrzewania ze swemi charakterystycznymi cechami budowy czaszki i twarzy (drobny kształt czaszki, przewaga wymiaru podłużnego twarzy nad poprzecznym, kształt twarzy w postaci skróconego jaja, dysproporcja pomiędzy nadmierną długością nosa a skróceniem podbródka). Co się tyczy typu *piknicznego*, to z materiału mego wynika, że u dzieci umysłowo upośledzonych, jak również i psychopatycznych daje się on z łatwością stwierdzić poza granicami dziesiątego roku życia, podczas gdy cechy jego we wczesnym dzieciństwie i w pierwszym okresie szkolnym nie są zarysowane z dostateczną ostrością. Z badań moich na materiale Szkoły Ćwiczeń Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej oraz miejskich szkół specjalnych wynika nadto *szczególna częstość typów dysplastycznych* wśród dzieci umysłowo upośledzonych.

Nie mniejsze znaczenie od korelacji *morfologicznych* przypada niektórym zaburzeniom *czynnościowym* związanym integralnie z rozwojem i przebiegiem niedorozwoju umysłowego. Najważniejsze znaczenie przypada tu zaburzeniom *sfery ruchowej*, z których jedne przebiegają w postaci *ubytku* ruchowego, inne natomiast w postaci *nadmiaru* ruchów. Do kategorii pierwszej należą rozmaite niedowłady mięśni kończyn i twarzy po przebytych stanach zapalnych mózgowia—najczęściej w postaci t. zw. *niedowładu połowiczego*: stąd też widzimy tak wiele dzieci umysłowo upośledzonych, powłóczących jedną nóżką i wadliwie posługujących się jedną rączką. Rzadziej natomiast występuje niedowład obu kończyn dolnych a niekiedy równocześnie obu górnych ze znacznym zeszywnieniem mięśni czyli t. zw. *niedowład spastyczny* (w t. zw. chorobie *Littla*). Pod względem praktycznym wszakże daleko ważniejsze są zaburzenia polegające nie na osłabieniu siły, ale na upośledzeniu koordynacji ruchów, zależne najczęściej od niedorozwoju *mózdzku* i jego układów. Pod względem fizjologicznym najbardziej wczesna jest koordynacja ruchów mięśni warg i języka niezbędna przy *akcie ssania*. Bywa ona zazwyczaj normalna w słabszych postaciach upośledzenia umysłowego i ulega zakłóceniu tylko u dzieci dotkniętych głębokimi stopniami idjotyzmu. Daleko później już rozwija się skojarzenie t. zw. ruchów *chwytnych* potrzebnych do uchwycenia i utrzymania przedmiotów. W warunkach normalnych dziecko 5-miesięczne potrafi utrzymać przedmiot włożony mu do rączki, ale dopiero w 8-ym miesiącu umie uchwycić przedmiot lub zabawkę ruchem najbardziej sprawnym i ekonomicznym. U dzieci umysłowo upośledzonych

zdolność ta rozwija się znacznie później, niekiedy dopiero po ukończeniu $1\frac{1}{2}$ —2 lat życia. Jeszcze bardziej opóźniona jest zdolność siedzenia, chodzenia i stania, które wymagają bardzo skomplikowanej koordynacji ruchowej. W warunkach fizjologicznych dziecko z końcem czwartego miesiąca może o własnych siłach utrzymać prosto głowę, z końcem dziewiątego miesiąca może już siedzieć bez podparcia, zaś w końcu pierwszego roku próbuje chodzić bez pomocy. Opóźnienie wszystkich tych czynności, a zwłaszcza czynności chodzenia stanowi jeden z najważniejszych stygmatów czynnościowych upośledzenia umysłowego. Często od rodziców naszych maleńkich pacjentów dowiadujemy się, że dziecko zaczęło chodzić po ukończeniu 2, 3, a niekiedy nawet i czterech lat. U całego szeregu dzieci umysłowo upośledzonych nawet w tym okresie życia, kiedy chodzą już bez pomocy, stwierdzamy chód niepewny, chwiejny, z przechyleniem się tułowia ku tyłowi, na prawo lub na lewo. Zjawisko to, które zależne jest od niedorozwoju mózdzku lub układów mózdzkowych, określamy nazwą *asynergji*. Do tej samej kategorii ruchów asynergicznych należą niedokładne ruchy chwytne, które, zmierzając prawidłowo w kierunku zamierzonego celu, albo go przekraczają albo zatrzymują się, nie osiągnąwszy go całkowicie. Do częstych bardzo objawów ubytkowych należy u dzieci niedorozwiniętych *nieprzymanie moczu w nocy* a niekiedy nawet i we dnie. Dziecko normalne zachowuje się pod tym względem bez zarzutu we dnie w 8-ym lub w 9-ym miesiącu życia, zaś po ukończeniu $1\frac{1}{2}$ roku również i w nocy. Przedłużanie się tej anomalji po za trzeci lub conajwyżej czwarty rok życia sygnalizuje częstokroć niedorozwój umysłowy, będąc wyrazem niedomogi ośrodka mózgowego, regulującego automatycznie zamknięcie pęcherza. Pamiętać wszakże należy, że w wielu przypadkach nawet uporczywe i długotrwałe nieprzymanie moczu może być wyrazem spraw różnorodnych niemających nic wspólnego z upośledzeniem umysłowym, jak chorobliwa głębokość snu, padaczka lub anomalia rozwojowa rdzenia i kręgow znana pod nazwą *tarni dwudzielnej*.

Zupełnie odmiennie przedstawia się druga kategoria zaburzeń ruchowych u dzieci umysłowo upośledzonych, która uwidacznia się w postaci *nadmiaru ruchów* czyli t. zw. *hiperkinezy*. Są to najczęściej ruchy mimowolne unoszenia ramion, przekrzywiania głowy, skręcania kręgosłupa przypominające ruchy spostrzegane w przebiegu płasawicy i dlatego noszących nazwę *plaszawiczopodobnych* lub też ruchy powolnego przebiegania palcami, które noszą nazwę *atetozy*, innym znów razem gwałtowne ruchy rzutowe górnej kończyny, które nazywamy *hemiballizmem* lub też stosunkowo rzadkie u dzieci umysłowo upośledzonych grymasy twarzy i błyskawiczne nawpół dowolne ruchy w kończynach zwane *tikami* charakterystyczne raczej

dla dzieci psychopatycznych. Do kategorii zjawisk hyperkinetycznych należą również *drgawki epileptyczne*, które niezmiernie często towarzyszą różnym postaciom niedorozwoju umysłowego a w szczególności jego cięższym typom. Znane są niektóre odmiany idjotyzmu (np. t. zw. *stwardnienie guzowate mózgu*), w których drgawki występować mogą po kilka, kilkanaście a nawet po kilkadziesiąt razy na dobę.

Ostatnią wreszcie anomalją czynnościową związaną bardzo ściśle z upośledzeniem umysłowym, są różnorodne zaburzenia *mowy i wymowy*. Niektóre z zaburzeń tych są natury *wtórnej* i zależne są od albo od wrodzonego osłabienia słuchu, albo od przypadkowych zachorzeń lub anomalji rozwojowych narządów mowy, jak np. wyrośnięte adenoidalne, rozdwojenie warg lub podniebienia, brak podniebienia miękkiego, ubytki zębowe i t. p. Daleko ważniejsze znaczenie przypada wszakże tym zaburzeniom mowy, których przyczyna tkwi w niedorozwoju lub niedokształceniu odpowiednich ośrodków mowy, a więc bądź ośrodka *ruchowego* mowy (t. zw. *ośrodek Broca*), bądź ośrodka *słuchowego* mowy (t. zw. *środek Wernickego*). W wypadkach takich mamy do czynienia z t. zw. *ałazją* czyli *niemołą ruchową* lub *słuchową* — zależną od braku rozwoju odpowiednich wyobrażeń *ruchowych* lub *słuchowych* mowy. W ciężkich przypadkach idjotyzmu mowa nie rozwija się zupełnie bądź z powodu niedokształcenia wyżej wspomnianych ośrodków, bądź wskutek całkowitego braku pojęć i wyobrażeń. U idjotów średniego stopnia mowa miewa niekiedy charakter t. zw. *echowy* lub *papuzi*, polegający na bezustannem i monotonnem powtarzaniu poszczególnych zasłyszanych wyrazów lub krótkich zdań bez określonego związku. Odmienną od wymienionych zaburzeń mowy natury ośrodkowej jest kategoria zaburzeń t. zw. *artykulacyjnych*, polegających albo na wadliwej funkcji mięśni biorących udział w akcji mowy albo na wadliwym wytwarzaniu się głosek. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z anomalją znaną pod nazwą *jąkania*, w drugim — z t. zw. *belkotaniem*. Jąkanie uzależnione jest od *kurczów*, ogarniających rozmaite odcinki muskulatury mowy: jest ono według mego doświadczenia objawem względnie rzadkim u dzieci umysłowo upośledzonych, stanowiąc przejaw charakterystyczny raczej dla psychopatji ustrojowej. Natomiast *belkotanie* spotykamy u znacznej większości dzieci niedorozwiniętych. Belkotanie, które polega na zupełnym opuszczaniu głosek i zgłosek albo na zastępowaniu ich przez inne albo wreszcie na zniekształcaniu ich jest zjawiskiem fizjologicznym do ukończenia 3-go a niekiedy nawet 4-go roku życia. Przetrvanie zjawiska tego poza granice wymienionego okresu sygnalizuje ze znacznym prawdopodobieństwem upośledzenie umysłowe. Jeszcze bardziej podejrzane pod tym względem jest zjawisko t. zw.

agramatyzmu, będące pewnego rodzaju odmianą belkotania, i polegające na niemożności tworzenia właściwych pełnych zdań.

Przechodząc z kolei do omówienia *psychicznej* strony oligofrenji dziecięcej, przypomnieć muszę, że utartym w psychopatologii, pedagogice leczniczej i opiece społecznej zwyczajem dzielimy dziedzinę wrodzonego niedorozwoju umysłowego na 3 zasadnicze postacie: *idjotyzm*, *głuptactwo* i *debilizm*. Otoż jakkolwiek całkowicie zdajemy sobie sprawę, że podział ten nie oznacza nic więcej jak symbolizację *ciężkiego*, *średniego* i *łagodnego* natężenia sprawy, jakkolwiek zbywa nam dotąd na dostatecznie ugruntowanych podstawach etjologicznych, anatomicznych a nawet klinicznych takiego podziału, jakkolwiek stany przejściowe pomiędzy owymi zasadniczymi typami są niekiedy do tego stopnia płynne, że w niektórych przypadkach trudno jest poprostu zdecydować się, czy należy np. zaliczyć go do ciężkiego głuptactwa czy do łagodniejszego idjotyzmu, jednakowoż znaczenie *praktyczne* podziału tego jest tak wielkie i tak dalece ugruntowane, że nie ma siły, któraaby była w stanie wyrugować go z nauki o dziecku anormalnym. Różnorodne próby *klasyfikacji* ogromnego bogactwa przejawów upośledzenia umysłowego w wieku dziecięcym nie doprowadziły dotąd do pomyślnego wyniku wobec braku możności oparcia się na określonym czynniku standaryzacyjnym. Pomijając tutaj momenty natury *anatomiczno-patologicznej* oraz czysto *klinicznej*, które mogłyby mieć znaczenie tylko w zastosowaniu do ugrupowania rozmaitych typów *idjotyzmu*, podkreślę przedewszystkiem konieczność odróżniania upośledzenia umysłowego *wrodzonego* i *nabytego* we wczesnych okresach dzieciństwa. Odróżnienie to ważne jest nie tylko ze względu na samą ścisłość ujęcia procesu chorobowego, ale niekiedy również ze względu na *rokowanie*, ponieważ na terenie *nabytego* upośledzenia umysłowego w wieku dziecięcym spotykamy się niekiedy z zaburzeniami umysłowymi natury *ostrej*, rozwijające się w następstwie ciężkich chorób zakaźnych lub stanów wyczerpania organizmu, które wraz powrotem dziecka do sił mogą ustąpić całkowicie. Odmienny punkt widzenia starałem się przeprowadzić przed kilku laty, omawiając i proponując podział typów upośledzenia umysłowego w wieku dziecięcym pod kątem zjawisk t. zw. *abiotrofji* oraz t. zw. *dobrotliwej aplazji*. Otóż neurologja i psychjatrja odróżnia cały szereg typów chorobowych, związanych z głębokim niedorozwojem inteligencji, w których mózg i cały układ nerwowy z biegiem czasu odmawiają posłuszeństwa (choroba *Pelizaeusa* — *Merzbachera*, choroba *Schildera* i inne). Najważniejszym reprezentantem typu jest t. zw. *idjotyzm rodzinny amaurotyczny* (t. zn. prowadzący do ślepoty) czyli choroba *Tay-Sachsa*, która nieuchronnie prowadzi do śmierci przy coraz

głębszym zaniku władz psychicznych i coraz wybitniejszych objawach t. zw. *odmóżdżenia* (t. zn. specjalnie ukształtowanego stężenia masy mięśniowej kończyn i tułowia). Wszystkie tego rodzaju zjawiska rozgrywają się na tle sformułowanego przez *Gowersa* prawa t. zw. *abiotrofji*, w myśl którego w niektórych postaciach zwyrodnienia nawet zwykłe funkcje życiowe stanowią dla upośledzonej *ab ovo* tkanki mózgowej dziecka (specjalnie zaś komórek nerwowych) szkodliwość doprowadzającą ją po upływie pewnego czasu do zupełnego zniszczenia i wyczerpania. Wręcz odmienny jest przebieg w *drugiej* grupie biologicznej, której symptomatologia rozgrywa się na tle zjawiska wyodrębnionego przezemnie pod nazwą *dobrotliwej aplazji*. Do kategorii tej w pierwszym rzędzie zaliczyć należy przypadki oligofrenji, przebiegające ze znacznym upośledzeniem koordynacji ruchowej na tle wrodzonego niedorozwoju mózdzku i jego układów. Zdumiewające jest niekiedy, jak dzieci takie pod wpływem ćwiczeń koordynacyjnych, a nawet bez nich odzyskują nieraz samoistnie nie tylko sprawność ruchową, lecz zaczynają rozwijać się również pod względem psychicznym. Tego rodzaju nieoczekiwanie pomyślny przebieg spostrzegany bywa niekiedy przez lekarzy i pedagogów również w zwykłym upośledzeniu umysłowym, niepowikłanym defektami sfery ruchowej. Niekiedy podłożem anatomicznym zjawiska tego może być utrudniony rozwój myeliny, która dopiero w znacznie opóźnionym okresie zaczyna otaczać wyrostki osiowe, jak to między innymi stwierdził *Korbsch* w aplazjach typu mózdkowego. Opierając się na danych powyższych, od szeregu lat staram się bronić *dynamicznego* ujmowania zjawisk niedorozwoju dziecięcego wbrew dotychczasowym poglądom, traktującym go pod kątem widzenia *statycznego*, jako trwały i niezmienny rezultat zaburzeń, którym ulega mózg dziecka bądź to w życiu płodowym, bądź w najwcześniejszych okresach dzieciństwa.

