

Franciszek M. Rosiński

Badanie antropologiczno-środowiskowe nad chłopcami głębiej upośledzonymi umysłowo

Studia Philosophiae Christianae 12/1, 169-185

1976

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

FRANCISZEK M. ROSIŃSKI

BADANIA ANTROPOLOGICZNO-ŚRODOWISKOWE NAD CHŁOPCAMI GŁĘBIJ UPOŚLEDZONYMI UMYSŁOWO

1. Wstęp. 2. Materiał i metody. 3. Wyniki badań somatycznych. 4. Charakterystyka danych socjalnych i anamnestycznych: środowisko rodzinne chłopców; wiek matki; dieta i zdrowie rodzin; stan zdrowia psychicznego rodzeństwa; kolejność urodzenia; zawód rodziców; stan zdrowia psychicznego rodziców. 5. Rewalidacja umysłowo upośledzonych. Bibliografia.

1. Wstęp

Niedorozwój umysłowy dzieci i młodzieży stanowi wieloaspektowy problem, któremu poświęca się w ostatnich latach szczególną uwagę. Z danych statystycznych dla różnych krajów wynika bowiem, że ok. 2—3% populacji stanowią niedorozwinięci (upośledzeni) umysłowo. Spośród nich ok. 75% jest upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim, ok. 20% w stopniu umiarkowanym i znacznym, 5% w stopniu głębokim (Zaremba 1972 : 9; por. Engel 1973, Goldberg i Rooke 1973).

W Polsce liczba dzieci upośledzonych umysłowo wynosiła w 1970 r. 138 712, czyli ok. 2,3% ogółu dzieci w wieku szkolnym; 15 510 spośród nich to umysłowo niedorozwinięci w stopniu głębszym, czyli imbecyle i idioci, co stanowi ok. 11,2% ogółu dzieci upośledzonych; wg Kotlarskiego (1971: 43—44) jednak odsetek ten „jest faktycznie niewątpliwie wyższy”; por. „Wstępne Tezy...” (1970).

Młodzież zbadana stanowi specyficzną grupę z uwagi na jej stały pobyt w zakładzie opiekuńczym, w którym przebywa zazwyczaj od wczesnych lat życia. W poszczególnych zakładach otaczana jest w zasadzie jednakowo staranną opieką pedagogiczną i lekarską; obowiązują tam jednolite normy żywieniowe i regulaminy zajęć. Upośledzeni w stopniu głębszym zdają się na ogół nie odczuwać braku środowiska rodzinnego, gdyż wyższa sfera uczuciowa nie jest u nich wcale rozwinięta lub tylko bardzo słabo. Różnice między osobnikami danej grupy co do rozwoju intelektualnego są niewielkie i wahają się w określonych granicach. Upośledzenie umysłowe może być co prawda uwarunkowane różnymi przyczynami, podobnie jak wiele innych chorób; podkreśla się jednak ważny wspólny moment, że „u osób o umiarkowanym, znacznym oraz głębokim upośledzeniu (imbecyli oraz idiotów) istnieje poważne uszkodzenie centralnego układu nerwowego” (Tizard 1963 : 23), które nie tylko wpływa ujemnie na rozwój psychiki, lecz może również niekorzystnie zaważyć na rozwoju somatycznym i zakłócić działalność różnych organów; por. Cawley i Pappanikou (1973).

W związku z powyższym wyłonił się problem, czy oligofrenicy różnią się między sobą w budowie somatycznej w zależności od przyczyny upośledzenia. Z badań Szwedzińskiej (1974), opartych w znacznej mierze na tym samym materiale okazało się jednak, iż nie zachodzą wyraźne różnice pod tym względem między upośledzonymi.

2. Materiał i metody

Badania antropologiczne młodzieży o niższej sprawności umysłowej przeprowadzono w 1972—1973 r. w Zakładach Opieki Społecznej na terenie województwa wrocławskiego i opolskiego. Opracowany materiał obejmuje łącznie 611 chłopców w wieku od 7—17 lat, w tym 335 średnio upośledzonych (imbecyli) i 276 głęboko upośledzonych (idiotów). Ze względu na porównywalność pomiarów wzięto pod uwagę tylko osobni-

ków bez widocznych kalectw i deformacji fizycznych. Większość chłopców (69,7%) urodziła się na terenie województwa wrocławskiego i opolskiego, pozostali pochodzą z innych województw, nawet najbardziej odległych.

Program badań obejmował 52 pomiary kefalo- i somatometryczne, nadto ważniejsze cechy opisowe oraz dane środowiskowe i anamnestyczne, udostępnione życzliwie przez Kierownictwo Zakładów. Dane dla chłopców głębiej upośledzonych porównano z danymi ogólnopolskimi (zdjęcia krajowego z 1955—1958 r.), z wynikami badań dla niektórych serii regionalnych, nadto z danymi dla chłopców lżej upośledzonych z pracy Wiśniowskiego (1966) i Michalskiej (1970).

Zebrany materiał opracowano za pomocą ogólnie przyjętych metod statystycznych. Dla większości pomiarów obliczono średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe, błąd średniej, błąd odchylenia standardowego i współczynnik zmienności. Istotność różnic sprawdzono testem Studenta.

