

1.212.324
BIBLIOTEKA PEDAGOGIKI LECZNICZEJ

REDAKTOR Dr. M. GRZEGORZEWSKA

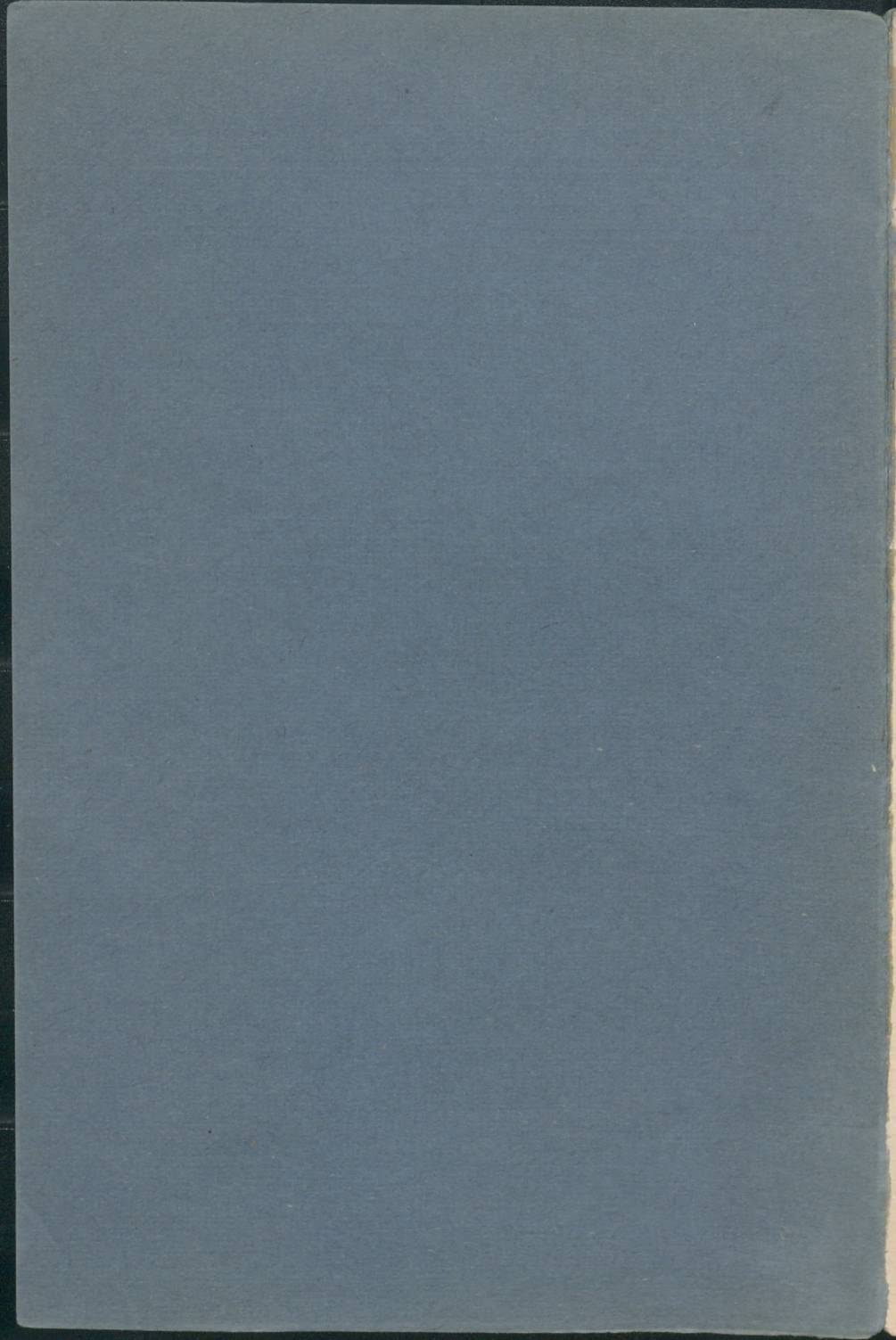
Nr. 9.