Jeżeli abstrahować wszakże od ściśle *biologicznej* selekcji zjawisk oligofrenicznych — to dokładniejszy ich podział na rozmaite kategorie napotyka na znaczne trudności. Zwrócić należy uwagę, że pewna jednostajność przejawów daje się spostrzegać tylko w tych przypadkach wrodzonego niedorozwoju, w których czynności psychiczne reprezentowane są wyłącznie przez instynkty i popędy zwierzęce, im bardziej wszakże oddalamy się od tego poziomu najniższego, tem bardziej bogate staje się zróżniczkowanie indywidualne. Trudności te wzrastają jeszcze z tego względu, że nie ustalona została jeszcze dotąd wspólna podstawa, na której mógłby się oprzeć podział jednolity. Próbowano między innymi spożytkować *zdolność do nauki* jak motyw podziału. Ponieważ jednak cecha ta zależna jest nie tylko od zdolności ucznia, lecz i od talentu pedagoga, zbywa więc motywacji tej na absolutnie obiektywnym charak-

terze. Nie doprowadziła do pozytywnych wyników również próba podziału rozmaitych typów upośledzenia umysłowego dziecka według stopnia *rozwoju mowy*, ponieważ cały szereg zaburzeń mowy u dzieci ofigofrenicznych nie pozostaje w prostym stosunku do upośledzenia inteligencji. Szczególnie interesujący jest sposób kwalifikowania i klasyfikacji osób umysłowo upośledzonych, który tkwi u podstawy uchwalonej w 1912 r. przez parlament angielski *ustawy o upośledzeniu umysłowym (Mental Deficiency Bill)* i który opiera się na sprawdzianie *socjologicznym* przystosowalności do życia. W myśl brzmienia tej ustawy za umysłowo upośledzonych winni być uważani: a) *idjoci*, t. j. osoby tak głęboko upośledzone od urodzenia albo od wczesnego wieku, że nie są w stanie ustrzedz się same przed fizycznym niebezpieczeństwem, b) *głuptacy*, t. j. osoby zdolne do ustrzeżenia samych siebie przed fizycznym niebezpieczeństwem, lecz niezdolni do zarabiania na własne utrzymanie wskutek defektu umysłowego, istniejącego od urodzenia lub od wczesnego wieku, c) *osłabieni umysłowo*, t. j. osoby, które mogłyby być zdolne do zarabiania na swe utrzymanie w okolicznościach pomyślnych, lecz które są niezdolne w skutek defektu umysłowego, istniejącego od urodzenia lub w wczesnym wieku, współzawodniczyć na równych warunkach ze swymi normalnymi towarzyszami albo kierować sobą i sprawami swymi z właściwym rozsądkiem d) *głuptacy moralni* t. j. osoby, które od wczesnego wieku wykazują defekty, przejawiające się w postaci popędów występnych i zbrodniczych, na które kara nie wywiera żadnego wpływu odstrasżającego lub też wywiera wpływ niewielki; e) *umysłowo niedołężni* t. j. osoby, które wskutek niedołęstwa umysłowego lub wskutek upadku zdolności umysłowych są niezdolne do kierowania sobą i swymi sprawami.

Współczesna pedagogika lecznicza pomija wszystkie powyższe motywy podziału upośledzenia umysłowego w wieku dziecięcym i opiera się na przesłankach wyłącznie *psychologicznych*. I tutaj wszakże nie ma jednolitości metodyki klasyfikacyjnej, jedni badacze bowiem posługują się w tym celu *złożonymi procesami psychicznymi*, inni natomiast biorą punkt wyjścia z elementarnych czynności umysłowych. Dla przykładu przytoczę niektóre bardziej znamienne próby podziału. Między innymi *Demoor* odróżnia: 1) *dzieci opóźnione* w rozwoju pedagogicznym (*arrierés pédagogiques*), jeżeli do wyrównania poziomu szkolnego wystarcza odpowiednie traktowanie pedagogiczne i 2) *dzieci opóźnione* ze względu na stan zdrowia (*arrierés médicaux*), dla niektórych niezbędne są obok wysiłków pedagogicznych — i odpowiednie zabiegi lekarskie. Pierwotny podział *Bineta* rozróżnia następujące kategorie: 1) *idjota* nie zdający sobie sprawy z ustosunkowania przedmiotów,

2) idjota umiejący patrzeć i śledzić oczami przedmioty, 3) idjota nieco rozumiejący, lecz zalękniony, 4) idjota rozróżniający pokarmy, 5) idjota zdolny do naśladownictwa, 6) głuptak umiejący nazywać przedmioty, 7) głuptak zdolny do porównania dwu linii lub wagi dwu jednakowych pudełek oraz powtarzający z szeregu najwyżej trzy cyfry, 8) głuptak powtarzający krótkie i łatwe zdania i dorównywuający zaledwie pięcioletniemu normalnemu dziecku, 9) debil — posiadający zdolności zaznaczania różnic pomiędzy dwoma przedmiotami za pomocą rozumowania, 10) debil będący w stanie ustawić 5 pudełek jednakowego kształtu według ciężaru. *Philippe* i *Boncour*, biorąc pod uwagę dzieci „przystosowalne” klasyfikują je jak następuje: 1) dzieci „umysłowo opóźnione”, (*les arriérés intellectuels*”, „niestale” („*instables*”) i asteniczne (*asthéniques*”) o cechach depresji, chorobliwej apatii oraz astenji umysłowej i fizycznej, 2) dzieci umysłowo anormalne wskutek cierpień systemu nerwowego (histerja, padaczka, płasawica i t. p.), 3) dzieci „subnormalne” jako typ pośredni pomiędzy kategorią poprzedzającą a dziećmi normalnymi, 4) dzieci pedagogicznie opóźnione w rozwoju czyli wrzeczono anormalne („*faux arriérés*”) i 5) dzieci amoralne. Szczególnie szczegółowa jest klasyfikacja *Decroly’ego*, który odróżnia dwie zasadnicze kategorie: I. upośledzenie z przyczyn endogenicznych i II. upośledzenie z przyczyn egzogenicznych (wpływ środowiska). W pierwszej kategorii rozróżnia on: A. upośledzenie czynności wegetacyjnych: a) zniekształcenia i anomalje fizyczne np. potworności, kalectwa, atrofja lub hipertrofja poszczególnych części ciała i t. p., b) zaburzenia odżywiania ogólnego i defekty chroniczne, np. karłowatość olbrzymiość, wyrosłe adenoidalne, zaburzenia w oddychaniu trawieniu i t. p., B) upośledzenia czynności relacyjnych: a) defekty ośrodków zmysłów: wzroku, słuchu, powonienia, dotyku i t. d. i wynikające z nich zaburzenia uczuciowo-wrażliwe, b) upośledzenie ośrodków ruchowych: porażenia, tiki, drgawki, ruchy płasawicze i płasawiczopodobne, ruchy atetotyczne, zaburzenia mowy o charakterze afatycznym i artykulacyjnym, c) upośledzenia umysłowe — niedorozwój umysłowy, głuptactwo, idjotyzm, opóźnienie rozwoju, upośledzenie inteligencji natury epileptycznej i t. d., upośledzenia uczuciowe — zaburzenia w reakcjach moralnych i socjalnych (instynkty, intuicja, charakter, nastroje, adaptacja społeczna i t. p.). Upośledzenia zależne od warunków *zewnątrzpochodnych* nie uważane są w podziale tym za patologiczne, lecz wpływające wyłącznie ze złego wpływu środowiska. *Sollier*, któremu zawdzięczamy bardzo wartościową, jakkolwiek dzisiaj już nieco przestarzałą książkę „O psychologii idjoty i głuptaka”, po raz pierwszy wprowadził czynnik *uwagi*, jako motyw klasyfikacji rozmaitych gradacji oligofrenji. Odróżnia on mianowicie: 1) ciężki idjotyzm w zupełnym braku świa-

domości i niemożnością skoncentrowania uwagi, 2) lekki idjotyzm z osłabieniem i utrudnieniem skoncentrowania uwagi oraz 3) głuptactwo z niestałością uwagi. *Thiemich*, przypisując również niepoślednie znaczenie badaniu uwagi, której brak jest u idiotów, a która u głuptaków jest nienormalnie płynna i trudna do utrzymania, kładzie specjalny nacisk na badanie *zmysłu smaku* oraz *wrażliwości bólowej*, twierdząc, że ogólna i trwała utrata wrażliwości na ból czyli t. zw. analgezja jest pewnym dowodem ciężkiego upośledzenia umysłowego i cenną pomocniczą metodą rozpoznawczą. Wreszcie *Heller*, operując wundtowskim pojęciem *czynnej apercycji*, podaje następujący podział psychologiczny różnych postaci upośledzenia umysłowego:

1. *Idjotyzm ciężki*: zupełny brak wszelkich czynności apercycyjnych, jak również i uwagi biernej.
2. *Idjotyzm średniego stopnia*: pobudliwość uwagi biernej przy braku rozwoju czynnej apercycji.
3. *Głuptactwo*: samorzutny rozwój apercycji czynnej, która wszakże nie może dostarczyć wyobrażeniom niezbędnej jasności i wyrazistości.
4. *Debilizm*: niedołęstwo apercycyjne przejawiające się w brakach wytwarzania się pojęć i niemożności myślenia pojęciowego (logicznego).

We wszystkich podziałach powyższych, które jako najbardziej charakterystyczne przytoczyłem z długiego szeregu różnorodnych klasyfikacji niedorozwoju dziecięcego, uderza brak określonego *miernika* psychologicznego, któryby pozwalał grupować rozmaite gradacje tego niedorozwoju według ich głębokości. Zasadniczy zwrot w tej dziedzinie rozpoczął się od chwili, kiedy *Binet* wprowadził do psychologii dziecięcej swoją „skalę metryczną inteligencji” (opracowaną wspólnie z *Simonem*) i umożliwił nią zupełnie nowy sposób umysłowej diagnozy indywidualnej, opartej na *różnicy* pomiędzy t. zw. *wiekami inteligencji* (*W. I.*) a *wiekami życia* (*W. Ż.*) dziecka. U dzieci stojących na normalnym poziomie inteligencji dwa te wieki będą sobie równe. Metoda ta daje możność określenia przyspieszenia lub opóźnienia w rozwoju intelektualnym. U dzieci o przyspieszonym rozwoju umysłowym wiek inteligencji okaże się większym od roku życia, u dzieci opóźnionych wiek inteligencji będzie niższym od roku życia, przyczem różnice te będą wyrażać się w latach. Dane *Bineta* zostały następnie uzupełnione przez znakomitego psychologa *Williama Sterna*, który wprowadził do nauki pojęcie *ilorazu inteligencji*, niezmiernie ważne dla ustalenia rozpoznania i dalszego rozwoju problemu selekcji dzieci anormalnych. Doświadczenie bowiem wykazało, że rozpoznanie oparte na *różnicy* pomiędzy wiekiem inteligencji a wiekiem życia nie jest wskaźnikiem wystarczającym, ponie-

waż, jak to wykazał *Chotzen*, każdy rok przyśpieszenia lub opóźnienia w rozwoju inteligencji ma znaczenie *odmienne* w zależności od tego, czy chodzi o dzieci młodsze, czy o dzieci starsze. Badacz amerykański *Terman* doszedł do wniosku, opierając się na wielkim materiale przebadanych dzieci, że dziecko, które w wieku lat 3 wykazywało opóźnienie o jeden rok, w wieku lat 6 będzie prawdopodobnie opóźnione o dwa lata, w wieku lat 9—o trzy, w wieku lat 12—o cztery lata: słowem każdy rok cofnięcia w rozwoju inteligencji ma znaczenie tem większe, im dziecko jest młodsze (*Grzegorzewska*). Otóż koncepcja ilorazu inteligencji opiera ddiagnozę inteligencji nie na różnicy, lecz na *stosunku* pomiędzy wiekiem inteligencji i wiekiem życia. Wprowadzona w 1912 r. przez *Sterna* formuła ilorazu inteligencji głosi, że *iloraz inteligencji równa się wiekowi inteligencji podzielonemu przez wiek życia* $\frac{W. I.}{W. Ż.} = I. I.$ U dzieci

normalnych wartość ilorazu inteligencji będzie równać się jedności lub też wartości ilorazów będą grupować się blisko jedności. U dzieci wyjątkowo uzdolnionych wartość ta będzie wyższa od jedności, zaś u dzieci niedorozwiniętych wartość ta będzie tem niższa od jedności, im głębszy jest stopień niedorozwoju umysłowego. Amerykańscy badacze w celu uniknięcia ułamków oznaczają iloraz normalny nie przez jedność, lecz przez 100, co, jako bardziej praktyczne, przyjęte zostało również przez Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Według *Chotzena* przeciętna inteligencja dzieci ze szkół *specjalnych* (t. zw. dzieci umysłowo upośledzonych) wynosi $\frac{2}{3}$ inteligencji normalnej (iloraz inteligencji = 0,66) dla grupy *głuptaków*, zaś $\frac{3}{4}$ inteligencji normalnej (iloraz = 0,75) dla grupy t. zw. *debilów*. *Terman* zaś, tak zasłużony w tej sprawie badacz amerykański — na podstawie zbadania 2300 osobników ze szkół zwykłych i specjalnych, nakreślił następującą klasyfikację ilorazów inteligencji, w związku z ddiagnozą umysłową.

Iloraz inteligencji	Klasyfikacji Termana
Powyżej 140 . . .	umysł genialny lub zbliżony do genialności.
120 — 140 . . .	wybitnie wybujała inteligencja.
110 — 120 . . .	wyższa inteligencja.
90 — 110 . . .	normalna czyli przeciętna inteligencja.
80 — 90 . . .	ociężałość umysłowa.
70 — 80 . . .	granica upośledzenia umysłowego.

Poniżej ilorazu 70 — spotykamy już istotne upośledzenie umysłowe, a więc:

Iloraz inteligencji	Klasyfikacja Termana
50 — 70 . . .	grupa debilów.
20 — 50 . . .	głuptacy.
Poniżej 20 . . .	idjoci.

Metodyka badania dziecka umysłowo upośledzonego, której celem jest ustalenie rozpoznania i odpowiednich zabiegów wychowawczo-leczniczych, opierać się musi na *wywiadach*, bezpośredniej *obserwacji* dziecka oraz na *badaniu jego inteligencji*. Jasne jest, że rozpoznanie nasze jest tem łatwiejsze, z im cięższym typem upośledzenia umysłowego mamy do czynienia— i tem trudniejsze, im mniej inteligencja dziecka odchyła się od normy przeciętnej. W wypadkach tej ostatniej kategorii, które pod względem praktycznym są najważniejsze, stanowiąc właściwy materiał szkół specjalnych, posługiwać się musimy niekiedy bardzo subtelną metodyką badania inteligencji. W ciężkich natomiast postaciach wrodzonego upośledzenia umysłowego istnieje cały szereg cech charakterystycznych, które zestawił *Strohmayer* w sposób bardzo plastyczny i których znaczenie jest rozstrzygające. Mianowicie już oseski wykazują znaczny niepokój ruchowy, krzyczą wiele bez powodu — nawet wtedy, kiedy są zupełnie syte, chwytają wargami niezręcznie za pierś matczyną i, polykając pokarm, zachlystują się. U innych dzieci natomiast uderza w okresie tym jakiś niesamowicie bezmyślny wyraz twarzy, absolutny brak właściwej dziecku normalnemu ruchliwości i upośledzenie albo wręcz zupełne zniesienie wrażliwości na wszelkie bodźce bólowe. Zastanawiające jest również, że dziecko nigdy się nie uśmiecha, że wzrok jego błądzi bez wyboru w najrozmaitszych kierunkach i nie zatrzymuje się na żadnym określonym przedmiocie. Przez długi czas mali pacjenci nie potrafią utrzymać prosto główki, zanieczyszczają się we dnie i w nocy, nie odróżniają smaku i bez wyboru biorą wszystko do ust. Jedne dzieci zupełnie nie zadają pytań, bo-wiem nic nie zwraca ich uwagi, inne natomiast zasypują otoczenie pytaniami, które nie są bynajmniej wyrazem zainteresowania, ale reakcją bezpośrednią na wrażenia zmysłowe. Zmysł porządku nie rozwija się nigdy, pamięć zazwyczaj jest głęboko upośledzona, zręczność manipulacyjna znikoma, chód ciężki i niezborny, trzymanie ciała wadliwe. Do tego wszystkiego dodać należy jeszcze spóźniony bardzo i wadliwy rozwój mowy i wymowy oraz wadliwe rozpoznawanie przedmiotów i barw. Cały ten zespół anomalji psychicznych uwydatni nam się jeszcze wyraziściej, jeżeli zestawimy go z zasadniczemi wytycznemi rozwoju psychicznego oseska i dziecka do ukończenia trzech lat, nakreślonymi przed kilku laty w klasyczny sposób przez *Heubnera*.

I-szy rok życia.

Pierwsze dwa tygodnie: życie wegetacyjne. Brak postrzegania bodźców czuciowych. Motoryka automatyczna i odruchowa.

3-ci i 4-ty tydzień: Pierwsze przejawy psychicznego odbierania wrażeń, początek mimicznej gry twarzy oraz pewnych ruchów, które zaczynają nabierać koordynacji.