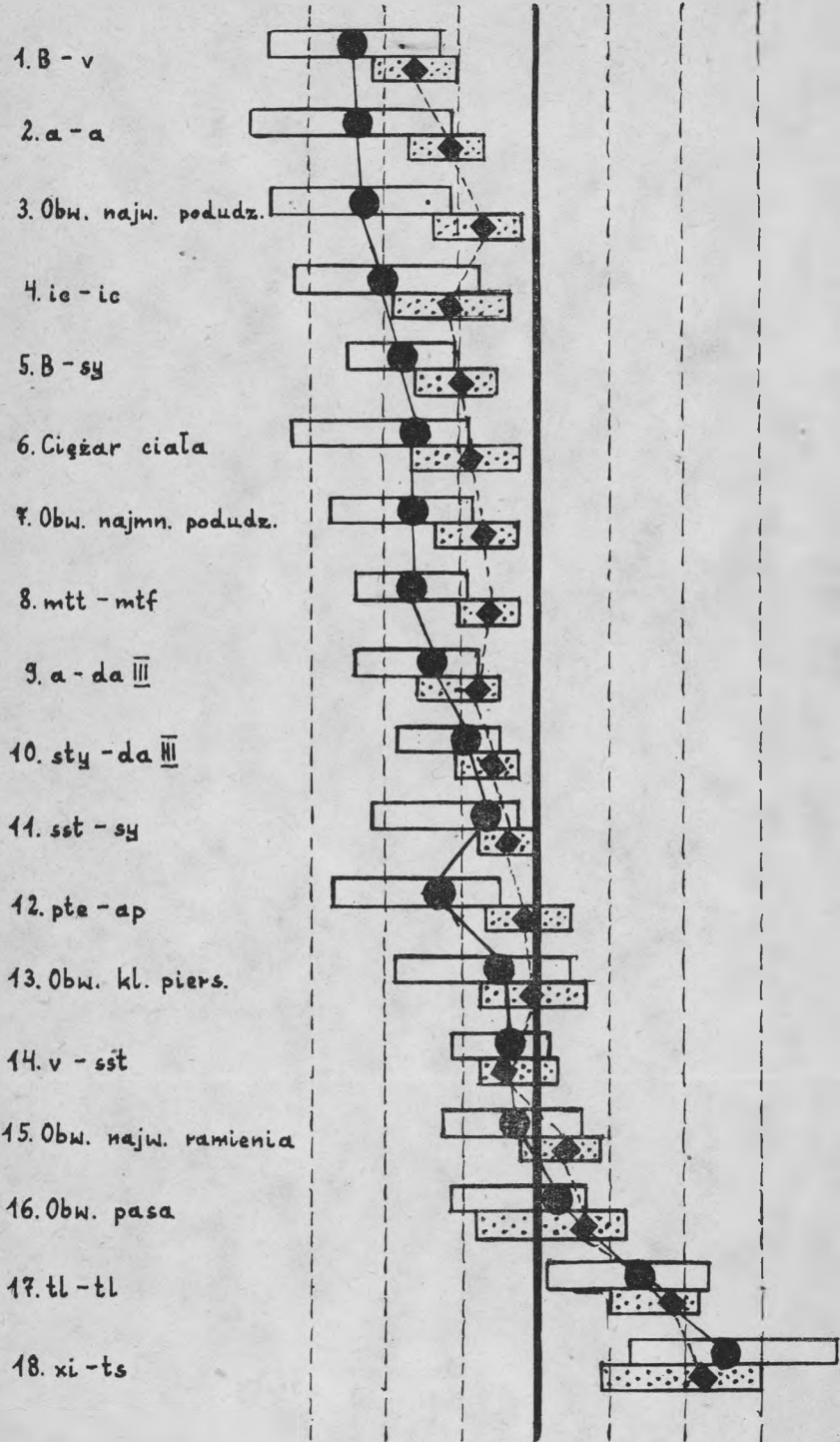
3. Wyniki badań somatycznych

Chłopcy głębiej upośledzeni różnią się od swych rówieśników normalnych i od lżej upośledzonych na ogół niższymi wartościami pomiarów, przy czym różnica między średnimi arytmetycznymi dla poszczególnych cech u oligofreników a „normą” wynosi w niektórych przypadkach ponad —2 a nawet —3 odchylenia standardowe, jak np. pod względem wysokości ciała, długości i obwodów kończyn dolnych, długości i szerokości stopy, szerokości barkowej i biodrowej, obwodu poziomego głowy. Znacznie większa natomiast niż u chłopców normalnych jest u oligofreników głębokość i szerokość klatki piersiowej; zob. Rosiński (1974); por. także Mutafov (1968 a, b; 1970), Simkova (1969), Mutafov i Scharf (1970), Szwedzińska (1974).

Odchylenie od średnich arytmetycznych dla różnych serii kontrolnych jest z reguły większe u głęboko upośledzonych niż u średnio upośledzonych, przy czym odchylenie od „nor-

Ryc. 1. Zestawienie średnich oraz największych i najmniejszych odchyleń od „normy” dla różnych cech somatycznych u oligofreników.