Dr. WŁADYSŁAW STERLING

DZIECKO HISTERYCZNE

Wydanie II

NAKŁADEM „NASZEJ KSIĘGARNI”, SP. AKC.
ZWIĄZKU NAUCZYCIELSTWA POLSKIEGO
WARSZAWA 1933



BIBLIOTEKA PEDAGOGIKI LECZNICZEJ

REDAKTOR Dr. M. GRZEGORZEWSKA

Nr. 9.

Dr. WŁADYSŁAW STERLING

DZIECKO
HISTERYCZNE

Wydanie II

NAKŁADEM „NASZEJ KSIĘGARNI”, SP. AKC.
ZWIĄZKU NAUCZYCIELSTWA POLSKIEGO
WARSZAWA 1933

Biblioteka Narodowa
Warszawa



30001020154927



4 1.212.324

Zakł. Graf. „NASZA DRUKARNIA”, Warszawa, Sienna 15.

1977 K 2406/76

Histerja jest jednym z najbardziej ważnych i charakterystycznych przejawów *zwyrodnienia neuropatycznego* — i dlatego też przyczyny powstawania histerji wieku dziecięcego zbiegają się ze szkodliwościami różnorodnej natury, które sprzyjają powstawaniu zwyrodnienia. Wpływ warunków socjalnych i rozwoju kultury, wpływ rasy i narodowości oraz rozmaitych postaci dziedziczenia — przejawia się tu w sposób analogiczny, jak i w mechanizmie powstawania innych reprezentantów rozległego terenu psychopatologii dziecięcej. A jeżeli t. zw. *dziedziczność homologiczna* występuje tu niejednokrotnie plastyczniej, aniżeli w innych typach nerwowych i psychopatologicznych, to przypisać to należy w znacznym stopniu wpływowi *sugestji wzruszeniowej* i naśladowczej, ułatwiającej występowanie u dzieci objawów, któremi dotknięci są ich rodzice. Wogóle, mówiąc o przyczynach histerji dziecięcej, odróżniamy dwie sprawy *odrębne*: t. zw. *usposobienie* do histerji, które może być skutkiem całego szeregu momentów zwyrodnieniowych i które najczęściej bywa *wrodzone*, oraz występowanie *objawów* histerycznych na podłożu tego usposobienia pod wpływem najróżnorodniejszych motywów natury z wewnątrz i z zewnątrz pochodnej — najczęściej o charakterze wzruszeniowym.

Jakkolwiek źródłosłów grecki nazwy hysterji oznacza narząd płciowy kobiety i jakkolwiek w zaraniu rozwoju nauk lekarskich starano się zjawiska hysterji wyprowadzić z zaburzeń tego narządu, badania wszakże czasów nowszych wykazały zupełną bezpodstawność tego poglądu. Stwierdziły one na olbrzymim materiale, że hysteria jest właściwa płci nietylko kobiecej, lecz również i męskiej i że nie oszczędza ona również *wieku dziecięcego*, występując w okresie tym w postaci szczególnie charakterystycznej. Istnieją liczne badania statystyczne, starające się wyświecić częstość występowania zjawisk hysterji w rozmaitych okresach wieku dziecięcego. Najbardziej miarodajna pod tym względem jest statystyka *Clopatta*, oparta na badaniu 272 dzieci histerycznych, którą tu w skróceniu przytaczam. Objawy hysterji mianowicie wystąpiły:

w	1-ym lub 2-im roku życia u	20 dzieci	—	19 dziewcz.	—	1 chłopca		
”	3	”	”	”	”	1	”	”
”	4	”	”	”	”	2	”	1
”	5	”	”	”	”	6	”	5
”	6	”	”	”	”	3	”	1
”	7	”	”	”	”	19	”	15
”	8	”	”	”	”	22	”	16
”	9	”	”	”	”	22	”	15
”	10	”	”	”	”	33	”	18
”	11	”	”	”	”	41	”	24
”	12	”	”	”	”	35	”	22
”	13	”	”	”	”	47	”	27
”	14	”	”	”	”	20	”	12
”	15	”	”	”	”	3	”	—
								3

Najczęściej ujawnia się hysteria dziecięca pomiędzy 7-ym rokiem życia a okresem dojrzewania płciowego, jednakowoż i poniżej 7-ego roku życia nie należy hysterji do rzadkości. Cały szereg ciężkich zaburzeń histerycznych spostrzegany był przez rozmaitych autorów pomiędzy 4-ym

a 6-ym rokiem życia. Francuska szkoła neurologiczna uznaje nawet przypadki hysterji u ssawców, jakkolwiek obserwacje takie należy traktować z wielką rezerwą.