2-gi miesiąc: Początek gaworzenia. Ruchy wyraziste jako reakcja na wrażenia. Skoordynowanie ruchów gałek ocznych.

3-ci miesiąc: Początek fiksacji wzrokowej, dowolne ruchy gałek ocznych, dowolne ruchy ramion. Zwracanie uwagi na otoczenie.

2-gi kwartał: Mniej więcej w pośrodku tego kwartału (17-ty—19-ty tydzień) występują ruchy chwytne, uwaga staje się żywszą i czynniejszą, gaworzenie obfitsze. Początek siedzenia.

3-ci kwartał: Wyraźny kontakt z otoczeniem. Stanie na nóżkach bez podtrzymywania. Rozumienie pojedynczych wyrazów, tu i owdzie powtarzanie.

4-ty kwartał: Swobodne siedzenie. Chód przy podtrzymywaniu; ku końcowi roku chód swobodny. Tworzenie wyrazów z sensem. Powstawanie afektów natury świadomej.

II-gi rok życia.

5-ty kwartał: Swobodne stanie i chodzenie. Wzbogacenie zasobu wyrazowego do 6—8 słów. Podkreślanie znaczenia każdego wyrazu. Rozumienie i spełnianie zleceń. Samodzielne przejawy woli. Skłonność do naśladownictwa.

6-ty kwartał: Chód staje się automatycznym, czynności celowymi.

7-y i 8-y kwartał: Nagłe wzbogacenie zasobu wyrazowego. Zdobycie najważniejszych składników mowy. Wytwarzanie zdań. Rozwój samopoczucia i zdolność utrzymywania czystości.

III-ci rok życia.

Pierwsza połowa. Udoskonalenie mechaniki mowy. Rozumienie mowy prawie nieograniczone. Powtarzanie nawet trudniejszych wyrazów. Wytwarzanie zdań o wyraźnym związku. Konjugacje czasowników. Powstawanie pytań: jak? gdzie? Rozwój ruchów skaczących i wspinających się. Samodzielne jedzenie łyżką.

Druga połowa. Rozwój zmysłu barw. Udoskonalenie i wysubtelnienie wszystkich zmysłów. Logiczne odpowiedzi i postęпки. Brak pojęć liczbowych. Reprodukacja maleńkich wierszyków i opowiadań. Słaba pamięć dawniejszych przeżyć. Wielokształtność afektów. Rozwój wyższych uczuć.

Dane powyższe, które są wyrazem sprawności psychicznej i ruchowej normalnego dziecka mogą stanowić pewną podstawę do orientacji w pierwszych latach życia dziecka. Właściwe

wszakże *badanie inteligencji* może być miarodajne dopiero w wieku późniejszym mniej lub więcej zbliżonym do okresu przedszkolnego. Dla ogólnej orientacji o rozwoju umysłowym dziecka najbardziej przydatne wydają mi się te metody, które całkowicie pomijają zasób wiadomości i pojęć dziecka, zależny od różnorodnych motywów zewnętrznych niejednokrotnie zupełnie przypadkowych (pochodzenie wiejskie lub miejskie, rok nauczania, warunki wychowania i t. p.). W tym sensie między innymi pomyślana jest przez *Weygandta* t. zw. skrzynka do badania umysłowego upośledzenia, zawierająca kolekcję przedmiotów, za pomocą których badać można postrzeganie wzrokowe (łyżka, filiżanka, koszyczek, jabłko, kiełbasa, żaba), wrażenia wzrokowo-dotykowe (szczotka, gąbka), słuchowe (dzwonek, gwizdawka), zdolność manipulacyjną (zamek z kluczem), zręczność (piłka, kółko), pobudliwość wzruszeniową (ruchomy chrabąszcz, pudełeczko z niespodziankami i t. d.). Na tych samych zasadach utworzony został t. zw. *mały album Rosso-limo*, który wspólnie z dr. Rozenblumówną zmodyfikowałem nieznacznie i zaopatrzyłem w odmienne w Warszawie wykonane rysunki i którym posiłkuję się przy badaniu dzieci w oddziałach specjalnych oraz w praktyce prywatnej. Album ten zawiera przede wszystkim próby mechaniczne na badanie uwagi (wkłuwanie igły w szereg otworów w wyborze lub bez wyboru), próby na postrzeganie wzrokowe i słuchowe (3 nieskomplikowane obrazki i trzy krótkie zdania), na odpoznanie (odnalezienie figurki geometrycznej w szeregu innych), na lokalizację przestrzenną (umieszczenie punktu w jednym z 8 kwadracików), na zdolność porównania (porównanie dwu kwadratów rozmaitej wielkości), na rozumienie treści złożonych (3 obrazki o treści coraz to bardziej złożonej), na zdolności kombinacyjne (układanie całości z drobnych części w stopniowaniu coraz trudniejszym, rozpoznanie niekompletnego rysunku dziewczynki), oraz zdolność sądzenia i wnioskowania (wykazanie błędów w wadliwym rysunku). Naogół wszakże *metodyka badania inteligencji* posługuje się nie tylko naturalnym uzdolnieniem dziecka, ale stwierdza również jego zasób wyobraźniowy i pojęciowy, uwzględniając wszystkie elementy składowe psychiki dziecięcej. *Ziehen* był pierwszy, który nakreślił taki ogólny plan badania inteligencji („Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung”), przydatny do dziś dnia w warunkach nie tylko normalnych, ale i patologicznych. Według planu tego badanie obejmuje:

1. *Zasób wyobraźniowy*. Chodzi tu o stwierdzenie wyobrażeń barw, kształtów, przestrzeni, czasu i liczb. Wyobrażenia *barw* badamy za pomocą kolorowych tabliczek lub kolekcji różnokolorowych włóczek. Dziecko 3—4-letnie rozpoznaje barwy zasadnicze, zwłaszcza żółtą i czerwoną i potrafi wskazać je

w szeregu innych, a w rok później określa z łatwością barwy zieloną, niebieską i brunatną. Wyobrażenia *przestrzeni* badamy, polecając umieścić żądany przedmiot z przodu, z tyłu, powyżej lub poniżej stołu albo każąc dziecku odtwarzać z pamięci obrazy sytuacyjne. O istnieniu wyobrażeń *czasu* orientujemy się, stwierdzając, czy dziecko zdaje sobie sprawę z tego, co to jest minuta, godzina, dzień, tydzień, rok, co to jest wieczór i poranek, co wcześniej a co późno i t. p. i czy istnieje opóźnienie w rozwoju tych pojęć. Należy jednak mieć na uwadze, że już w normalnych warunkach istnieje wyraźna dysproporcja pomiędzy dość wczesną i względnie dokładną oceną *małych okresów* czasu i bardzo późną orientacją co do okresów większych: tak np. dziecko trzyletnie, które daje sobie dobrze radę z zegarowym podziałem dnia, nie zdaje sobie zupełnie sprawy z różnicy pomiędzy tygodniem, miesiącem a nawet i rokiem. Przy badaniu wyobrażeń *liczb* należy ściśle odróżniać mechaniczne zapamiętywanie nazwy liczb, które przyswoić sobie może bez trudności nawet dziecko głęboko upośledzone pod względem umysłowym od powstawania wyobrażeń *liczby astrakcyjnej*, do której na drodze uogólnienia dochodzi dziecko przez oderwanie liczby od przedmiotów.

II. Rozwój i kojarzenie wyobrażeń. Dziedzina ta obejmuje następujące zdolności psychiczne:

1. Uogólnienie: np. określić jednym słowem co to jest: piła, świder, młotek, albo: koń, pies, wół, krowa.
2. Wyszczególnienie: wymienić ptaki lub kwiaty.
3. Podanie przykładu: dać przykład złego lub dobrego uczynku.
4. Różniczkowanie: wskazać różnicę pomiędzy miastem a wsią, rybą a ptakiem, drabiną a schodami, kłamstwem a omyłką.

III. Pamięć. Dziedzina ta, jak wiadomo, obejmuje dwie zdolności całkiem odrębne, których rozwój u dziecka nie jest proporcjonalny i które muszą być badane oddzielnie: a mianowicie t. zw. *pamięć retencyjną*, obejmująca inwentarz dawnych wyobrażeń i doświadczeń oraz t. zw. *zdolność zapamiętywania*, dotyczącą wyłącznie nowych wrażeń pamięciowych. Badania nad zapamiętywaniem trwałem dokonywamy, albo przekonywując się o zasobie wyobrazeniowym dziecka (jak wygląda koń? co kosztuje bułka? jakie barwy ma chorągiew narodowa?) albo u dzieci starszych o słabym stopniu upośledzenia umysłowego za pomocą dobrze już ugruntowanej w psychologii eksperymentalnej metody *Ebbinghaus*a, polecając dziecku wyuczyć się całego szeregu sylab bez znaczenia, które stanowią materiał jednorodny i nie obudzają żadnych utworzonych już asocjacji (sylaby utworzone z samogłoski i 2 spółgłosek po bokach np., (tul, bak i t. p.). Miara pamięci ogólnej będzie tu

szybkość, z jaką wyuczony zostaje szereg takich sylab oraz liczba powtórzeń, która niezbędna jest dla wyuczenia się bez zmyłki tego szeregu; miarą zaś trwałości pamięci jest różnica w liczbie powtórzeń, która niezbędna jest dla wyuczenia się tego samego szeregu po pewnym czasie. Badanie zdolności zapamiętywania bezpośredniego wykonywamy w sposób najprostszy zapomocą kilku cyfr, które dziecko ma zapamiętać i odtworzyć bezpośrednio.

IV. Zdolność kombinacyjna. Zdolność tę, która polega na wytwarzaniu się w umyśle dziecka nowych kompleksów wyobrażeńowych, badamy, polecając dziecku wykonać łatwe obliczenia arytmetyczne, wytłomaczyć treść obrazka, ułożyć lami-główkę. Dziedzinę tę możemy badać również, polecając dziecku odtworzyć treść krótkiego, uprzednio przeczytanego opowiadania, bajki lub anegdotki lub wyjaśnić zastosowanie znanego mu przysłowia. Szczególnie przydatna w tym kierunku jest metoda *Masselona*, polegająca na wytwarzaniu zdania z kilku podanych wyrazów lub dopełnianie wyrazów opuszczonych w tekście tak, ażeby zachowany został sens zdania lub też t. zw. *dopełniająca metoda Ebbinghausa* (wypełnianie umyślnie opuszczonych w wyrazach liter lub sylab). Najbardziej cenną wszakże metodą zdolności kombinacyjnej jest próba wprowadzona do psychopatologii przez *Heilbronnera*: polega ona na demonstrowaniu dziecku całego szeregu rysunków prostych przedmiotów w stopniowo wzrastającej dokładności wykonania, poczynsży od elementarnych zarysów tych przedmiotów (łódka, lampa, doniczka, dom i t. p.): chodzi tu o stwierdzenie, w jakiej fazie niedokładności wykonania przedmiot zostaje przez dziecko rozpoznany właściwie.

V. Uwaga. Najbardziej praktyczny sposób badania uwagi znajdujemy w próbie podanej przez *Rossolimo*: na tekturowym kartonie znajduje się szereg otworów, tworzących linię spiralną, z których jedno opatrzone są krzyżykiem, inne kółkiem, inne wreszcie nie reprezentują nic prócz otworu, przyczem dziecku poleca się wkłuwać igłę w otwory, zaopatrzone wyłącznie krzyżykiem lub też wyłącznie kółkiem i t. d. Bardzo przydatną w tym celu okazuje się również u dzieci starszych metoda *Bourdona*, polegająca na podkreślaniu lub wykreślaniu z wydrukowanego lub napisanego tekstu określonych liter.

VI. Kojarzenie pojęć. Posługujemy się tu t. zw. metodą *reprodukcyjną*, polegającą w swej najprostszej postaci na tem, że wymawiamy dziecku jakiś wyraz lub też pokazujemy mu napisany lub wydrukowany wyraz i polecamy dziecku zareagować na ten wyraz jak można najprędzej pierwszym lepszym wyrazem, który mu wpadnie na myśl, mierząc przytem okres czasu, który upłynie od chwili zadziałania bodźca do otrzymania reakcji na ten bodziec, czyli t. zw. *czas reakcji* za pomocą

chronometru (t. zn. zegaru, który przez naciśnięcie sprężyny w każdej chwili daje się zatrzymać). Odróżniamy przytem dwie kategorie kojarzenia: *nieograniczone* i *ograniczone*. Przy kojarzeniu *nieograniczonym* dziecko reaguje pierwszym lepszym wyrazem, który skojarzy się z t. zw. *wyrazem sygnałowym*; przy kojarzeniu *ograniczonym*—otrzymuje dziecko pewne wskazówki, jakimi mianowicie wyrazami ma reagować, np. dawać odpowiedź z tej samej dziedziny zmysłowej, lub też na pojęcie ogólne reagować bardziej specjalnem i t. p. Sprawdzianem pracy umysłowej, jaką wykonywa dziecko podczas eksperymentu kojarzeniowego, jest ściśle mierzenie czasu reakcji w sekundach (w warunkach laboratoryjnych przez zastosowanie t. zw. *chronoskopu* — w setnych lub tysięcznych częściach sekundy, czyli t. zw. „sigmach”); im krótszy jest czas reakcji, tem łatwiejsze i pewniejsze jest kojarzenie. Wyraźne wydłużenie czasu reakcji wskazuje na utrudnioną pracę umysłową. Prócz szybkości w przebiegu kojarzeń eksperyment asocjacyjny ma na celu stwierdzenie rozmaitych postaci kojarzenia u dzieci anormalnych, co najważniejsza zaś, wykrycie samego charakteru kojarzeń, któremi dziecko operuje. Przekonamy się wkrótce, że eksperyment kojarzeniowy stanowi jeden z najcenniejszych sposobów rozpoznawczych rozmaitych postaci upośledzenia umysłowego w wieku dziecięcym,

VII. Dziedzina psychoruchowa. Badanie dziedziny tej stanowi uzupełnienie psychopatologicznego profilu dziecka za pomocą stwierdzenia jego niedostatecznej lub nadmiernej ruchliwości oraz cięższych objawów psychotycznych w rodzaju zmanierowania, stereotypji mowy i ruchów, objawów katatonicznych i negatywizmu.