-3σ -2σ -1σ \bar{X} +1σ +2σ +3σ



idioti



imbecyle

my” powiększa się u oligofreników zazwyczaj z wiekiem, szczególnie u głęboko upośledzonych. Mimo iż upośledzeni w stopniu średnim i głębokim przebywają zazwyczaj od wczesnych lat w tym samym zakładzie, to jednak występują między jedną i drugą grupą w wielu cechach różnice, które często są statystycznie istotne na poziomie ufności $P = 5\%$ a nawet $P = 1\%$, zwłaszcza w ostatnich klasach wiekowych.

Ryc. 1 przedstawia średnie odchylenie od „normy”, obliczone dla wszystkich klas wiekowych oraz najmniejsze i największe odchylenie, jakie występuje wśród klas wiekowych w okresie od 7.—17. r. życia, przy czym wzięto pod uwagę następujące ważniejsze cechy somatyczne:

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. wysokość ciała | 10. długość ręki |
| 2. szerokość barkowa | 11. długość tułowia |
| 3. obwód najw. podudzia | 12. długość stopy |
| 4. szerokość biodrowa | 13. obwód klatki piersiowej |
| 5. dług. kończyn doln. | 14. wysokość głowy z szyją |
| 6. ciężar ciała | 15. obwód największy ramienia |
| 7. obw. najm. podudzia | 16. obwód pasa |
| 8. szerokość stopy | 17. szerokość klatki piersiowej |
| 9. długość kończyn górn. | 18. głębokość klatki piersiowej |

Jak widać z załączonego wykresu, zakres zmienności wyznaczony w tym przypadku przez największe i najmniejsze odchylenie od normy jest z reguły znacznie większy u idiotów niż u imbecyli. Wskazuje to na znaczne zaburzenia w rozwoju somatycznym, zwłaszcza w procesach wzrostu niektórych organów, szczególnie u osobników głęboko upośledzonych.

Jeśli połączymy ze sobą średnie odchylenie od normy dla poszczególnych cech u jednej i drugiej grupy, to jak widać z ryciny, głęboko upośledzeni na ogół bardziej różnią się w rozwoju somatycznym od chłopców normalnych niż upośledzeni w stopniu średnim. Również lekko upośledzonych (debile), jak to wynika z prac Michalskiej (1967, 1970), Wiśniowskiego (1966), Wiśniowskiego i Wojciechowskiej (1968), cechuje nie-

dorozwój somatyczny, który jednak u nich słabiej się zaznacza niż u niedorozwiniętych w stopniu głębszym.

Można zauważyć, iż badani chłopcy wykazują silne zahamowania we wszystkich tych cechach, które intensywnie rozwijają się u młodzieży normalnej w trakcie wzrostu organizmu. Ponieważ w niektórych cechach młodzież głębiej upośledzona bardzo znacznie odbiega od „normy”, w innych cechach natomiast mniej, dlatego sylwetka oligofreników jest na ogół dość nieharmonijna.

Interpretacja wskaźników jest bardziej złożona. Niektóre z nich, jak np. wskaźnik tułowiowo-wzrostowy, biodrowo-barkowy, obwodu uda do wysokości ciała, szerokościowo-długościowy głowy, słabo różnią oligofreników od chłopców normalnych, mimo iż wartości składowe tych cech ilorazowych niejednokrotnie znacznie odbiegają od „normy”. Z analizy innych wskaźników, np. Pigneta, wskaźnika głębokości klatki piersiowej, biodrowo-piersiowego, międzykończynowego i in. wynika, iż budowa ciała młodzieży upośledzonej jest nieharmonijna, jej rozwój somatyczny jest opóźniony, a proporcje ciała w wielu przypadkach są infantylne.

Pod względem wieku zębowego 25,3% chłopców wykazuje opóźnienie, co w przybliżeniu odpowiada analogicznym danym bułgarskim (26,8%; por. Mutafov i Jordanov 1971) i niemieckim (21%; por. Schreiber 1969). Również rozwój płciowy chłopców głębiej upośledzonych wykazuje poważne odchylenia od „normy”.

Analiza różnych cech opisowych, w szczególności profilu nosa i wydatności bródki zdaje się również świadczyć o retardacji rozwojowej oligofreników. U 25,2% chłopców upośledzonych występuje tzw. podniebienie „wysokie”. U 9,2% badanych stwierdzono bruzdę czteropalcową czyli tzw. bruzdę „małpią” U 26,1% oligofreników znajduje się między paluchem i drugim palcem stopy miernie lub silnie wykształcona „szczelina sandałowa”, którą z reguły można obserwować u chłopców z zespołem Langdon-Downa. Bardzo słabe wysklepienie stopy wy-

stępuje u 83,2% badanych, u dzieci z zespołem Langdon-Downa zachodziło ono prawie regularnie.