Zakres przejawów hysterji dziecięcej jest tak rozległy, że analiza ich całokształtu przekroczyłaby ramy niniejszej charakterystyki. Dla zorjentowania się w tej różnorodności i bogactwie zjawisk chorobowych — niezbędne jest dokładne uświadomienie sobie, co należy pojmować pod nazwą *dziecka histerycznego* — innemi słowy, niezbędna jest ścisła definicja hysterji. Wbrew panującym wśród publiczności najzupełniej opacznyim poglądom, które zbyt pochopnie przylepiają etykietkę hysterji do wszelkich niezrozumiałych przejawów usposobienia i charakteru ludzkiego, hysterja jest ściśle określonym zaburzeniem układu nerwowego, którego pochodzenie w odróżnieniu od licznych *organicznych*, a więc związanych materjalnemi zmianami układu nerwowego zachorzeń, jest natury wyłącznie *psychologicznej*. To znaczy, że hysterja drogą pewnych, jeszcze niedokładnie dotąd zbadanych procesów psychicznych stwarza *nienormalny sposób reagowania* dziecka, przyczem łatwo daje się stwierdzić szereg płynnych stanów przejściowych pomiędzy dzieckiem normalnem a histerycznem. Już bowiem w warunkach normalnych istnieje bardzo ścisły związek pomiędzy sferą psychiczną a cielesną, a przedewszystkiem wybitny wpływ wzruszeń na powstawanie objawów cielesnych. Szwajcarski uczoney, *Du-Bois*, poświęcił bardzo subtelną analizę temu związkowi, wykazując, do jakiego stopnia już w warunkach fizjologicznych wahania *wzruszeniowe* powodują powstawanie objawów cielesnych. Każdy z własnego doświadczenia wie, że uczucie wstydu powoduje zaczerwienienie, uczucie strachu — zblednięcie, uczucie wesołości — specjalny układ mięśni twarzy, uczucie smutku — wydzielanie łez, uczucie obrzydzenia — skłonność do wymiotów, uczucie strachu — porażenie człon-

ków i mimowolne oddawanie moczu i kału, zakłopotanie — jąkanie się i t. p.

Analogiczny jest mechanizm występowania niektórych objawów cielesnych, które powstają w sposób *imaginacyjny*. Ból, który odczuwamy sami, jeżeli ktoś w naszej obecności zakraje się nożem, swędzenie, które nam dokucza, jeżeli ktoś w naszym towarzystwie zaczyna się drapać, ziewanie, które nas ogarnia, jeżeli w tym samym pokoju zaczyna ktoś ziewać — wszystko to jest przejawem transpozycji czynności psychicznych, a właściwie wzruszeniowych, w zjawiska cielesne. Wszystkie jednakże zjawiska wymienione są przemijające i znikają wkrótce po przeminięciu wzruszeń lub wzruszeniowo zabarwionych wyobrażeń. Dla hysterji natomiast charakterystyczne jest, że wzruszenia i wzruszeniowo zabarwione wyobrażenia powodują nieproporcjonalnie długotrwałe w swem następstwie zjawiska natury cielesnej, przybierając niekiedy kształty zupełnie obce osobnikowi zdrowemu. Skurcz krtani, występujący u dziecka zdrowego pod wpływem strachu, przekształca się u dziecka histerycznego w długotrwałą niemotę; mdłości, zjawiające się u zdrowego dziecka pod wpływem obrzydzenia powodują u dziecka histerycznego niesłychanie uporczywe wymioty; niemoc, ogarniająca członki zdrowego dziecka pod wpływem wzruszenia i lęku, odbić się może u dziecka histerycznego w postaci porażień i przykurczów mięśniowych. Tak więc zasadniczą cechą hysterji jest wpływ czynników psychicznych na procesy inercyjne, przewyższający swoim natężeniem, trwałością i ukształtowaniem objawów zwykle reakcje fizjologiczne. Wobec tego zaś, że w odróżnieniu od zachorzeń organicznych wszystkie przejawy hysterji są wyzwalane i podtrzymywane przez procesy psychiczne, zjawiska histeryczne określane bywają również nazwą *psychopochodnych* lub *psychorodnych*, zaś sama sprawa chorobowa określana bywa