Ponieważ przedmiotem badania jest dziecko umysłowo upośledzone, a więc *chore* pod względem *psychicznym*, przeto cały kompleks wyszczególnionych metod nie jest niczem innym, jak pewnego rodzaju *szematem* badania *psychiatrycznego*, od którego lekarz-psychopatolog czynić różnorodne odchylenia, dopełniając go w miarę potrzeby całym szeregiem rozporządzalnych metod badania. Wobec tego wszakże, że rozpoznanie i selekcja dzieci upośledzonych umysłowo dokonywana musi być często bez pomocy lekarza-specjalisty — ułożony został przez *Ziehena* z obfitem uwzględnieniem wymienionych metod obszerny kwestjonarjusz dla użytku nauczycieli i wychowawców. Kwestjonarjusz ten, który został zmodyfikowany przeze mnie wspólnie d-r'em Jaroszyńskim i umieszczony w książce jego p. t. „Metody badań psychologicznych w szkole”, zawiera 45 prób, które mogą być dokonane bez pomocy przyrządów. Na tej samej zasadzie wyprowadzenia badań inteligencji z atmosfery *klinicznej i laboratoryjnej* i sprowadzenia ich na grunt czysto *praktyczny* opiera się nowoczesna nauka o t. zw.

testach t. zn. skróconych i wypróbowanych *próbach*, które pozwalają zorientować się szybko w rozwoju umysłowym dziecka. *J. Joteyko* określiła testy „jako próby, które w krótkim przeciągu czasu mierzą czynności psychiczne wyższego rzędu”— w odróżnieniu od eksperymentu laboratoryjnego, odznaczającego się dużym stopniem precyzji, ale wymagającego dłuższego czasu, delikatnych przyrządów i znajomości nieraz bardzo skomplikowanej techniki. Ta właśnie możliwość bezpośredniego zastosowania testu do badań zjawisk psychicznych wyższego rzędu względnie szybko bez użycia przyrządów stała się w ostatnich czasach powodem wielkiego rozpowszechnienia testów przy badaniu dziecka normalnego a zwłaszcza umysłowo upośledzonego. Z punktu widzenia *wartościowania* testów *W. Stern* dzieli je na *alternatywne*, dające ocenę w formie grubszej (+ albo -) i orzekające czy test jest rozwiązany czy nierozwiązany (np. skala inteligencji *Bineta—Termana*)—i na *stopniowane*, bardziej subtelne, przy których każdy stopień czynności umysłowej otrzymuje pewną liczbę oceniającą, dającą możliwość uszeregowania osobników i nadania każdemu z nich odpowiedniej rangi (np. metoda *percentylów Galtona* w opracowaniu *Claparèda*). Natomiast *Neumann* dzieli testy psychologiczne badające uzdolnienia na trzy główne kategorie: 1) Próby przeznaczone do mierzenia poszczególnych czynności psychicznych, jak uwaga, pamięć, wyobraźnia. 2) Próby mierzące czynności umysłowe bardziej złożone, odnoszące się bądź do życia szkolnego (czytanie, rachunek i t. d.), bądź do życia praktycznego (np. wydawanie reszty w testach *Bineta*, test piłki i pola *Termana* i *Chiedsa*) lub też stanowiące testy specjalne, np. wykreślanie liter w teście *Bourdona*, liczenie w trzech kolumnach i t. p. 3) Podanie zasobu wiadomości szkolnych i innych, odgrywające specjalną rolę przy badaniu dzieci umysłowo upośledzonych. *Claparède* wreszcie przyjmuje dwie kategorie testów badających uzdolnienie dziecka: *testy wiadomości* i *testy uzdolnień naturalnych*. Testami *wiadomości* nazywa takie próby, które badają dane nabyte pod wpływem wykształcenia i środowiska, przyczem dadzą się one podzielić na testy *wiadomości szkolnych* i testy *informacyjne* (wiadomości nabyte spontanicznie przez kontakt ze środowiskiem). Testy uzdolnień *naturalnych* dzieli badacz ten w sposób następujący: 1) Testy uzdolnień, mające na celu określenie *poszczególnych czynności umysłowych* (wrażliwość, pamięć, uwaga, sugestyjność, zręczność ruchowa, reakcja nerwowa i t. p. 2) Testy określające *zachowanie się osobnika w funkcji czasu* (łatwość w nabywaniu wprawy, łatwość męcznienia się, stałość. 3) Testy *oryginalności*. 4) Testy *inteligencji integralnej* t. j. takie, które zwrócone są do inteligencji całkowitej, nie zaś do czynności poszczególnych. Wychodząc z odmiennego stanowiska dzieli *Claparède* jeszcze testy na *jako-*

ściowe i ilościowe. Pierwsze nie dostarczają wyników, dających wyrazić się w liczbach (np. stwierdzenie typów wyobrażeńowych). W testach ilościowych liczba, która mierzy czynność umysłową, wyraża bądź wielkość fizyczną, bądź czas trwania, odbytą pracę albo też pewien odsetek odpowiedzi dobrych lub złych.

Nie mam tu możności zastanawiania się nad wszystkimi wprowadzonymi do nauki testami badania inteligencji ani tembardziej klasyfikowania ich według wymienionych wyżej zasad. Przypomnę tylko te, które zdobyły największą popularność w zastosowaniu do badań nad dzieckiem umysłowo upośledzonym. Tak więc oprócz wymienionego już poprzednio pudełka *Weygandta* i doskonałego albumu *Rossolimo* wymienić należy testy *Norsworthy'ego* uzupełnione przez *Goddarda*, posługujące się metodami części psychologicznymi, części zaś antropometrycznymi, następnie kolekcję włoskiego badacza *Pizzoliego*, składającą się z 6 pudełek, przeznaczonych głównie do badania wrażeń zewnętrznych, następnie szeregu tablic do badania wyższych procesów intelektualnych i kilku przyrządów do badania różnorodnych dziedzin psychiki, dalej metodę *Sancte de Sanctisa*, zawierającą 6 prób o wzrastającej trudności (dziecko rozwiązujące wszystkie 6 prób uważane jest za normalne, 5 prób — łagodnie upośledzone, 3 próby — średnio upośledzone, zaś zaledwie 2 próby pierwsze — głęboko upośledzone), metodę *Dawida*, polegającą albo na tem, że pokazujemy dziecku dwa obrazki, z których jeden przedstawia moment początkowy jakiegoś zdarzenia, drugi zaś — moment końcowy albo też na tem, że zdarzenie przedstawione jest w szeregu kilku albo nawet kilkunastu rysunków, które mieszamy i rozrzucaamy na stole, polecając dziecku ułożyć je w porządku właściwym — i wreszcie metodę testów *Bineta* i *Simona* — zwłaszcza w modyfikacji Stanfordzkiego Uniwersytetu (układ *Termana*). Skala metryczna *Bineta* — *Simona* opracowana przezemnie wspólnie z kilku kolegami i zastosowana do zasobu pojęciowego dzieci polskich wydana została w 1919 r. przez Sekcję Hygjeny Szkolnej Magistratu Warszawskiego, zaś modyfikacja *Termana* w pełnym układzie umieszczona została w książce prof. *J. Joteyko* p. t. „Metoda testów umysłowych i jej wartość naukowa”. Mogę tu na zasadzie własnego doświadczenia potwierdzić opinię większości psychopatologów i pedologów, uznającą skalę metryczną *Binet-Simona* w modyfikacji Uniwersytetu Stanfordzkiego za najbardziej cenny i praktyczny sposób diagnozy stopnia upośledzenia umysłowego. Miałem sposobność już przedtem wyjaśnić szczegółowo, w jaki sposób, kierując się pojęciem *ilorazu inteligencji*, dokonywamy selekcji różnych stopni upośledzenia umysłowego na terenie znacznej bardzo rozpiętości skali metrycznej inteligencji. W Państwowym Instytucie Pe-

dagogiki Specjalnej tą właśnie drogą dokonywana bywa selekcja typów anormalnych przy równoczesnych badaniach kontrolujących za pomocą metody *Dawida i Rossolimo*.

Nie należy jednak zapominać, że testy *Bineta — Termana*, stwierdzając tylko *iloraz inteligencji*, nie mierzą całkowitej inteligencji dziecka i nie są bynajmniej wystarczające, jeżeli chodzi o zorientowanie się w całokształcie psychiki dziecka umysłowo upośledzonego. Mogłem przekonać się wielokrotnie, że na terenie szkoły specjalnej z dwojga dzieci o jednakowym ilorazie inteligencji — jedno robi postępy dobre a drugie złe. Zdarza się nawet niekiedy, że dziecko o *niższym* ilorazie inteligencji bywa *lepszym* materiałem szkolnym aniżeli dziecko o wyższym ilorazie. Jasne jest, że wchodzić tu mogą w grę różnorodne czynniki odmienne, nie dające ująć się w liczbę, jak np. zaburzenia sfery psychoruchowej, wahania afektywne, zjawiska negatywizmu a przede wszystkim *zahamowanie intrapsychiczne*. To też analiza przejawów niedołęstwa umysłowego musi być uzupełniona *charakterystyką opisową* najważniejszych typów, któraby poza pomiarami inteligencji opierała się przede wszystkim na obserwacji *klinicznej*, na introspekcji i wczuciu się w psychikę oligofrenika oraz na stworzeniu tego rodzaju warunków badania, które *Łazurski* określa nazwą *eksperymentu naturalnego*.

Rozpaczynam ową charakterystykę opisową od najgłębszej postaci upośledzenia umysłowego, oddalającej się najbardziej od przeciętnego typu inteligencji dziecka — a mianowicie od *idjotyzmu*. Najbardziej ciężkie postaci tej anomalji skojarzone są często z defektami czynności *narządów zmysłów*, np. z głębokiem upośledzeniem słuchu, które prowadzi może do zupełnego zaniku mowy (t. zw. idjoci głuchoniemi). U niektórych dzieci idjotycznych stwierdza się tak znaczne upośledzenie wrażliwości bólowej, że znoszą one zupełnie obojętnie nawet ciężkie obrażenia ciałesne. W innych przypadkach znowu napotykamy znaczne zmiany *smaku i węchu* oraz zboczenia tych wrażeń zmysłowych (żarłoczność wielu dzieci idjotycznych, polykanie brudu, odpadków a nawet własnych ekskrementów, upodobanie do smarowania warg i twarzy moczem i kałem). Szczególnie ciężkie są te postaci idjotyzmu, którym towarzyszą zaburzenia *wzrokowe*, bądź jako wrodzony zanik nerwów wzrokowych, bądź rozwijający się dopiero w pierwszych latach życia dziecka. Takie zmiany właśnie spotykamy w t. zw. *idjotyzmie rodzinnym z zaniewidzeniem* (choroba *Tay-Sachsa*); dzieci do 2-go lub 3-go roku życia rozwijają się normalnie, następnie występuje upadek wzroku, stopniowa regresja władz umysłowych, ślepotą, niedołęstwo fizyczne, które kończy się nieuchronnie śmiercią przy postępującem charłactwie. Ta właśnie postać idjotyzmu, która nawiedza czasem kilkoro dzieci z jednej ro-

dziny spostrzegana była dotychczas niemal wyłącznie wśród rasy żydowskiej. Ale nawet w tych przypadkach, w których ośrodki wyższych zmysłów oraz odpowiadające im nerwy funkcjonują bez zarzutu, dostarczane przez nie treści wyobrazeniowe nie osiągają nigdy dostatecznej jasności i wyrazistości, pozostają w świadomości izolowane i nie splatają się w te różnorodne związki psychiczne, które stanowią podstawę wszelkiej czynności rozumowania. Już *Sollier* zwrócił uwagę, że polega to na *niemożności nastawienia uwagi czynnej* na zjawiska świata zewnętrznego, zaś *Heller* wysnuł z tego motywu swą *apercepcyjną* teorię patogenezy idjotyizmu i głuptactwa. W wielu wypadkach najsilniejsze bodaj podniety umysłowe nie mogą obudzić i powołać do życia nawet *biernej* uwagi dziecka dotkniętego głębokim idjotyizmem. Stąd też nie mogą przyjść do skutku choćby najbardziej elementarne doświadczenia, odnawiający się ciągle proces wyobrazeniowy nie pozostawia po sobie wyraźnych engramów pamięciowych, a dziecko, którego aparaty zmysłowe funkcjonują zupełnie normalnie, jest pod względem *psychologicznym* równoznaczne z dzieckiem, któremu defekt ośrodkowych lub obwodowych aparatów zmysłowych całkowicie uniemożliwia postrzeganie wrażeń zewnętrznych. U głęboko niedolężnych idjotów nie rozwijają się nigdy nawet załączki czynności apercypcyjnych, czego dowodem jest, że nie fiksują wzrokiem przedmiotów nawet wtedy, kiedy pozostają one z całą wyrazistością w ich polu widzenia. Otóż na *prawie korelacji pomiędzy czynnością apercypcyjną a zdolnością fiksacyjną*, które wprowadzone zostało do nauki przez *Wundta*, opiera *Heller* praktyczną możliwość przekonania się, czy dziecko dotknięte idjotyizmem *nadaje się do wychowania i nauczania, czy też nie*. Jeżeli dziecko nie potrafi skierować swych linii wzrokowych na przedmiot wstępujący z maksymalną wyrazistością w jego pole widzenia, to nie jest ono zdolne do obudzenia w niem zdolności *uwagi biernej*, która stanowi podwalinę wszelkiego rozwoju umysłowego. Dzieci takie wykraczają całkowicie poza dziedzinę pedagogiki leczniczej, gdyż wszelkie wysiłki wychowania i kształcenia ich pozostają bezowocne. Natomiast młodociani idjoci, których uwagę udaje się obudzić w sposób bierny i u których intensywne podniety wzrokowe powodują wyraźne reakcje ruchowe, nadają się do wychowania i kształcenia z tego względu, że przy zastosowaniu odpowiedniego metod — *ich uwaga bierna może być przekształcona w czynną* i w ten sposób obudzona choćby w postaci ograniczonej pewnego rodzaju *spontaniczność* ich zachowania psychicznego. U ciężkich idjotów *mowa* pozostaje również na poziomie niedokształconym, ograniczając się niekiedy do poszczególnych wyrazów lub nawet szczątków tych wyrazów — i wtedy ich środkiem porozumiewania się z otoczeniem stają się żywe i nie-

skoordynowane ruchy gestykulacyjne, którym towarzyszą nieartykułowane krzyki i dźwięki. Rozwój pamięci bywa tak ograniczony, że wielu dzieciom takim zbywa zupełnie na najprostszych wyobrażeniach indywidualnych: rozpoznają z trudnością rodziców i najbliższe otoczenie, nie mogą wyuczyć się manipulacji przedmiotami użytku codziennego, nie potrafią same ubrać się i jeść porządnie, nie pojmują znaczenia zabawek, kładąc je do ust lub niszcząc bezmyślnie. Ich życie afektywne pozbawione jest nie tylko elementarnych uczuć radości, smutku lub lęku, ale nawet tak prostych reakcji na stany uczuciowe, jakimi są uśmiech lub płacz. U głębokich idjotów tylko ujemnie zabarwione poczucia cenestetyczne, jak np. głód lub parcie na stolec przejawiają się w postaci dzikich okrzyków, kopania, gryzienia lub drapania. W zależności od tego, czy mamy do czynienia z t. zw. *anergetycznym* czyli *biernym* czy też *eretycznym* wzgl. *wersatylnym* czyli *czynnym* typem idjotyizmu—dzieci albo pozostają w stanie tępej apatii albo też nieustannego podniecenia, wybuchów złości i wyładowań ruchowych (bieganie, uderzanie w dłonie, przesuwanie mebli, walcowanie się po podłodze, masturbacja trwająca całymi godzinami i dniami i t. p.), na które tylko muzyka wywiera niekiedy wpływ uspakajający. U niektórych głębokich idjotów, którzy nie osiągają nigdy sprawności stania i chodzenia, niepokój ruchowy przejawia się zazwyczaj w postaci automatycznych wahadłowych i kołyszących ruchów głowy i tułowia. Jako zjawisko paradoksalne wymienić wreszcie należy szczególne poczucie *muzykalne* niektórych dzieci idjotycznych lub też specjalnie rozwiniętą *pamięć liczbową*. *Najwyżej* stojący *idjoci* reprezentują typ, zdolny zdobyć takie wiadomości elementarne oraz ogólne doświadczenia życiowe, które umożliwiają w skromnym bardzo zakresie jaką taką wydolność życiową. Mogą oni, jakkolwiek ze znaczną trudnością, pod odpowiednim kierunkiem nauczyć się czytania i pisania, prostych liczb, piosenek i modlitw, których sens najczęściej bywa dla nich zupełnie niezrozumiały, nazywania i posługiwania się przedmiotami niezbędnymi w życiu codziennym, a nawet niektórych rzemiosł wykonywanych automatycznie, nie zdobywają się jednak nigdy na pojęcia abstrakcyjne i na jakikolwiek sąd samodzielny, pozostając przez całe życie poza granicami ustanowionego ładu społecznego.