Uzyskane wyniki świadczą, iż upośledzeniu umysłowemu towarzyszy niedorozwój somatyczny, uwarunkowany prawdopodobnie uszkodzeniem centralnego systemu nerwowego i naruszeniem jego funkcji regulujących rozwój i czynności organizmu. Jednak nie można traktować tego związku jako wyłącznie bezpośredni skutek uszkodzenia centralnego systemu nerwowego, lecz także jako zależność pośrednią: dziecko upośledzone np. „często ujawnia niechęć do ruchu i pracy, ponieważ mięśnie jego są bardzo słabe i każdy wysiłek jest dla niego rzeczywiście męczący. Zaś unikanie wysiłku. powoduje ... dalsze zmniejszenie siły mięśni”; zjawisko to jest tym bardziej niekorzystne, ponieważ „aktywność aparatu ruchowego jest nierozłącznie związana z każdym przejawem życia psychicznego” (Olechnowicz 1971).

4. Charakterystyka danych socjalnych i anamnestycznych

Środowisko rodzinne chłopców

38,5% badanych wywodzi się ze środowiska wiejskiego, sądząc po aktualnym miejscu zamieszkania rodziców. Większość chłopców (70,2%) ma oboje rodziców; środowisko rodzinne pozostałych chłopców odznacza się niestabilnością; 9,4% badanych to dzieci pozamażeńskie.

Wiek matki

Późny wiek matki w czasie ciąży może wywierać niekorzystny wpływ na zdrowotność potomstwa, jak np. u dzieci z zespołem L. — Downa, Pataua, Edwarda. Stwierdzono, że ok. 75% przypadków trisomii chromosomów 21 zależy od wieku matki (Zaremba 1972: 36; por. Weninger i Navratil 1957). Gdy porównujemy ze sobą dane dla dzieci normalnych (Roczn. Dem.

1971: 114) z danymi dla chłopców głębiej upośledzonych, to okazuje się, iż wiek matek chłopców upośledzonych jest wyższy (przeciętnie 28,1 lat). Wiek najmłodszej matki wynosił 15 lat, najstarszej 49. Przewiętny wiek matek dzieci lekko upośledzonych wynosi według danych Michalskiej (1970: 155) 29 lat.

Jeśli z zebranego materiału wyodrębnimy chłopców z zespołem L. — Downa (N = 31), to okazuje się, że przewiętny wiek ich matek jest jeszcze wyższy, bo ok. 31,6 lat. Wiek najmłodszej matki wynosił 18 lat, najstarszej 46 lat. W analogicznym materiale Dobrzańskiej (1970: 12) średni wiek matki wynosił 34 lata; według Zaremby (1966: 55) ok. 36 lat; por. Stockert 1939.

Dzietność rodzin

Przewiętna liczba dzieci w rodzinach, z których pochodzą chłopczy głębiej upośledzeni, wynosi w analizowanym materiale 3,33. Według danych Dykcika (1968: 102) przewiętna dzietność 220 rodzin poznańskich, z których pochodzą oligofrenicy, wynosiła tylko 2,8. Natomiast w materiale Michalskiej (1970: 147), która badała dzieci lżej upośledzone, liczba dzieci, przypadająca średnio na rodzinę, wynosiła 5,17. Zdaniem tej autorki „im wyższy poziom umysłowy i wyższy standard życiowy danej rodziny, tym mniejsza liczba potomstwa. Na tym tle jaskrawo zaznacza się wzmożona dzietność rodzin o niskim poziomie umysłowym obojga rodziców”; por. Dobzhansky (1962). Zagadnienie to jest jednak bardziej złożone, gdyż jak wynika z badań innych autorów „nie zachodzi korelacja liniowa między ilorazem inteligencji a płodnością... a klasy o najniższym ilorazie inteligencji cechuje najniższa rozrodczość... Wydaje się, że negatywna zależność między położeniem socjalnym a liczbą dzieci występowała tylko w relatywnie krótkim okresie” (Schwidetzky 1971: 56—57).

Stan zdrowia psychicznego rodzeństwa

Spośród badanych chłopców 80,3% miało rodzeństwo pod względem psychicznym zdrowe, 10,1% upośledzonych było jedynakami, u 9,6% chłopców przynajmniej jedno z rodzeństwa było również psychicznie upośledzone.

Kolejność urodzenia

Okazuje się, iż pod względem kolejności urodzenia najczęściej chłopców głębiej upośledzonych, bo 37,3% jest dzieckiem pierworodnym. W przypadku debili zbadanych przez Michalską (1970: 148), odsetek dzieci pierworodnych wynosił 32,8%. Jak wiadomo, pierwszy poród bywa trudniejszy i bardziej niebezpieczny dla matki i dziecka niż porody następne.

Zawód rodziców

Spośród chłopców głębiej upośledzonych 37,5% wywodzi się z rodzin, których ojcowie nie mają kwalifikacji zawodowych, a 79,5% ojców wykonuje pracę fizyczną. Podobny wynik (74%) otrzymał Dykcik (1968: 10) badając rodziny dzieci głębiej upośledzonych w Poznaniu.

U chłopców lżej upośledzonych, jak wynika z danych Michalskiej (1970: 141), odsetek ojców — robotników niewykwalifikowanych wynosił nawet 47,1%, przy czym tylko 68,6% z nich miało ukończone wykształcenie podstawowe, zaś 3,9% z nich było analfabetami. W zebranych przeze mnie materiale było tylko 2 ojców — analfabetów.