przez niektórych badaczy nazwą *psychogenji*. Stwierdzenie wszakże psychopochodnego charakteru objawów histerycznych, które jest niewzruszonym dobytkiem badań ostatniego stulecia, ukazując tylko pierwsze i ostateczne ogniwo w splątanym łańcuchu zjawisk histerycznych, nie wyjaśnia nam jeszcze bynajmniej samego *mechanizmu* powstawania objawów histerycznych. W celu wyjaśnienia tej sprawy uruchomiony został w ostatnich czasach cały olbrzymi aparat badań i dociekań biologicznych, genetycznych, psychoanalitycznych i eksperymentalno-psychologicznych. Na zasadzie tych badań skonstruowany został długi szereg *teoryj* hysterji, niekiedy bardzo pomysłowych i interesujących, z których ważniejsze będą miały jeszcze sposobność omówić.

Zamiarem moim nie jest tu wyczerpać nieograniczoną mnogość przejawów hysterji dziecięcej, ale uwydatnić tylko te z nich, które są najbardziej ważne i charakterystyczne, a przede wszystkim podnieść te cechy, które odróżniają hysterję wieku dziecięcego od hysterji osobników dorosłych. W bardzo wielkiej ilości przejawów hysterji dziecięcej z łatwością dadzą się wyodrębnić pewne typy swoiste: jedne z nich mianowicie występują w postaci wyłącznie *napadowej*, inne natomiast mają charakter bardziej *trwały*, jedne rozgrywają się w dziedzinie wyłącznie *cielesnej*, inne — w dziedzinie wyłącznie *psychicznej*, jeszcze inne wreszcie ogarniają zarówno psychikę, jak i układy cielesne.

Rozpocynam od zjawiska wprawdzie nie najbardziej częstego, ale zato najbardziej charakterystycznego, jakim jest *drgawkowy napad* histeryczny, zdarzający się częściej u dzieci starszych, zbliżających się do okresu dojrzewania płciowego lub stojących na rubieży tego okresu. Napad histeryczny objawia się całym chaosem mimowolnych ruchów kurczowych, z różnorodnych układów mięśniowych i mniej lub więcej głębokich zaburzeń świadomości — w którym to cha-

osie zjawisk słynny neurolog francuski, *Charcot*, po raz pierwszy dopatrzył się pewnej prawidłowości. Pozornie zbliżony przejawami swemi do napadu *padaczkowego*, różni się od niego napad histeryczny niezupełną utratą przytomności, brakiem nietrzymania moczu i kału oraz zdolnością reagowania źrenic. I tutaj napad zazwyczaj rozpoczyna się krzykiem i upadkiem dziecka na ziemię, nigdy jednakże nie spostrzegamy, ażeby dziecko runęło na podłogę gwałtownie, raczej układa się dość łagodnie, nie przyczyniając sobie zazwyczaj poważniejszych obrażeń ciała. Bezpośrednio potem wkracza dziecko w *pierwszy* okres t. zw. *wielkiego napadu* histerycznego, który nosi nazwę *wielkiego łuku* (*arc de cercle*). Nazwa ta spowodowana jest łukowatym przegięciem kręgosłupa ku tyłowi, które może być tak daleko posunięte, że dziecko dotyka podłogi lub pościeli tylko potylicą i piętami, utrzymując się przez dłuższy czas w takiej groteskowej pozycji, przyczem ciało naprzemian albo wypina się ku górze, albo zapada się ku dołowi. Owo wypinanie się i zapadanie tułowia powtarza się wielokrotnie i trwać może kilkanaście minut. Niekiedy ów pierwszy okres napadu histerycznego rozpoczyna się od całego szeregu objawów natury psychicznej lub cielesnej, które stanowią niejako uverture do mającego nastąpić przedstawienia: niepokój ruchowy naprzemian z nieumotywowanymi wybuchami wesołości, halucynacje wzrokowe i słuchowe o zabarwieniu przeraźliwym lub częściej *erotycznym*, napady kaszlu, ziewania lub czkawki, mdłości, skurcz przełyku, bóle w okolicy jamy brzusznej, zawroty głowy, szum w uszach, uczucie zamierania w kończynach, kilka drgnięć powiek, konwulsyjne drgania całego ciała lub kończyn — poprzedzać mogą niekiedy toniczne stężenie muskulatury tułowia.