Daleko mniej od normy psychicznej odcinają te typy dziecięce upośledzenia umysłowego, które określamy nazwą *głuptaków*. Z punktu widzenia teorii apercypcyjnej są to takie typy dziecięce, które zdolne są skierować uwagę swoją na różne przedmioty świata zewnętrznego, lecz których funkcje apercypcyjne rozporządzają zazwyczaj nikłym natężeniem i trwałością, umożliwiając przyjscie do skutku tylko drobnej grupie wyobrażeń—znacznie mniej jasnych i wyrazistych aniżeli odpo-

wiednie wyobrażenia dzieci normalnych. Biegunowem przeciwieństwem owej *aprozeksji* czyli *konstytucjonalnej niedomogi* uwagi czynnej jest spostrzegana niekiedy u głuptaków t. zw. *hyperprozeksja* czyli nadmierna ruchliwość uwagi, niemożność koncentracji i skupienia jej na jednym punkcie oraz jej niesłychana odwracalność przez rozmaite podniety zewnętrzne. Stąd pochodzi nieumiejętność uchwycenia charakterystycznych części składowych większych całości oraz nieumiejętność odróżniania szczegółów zasadniczych od drugorzędnych. I tutaj, jak poprzednio, odróżniamy typy głuptaków *apatycznych* i *ereptycznych*, z których pierwsi zwracają uwagę biernością swego usposobienia, drudzy natomiast nieustannym niepokojem psychoruchowym i impulsywnością swego usposobienia. Zróżniczkowanie to ma doniosłe znaczenie nie tylko pod względem wychowawczym, ale również i społecznym, gdyż pierwszy typ reprezentuje grupę dzieci najczęściej *poszkodowanych*, drugi natomiast — *zagrożających* otoczeniu. Wśród głuptaków *apatycznych* spotykamy najczęściej dzieci lękliwe i nieporadne, posłuszne, skromne, pilne, ale nie robiące żadnych postępów. Wiele z nich garnie się do towarzystwa swych normalnie rozwiniętych rówieśników, ale staje się przedmiotem drwin i prześladowań, a niekiedy nawet i wyzysku. Są to częstokroć drobne ofiary okrutnych instynktów małego społeczeństwa dziecięcego, które albo nie zdają sobie zupełnie sprawy ze swojej niezasłużonej martyrologji albo też cierpią szczerze z powodu swych niepowodzeń życiowych i szkolnych. Natomiast głuptacy *ereptyczni* reprezentują i w domu i w szkole element niespokojny, popędowy, sangwiniczny, hałaśliwy, bezmyślnie gadatliwy, nieumotywowanie podniecony, niesłuchanie pewny siebie i zupełnie nieokiełznany. W jednej z warszawskich szkół specjalnych siedmioletni głuptak średniego stopnia uważa się za powołanego do sprawowania nadzoru nad zachowaniem się wszystkich kolegów i koleżanek: nieustannie wybiega z klasy, wpada jak bomba, do pokoju kierowniczkki, raportuje z niezmiernie żywą gestykulacją o wrzekomych przestępstwach tego lub owego malca, proponuje apodyktycznie różnorodne wyrafinowane represje i kary i, nie czekając odpowiedzi, pędzi z powrotem do klasy, wprowadzając dotkliwie w czyn swoje propozycje. Z tej samej również grupy rekrutuje się niezmiernie interesująca kategoria dzieci, którą opisałem niedawno jako *typ rezolutny głuptactwa*. Są to dzieci o bardzo niskim ilorazie inteligencji (40—50), z którymi nawet szkoła specjalna zaledwie z trudnością daje sobie radę, a które uderzają poprostu tupetem, z jakim praktycznie dają sobie radę w życiu i rezolutnością w prowadzeniu rozmowy, w której z niesłychanym sprytem potrafią zamaskować głębokie defekty swej inteligencji. 9-letnia dziewczynka, która w ciągu 3-letniego pobytu w szkole

specjalnej ani rusz nie mogła wyuczyć się sztuki czytania, zdekamowała mi kiedyś swój własny długi bardzo i zabawnie rymowany wierszyk o „kuchareczce” z emfazą, mimiką i gestykulacją zgrywającej się aktorki prowincjonalnej. Inna znów pacjentka moja, dziewczynka 14-letnia, która przezimowała kilka lat w pierwszym oddziale szkoły specjalnej, zastanawiała gładkością wysłowienia i dowcipem przy powierzchownym zetknięciu, zapewniając sąsiadów i znajomych, że chodzi do 5-ej klasy gimnazjum państwowego. W późniejszej karierze życiowej apatyczne typy głuptaków stają się ofiarami wyzysku i złej woli, niewolnikami alkoholu i balastem dyscypliny wojskowej, dziewczęta zaś szczególnie często wpadają w ramiona sytuacji. Typy eretyczne natomiast wpadają często w konflikt z literą prawa, popełniając w bezmyślny sposób różnorodne przestępstwa — najczęściej natury seksualnej i zakłócając spokój powszechny.

Najłagodniejsza postać wrodzonego upośledzenia umysłowego, która znajduje się na pograniczu pomiędzy głuptactwem a normalnym rozwojem inteligencji, określana bywa nazwą *debilizmu*. Najogólniejszą cechą dzieci tych jest trudność wytworzenia się pojęć, abstrahowania treści od wyobrażeń i myślenia kategoriami pojęciowymi. To też ich czynność umysłowa ogranicza się do reprodukcji wyobrażeń, nie kusząc się o przeróbkę pojęciową treści wyobrażeniowych i wytworzenie powiązań logicznych, których ostatecznym wyrazem są sądy i wnioski. Dla tego też *Ziehen* kładzie specjalny nacisk na badanie inteligencji debilików za pomocą dawania im do rozwiązania prostych zadań arytmetycznych które zazwyczaj u dzieci takich zawadzą. Psychika debilika posługuje się najbardziej prostą i zmechanizowaną postacią myślenia, unikając połączeń apercepcyjnych i opierając się szeroko na uprzednio wytworzonych zespołach, które *Heller* określa jako „*surrogaty kojarzeniowe*”. W wielu wypadkach jednak już sam zasób wyobrazeniowy debilika wykazywać może charakterystyczne braki, które są tem znaczniejsze, im bardziej oddalamy się od prostych wyobrażeń indywidualnych, zbliżając się stopniowo do pojęć abstrakcyjnych, *Ranschburg*, który poświęcił temu zagadnieniu obszerną pracę w Encyklopedji *Dannemanna* („*Encyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik*”), podkreśla z naciskiem konieczność odróżniania przy badaniu młodocianych debilików rozwoju i istnienia *wyobrażeń słownych* od przynależnych im *treści pojęciowych*. U wielu dzieci takich dominuje pusty wyraz bez odpowiadającej mu treści, wobec niemożności podniesienia wyobrażenia słownego do wysokości pojęcia o treści konkretnej. W fakcie tym tkwi kardynalna różnica pomiędzy umysłowością debilika a sposobem myślenia dziecka normalnego. Na zasadzie licznych bardzo badań eksperymental-

nych (*Ziehen, Trautschold, Aschaffenburg, Meumann, Wehrlin* i inni) ustalony został fakt, że dziecko normalne posługuje się w daleko większym stopniu wyobrażeniami *indywidualnymi*, aniżeli osobnik dorosły, który już przy wymawianiu wyrazu sygnałowego pojmuje go jako wyobrażenie ogólno-abstrakcyjne, podczas gdy dziecko tłumaczy sobie wyraz sygnałowy jako konkretne wyobrażenie indywidualne. Natomiast w najłagodniejszych nawet postaciach debilizmu spotykamy się z właściwością zupełnie swoistą, którą *Strohmayer* określa nazwą *werbalistycznego kierunku myślenia*, która uniemożliwia dziecku odróżnienie przeciwstawnych stosunków pomiędzy przedmiotami, rozpoznanie celu i właściwości, zrozumienie przyczyny i skutku, która wreszcie staje się powodem faktu, że pozbawione treści wyobrażenie słowne nie znajduje żadnego oddźwięku w osobowości dziecka. Zjawisko to staje się podłożem niesamodzielności i niepraktyczności dziecka, uniemożliwiając mu na przyszłość egzystencję życiową bez opieki i pomocy ludzi bliskich. Co się tyczy *pamięci*, to z tych samych badań eksperymentalnych wynika, że nawet w łagodnych postaciach debilizmu pozostaje ona znacznie w tyle po za pamięcią dziecka normalnego. Dotyczy to zwłaszcza pamięci wrażeń świeżych, ponieważ niskie wartości otrzymane drogą doświadczenia niemal z absolutną pewnością wyłączają dobry rozwój inteligencji, zaś pomiędzy większymi wartościami zdarzają się rzadko dzieci umysłowo upośledzone. Dla łagodnych postaci debilizmu również charakterystyczna jest skłonność do zwolnionego tempa przypominania sobie po upływie dłuższego interwału czasowego pominięcia pierwszym badaniem bezpośrednim a badaniem powtórnym (badania *Ranschburga* i moje własne). *Ranschburg* odróżnia przytem t. zw. *pamięć mechaniczną* czyli *formalną* oraz t. zw. *pamięć logiczną*, których rozwój u debilików jest wybitnie niewspółmierny. Dzieci takie mogą wyuczyć się wierszyków, powiastek, piosenek, tabliczki mnożenia, niektórych dat historycznych i wiadomości geograficznych i reprodukować je bezbłędnie na każde żądanie, nie potrafią jednakże utrwalić w pamięci logicznego związku przedmiotów i zdarzeń, nie posiadają zdolności samoistnego operowania dawnym materiałem pamięciowym i zestawiania go z świeżo napływającymi doświadczeniami. Dla debilików również charakterystyczny jest brak owej fundamentalnej cechy psychologicznej, która nosi nazwę *wierności pamięci*: anomalja ta, wypływająca z zasadniczego defektu uwagi dziecka umysłowo upośledzonego, powoduje luki poszczególnych ogniw wspomnieniowych, zniekształcenie innych, wypieranie ich przez produkty fantastyczne i sprawia, że wypowiedzi i zeznania młodocianych debilików powinny być traktowane i spożytkowywane tylko z największą ostrożnością. W jaskrawej sprzeczności z powyższymi defektami pamięci pozostaje

nadmierny rozwój niektórych kategorii pamięci, jaki daje się niekiedy spostrzegać u debilików: do tej kategorii między innymi należą typy dziecięce o niezwyklej pamięci muzycznej, o wybujałej pamięci do dat (t. zw. „chodzące kalendarze”) lub owi fenomenalni rachmistrze, którzy wykonywują z pamięci bardzo skomplikowane obliczenia, w szkole zaś zwykłej nie potrafią opracować przeciętnego materiału nauczania. W przeciwieństwie do głębokich defektów *uwagi*, które towarzyszą zawsze idjotyzmowi i głuptactwu, zaburzenia czynności tej u debilików, jakkolwiek również są objawem stałym, ale wyrażają się w pewnej postaci swoistej: uderza tu przedewszystkiem *niestałość i odwracalność uwagi*, która właściwa jest tak eretycznym jak biernym debilikom oraz jej szczególna *wybiornosc*, która ujawnia się najplastyczniej u tej grupy dzieci, która nie da się dokładnie zaszeregować ani do eretycznej ani do anergetycznej postaci debilizmu. Dzieci takie bywają często w zupełnie normalnem, obojętnem lub spokojnie wesołym usposobieniu, biorą chętnie udział w zabawie, oglądaniu książki, rysunkach lub modelowaniu, stają się wszakże natychmiast apatyczne lub niespokojne, skoro ich uwaga ma być skierowana na naukę czytania lub rysunków, dla których w psychice dziecka nie powstaje odpowiedni rezonans. Tego rodzaju elektywność w zachowaniu się uwagi może niekiedy być posunięta tak daleko, że u jednych debilików uwaga może być pobudzona np. tylko podczas czynności warsztatowych, u innych natomiast tylko przy nauce liczb i t. p. Szczególnie interesujące są u dzieci umysłowo upośledzonych niektóre towarzyszące ruchy *ekspresyjne*, które wyodrębnił *Sancte de Sanctis* pod nazwą *mimiki myślenia*. Otóż według obserwacji badacza tego u idjotów i głuptaków ciężkiego stopnia żadne bodźce zewnętrzne nie powodują marszczenia brwi, u głuptaków marszczy się czoło i brwi przeważnie przy bodźcach zewnętrznych, z trudnością zaś dowolnie i na zlecenie, natomiast *Monasterio* stwierdził, że u *debilików* muskulatura brwi i czoła bierze daleko wybitniejszy udział we wszystkich aktach uwagi czynnej, aniżeli ma to miejsce u dzieci normalnych. Z własnego doświadczenia potwierdzić mogą to interesujące zjawisko, któremu w ten sposób przypada znaczenie cennej i obiektywnej oznaki odróżniającej i odgraniczającej od siebie trzy zasadnicze postaci umysłowego niedołęstwa.

Niezmiernie cennem dopełnieniem wiadomości naszych o umysłowości dziecka dotkniętego debilizmem są dane zdobyte drogą *eksperymentu asocjacyjnego*, o którego technice była mowa już uprzednio. Pod względem praktycznym wypada tu rozróżniać przypadki cięższe, stojące na pograniczu głuptactwa oraz przypadki lżejsze, zbliżające się bardziej do normy przeciętnej. Na zasadzie badań *Wehrlina*, *Wreschnera*, *Nathana*,

Wimmera i innych a przede wszystkim na zasadzie własnego doświadczenia, opartego na zebraniu kilkudziesięciu tysięcy skojarzeń dzieci umysłowo upośledzonych zmodyfikowaną przezemnie metodą *Junga i Ricklina*, pragnąłbym podkreślić niektóre specjalnie charakterystyczne cechy kojarzenia debilików. Otóż, o ile chodzi o grupę dzieci pierwszego typu, to jedna z najbardziej rzucających się w oczy właściwości ich kojarzenia polega na tem, że rzadko tylko reagują one w postaci jednego wyrazu: zazwyczaj posługują się kilkoma wyrazami albo produkują całe zdania, pomimo uprzednich wskazówek i pouczeń za pomocą przykładów, że reakcja nastąpić powinna w postaci jednego tylko wyrazu. Niekiedy odgrywają tutaj niewątpliwą rolę reminiscencje szkolne (żądania pedagogów, ażeby dziecko odpowiadało „całym zdaniem”), w większości wypadków wszakże dziecko bierze wyraz sygnałowy za pytanie, a jego ubóstwo zasobu wyrazowego powoduje nadmierną drobiazgowość i obfitość wysłowienia. Następną cechą procesu kojarzeniowego w tej grupie jest znaczne nieraz wydłużenie czasu reakcji: podczas gdy u dziecka normalnego w wieku 7—12 lat przeciętne trwanie czasu reakcji wynosi 1,2—3,1 sekundy, u niektórych zaś dzieci nie dosięga nawet jednej sekundy, tutaj reakcje poniżej 4 sekund należą do rzadkości, niekiedy zaś przedłużają się powyżej 15 sekund (sam otrzymywałem asocjacje po 48 sekundach). Jeżeli mniej więcej po minucie nie otrzymujemy żadnej reakcji, wtedy eksperyment należy uważać za nieudany: jest to w ostatecznym rezultacie brak reakcji. Nieco pomyślniejszym wynikiem od zupełnego braku reakcji jest występowanie reakcji zupełnie pozbawionych sensu, niepewności i niezręczności wysłowienia się i wytwarzanie wadliwych lub fantastycznych wytworów mowy lub też poprost gra słów. Niewątpliwie jednak najbardziej zasadniczą i stałą cechą kojarzenia u tej grupy dzieci jest *tendencja do definicji*: dziecko stara się wyjaśnić sens wyrazu sygnałowego albo przynajmniej podać coś charakterystycznego dla tego wyrazu. Wskutek tego eksperyment asocjacyjny traci swój zwykły charakter, jaki daje się spostrzegać u dzieci normalnych, reakcja następuje nie bezpośrednio, wynurzając się automatycznie z podświadomości, ale jest konstrukcją niejako wyszukaną według pewnego określonego szematu, a miejsce pierwszego lepszego wyrazu, który powinien nawinąć się podczas doświadczenia, zajmuje świadome wywołanie łańcucha kojarzeniowego o określonym nastawieniu kierunkowym. Owa tendencja do definicji przejawiać się może w rozmaitych postaciach, których na zasadzie doświadczeń moich wyodrębniłem szereg następujący:

1. Reagowanie na wyraz sygnałowy jako na pytanie (np. głowa: głowa to mnie nigdy nie boli).

2. Uwidocznienie tautologiczne (noc: długa noc, jedwab: jedwabny).
3. Wyjaśnienie (skrzypce: na skrzypcach to się gra).
4. Reagowanie pojęciem nadrzędnym (okno: w domu, liść: z drzewa).
5. Określenie miejsca, celu i t. p. (Wielkanoc: to będzie prędko, książka: do czytania).
6. Podanie głównej cechy lub czynności (drzewo: rośnie w lesie, talerz: na tem się je).
7. Podanie przedmiotu czynności lub cechy (biały: biały dom, czekać: pies czeka).
8. Podanie przykładu (fartuch: kobieta nosi fartuch, całować: ludzie się całują).
9. Powtórzenie (szyć: szyć, ubranie: to jest ubranie).
10. Powtórzenie z zapytaniem (dom: w tym domu czy w innym?).
11. Powtórzenie z zapytaniem egocentrycznym (chodzić: czy ja mogę chodzić?).
12. Wyłącznie egocentryczna reakcja (bić: proszę mnie nie bić).
13. Reakcja egocentryczna z zaprzeczeniem (spać: kiedy ja nie mogę spać).
14. Odpowiedź w postaci sentencji (wachać: jak jest coś do wachania, to się wacha, pan: są panowie duże i małe).