Tylko 11,1% ojców trudni się rolnictwem. Dane te niekoniecznie jednak przemawiają na korzyść większej zdrowotności psychicznej ludności wiejskiej, żyjącej w bardziej naturalnym środowisku, aczkolwiek można by się tu powołać na fakt, iż częstotliwość zapadania na chorobę L. — Downa zwiększyła się dopiero znacznie od czasu rewolucji przemysłowej (Schreiber 1969). Natomiast nie spotyka się zespołu Downa u prymitywnej, nie zurbanizowanej jeszcze ludności afrykańskiej, zacho-

wującej pradawne tradycje plemienne. Z rozmów z dyrekcją zakładów opiekuńczych na ten temat wynikało jednak, iż rodzice — rolnicy mniej usilnie zabiegają o umieszczenie upośledzonego dziecka w zakładzie. Nie wszystkie bowiem dzieci głębiej upośledzone umysłowo ze względu na brak miejsca mogą być przyjęte do zakładu (por. Karczewski 1967). Według Kotlarskiego (1971: 43) prawie połowa tych dzieci statystycznie ujętych przebywa poza zakładem, prawdopodobnie wielu z nich pochodzi z środowiska wiejskiego.

Stan zdrowia psychicznego rodziców

Szczególłą uwagę zwrócono na dane dotyczące stanu zdrowia rodziców, przy czym informacje na ten temat można było niekiedy czerpać z kilku niezależnych od siebie źródeł.

Odnosnie 77,0% matek i 70,8% ojców nie było żadnych zastrzeżeń co do ich zdrowia fizycznego czy też psychicznego („normalni”); u 9,0% matek i u 4,0% ojców stwierdzono jakąś chorobę psychiczną lub upośledzenie umysłowe, zazwyczaj jednak nie podawano na jakim tle.

Alkoholizm stwierdzono u 16,4% ojców i u 3,3% matek. Nie znaczy to jednak, iż we wszystkich tych przypadkach był on czynnikiem psychopatogennym. W świetle ostatnich badań bowiem „długo utrzymujące się przekonanie o blastoforii alkoholowej nie uzyskało potwierdzenia” (Komitet Ekspertów Zdrowia Psychicznego W H O = K E Z P (1967: 165).

Przytoczone dane raczej nie wskazują na to, by w większości przypadków niedorozwój umysłowy był przekazywany potomstwu bezpośrednio drogą dziedziczenia. Odmiennego zdania jest Michalska (1970: 140), która na podstawie badań środowiskowych doszła do wniosku, iż „młodzież upośledzona umysłowo pochodzi z rodzin, w których oboje rodzice wykazują niski poziom umysłowy, co przejawia się w braku kwalifikacji zawodowych i w niedostatecznym wykształceniu. Należy przypuszczać, że większość rodziców mających dzieci upośledzone umysłowo również jest takim upośledzeniem dotknięta... Potwierdza to od dawna przez wielu autorów wysuwaną hipotezę

o dziedziczeniu się upośledzenia umysłowego” (s. 140, por. 159).

Tego rodzaju interpretacja danych przez Michalską nasuwa jednak pewne wątpliwości. Brak bowiem kwalifikacji zawodowych czy nawet analfabetyzm rodziców można również tłumaczyć innymi przyczynami, np. niekorzystnymi warunkami życiowymi, tym bardziej, że dla wielu tych rodziców okres szkolny i czas przysposobienia zawodowego przypadł na trudne lata międzywojenne i wojenne.

Interpretacja danych Michalskiej wydaje się też trudna do pogodzenia z wynikami badań innych autorów, np. Engela (1973: 117), według którego sam odsetek przypadków niedorozwoju umysłowego o nieznaney etiologii wynosi ok. 43, zaś według K E Z P (1967: 165) procent ten wynosi od 50—90.

Gdy weźmiemy pod uwagę przypadki o znanej etiologii, to jedynie część z nich jest uwarunkowana czynnikami genetycznymi, jak np. upośledzenie umysłowe w następstwie dziedzicznie uwarunkowanego nieprawidłowego przebiegu procesów metabolicznych (por. Zaremba 1972, Krone 1973, Jensen 1973). Ale nawet w przypadkach upośledzenia umysłowego na tle dziedzicznym trzeba liczyć się z tym, iż „pewne anomalie chromosomalne mogą być spowodowane czynnikami egzogennymi” (K E Z P: 165; por. Pelz u. Mieler 1972, Wolf 1973).

Wiele czynników etiologicznych niedorozwoju umysłowego ma jednak charakter niedziedziczny; por. K E Z P 1967, Hoff 1956). Okazuje się np. iż „wcześnie i długo oddziaływujące niekorzystne warunki socjalne mogą być ważnym (choć nie jedynym) czynnikiem przyczynowym” (K E Z P 1967:165). Można by wskazać w związku z tym na interesujące badania Hebera, który otoczył specjalną opieką pedagogiczną grupę dzieci, których matki w 80% przypadków miały iloraz inteligencji poniżej 80. Wyniki doświadczenia okazały się godne uwagi, ponieważ „średnia ilorazu inteligencji u dzieci z grupy eksperymentalnej (w wieku lat 4) sięgała 120, u dzieci z grupy kontrolnej nieznacznie przekraczała 60” (Wald: 12; por. Kostrzewski 1966).