Drugi okres napadu histerycznego nosi popularną nazwę *clownizmu*, a to z powodu dziwacznych ruchów cyrkowych,

skręcających i rzutowych, które wypełniają cały czas jego trwania. Dzieci wałkują się po podłodze lub na łóżku z jednego brzegu na drugi, skręcają ręce i nogi, przekrzywiają twarz, wyginają karykaturalnie palce dłoni i stóp. W wielu wypadkach konstelacje tych ruchów przybierają pewien charakter stereotypowy, przypominając niektóre bardziej złożone czynności życiowe. Do najbardziej częstych takich konstelacji należą t. zw. „ruchy pozdrowienia” („salutations” Charcot’a), kiedy dziecko, leżąc na łóżku, zgina maksymalnie tułów ku przodowi, a następnie gwałtownie odrzuca go wtył. U jednej z małych pacjentek moich rzuty te do złudzenia przypominały t. zw. „taniec brzucha” wschodnich tancerek. 12-letnia dziewczynka, którą mam na obserwacji, wykonywa w okresie tym stereotypowe i gwałtowne ruchy, przypominające formalnie *młócenie cepem*, uderzając głową o poduszkę. Ruchy tej właśnie kategorii są niejako przejściem do spostrzeganych często w tym okresie napadu niezmiernie gwałtownych i agresywnych zespołów ruchowych, skierowanych przeciwko samemu sobie lub otoczeniu: dzieci tłuką pięściami po piersiach, wałą głową o ścianę, wydzierają sobie włosy z głowy, drą pościel i ubranie, wydają wściekle okrzyki lub zwierzęce wycie.

Bezpośrednio potem następuje *trzeci* okres wielkiego napadu histerycznego, który nosi nazwę *układów patetycznych* („*attitudes passionnelles*”) lub *póź plastycznych*. W okresie tym występują na plan pierwszy zaburzenia psychiki i zamroczenie świadomości. Dzieci, pozostając pod przemożnym wpływem licznych omamów zmysłowych, wizyj, scen i obrazów, przepływających jak w latarni czarnoksiężkiej przez ich psychiczne pole widzenia, przeżywają najróżnorodniejsze sytuacje w postaci teatralnej, fantastycznej i niekształconej.

Zjawiska powyższe przechodzą niepostrzeżenie w okres

czwarty wielkiego napadu histerycznego, który stanowi jego zakończenie. W okresie tym, zwanym *majaczeniowym*, dzieci roztrząsają na głos wypadki i zdarzenia, rozmawiają głośno z osobami nieobecniemi, dyskutują i deklamują na głos, zachowując się naogół dość spokojnie. Dwunastoletnia dziewczynka, o której wspomniałem poprzednio, recytowała w okresie tym na pamięć całe stronicie wierszy Słowackiego oraz prozy Krasińskiego i Sienkiewicza, do czego w okresach międzypadawych absolutnie nie była zdolna.

Po przeminięciu napadu brak jest zazwyczaj następczego snu, który tak charakterystyczny jest dla padaczki; dzieci zaraz po napadzie wstają rażne, jakgdyby nic się nie stało, bez śladów jakiegokolwiek wyczerpania. Nagły i silny bodziec, np. strumień zimnej wody albo ucisk dolnej połowy jamy brzusznej może niekiedy odrazu przerwać napad histeryczny, którego trwanie jest naogół znacznie dłuższe, niż trwanie napadu padaczkowego. Przeciętnie napady histeryczne trwać mogą od kwadransa do pół godziny, zdarzają się wszakże napady, które przeciągają się na godziny, a nawet na całe dni. W odróżnieniu od padaczki pamięć o napadzie zostaje zachowana, przynajmniej częściowo, i dzieci zazwyczaj chętnie opowiadają o swoich przeżyciach podczas napadu. Znamienne jest, że dziecko, dotknięte histerją, nigdy nie dostaje napadu drgawek, o ile niema nikogo przy niem albo przynajmniej w takiej odległości, ażeby napad mógł zwrócić jego uwagę. Charakterystyczne jest również, iż podczas najgwałtowniejszych ruchów rzutowych dzieci nigdy nie przynoszą sobie poważniejszych uszkodzeń ciała: mogą mieć miejsce drobne zadrażnienia lub zadrapania skóry, ale nigdy głębokie obrażenia, jakie zdarzają się często podczas napadów padaczkowych. Jakkolwiek napady drgawkowe występują niekiedy zupełnie *samoistnie*, jednakowoż wyzwalać je mogą różnorodne bodźce zewnętrzne, np. jaskrawe światło, ostre dźwięki, dotknię-