Odmienne niżco przedstawiają się wyniki badań asocjacyjnych u młodocianych debilików o łagodnym natężeniu sprawy. *Wimmer* zwrócił uwagę na rzadkość występowania u dzieci skojarzeń *syntetycznych* (t. zw. *totalisierende Assoziationen*), które stanowią według *Ziehena* ulubioną postać reagowania u dzieci normalnych i na przewagę t. zw. *symbolicznego* typu reagowania t. zn., posługiwanie się połączeniami wyobrażeniami, które, pomijając konkretne obrazy wspomnieniowe, zachodzą prosto od wyrazu do wyrazu (skojarzenia wyrazowe, dźwiękowe, dopełnienia wyrazów i t. p.). Natomiast sam charakter reagowania zazwyczaj odpowiada tu całkowicie warunkom eksperymentu t. zn., że dziecko po odpowiednim wyjaśnieniu reaguje zawsze *jednym wyrazem*, który mu się skojarzy z wyrazem sygnałowym. Wydłużenie czasu reakcji jest tu naogół bardzo nieznaczne, często natomiast spostrzegałem interwale nie dochodzące jednej sekundy. I tutaj niekiedy spotykamy się z zupełnym brakiem reakcji albo z niepomiernym jej wydłużeniem (ponad minutę), ale zjawiska te są tylko wyrazem *zahamowania* albo zupełnie przejrzystego wpływu *kompleksów*. Szczególnie charakterystycznym atrybutem procesu kojarzeniowego w łagodnych postaciach debilizmu jest według doświadczenia mojego wybitna tendencja do *perseweracji* t. zn. do uporczywego

powtarzania się reakcji odnoszących się do *uprzednio* podanych wyrazów sygnałowych. Persewercje, które, jak to wykazałem w pracy eksperymentalnej, dokonanej przed wojną w pracowni psychologicznej *Kraepelina* przy klinice psychiatrycznej uniwersytetu Monachijskiego, są cechą sygnalizującą rozwijające się uczucie *znużenia*, występować tu mogą albo pod wpływem męczenia się dziecka przedłużającym się doświadczeniem (zazwyczaj zbiera się 50 skojarzeń) albo też zupełnie niezależnie od warunków znużenia. Zjawiska tej ostatniej kategorii, które zaliczam do *persewercji wrzekomej*, występują szczególnie często u młodocianych debilów wyższego rzędu w postaci reakcji, które możnaby określić jako *zdawkowe*; dziecko mało zainteresowane przebiegiem badania, z myślami rozproszonymi i uwagą słabo bardzo skoncentrowaną, wykręca się, że tak powiem, „na odczepnego“, jednym wyrazem, który od biedy może być uważany za istotną reakcję i który powtarza w sposób stereotypowy (np. wysoki: człowiek, chodzi: człowiek, nauka: człowiek, telefon: człowiek i t. d.).

Wszystkie wyłuszczone defekty procesu kojarzeniowego stanowią podstawę osłabienia *zdolności kombinacyjnych* oraz ubóstwa *fantazji produkcyjnej* młodocianych debilików. Występuje to szczególnie wyraźnie w ich wypracowaniach szkolnych, w których uderza ubóstwo wyobraźni, monotonia treści i tendencje persewercyjne wysłowienia, a przede wszystkim w każdej samodzielnej czynności tych dzieci, do której brak inicjatywy, pomysłów wynalazczych, a w zabawach—tego zmysłu do przejmowania się iluzjami, na który tak wielki nacisk kładzie *Gross* w swych badaniach. Szczególnie ważne jest upośledzenie procesu kojarzeniowego, o ile chodzi o te grupy wyobrażeńowe, które, zestawione z nowymi wyobrażeniami, składają się na wytworzenie sądów i wniosków. To też *konstytucjonalne niedołęstwo władzy sądenia i wnioskowania* stanowi najbardziej kardynalną cechę debilizmu. W przeciwieństwie do dziecka normalnego debilik z trudnością tylko przetwarza swoje postrzeżenia na doświadczenia, które nadają postępkom jego charakter celowości. Według obrazowego wyrażenia *Kraepelina* „brak mu owego rezonansu psychicznego, który u osobnika zdrowego stale towarzyszy melodji głównej przebiegu wyobrażeń za pomocą cichych i ciągle zmiennych odgłosów poprzednich wspomnień“. To też myśleniu jego brak owej charakterystycznej gry motywów, która u normalnego dziecka poprzedza zazwyczaj każdy postępek z chwilą, kiedy jeden motyw dominujący osiągnie przewagę nad pozostałymi. Niekiedy owo niedołęstwo władzy sądenia prowadzi do przesadnej oceny własnej osobowości, do chorobliwego egocentryzmu i ograniczonego uporu: umysłowość tkwi na martwym punkcie mozolnie nabytych przekonań i sądów i niedostępna jest zupełnie albo też w stopniu bardzo

ograniczonym jakiegokolwiek korektywie zewnętrznej. Wyraźnie również odbija się defekt sądzenia na dziedzinie *moralnej* i *etycznej* nieletnich debilików. Wyobrażenia etyczne istnieją u nich tylko w postaci pojęć słownych, natomiast brak im zdolności operowania nimi w postaci sądów i łączenia pojęć abstrakcyjnych—w rodzaju uczciwości, dobroci, obowiązku i t. p. z pojęciami własnej osobowości. Osłabieniu wyższych kategorii życia intelektualnego debilików towarzyszy niekiedy niedorozwój sfery *uczuciowej*, jakkolwiek pomiędzy stopniem natężenia obu defektów tych niema ścisłego parallelizmu. *Strohmayer* wykazał, że anomalje życia uczuciowego debilików polegają na niedokładnym wytwarzaniu się intelektualnych *przydźwięków uczuciowych*, a nawet w tym wypadku, kiedy wrażeniu towarzyszy pewien przydźwięk uczuciowy, zawodzi jednak przeniesienie jego na przynależny mu obraz wspomnieniowy. Na tem polega zubożenie życia uczuciowego nieletnich debilików, ich niepobudliwość na kary i nagrody, na krzywdy i dobrodziejstwa — a w ostatecznym wyniku ich niewdzięczność i nieoprawność. Po zatem życie afektywne dzieci dotkniętych debilizmem waha się w dość znacznych granicach w zależności od tego, czy mamy do czynienia z eretycznym czy z anergetycznym typem debilika, począwszy od nastroju obojętnego i apatycznego poprzez stany bezpodstawnego podniecenia i wesołości aż do niezwyklej pobudliwości i gwałtownych nieraz wybuchów gniewu. Ostatnią wreszcie anomalją, która w życiu psychicznym debilików a przedewszystkiem w ich uczynieniu praktycznym odgrywa rolę decydującą, jest konstytucjonalny niedorozwój dziedziny *woli*. Z anomalją tą, której najbardziej plastycznym przejawem jest bezkrytyczny popęd do naśladownictwa oraz niepomierne łatwe podporządkowywanie się obcym wpływom, związany jest cały szereg zjawisk społecznych, o których jeszcze będzie mowa. Tutaj zaznaczę tylko, że dzieci takie łatwo stają się narzędziem w rękach najgorszych elementów wśród swych współtowarzyszy, że bez trudności dają nakłonić się do kłamstwa, kradzieży, pijaństwa, włóczęgostwa i przedwczesnej rozpusty.

Szkic niniejszy nie byłby kompletny, gdybym nie poświęcił kilku słów przynajmniej *fizjonomji* dziecka upośledzonego, którą ktoś dowcipnie nazwał *kartą wizytową* umysłowości. Otóż, o ile tępy i bezduszny wyraz wielu idiotów i głuptaków sygnalizuje nieomylnie wrodzone niedołęstwo umysłowe, o tyle wyraz twarzy debilików nie zawsze jest pod tym względem miarodajny. Z pięknego zbioru fotografii, które znajdujemy w książce *G. Penazzy*, łatwo przekonać się, że anomalje wyrazu twarzy bynajmniej nie są proporcjonalne do stopnia upośledzenia umysłowego. W wielu wypadkach wyraz twarzy, odpowiadający ekspresji zdziwienia, strachu, obrzydzenia albo zgoła zupełnie

bezbarwny spostrzegany był u dzieci o ilorazie inteligencji zbliżonym bardzo do normy, i odwrotnie wyraz wesóły, pogodny a nawet rozgarnięty odpowiadał głębszym stopniom upośledzenia umysłowego. Spotykamy się więc tutaj z takim samym zjawiskiem *dyssymulacji morfologicznej*, jakie pod postacią *dysymulacji czynnościowej* opisałem w t. zw. *rezolutnym typie debilizmu*. Jako cechę charakterystyczną, jakkolwiek niestałą, u niektórych debilików i głuptaków lżejszego stopnia podkreśliłbym raczej *brak zróżniczkowania w modelacji konturów twarzy*: twarze te przypominają niekiedy zgruba ciosane kontury, jak widzimy na niektórych zabawkach dziecięcych wykonywanych niewprawną chłopską ręką. Z rozmysłu pomijam tu charakterystyczne cechy wyrazu twarzy dzieci dotkniętych matolecstwem, obrzękiem śluzakowatym, mongolizmem, achondroplazją, eunuchoidyzmem, gdyż stany te, związane wprawdzie z umysłowym upośledzeniem — ale, jako zależne od niedomogi wydzielniczej gruczołów dokrewnych — omówione będą specjalnie na innym miejscu.

O ile w pierwszym okresie rozwoju dziecka upośledzenie umysłowe jest zagadnieniem wyłącznie *wychowawczym*, o ile po przekroczeniu 7-go roku życia nabiera ono znaczenia zagadnienia *szkolnego*, o tyle po przebrnięciu przez dziecko okresu dojrzewania płciowego — staje się ono zagadnieniem *społecznym*. Niedołęstwo umysłowe bowiem i związane z niem defekty intelektualne, osłabienie woli, brak inicjatywy życiowej staje się powodem z jednej strony niemożności zarobkowania a więc *pasżytnictwa* społecznego w najszerszym znaczeniu tego słowa, z drugiej zaś strony całego szeregu *szkodliwości*, jakie od tej strony mogą zagrażać społeczeństwu. Mam tu na myśli przede wszystkim stosunek upośledzenia umysłowego do *przestępczości*, ponieważ umysłowo upośledzony przestępca jest tylko jednym z wariantów, niekiedy zresztą zupełnie przypadkowym, ogólnego typu oligofrenika. Przestępstwa, popełniane przez młodocianych oligofreników, nie mają nigdy charakteru *aktywnego*, jaki spostrzegamy wśród typów dotkniętych niedorozwojem moralnym (t. zw. *moral insanity*), ale są raczej wynikiem braku albo wadliwej i niedostatecznej czynności t. zw. impulsów hamujących, przyczem czyn występny jest niejako odruchowym następstwem popędu. Z tego właśnie punktu widzenia rozpatrywać należy różnorodne przestępstwa seksualne umysłowo upośledzonych oraz cały szereg czynów występnych o najzupełniej absurdalnych motywach przyczynowych (podpalanie stodół, duszenie niemowląt przez młodociane oligofreniczne piastunki i t. p.). Specjalna komisja, która zbadała stan przestępców internowanych w więzieniach Stanu Indiana w 1911 r., stwierdziła niemniej niż w 38% wszystkich przypadków upośledzenie umysłowe jako jedyną motywację przestępstwa. Mniej

więcej analogiczne wyniki otrzymałem w 1919 r., przebadawszy dwa schroniska dla *prostytututek*: i tutaj odsetek zbliża się do 40%, ustępując częstości tylko psychopatii ustrojowej. Przypominam również piękną pracę *Sichla* o stanie psychicznym prostytututek, która wykazuje jeszcze wyższy stosunek upośledzenia umysłowego wśród prostytututek i która w znacznej mierze opiera się na retrospektywnym badaniu aktów frankfurckich szków specjalnych. Badania takie dokonane zostały również na żebrakach, włóczęgach, wychowancach zakładów poprawczych i stwierdziły wszędzie bardzo wysoki odsetek niedorozwoju psychicznego. Dotyczy to również pensjonarzy zakładów opiekuńczo-wychowawczych, w których gdzieś trzeba było utworzyć nawet oddziały specjalne. Specjalnego znaczenia wszakże nabiera problemat upośledzenia umysłowego w zastosowaniu do *armji*. Wydane w 1908 r. w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej prawo o powszechnej powinności wojskowej usuwa od służby w wojsku nie tylko osobników słabych pod względem fizycznym, lecz również i umysłowo upośledzonych. Specjalne komisje, składające się z wykwalifikowanych psychiatrów, wyznaczone były w celu zbadania stanu psychicznego poborowych. W przeciągu 1918 r. komisje te zbadały 1,700,000 poborowych, z których 5,4% uznane było za niezdolnych z powodu wrodzonego upośledzenia umysłowego. Zauważyć przytem należy, że liczba powyższa nie ogarnęła umysłowo upośledzonych utrzymywanych przez odpowiednie instytucje. Komisja określała nie tylko zupełną niezdolność, ale wogóle stopień rozwoju zdolności umysłowych, oznaczając odpowiednie gradacje osób przyjętych do armji literami *A, B, C, D*. Otóż osób o doskonałym rozwoju zdolności umysłowych, oznaczonych literą *A* — było: 4,5%, o dobrym rozwoju, oznaczonych literą *B*: 9%, o rozwoju wyższym od średniego, oznaczonych literą *C*: 16,5%, o rozwoju średnim: 25%, o rozwoju poniżej średniego: 20%, o słabym rozwoju: 15% i o bardzo słabym rozwoju 10%. Ta ostatnia grupa odpowiadała rozwojowi umysłowemu dzieci do lat 10, wykazując tak słabą pojętność ćwiczebności i dyscypliny wojskowej, że okazała się niezdadną do wysłania na teren działań wojennych do Francji. Znaczenie społeczne upośledzenia umysłowego potęguje się jeszcze dzięki temu, że proces oligofreniczny wikła się bardzo często przejawami *psychopatii ustrojowej*, która to komplikacja stanowi szczególnie ciężkie utrudnienie na terenie szkoły specjalnej, zaś w okresie pokwitania płciowego okresowemi *stanami podniecenia* a niekiedy dezorientacji i inkoherencji (t. zw. splątanie psychiczne), co najważniejsza zaś, objawami dodatkowemi *schizofrenji*. Nawarstwienie objawów schizofrenicznych (negatywizm, autyzm, stereotypje ruchowe, echolalia i echopraksja i t. p.) na podstawowy proces oligofreniczny czyni rokowanie zgoła niepomyślnem a wszelkie zabiegi pedagogiki leczniczej zupełnie bezowocnemi.