5. Rewalidacja umysłowo upośledzonych

Trudno oczekiwać, by przy poważnym uszkodzeniu systemu nerwowego i znacznej niewydolności różnych organów, próby chociażby częściowej rewalidacji powiodły się w każdym przypadku. Okazuje się jednak, że nawet spośród głęboko upośledzonych „wiele osób może przez stałe ćwiczenie uzyskać pewien postęp w ograniczonym zakresie” (Dybwaad 1966: 23), chociażby w opanowaniu niektórych czynności samoobsługowych; por. Pawlus i Mrugalska 1971; Goldberg i Rooke 1973.

U imbecyli można w odpowiednich warunkach osiągnąć znacznie korzystniejsze rezultaty. Upośledzeni w stopniu znacznym mogą bowiem „w dużej mierze nauczyć się samoobsługi, a jeżeli stan fizyczny nie stanowi przeszkody, wielu z nich może wykonywać proste czynności użyteczne (zarówno zakłady zamknięte, jak i placówki otwarte mają coraz lepsze doświadczenia w pracy z tą grupą)”. Imbecyle umiarkowani zaś „zadziwiają swoimi osiągnięciami najbardziej doświadczonych praktyków. Uważani niegdyś za niewyuczalnych... przechodzą z powodzeniem szkolenie zawodowe w zakresie prostych prac i dobrze pracują w środowisku chronionym” (Dybwaad 1966: 22).

Gimnastyka rehabilitacyjna i ćwiczenia sprawnościowe z młodzieżą upośledzoną, nauczanie oligofreników samoobsługi i prostych czynności użytecznych, a nawet wdrożenie ich do nieskomplikowanej pracy fizycznej wymaga niewątpliwie znacznego nakładu pracy pedagogicznej, cierpliwości, kwalifikowanego personelu oraz nieodzownej bazy materialnej. To też problem rewalidacji przy pomocy np. specjalnych instruktorów terapii zajęciowej i szkolenia zawodowego jest w poszczególnych zakładach różnie rozwiązywany.

W niektórych nawet zakładach praca, wykonywana przez grupę sprawniejszych starszych chłopców, została ujęta w ramy zorganizowanej produkcji np. elementów elektrotechnicznych lub skrzynek transportowych w przyzakładowym warsztacie wytwórczym pracy chronionej.

Tego rodzaju nowe rozwiązania organizacyjne dorównują najlepszym osiągnięciom zagranicznym w tej dziedzinie, np. w Holandii, Szwecji, Francji i Szwajcarii (por. Meuzelaar 1966, Garlicki 1967, Kulikowska 1970, Kirejczyk 1970). Chodzi bowiem o to, by młodzież upośledzoną otoczyć nie tylko opieką, lecz przygotować ją do wykonywania użytecznej pracy. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, iż jest ona nieraz w stanie „wykonywać cały szereg prac, skutecznie konkurując z odpowiednimi grupami zawodowymi ludzi zdrowych... W niektórych przypadkach obserwowano nawet wyższą jakość wytwarzanych produktów i lepsze wskaźniki wydajności u osób upośledzonych umysłowo” (Hese i in. 1971: 22).

Praca wykonana przez oligofreników prócz wartości wymierzonych ma również charakter psychoterapeutyczny, gdyż wyraźnie sprzyja ich lepszemu samopoczuciu, zwiększa ich zainteresowanie i samodzielność życiową oraz korzystnie wpływa na ich ogólny rozwój psychofizyczny (por. Lauschowa 1967, 1968). W trakcie badań można było nadto przekonać się, iż młodzież z takich grup odznaczała się korzystniejszą budową somatyczną i większą sprawnością ruchową w porównaniu z innymi chłopcami.

Piśmiennictwo

Cawley, J. i A. Pappanikou. 1973. Dzieci lżej upośledzone umysłowo (wyuczalne). *Metody pedagogiki specjalnej*, pod red. N. G. Haringa i R. L. Schiefelbuscha. PWN, Warszawa; 106—144.

Dobrzanska, A. 1970. Study of Children with Down's Syndrome. *Bull. of Polish Medical Science a. History* XIII/1: 8—14.

Dobzhansky, T. 1962. *Mankind Evolving*. Yale University Press, New Haven.

Dybwaad, G. 1966. Dynamika rozwoju w niedorozwoju umysłowym. *Materiały Informacyjno-Dydaktyczne* 2: 12—23.

Dykciak, W. 1968. Rodziny dzieci głębiej umysłowo upośledzonych i ich sytuacja społeczna. *Materiały Informacyjno-Dydaktyczne*, 6—7: 92—108.

Engel, W. 1973. *Genetik und Intelligenz*. H. Autrum u. U. Wolf (Ed.) *Humanbiologie*, Springer Verl., Berlin: 106—119.

Garlicki, R. 1967. Wizyta w Szwajcarii. *Materiały Informacyjno-Dydaktyczne* 3: 67—86.