cie określonych miejsc na ciele, a przedewszystkiem silne wzruszenia. *Cramer* opowiada o małym pacjencie, który zawsze na gwizdanie lokomotywy reagował w postaci napadu histerycznego.

Umyślnie rozpocząłem opis przejawów histerji dziecięcej od najbardziej złożonego zespołu, jakim jest drgawkowy napad histeryczny, ponieważ ułatwi to nam zapoznanie się z innymi objawami histerji w wieku dziecięcym. Przy dokładniejszej analizie okazuje się bowiem, że cały szereg objawów tych da się wyprowadzić z wielkiego napadu, objawy te są częścią lub też rozwinięciem poszczególnych okresów tego napadu. Otóż owe przedłużone fazy głębokich zmian świadomości z licznymi omamami zmysłowemi, wyobrażeniami sennymi i brakiem orjentacji w otoczeniu, które poznaliśmy podczas wielkiego ataku histerycznego, emancypują się niekiedy w samodzielne zjawiska psychiczne, zupełnie niezależne od napadów drgawkowych. Są to bardzo interesujące i niekiedy długotrwałe stany zamroczenia świadomości, noszące nazwę stanów *zamroczeniowych* lub *pomrocznych*, w których dziecko zachowuje się jak podczas snu pod wpływem licznych i bardzo intensywnych marzeń sennych. Trwanie tych stanów może być rozmaite: od ułamków minuty do kilku godzin, a nawet dni. Niekiedy dziecko w takim stanie pomrocznym wie, gdzie się znajduje, poznaje osoby swego otoczenia, automatycznie spełnia elementarne czynności, jednakowoż świadomość jego jest głęboko przyćmiona. Przy rozpytywaniu się dzieci w tych stanach otrzymuje się niekiedy odpowiedzi, wskazujące, że dziecko uchwyciło sens zadanego pytania, lecz sprawiające złudne wrażenie, jakoby dziecko z rozmysłu odpowiadało błędnie: jest to t. zw. objaw *opacznych odpowiedzi*, opisany po raz pierwszy przez *Gansera*. Nie należy w odpowiedziach tych dopatrywać się rozmyślnej przekory lub symulacji, bowiem o realności tych

stanów świadczy *całkowita utrata pamięci*, czyli *amnezja*, która zwykle po nich występuje. Owe defekty pamięci odnoszą się zazwyczaj do okresu zamroczenia świadomości, w rzadszych wypadkach jednak sięgają one po ciężkich stanach zamroczeniowych do czasu, znacznie poprzedzającego napad, i wtedy mamy do czynienia z t. zw. *amnezją wsteczną*. Zna mi jest przypadek, kiedy 11-letniemu chłopcu po przebytych stanie zamroczeniowym wypadło z pamięci nie tylko imię i nazwisko, ale i miejsce zamieszkania. Od stanów pomrocznych, które zdarzać się mogą również i w przebiegu padaczki i mają charakter bardziej żywiołowy, różnią się zamroczenia histeryczne swem nieco aktorskim zabarwieniem, związkiem z przeżyciami i podatnością na bodźce zewnętrzne.