Zagadnienie *opieki* nad umysłowo upośledzonymi rozpada się w większości krajów kulturalnych na dwie grupy zarządzeń i zabiegów: jedna z nich skierowana jest do umysłowo upośledzonych *niepełnoletnich* u których zgodnie z wynikami badań współczesnej psychopatologii można spodziewać się pomyślnych wyników przy zastosowaniu metod pedagogiki leczniczej, druga natomiast do umysłowo upośledzonych *dorosłych*, którzy nie nadają się do metod wychowawczo-leczniczych, lecz nad którymi należy rozciągnąć kontrolę i nad których losem należy roztoczyć opiekę. Otóż w niektórych państwach całkowicie, w innych natomiast częściowo, dążenia powyższe opierają się już na pewnych aktach ustawodawczych. Przoduje pod tym względem Angia, która dn. 16 maja 1912 r. uchwaliła jedyne, jak dotąd, na świecie *prawo o upośledzeniu umysłowym (Mental Deficiency Bill)*. Prawo to rozpada się na cztery części i obejmuje: 1) organizację opieki na umysłowo upośledzonymi, stosunek wzajemny władz powołanych do wykonywania i stosunek ich do istniejących już urzędów władzy państwowej i władz samorządowych, 2) sposoby postępowania z umysłowo upośledzonymi i kwalifikowanie upośledzenia umysłowego, 3) organizację zakładów dla umysłowo upośledzonych oraz 4) przepisy ogólne. Nadzór główny nad całym zagadnieniem opieki nad umysłowo upośledzonymi sprawuje Sekretarz Stanu wraz z Komisją do spraw opieki nad umysłowo upośledzonymi, w której ręku skupia się zarząd nad wszystkimi sprawami, dotyczącymi umysłowo upośledzonych. Do zadań Komisji, w skład której między innymi wchodzi dwaj prawnicy i dwaj lekarze psychopatolodzy i która ma zagwarantowaną prawnie całkowitą niezależność, należy: wykonywanie nadzoru, opieki i kontroli nad umysłowo upośledzonymi, koordynowanie czynności władz samorządowych w stosunku do umysłowo upośledzonych, nadzór nad nimi i wogóle wydawanie zarządzeń, w celu zapewnienia umysłowo upośledzonym należytej opieki, odwiedzanie ich w zakładach, domach, pod opieką rodziców i w internatach szkolnych — osobiście przez członków Komisji lub przez upoważnionych do tego przez nich inspektorów, tworzenie i utrzymywanie zakładów dla umysłowo upośledzonych przestępców, niebezpiecznych i gwałtownych oraz zarządzanie dotacją pieniężną, wydawaną przez parlament na potrzeby związane z wykonaniem niniejszego prawa. Szczególnie szczegółowo omówiony jest stosunek Komisji do władz oświatowych, którym przypada organizacja szkolnictwa specjalnego dla dzieci umysłowo niedorozwiniętych. Pod rygor niniejszego prawa podpadają osoby, które prócz niedorozwoju umysłowego wykazują cechy czyniące niezbędnem rozciągnięcie na nie przepisów tego prawa, a więc: włóczęgi, opuszczeni lub okrutnie traktowani, niedorozwinięci oskarżeni o przestępstwo i kwalifikujący się do więzie-

nia, zakładu karnego, do zamknięcia, do przytułków poprawczych lub do zakładów dla alkoholików, dzieci usunięte ze szkół wskutek niedorowaju psychicznego oraz osoby, które w interesie eugenicznym powinny być pozbawione możności płodzenia dzieci. Co się tyczy opieki *szkolnej* i nauczania dzieci niedorozwiniętych, to i tutaj pierwszą inicjatywę *prawodawczą* dała *Anglja*, w której rozwój szkolnictwa specjalnego oparł się odrazu na akcie ustawodawczym z 1899 r. (t. zw. *Permissiv act*), który pozostawił komunom swobodę wydawania albo niewydawania ustaw obowiązujących, dotyczących tworzenia szkół dla dzieci umysłowo upośledzonych. Najważniejszym paragrafem tego prawa było wprowadzenie *obowiązkowego* nauczania dzieci dotkniętych lżejszemi postaciami niedorozwoju psychicznego do lat 16. Szkolnictwo specjalne pozostaje tu w ścisłym związku z instytucjami wychowawczemi dla epileptyków, kalek, głuchoniemych i ociemniałych, które wszystkie noszą nazwę „Szkół specjalnych dla dzieci nienormalnych” („Special school for defective children”). W Londynie szkoły specjalne umieszczone są zazwyczaj w jednym gmachu ze szkołami dla kalek w ten sposób, że kalecy umieszczeni są na parterze, zaś dzieci umysłowo upośledzone na pierwszym piętrze. We Francji, która dzięki znakomitym badaniom psychiatrów i psychologów (*Séguin, Bost, Bourneville, Simon, Voisin, Colin*) pierwsza niemal wyodrębniła rozmaite typy i postaci niedorozwoju dziecięcego i wskazała na środki walki z niemi, myśl utworzenia szkolnictwa specjalnego oblekła się w czyn stosunkowo późno. Dopiero w 1904 powstała przy Ministerstwie Oświaty specjalna Komisja pod przewodnictwem *Leona Bourgeois*, która opracowała plan organizacji nauczania dzieci umysłowo upośledzonych i stworzyła podstawy dla prawa o nauczaniu, które uchwalone zostało przez parlament w 1909 r. Prawo to, które przewiduje tworzenie oddziałów specjalnych przy szkołach powszechnych i samodzielnych szkół specjalnych z pół-internatami i internatami dla dzieci mieszkających daleko od szkoły lub też dla dzieci, które należy izolować od złego wpływu atmosfery domowej—ma dotąd charakter raczej fakultatywny i nie nabrało dotąd mocy obowiązującej. Szczególnie jednak interesujące jest prawo z 1919 r., obowiązujące w niektórych Stanach Ameryki Północnej, które wprowadza obowiązkowe umieszczanie nieletnich w szkołach dla umysłowo upośledzonych na zasadzie *decyzji sądowej* i które jest ciekawem odbiciem prądów panujących w nowoczesnym ustawodawstwie. Według § 1 tego prawa każdy osobnik umysłowo upośledzony w wieku pomiędzy 6-ym a 16-ym rokiem życia może być na zasadzie decyzji miejscowego sądu (zazwyczaj *sądu dla nieletnich*) umieszczony w szkole specjalnej dla dzieci niedorozwiniętych. Decyzje sądu zachodzą na zebraniach publicznych, a każdy obywatel danej miejsco-

wości może zgłosić się do sądu z doniesieniem o konieczności takiego sposobu postępowania. Doniesienie takie powinno być stwierdzone przysięgą i zawierać dane, dotyczące wieku, płci, rasy, warunków fizycznych i umysłowych, miejsca zamieszkania i miejsca przynależności, a, o ile to jest możliwe, o przyczynach i długości trwania upośledzenia umysłowego oraz o wszelkich innych faktach mających związek z życiem osobistym i rodzinnym nieletniego. Do doniesienia tego powinno być również dołączone świadectwo lekarza o tem, że nieletni dotknięty jest upośledzeniem umysłowem i że nie cierpi na żadną chorobę zakaźną. Przed powzięciem ostatecznej decyzji sędzia winien jest wyznaczyć 2 lekarzy-ekspertów z pomiędzy osób, mających nie mniej niż 3 lata praktyki lekarskiej i niepozostających w pokrewieństwie z osobą zgłaszającą doniesienie; eksperci ci po dokonaniu badania składają sędziemu raport na piśmie. Sędzia może w miarę potrzeby powoływać świadków i przeprowadzać różnorodne dochodzenia w celu zupełnego upewnienia się co do upośledzenia umysłowego nieletniego. Przynajmniej na 5 dni przed ogłoszeniem decyzji obowiązany jest sędzia zawiadomić rodziców i opiekunów prawnych nieletniego o zapowiedzianem rozpatrzeniu sprawy, przyczem obowiązany jest dopuścić ich adwokatów w celu wyjaśnień. Uznawszy nieletniego za umysłowo upośledzonego, sędzia wnosi go do odpowiedniego rejestru i poleca sekretarzowi sądu porozumieć się z administracją szkoły dla umysłowo upośledzonych w sprawie przyjęcia do niej nieletniego. Kierownik szkoły obowiązany jest odpowiedzieć natychmiastowo, czy dany nieletni nadaje się do prowadzonej przez niego szkoły i czy są wolne miejsca. Jeżeli miejsca brak, to wykonanie decyzji sądowej zostaje odłożone do chwili utworzenia się wakansu. Wszystkie wydatki związane z tego rodzaju procedurą ponosi gmina: ona opłaca wydatki związane z transportem nieletniego do szkoły, zakupuje niezbędną odzież, reguluje wydatki za ekspertyzę lekarską i t. p. O ile rodzina nieletniego rozporządza środkami, to niektóre wydatki (np. odzież) mogą być na nią przełożone. Przewiezienie umysłowo upośledzonych nieletnich do szkoły dokonywane bywa nie przez policję, lecz przez osoby prywatne na zlecenie sądu (najczęściej przez jego krewnych) lub też przez posługaczy szkolnych. Widzimy więc, że w myśl prawodawstwa nowoczesnego procedura sądowa gwarantuje przyjęcie do szkoły specjalnej dziecka umysłowo upośledzonego—częstokroć nawet wbrew życzeniu jego rodziny i otoczenia. Długość przebywania w szkole i zajęcie się losem dziecka po jej ukończeniu kierowane są już przez regulaminy samej szkoły. W Polsce usiłowania ustawodawcze, zmierzające ku organizacji opieki nad dziećmi umysłowo niedorozwiniętymi, znajdują się dopiero w załku. W archiwach b. Ministerstwa Zdrowia Publicznego spo-

czywa dotąd dokładnie opracowana ustawa: „O opiece nad osobnikami umysłowo upośledzonymi”, ale nie ma żadnych widoków, ażeby ujrzała ona rychło światło dzienne. O dzieciach nienormalnych wspomina tylko artykuł 32 ustawy z dn. 7 lutego 1919 r. o nauczaniu obowiązkowym (Dziennik Praw Państwa Polskiego Nr. 14, 1919). Artykuł ten brzmi jak następuje: „Od obowiązku szkolnego mogą być zwolnione dzieci chore fizycznie lub psychicznie, jak również dzieci niedorozwinięte, o ile ich niedołęstwo zaświadczone przez lekarza szkolnego lub urzędowego wylacza je z nauczania w szkole powszechnej. Jeżeli w danej miejscowości istnieje zakład wychowawczy dla dzieci chorych, kalek, ociemniałych, głuchoniemych i umysłowo upośledzonych, wtedy dzieci te podlegają obowiązkowi nauki szkolnej”. Widzimy więc, że obowiązkowość nauczania dzieci dotkniętych dokszałcalnemi postaciami niedorozwoju psychicznego jest, jak dotąd, natury czysto fakultatywnej i uzależniona jest od istnienia lub nieistnienia odpowiednich zakładów wychowawczych.

Z punktu widzenia praktycznego problemat opieki i wychowania umysłowo upośledzonych dałby się zawrzeć w następującym szemacie:

- I. Idjoci — przebywanie w zamkniętych zakładach psychiatrycznych i w schroniskach.
- II. Cięższe postaci głuptactwa:
 - a) wychowanie w internatach,
 - b) kolonjach (fermach) na wsi,
 - c) pod opieką rodzinną (t. zw. patronaż).
- III. Lżejsze postaci głuptactwa i debilizmu: kształcenie i wychowywanie w szkołach specjalnych:
 - a) z internatem lub
 - b) bez internatu.

Wychowywanie i przetrzymywanie idjotów w *schroniskach* (t. zw. *przylulkach*) jest przeżytkiem pokutującym dotąd niestety nie tylko u nas, ale i w wielu państwach kulturalnych Europy, któremu należy przeciwstawić się jaknajenergiczniej. w instytucjach tych bowiem dla ciężkich bardzo postaci brak jest odpowiedniej opieki i nadzoru lekarskiego, dla łagodniejszych natomiast — zabiegów pedagogiczno-leczniczych prowadzonych przez odpowiednio wykształcone siły fachowe. Jedynym terenem wychowania dzieci tych powinien być współcześnie urządzony *szpital psychiatryczny* ze specjalnym pawilonem dla umysłowo chorych dzieci, lub, co lepsze jeszcze, *specjalny szpital psychiatryczny dziecięcy*. Szpital taki rozporządzać powinien również współcześnie zorganizowanemi *budynkami szkolnemi* oraz odpowiedniemi siłami fachowemi, którym mogłaby być

powierzona sprawa wychowawcza. Co się tyczy cięższych postaci głuptactwa, to niektóre z nich nadawałyby się również do wychowania i leczenia szpitalnego (typy eretyczne), natomiast typy *anergetyczne* mogłyby znaleźć racjonalną opiekę i naukę w odpowiednio urządzonych *internatach*. Te ostatnie typy również, zwłaszcza powikłane objawami *psychopatii ustrojowej*, nadawałyby się niekiedy do *patronażu* czyli do *opieki rodzinnej*, to znaczy do umieszczenia w środowiskach rodzin obcych, zrównoważonych pod względem nerwowym, owianych duchem altruizmu i kultury, któreby chciały z opieki takiej ciągnąć godziwe zyski, jak to w 1922 r. urządzone zostało w miejscowości Elsum w Belgji. Myśl ta, jak wiadomo, zaczerpnęta jest z lecznictwa umysłowo chorych dorosłych, którzy po przeminięciu ostrych okresów psychozy daleko lepiej prosperują w środowiskach rodzin obcych aniżeli we własnym ognisku domowym (kolonie patronażowe w *Gheel*, w *Uchtsprunge* i t. d.). W odmiennej postaci natomiast powinna przejawiać się opieka społeczna względem głuptaków, którzy przekroczyli już granicę pełnoletności. Pod tym względem szczególnie interesujące są poczynania, zapoczątkowane przez szereg rozporządzeń ustawodawczych w *Ameryce*, w której w latach ostatnich zaczęły powstawać na szeroką skalę liczne *kolonie rolnicze* specjalnego typu dla epileptyków i głuptaków, obliczone na przystosowanie się tego elementu do nieskomplikowanej pracy na roli w zdrowych warunkach bytowania zamiast przetrzymywania ich w zamkniętych szpitalach i domach opiekuńczych, schroniskach i przytułkach. W latach ostatnich plan ten zrealizowany został w Stanach *Wisconsin*, *New Jersey*, *Indiana* i *Massachusetts*. Kolonie powyższe utworzone zostały na zasadzie ustawy z 1919 r., która narzuca państwu obowiązek organizacji „dostatecznej opieki nad obywatelami, którzy, będąc umysłowo upośledzeni, nie są zdolni dbać w dostateczny sposób o samych siebie”. Ustawa przewiduje plan urządzenia kolonji, odpowiednie organy zarządzające nią oraz regulaminy prawne. Ale najbardziej interesującą cechą ustawy tej jest wprowadzenie procedury sądowej przy umieszczaniu w kolonji umysłowo upośledzonych—analogicznej do procedury, która ma miejsce w zastosowaniu do umysłowo upośledzonych nieletnich, t. zn. przyjęcie do kolonji na zasadzie doniesienia każdego obywatela. W stosunku do umysłowo upośledzonych, rozporządzających środkami pieniężnymi, wprowadzony jest porządek płatności w granicach określanych przez radę administracyjną instytucji. Również i porządek zwalniania z kolonji pozostawiony jest całkowicie radzie administracyjnej.