Goldberg, I. I. i B. M. L. Rooker. 1973. Badania naukowe i postępowanie wychowawcze w stosunku do dzieci głębiej upośledzonych umysłowo (wyćwiczalnych). *Metody pedagogiki specjalnej*, pod red. N. G. Haringa i R. L. Schiefelbuscha. PWN, Warszawa: 145—171.

Hese, R. i wsp., 1971. Rehabilitacja zawodowa w domu pomocy społecznej. *Materiały Informacyjno-Dydaktyczne* 13: 16—23.

Hoff, H. 1956. *Lehrbuch der Psychiatrie*. I. Benno Schwabe et Co. Verl., Basel.

Jensen, A. R. 1972. A two factor theory of familial mental retardation. *Human Genetics*, J. de Crouche a. al. (Ed.), *Excerpta Medica*, Amsterdam: 263—271.

Karczewski, M. 1967. Domy specjalne dla dzieci głębiej niedorozwiniętych umysłowo. *Materiały Informacyjno-Dydaktyczne* 3: 53—66.

KEZP (= Komitet Ekspertów Zdrowia Psychicznego przy Światowej Organizacji Zdrowia). 1967. Organizacja usług dla opóźnionych umysłowo, tłum. T. S. Gałkowski. Wybrane zagadnienia z defektologii, I, ATK, Warszawa, 1972: 153—220.

Kirejczyk, K. 1970. Charakterystyczne cechy szkolnictwa specjalnego w Szwecji. *Materiały Informacyjno-Dydaktyczne* 10—11: 23—53.

Kostrzewski, J. 1966. W sprawie zasad oceny dzieci o opóźnionym rozwoju umysłowym. *Materiały Informacyjno-Dydaktyczne* 2: 24—53.

Kotlarski, M. 1971. Stan i potrzeby szkolnictwa specjalnego dla upośledzonych umysłowo w Polsce. *Materiały Informacyjno-Dydaktyczne* 14: 39—55.

Krone, W. 1973. *Biochemische Genetik angeborener Stoffwechselstörungen*. H. Autrum u. U. Wolf, (Ed.), *Humanbiologie*. Springer Verl. Berlin: 146—159.

Kulikowska, A. 1970. Szkolenie i rehabilitacja osób upośledzonych umysłowo we Francji. *Materiały Informacyjno-Dydaktyczne* 10—11:

Lauschowa, U. 1967. Zespół wstępnego przygotowania do pracy w Poznaniu. *Materiały Informacyjno-Dydaktyczne* 3: 87—116.

Lauschowa, U. 1968. Zmiany w psychice młodzieży zatrudnionej w zakładzie pracy chronionej. *Materiały Informacyjno-Dydaktyczne* 6—7: 113—121.

Meuzelaar, A. 1966. Zakłady pracy chronionej — budowa i zaplanowanie. *Materiały Informacyjno-Dydaktyczne* 2: 67—77.

Michalska, E. 1967. Wzrost i ciężar ciała młodzieży województwa bydgoskiego upośledzonej umysłowo w porównaniu z młodzieżą normalną — z uwzględnieniem środowiska domowego i internatowego. *Przegląd Antropologiczny* XXXIII/1: 101—105.

Michalska, E. 1970. Badania antropologiczne młodzieży umysłowo upo-

sledzonej województwa bydgoskiego, praca dokt. nie opubl., Zakł. Antr. Uniw. M. Kopernika, Toruń.

Mutafov, S. 1968a. Grundangaben über die körperliche Entwicklung und Leistungsfähigkeit der Heranwachsenden mit Oligophrenie in ihren drei Stufen (Debilitas, Imbecillitas et Idiotia). Anthropologie und Humangenetik. G. Fischer Verl., Stuttgart: 142—153.

Mutafov, S. 1968b. Nekotoryje perwonaczalnyje dannyje o psichofiziceskom razvitii detej, junoszej i dewuszek (ot 3 do 19 let) raznych stepenej oligofrenii i kefalosomaticzeskij sindrom debikow iz wspomogatelnych szkol. Woprosy antropologii 29: 119—129.

Mutafov, S. 1970. Mediko-antropologiczno prouczwane na oligofrenii deca i podrastwaszi. Byłgarska Akad. na Nauk., Otd. za Med. Nauki: 1—38.

Mutafov, S. u. J. Jordanov. 1971. Über einige Veränderungen in der Mundhöhle bei Kindern mit Oligophrenie. Dt. Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde 56: 227—235.

Mutafov, S. u. J. H. Scharf. 1970. Psychosomatische Zusammenhänge bei der Entwicklung minderbegabter Kinder. Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 22/5: 161—172.

Olechnowicz, H. 1971. Potrzeby psychiczne dzieci głębiej upośledzonych umysłowo. Materiały Informacyjno-Dydaktyczne 14: 1—38.

Pawlus, M. i K. Mrugańska. 1971. Metoda osiagania czystości u dzieci głębiej upośledzonych umysłowo. Materiały Informacyjno-Dydaktyczne 14: 72—81.

Pelz, L. u. W. Mieler. 1972. Klinische Zytogenetik. VEB G. Fischer Verl. Jena.