Szczególnym warjantem stanów zamroczeniowych są t. zw. *ucieczki* dzieci histerycznych, które stanowią jedną z licznych odmian *popędu włóczęgowskiego* dzieci neuropatycznych i psychopatycznych. Dziecko nagle ucieka z domu lub ze szkoły, błąka się, nawpół przytomne, po okolicy, ażeby wrócić po kilku godzinach lub dniach samo, albo sprowadzone przez policję, nie zdając sobie zupełnie sprawy, co się z niem przez ten cały czas działo. Jeszcze bardziej interesującą odmianą histerycznych stanów pomrocznych, zdarzającą się zazwyczaj już u dzieci starszych, zbliżających się do okresu dojrzewania płciowego, jest zjawisko t. zw. *purylizmu*. Zjawisko to polega na tem, że, zazwyczaj pod wpływem silnych wzruszeń (nieudany egzamin, dotkliwa kara i t. p.), psychika dzieci starszych przeobraża się nagle w psychikę *maleńkich* dzieci: zaczynają one seplenić i bełkotać, wyrażać się niegramatycznie, mówić o sobie w trzeciej osobie, skakać na jednej nodze, pieścić się po dziecinnemu i t. d. Stany te, które w świetle teorii psychoanalitycznej mogą być interpretowane jako ucieczka od przykrych wrażeń rzeczywistości do błogiej sielanki wczesnego okresu dzieciństwa,

są natury przemijającej i stanowią w załączku prototyp owych ciekawych a rzadkich stanów *rozdziwienia osobowości*, które znane nam są w przebiegu hysterji osobników dorosłych.

Oddzielną kategorię stanowią zamroczenia, które albo pozostają w związku ze *snem*, albo przybierają postać, zbliżoną do snu fizjologicznego. Mam tu na myśli przedewszystkiem zaburzenia, które występują u niektórych dzieci histerycznych w okresie *budzenia się ze snu*. Już czasem u dzieci normalnych daje się stwierdzić nad ranem sen szczególnie głęboki, budzą się one z trudnością i przez pewien, krótki zresztą, okres czasu niedostatecznie jasno zdają sobie sprawę z otoczenia. U dziecka histerycznego zjawiska te mogą przedłużać się w czasie i zyskiwać na natężeniu. Występuje tu najaw zjawisko, które nosi nazwę *opilstwa sennego*; („Schlaftrunkenheit”) trzeba często użyć bardzo silnych bodźców, ażeby wyprowadzić dziecko ze snu, ale i po przebudzeniu świadomość jego jest połowiczna, czynności swe spełnia tylko automatycznie, a pamięć całego okresu tego może być następnie zupełnie wymazana. U dotkniętej hysterją 13-letniej dziewczynki, którą mam w obserwacji, taki okres opilstwa sennego trwać może do kilku godzin, otrząsa się ona ze swego zamroczenia dopiero podczas drugiej lub trzeciej godziny zajęć szkolnych, zupełnie nie pamiętając, co się z nią działo nad ranem.

Niekiedy takie stany pomrocne kojarzyć się mogą z bardzo złożonemi *zespołami ruchowemi* — specjalnie wtedy, kiedy powstają one w nocy, *podczas snu*. Dziecko, nie budząc się, wstaje z łóżka, wędruje po pokoju, przynosi z miejsca na miejsce swoje rzeczy, płądruje w szafie, zapala światło, niekiedy odpowiada nawet na pytania, nie przestając jednak poruszać się nieustannie; budzi się dopiero przy silnych bodźcach np. głośnych dźwiękach lub potrząsaniu. Jeżeli je pozostawić samemu sobie, to po pewnym

czasie powraca samo do łóżka, śpi dalej, zaś następnego rana nie pamięta zupełnie perypetji nocy ubiegłej. Stany takie noszą nazwę *somnambulizmu*, lub *sennowłóctwa*.

Najbardziej charakterystyczne wszakże dla hysterji wieku dziecięcego są napadowe stany t. zw. *narkolepsji* lub *hypnolepsji*, do złudzenia naśladowące sen fizjologiczny. Dzieci bez żadnego określonego powodu zasypiają nagle snem spokojnym, zazwyczaj powierzchownym. Ze snu takiego zwykle łatwo je zbudzić, przyczem pamiętają one niekiedy fragmenty rozmów, które były w ich obecności podczas napadu narkoleptycznego prowadzone. Dziesięcioletnia histeryczka, którą miałem przed kilku laty w obserwacji, zasypiała w najrozmaitszych pozycjach: w leżącej, w siedzącej, a nawet stojącej, przyczem sen mógł trwać do kilku, a nawet kilkunastu godzin, o ile jej ktoś nie zbudził. W rzadkich przypadkach stany takie przeciągnąć się mogą na dni, tygodnie, a nawet miesiące i wtedy noszą nazwę *letargu*; spostrzegane były one wyłącznie u osobników dorosłych poza granicami hysterji dziecięcej.