Dla łagodnych postaci upośledzenia umysłowego twórcza myśl ludzka powołała do życia instytucję ratowniczą o potężnym znaczeniu wychowawczym i społecznym — a mianowicie t. zw. *szkołę specjalną* (*école de perfectionnement, Hilfsschule*),

która w swoim postępowaniu z dzieckiem umysłowo upośledzonym opiera się nie na zwykłych sposobach dydaktycznych stosowanych do dzieci normalnych, ale na zespole bardzo subtelnych i pomysłowych metod, które, dążąc do *konkretyzacji* przedmiotu nauczania, składają się na całokształt wiedzy praktycznej zwanej *pedagogiką leczniczą*. Wyszczególnianie i analiza tych metod nie należy do zakresu niniejszego szkicu. Znaleźć je łatwo w klasycznym dziele *Teodora Hellera*, jednego z współtwórców tej wiedzy stosowanej („Die Heilpädagogik”) oraz w książce *Amelji Hamaïde* p. t. „Metoda Decrolyego”, wydanej w przekładzie polskim w 1926 r. w Warszawie i streszczającej metodykę nauczania dzieci umysłowo upośledzonych, stosowaną nie tylko w słynnej szkole jej twórcy w Brukseli, ale niemal wszędzie, gdzie rozwija się szkolnictwo specjalne. Szczegółowy program i metody nauczania w szkole dla umysłowo upośledzonych znaleźć można również w doskonałej pracy *Michała Wawrzynowskiego*, która drukowana była w „Szkołe Specjalnej”, a następnie wydana została jako zeszyt „Biblioteki Pedagogiki Leczniczej”, redagowanej przez *Dr. Marię Grzegorzewską*. Zagadnienie szkoły specjalnej chciałbym poruszyć tutaj tylko z 2 punktów widzenia: 1) z punktu widzenia *selekcji* typów patologicznych nienadających się do szkoły zwykłej i 2) z punktu widzenia współpracy *lekarza i nauczyciela*. Przyjęcie dziecka do szkoły specjalnej po usunięciu go z warunków nauczania powszechnego jest sprawą tak poważną, że opierać się ona musi na dokładnym uświadomieniu sobie faktu, jaki materiał dziecięcy może i powinien być nauczany i wychowywany w szkole specjalnej. Naogół powiedzieć można, że do szkoły specjalnej skierowywać można tylko te dzieci, których rozwój intelektualny jest tak niski, że normalne nauczanie szkolne nie osiąga u nich żadnych albo tylko minimalne rezultaty, które jednakże nie są tak głęboko upośledzone pod względem psychicznym, ażeby nauczanie, dostosowane do ich poziomu umysłowego, nie mogło wytworzyć z nich osobników, które potrafią zapracować samodzielnie na życie. W pierwszym okresie rozwoju nauczania dzieci umysłowo niedorozwiniętych w Europie zachodniej, uzależniano ogólnie przyjęcie dziecka do szkoły specjalnej od *2-letniego bezowocnego* pobytu w najniższej klasie szkoły powszechnej. Właśnie dzieci, pozostające na drugi rok w najniższym oddziale, najwyraźniej zwracały uwagę swym niedorozwojem intelektualnym, odczuwane były najdotkliwiej jako balast w nauczaniu szkolnym i stanowiły pierwszy kontyngens wychowalców szkoły specjalnej. Z biegiem czasu jednakże praktyka szkoły specjalnej i coraz to większe udoskonalenie metod badania psychiatrycznego i psychologicznego doprowadziły do ugruntowania się poglądu, że w ogromnej większości przypadków decyzyja o przeniesieniu wychowanka

do szkoły specjalnej może być z całą stanowczością powzięta już po *rocznym* pobycie w szkole normalnej. Z góry jednakże zastrzec należy, że ujemne wyniki nauczania i niedostateczne postępy ucznia po rocznym pobycie w szkole powszechnej nie są jeszcze wystarczającym motywem do umieszczenia w szkole specjalnej, które opierać się musi na *pozytywnym* stwierdzeniu patologicznego upośledzenia umysłowego. Doświadczenie wykazuje, że szkoła powszechna z jednej strony często zbyt pochopnie stara się wyzbyć materiału dziecięcego, nastęrczającego jakiegokolwiek trudności w nauczaniu, nawet tam, gdzie brak jest obiektywnych cech chorobliwego upośledzenia psychiki, z drugiej zaś strony nie zdaje sobie dostatecznie sprawy z faktu, że czasem mechaniczne przyswojenie sobie materiału nauczania i przejście do klasy wyższej jest tylko *dyssymulacją* niedorozwoju psychicznego, który wymaga specjalnych metod pedagogiki leczniczej. To też wylawianie materiału podejrzanego już podczas pobytu dziecka w szkole powszechnej winno być ujęte w karby dokładnie opracowanej *techniki*, opartej na ściśle naukowych wynikach badania psychjatrii i psychologii eksperymentalnej. Na Zachodzie technika ta opiera się już na długoletniem doświadczeniu, nie wszędzie jednak przedstawia się w postaci jednolitej. Tak np. w Szwajcarii na początku ostatniego kwartału kierownicy szkół normalnych podają do władzy szkolnej (Inspektorat) zawiadomienie o dzieciach podejrzanym o upośledzenie umysłowe, przesyłając t. zw. „kwestjonariusze osobiste” z własnymi wnioskami. Inspektorat przekazuje papiery te kierownikom szkół specjalnych z poleceniem zbadania kandydatów w klasach i porozumienia się z rodzicami. Już przy takim przedwstępnem zaznajomieniu się udaje się przeważnie wyłączyć dzieci, nienadające się do szkoły specjalnej. Wreszcie określonego dnia odbywa się ściślejsze badanie pozostałych kandydatów przez specjalną *komisję lekarsko-pedagogiczną*. W Niemczech procedura ta jest nieco bardziej skomplikowana. Kwestjonariusze rozdawane bywają szkołom normalnym już na początku roku szkolnego, i już wtedy nauczyciel wpisuje do nich uwagi o kandydatach do szkoły specjalnej. Niektóre rubryki kwestjonariusza wypełniane są w miarę zbierania materiału, inne w określonych odstępach czasu, zaś w końcu każdego z tych okresów nauki notatki sprawdza kierownik szkoły, a przed Wielkanocą wypełnione w ten sposób kwestjonariusze przesyła inspekcja jako materiał dla komisji kwalifikacyjnej. Różnorodny również jest typ owych kwestjonariuszy, na których opiera się poczęści komisja kwalifikacyjna nie tylko w rozmaitych państwach, ale i w rozmaitych miastach poszczególnych państw. Jedne z nich ułożone są w ten sposób, że wypełnia je wyłącznie nauczyciel (*Berlin*), inne przeważnie lekarz szkolny (*Wiedeń*), inne jeszcze równomiernie nauczyciel

i lekarz (*Frankfurt n. M.*). Jedne są bardzo zwarte i krótkie (*Lipsk, Drezno*), inne niezmiernie szczegółowe (*Moskwa*). W jednych inicjatywa pozostawiona jest niemal całkowicie osobie wypełniającej kwestionariusz (*Zürich*), w innych wszystkie problemy ujęte są w szeregu pytań (*Frankfurt*). Tę procedurę umożliwia równoczesne przeprowadzenie *badania statystycznych* nad niedorozwojem umysłowym w warunkach szkolnych i przedszkolnych. Doświadczenia poczynione zagranicą w przeciągu lat ostatnich dowiodły, że w większych miejscowościach liczba dzieci dotkniętych niedorozwojem psychicznym słabszego stopnia wynosi $1\frac{1}{2}\%$ całkowitej liczby dzieci w wieku szkolnym, tak że na 400—500 mieszkańców przypada jedno takie dziecko. Najdokładniejsza z dotychczasowych statystyk dokonana przez d-ra Kollera w małym kantonie szwajcarskim *Appenzell* o ludności przeważnie wiejskiej wykazała na 9,919 dzieci w wieku szkolnym 310 umysłowo upośledzonych, a więc procent jeszcze wyższy (3%). Opierając się na danych liczbowych przybliżonych, zaczerpniętych z porównania ze statystykami europejskimi i przyjmując liczbę dzieci w wieku szkolnym na 5.000.000, otrzymamy według obliczeń *Hellmanna* w Polsce 75.000 dzieci w wieku szkolnym upośledzonych pod względem umysłowym. Ministerstwo Oświaty w zrozumieniu konieczności utworzenia wielkiej sieci szkół specjalnych na całym terenie Polski, utworzyło w 1919 r. przy Departamencie Szkolnictwa Powszechnego osobny Wydział, w którym koncentrowały się sprawy dotyczące organizacji szkolnictwa specjalnego, zaś w 1922 r. powołało do życia Instytut Pedagogiki Specjalnej, który postawił sobie za zadanie nie tylko przygotowanie zawodowe nauczycieli-wychowawców dla dzieci anormalnych, ale również przeprowadzenie racjonalnej *selekcji* różnorodnych typów psychopatologicznych wieku dziecięcego i wyeliminowanie ich ze środowiska szkoły powszechnej, która odbywa się pod ścisłą kontrolą pracowni psychologicznej Instytutu.

Jako wspólne dzieło *lekarzy i pedagogów* szkoła specjalna wreszcie jest terenem, na którym spotykają się poraz pierwszy zagadnienia *psychjatrii* i *pedagogiki*. Ważne jest przed nakreśleniem wspólnych zadań tych dwu dyscyplin odgraniczenie właściwe ich kompetencji w celu wytworzenia najbardziej pomysłowych warunków współpracy lekarza psychopatologa i pedagoga. Z zakresu pedagogiki wyłączyć tedy należy: 1) stany oligofreniczne, wyłączające możliwość nauczania i wychowania, 2) rozwinięte w pełni psychozy i psychonerwice wieku dziecięcego, 3) defekty psychiczne, polegające na zachorzeniach zmysłów i na głębokich zaburzeniach aktu mowy oraz 4) stany psychopatyczne towarzyszące oligofrenji. Zwłaszcza ważnym zagadnieniem swoiście lekarskim jest traktowanie lecznicze

tych ostatnich stanów, które nawarstwiają się tak często na zasadnicze tło oligofrenji i tak bardzo utrudniają zadanie pedagogiki. Do takich samych zadań lekarskich należy leczenie defektów organicznych, jako nieodzowny warunek uprzedni, przed umieszczeniem dziecka w szkole specjalnej oraz współpraca lekarza przy selekcji typów kwalifikowanych do szkoły specjalnej. Współczesna pedagogika specjalna, zasuggestjonowana nazwiskami tak zasłużonymi, jak: *Binet*, *Stern*, *Termann* i inni, żegluje pod znakiem *ilorazu inteligencji* i częstokroć zbyt pochopnie identyfikuje nakreślenie *diagnozy* psychopatologicznej ze stwierdzeniem tego *ilorazu*. Nawet tak znakomite skądinąd dzieła, jak *Demoora*, *Trüppera* lub *Hellera* grzeszą częstokroć daleko w tym kierunku posuniętą bezceremonialnością. Takie wrzekomo kliniczne koncepcje, jak „*pląsawica psychiczna*“ *Demoora* lub *otępienie dziecięce Hellera* są charakterystycznym przykładem tego rodzaju dyletantyzmu psychiatrycznego. Wbrew ogólnej tendencji pedagogiki specjalnej, ujmującej zazwyczaj oligofrenję dziecięcą w sposób *statyczny* jako *konsekwencję przebytej już* sprawy chorobowej, lekarz powinien bronić gorąco *dynamicznego* traktowania niedorozwoju dziecięcego — jako procesu biologicznego, zdolnego nie tylko do progresji, ale i do *regresji*. Opierając się na zdobyczach współczesnych nauki o *wydzielaniu wewnętrznym* i zachowując wobec nich całkowity krytycyzm, lekarz nie powinien pominąć ani jednej próby *organo-terapeutycznej*, która teoretycznie rokuje powodzenie. Już na terenie szkoły specjalnej lekarz powinien być pomocny nauczycielstwu przy zbieraniu wywiadów i przy analizie środowiska domowego dziecka, specjalną zaś uwagę winien zwrócić nauczycielstwu na objawy ze strony układu nerwowego natury bądź *ubytkowej*, bądź *podrażnieniowej*. Szczególną pieczołowitością pod tym względem powinny być otoczone te kategorie niedorozwoju, które możnaby określić nazwą *oligofrenji ruchowej* i w których na pierwszy plan wysuwają się objawy asynergii i niezborności, symbolizując współlistnienie analogicznych procesów psychicznych. Propaganda ćwiczeń *chwytnych*, *fiksacyjnych* i *gimnastycznych*, zaś w cięższych przypadkach obznajmienie personelu nauczycielskiego z zasadami i techniką gimnastyki *Fränkla* będzie tu miało na celu nie tylko wpływ na dziedzinę ruchową, ale i obudzenie odpowiednich grup wyobrażeń i w ten sposób wpływ na rozwój samowiedzy dziecka. Natomiast w niezliczonych przejawach *hyperkinetycznych* (ruchy pląsawicze i pląsawiczopodobne, ruchy atetotyczne, hemibalistyczne, myokymiczne, myorytmiczne, wrzekomodowolne i tiki) ważne będzie zapoczątkowanie t. zw. *eurytmji Demoora* oraz *gimnastyki rytmicznej Dalcroze'a*, które wpływają kojąco i uspakajająco nie tylko na nadmierną ruchliwość mięśniową, ale i na pobudliwość psychiczną.

Obok zadań ogólnohygienicznych, które nasuwają się personelowi każdej wogóle szkoły, wymaga szkoła specjalna ścisłego kontaktu psychjatri i pedagoga przy realizacji zagadnień *higjeny umysłowej* dziecka umysłowo upośledzonego. Z zagadnień tych na pierwszy plan wysuwa się sprawa *znużenia umysłowego*, nabierająca szczególnej wagi u tych dzieci, u których oligofrenja wikła się ciężkimi przejawami neuro- i psychopatycznymi. Odgrywa tu wielką rolę indywidualność nie tylko ucznia, ale i pedagoga, który niejednokrotnie swym talentem, werwą nerwową i zapalem potrafi zapanować nad występującym znużeniem dziecka, przynosząc w ten sposób raczej szkodę aniżeli pożytek jego systemowi nerwowemu. To też pierwszym postulatem higieny umysłowej w szkole specjalnej jest ugrupowanie dzieci według stopnia ich wyczerpywania się umysłowego, oparte na systematycznym *mierzeniu* znużenia umysłowego (metoda wibracyjna, metoda punktacyjna i inne) i ściśle zastosowanie metodyki nauczania indywidualnego do wyników tych pomiarów. Drogowskazem powinny być tutaj wyniki badań eksperymentalnych szkoły *Kraepelinowskiej* nad znużeniem, zmierzające do ustanowienia t. zw. „najpomysłniejszej przerwy” w nauczaniu („*günstigste Pause Amberga*”). I istotnie doświadczenie wskazuje, że u każdego dziecka umysłowo upośledzonego przy odpowiedniej eksperymentacji udaje się wykryć pauzę odpowiedniej długości, po której powrót do pracy daje lepsze wyniki, aniżeli po pauzie krótszej lub dłuższej.

Badanie inteligencji różnorodnymi testami winno być tylko jednym z ogniw w ustaleniu djaгностиyki typu oligofrenji. Szczególne znaczenie przypada tu eksperymentowi kojarzeniowemu, doświadczenie bowiem przekonywa, że niektóre typy odbiegające od normalnego typu kojarzeniowego są niemal swoiste dla poszczególnych postaci oligofrenji (debilizm, padaczka psychiczna, mongolizm i t. p.). Właściwe rozpoznanie jednakowoż i dokładne rokowanie opierać można na indywidualnym *badaniu psychjatrycznym* dziecka wspartem o długotrwałą obserwację pedagogiczną. Dopiero wspólne *konferencje* lekarsko-pedagogiczne doprowadzić mogą w wyniku swoim do wykreślenia *profilu psychopatologicznego* każdego dziecka oraz wytworzenia *charakterystyk somatopsychologicznych*, które stanowią winny najbardziej cenny materiał „archiwum” szkoły specjalnej i z których rzadsze i ciekawsze nadawać się będą do publikacji. Z wywodów powyższych wynika, że nie tylko pedagog korzystać może ze wskazówek lekarza, który określi mu zawiły nieraz mechanizm zaburzeń psychicznych dziecka, ale i lekarz czerpać będzie wiele materiału z obserwacji pedagogicznej przy budowie djaгноzy i prognozy klinicznej. Ze sprawą *prognozy* związane są na terenie szkoły specjalnej 3 problemy praktyczne kardynalnego znaczenia, które rozwiązane mogą

być tylko przy wspólnym wysiłku lekarsko-pedagogicznym: 1) sprawa wyboru zawodu, 2) usuwanie ze szkoły specjalnej typów zbyt ciężkich oraz 3) ewentualny powrót dziecka do szkoły normalnej. Osobiście stoję na stanowisku możliwości w niektórych, rzadkich coprawda, przypadkach, rozwiązania tego ostatniego zagadnienia w sposób pozytywny. Zgodnie z poglądem moim, który rozwijałem już uprzednio, oligofrenja dziecięca w licznych przejawach swoich rozgrywa się nie tylko na tle wielkiego procesu biologicznego *abiotrofji*, lecz niekiedy na tle t. zw. *dobrotliwej aplazji* — i wtedy możliwe jest w pomyślnych warunkach *względne* wyleczenie procesu. Wreszcie zadaniem wspólnym psychopatologa i pedagoga będzie badanie niektórych zagadnień *naukowych* z dziedziny psychologii i psychopatologii dziecka umysłowo upośledzonego oraz zbieranie materiału, który może się przyczynić do wyświelenia związku oligofrenji z niektórymi zjawiskami natury społecznej (przestępczość małoletnich, alkoholizm, włóczęgostwo, prostytutcja i t. p.).

Biblioteka Główna WUM

KS.1323



210000001323



www.dlibra.wum.edu.pl

SZPITAL IM. KAROLA I MARJI



B 315