Rocznik Demograficzny 1971. Główny Urząd Statystyczny Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. Warszawa.

Rosiński, F. 1974. Badania antropologiczne chłopców głębiej upośledzonych umysłowo. Praca dokt. nie opublik. Biblioteka Uniwersytetu Wrocławskiego.

Schreiber, U. 1969. Gebissuntersuchungen an schwachsinnigen Kindern und Jugendlichen. Ludw. Maxim. Univ., München.

Schwidetzky, I. 1971. Hauptprobleme der Anthropologie. Verl. Rombach, Freiburg.

Simkova, N. 1969. Telesne charakteristiky mentalne retardovanych deti, Psychologia a patopsychologia dietata. Slov. Pedagog. Naklad., Bratislava.

Stockert, F. C. v. 1939. Einführung in die Psychopathologie des Kinderalters. Urban u. Schwarzenberg, Berlin.

Szwedzińska, A. S. 1974. Z badań antropologicznych głębiej upośledzonych umysłowo dzieci w wieku 3 i 7 lat. Acta Universitatis Wratislaviensis 213. Prace Zoolog. V: 45—49.

Tizard, J. 1969. Wprowadzenie. Upośledzenie umysłowe. A. M. Clarke i A.D.B. Clarke (wyd.). PWN. Warszawa: 13—31.

Wald, I. 1970. II Kongres Międzynarodowego Stowarzyszenia do Badań Naukowych nad Niedorozwojem Umysłowym. Materiały Informacyjno-Dydaktyczne 12: 7—17.

Weninger, M. u. L. Navratil. 1957. Die Vierfingerfurche in ätiologischer Betrachtung. Mitteil. der Anthr. Gesellsch. in Wien LXXXVII: 1—21.

Wiśniewski, Z. i I. Wojciechowska. 1968. Rozwój cech morfologicznych dzieci upośledzonych. Przegląd Antropologiczny XXXIV/1: 130.

Wiśniowski, Z. 1966. Rozwój somatyczny i motoryczny chłopców w wieku 9,5—13,5 lat. obarczonych somatycznym i motorycznym debilizmem. Praca dokt. nie opublikowana, Zakład Antropologiczny U.J., Kraków.

Wolf, U. 1973. Die Chromosomen bei gesunden und kranken Menschen. H. Autrum u. U. Wolf (Ed.), Humanbiologie. Springer Verl., Berlin: 96—105.

Wstępne tezy do programu w sprawie zapobiegania, organizacji, leczenia i rehabilitacji dzieci upośledzonych umysłowo. Materiały Informacyjno-Dydaktyczne 12: 47—61.

Zaremba, J. 1966. Zespół Downa — charakterystyka, przyczyny, wskazówki dla rodziców. Materiały Informacyjno-Dydaktyczne 2: 54—66.

Zaremba, J. 1972. Przyczyny niedorozwoju umysłowego. Wybrane Zagadnienia z Defektologii, I, pod red. T. Gałkowskiego. ATK, Warszawa: 9—47.

Anthropologisch-soziologische Untersuchungen an psychisch unterentwickelten Knaben

Zusammenfassung

Vorliegendes Material umfasst 335 Imbezille und 276 Idioten im Alter von 7—17 Jahren. Alle untersuchten Knaben befinden sich in Pflegeheimen. An jedem Kind wurden 52 Messungen vorgenommen, ausserdem wurden die wichtigsten descriptiven Merkmale berücksichtigt. Die Angaben über die Familienverhältnisse der Zöglinge beruhen auf amtlichen Ermittlungen.

Die Analyse der wichtigsten Kopf- und Körpermasswerte ergab, dass die geistig minderbegabten Knaben auch in der somatischen Entwicklung grössere Verzögerungen aufweisen, wobei die Distanz von der „Norm“ mit fortschreitendem Alter meist zunimmt. Die somatische Unterentwicklung ist bei den Idioten erheblich grösser als bei den Imbezillen; oft ist der Unterschied zwischen beiden Gruppen statistisch signi-

fikant. Auch die Mittelwerte der Körperindizes weisen oftmals auf eine Verzögerung in der körperlichen Entwicklung hin, ebenso lassen die Durchschnittswerte der deskriptiven Merkmale organische Hemmungen und Störungen erkennen.

Die Knaben sind meist städtischer Herkunft. Ihre Mütter sind durchschnittlich älter als die Mütter normaler Kinder in Vergleichsserien, besonders stark ist dies bemerkbar bei Kindern mit dem Langdon-Down Syndrom. Grösstenteils waren die Eltern und Geschwister der untersuchten Knaben physisch und psychisch gesund („normal“). Alkoholismus, der oft als Ursache dieser psychischen Unterentwicklungen gilt, wurde bei den Eltern nicht gerade häufig festgestellt.

Obwohl in der Revalidation psychisch unterentwickelter Kinder und Jugendlichen sehr bedeutende Erfolge verzeichnet wurden, so stehen hier jedoch noch verschiedentliche Möglichkeiten offen. Besonderer Nachdruck, vor allem bei Imbezillen, sollte auf eine ihrer Fassungskraft entsprechende Berufsausbildung gelegt werden.