Rozpatrywane dotąd przez nas zjawiska hysterji rozgrywały się przeważnie, o ile nie wyłącznie, w dziedzinie psychicznej dziecka. Niemniej ważna wszakże i liczna jest grupa zaburzeń *cielesnych*, które powstawać mogą na terenie rozmaitych układów organizmu dziecięcego i których mechanizm powstawania, jak to zaznaczyłem na wstępie, jest natury *psychopochodnej*. Z objawów tych na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia *sfery ruchowej* dziecka. Są to przede wszystkim *niedowłady* i *porażenia* mięśni kończyn lub tułowia, których pochodzenie wyobrazeniowo-wzruszeniowe jest często zupełnie widoczne, gdyż powstają one zazwyczaj nagle pod wpływem działania wstrząsu psychicznego. *Charcot* już dawno wykazał psychologiczny charakter tego rodzaju porażeń, które rozwijają się po katastrofach lub wy-

padkach, stwierdzając, że zaburzenie zostało wywołane nie przez istotny wypadek, lecz przez wyobrażenie tego wypadku, i że dla wywołania porażenia histerycznego nie jest bynajmniej niezbędne, ażeby koło wozu przejechało przez nogi chorego, lecz wystarcza zupełnie, ażeby w umyśle chorego powstało wyobrażenie, że koło przeszło przez jego nogi. Histeryczne porażenia kończyn u dzieci mogą być albo *wiotkie*, albo towarzyszą im uporczywe i niejednokrotnie bolesne *przykurcze*, ogarniające albo jeden, albo wszystkie stawy kończyny i nadające jej trwale zmieniony układ. Przykurcze te bywają niekiedy tak silne, że trudno jest je siłą przewyciężyć, przeważnie ustępują one w nocy, podczas snu, niekiedy jednak dopiero w uspieniu chloroformowem. Towarzyszy im zazwyczaj wzmoczenie odruchów, niekiedy rozległe *znieczulenia* w okolicy przykurczonych członków.

Daleko częstsze wszakże, aniżeli istotne porażenia i przykurcze kończyn, są zaburzenia niektórych wysoko zróżniczkowanych funkcji ruchowych. Pod względem praktycznym najważniejsze są zaburzenia tego rodzaju w obrębie *kończyn dolnych*, wytwarzające dziwaczny zespół chorobowy, noszący nazwę *astazji* i *abazji*. Zaburzenie to polega na tem, że, jakkolwiek mięśnie kończyn dolnych podczas leżenia i siedzenia z dostateczną siłą i dokładnością wykonywują właściwe im funkcje, jednakowoż są niezdolne do owych czynności koordynacyjnych, które składają się na akt chodzenia lub stania. Toteż dzieci takie, mając zachowaną władzę w kończynach dolnych, nie mogą wykonać ani kroku i upadają natychmiast na podłogę. Znane są w piśmiennictwie obserwacje, kiedy dziecko, niezdolne do wykonania kilku kroków po ziemi, doskonale pływało w rzece albo nawet mogło jechać na rowerze. Niekiedy próbom chodzenia takich dzieci towarzyszyć może drżenie, ruchy o charakterze pływawicznym lub niezbornym. W innych przypadkach

znowu, które *Bruns* określa nazwą *jąkania kończyn* („Stottern der Beine”), zaburzenie występuje tylko w początkowej fazie chodzenia, a następnie, po szeregu coraz to pomysłniejszych prób, ustępuje zupełnie. Do kategorii porażień histerycznych, szczególnie częstych w wieku dziecięcym, należy również nagła *utrata głosu* (t. zw. *bezgłos* czyli *afonja*). Dziecko raptem traci zdolność głośnego wymawiania wyrazów i wymawia je tylko szeptem. Charakterystyczne jest wszakże, że dzieci takie mogą niekiedy głośno *kastać*, a nawet, rzadziej, *głośno śpiewać*. Niekiedy pod wpływem silniejszych emocyj rozwija się u dzieci histerycznych obok *afonji* również *niemota*; wtedy żaden wyraz nie może być wymówiony nawet szeptem i brak jest jakichkolwiek zaczątków mowy artykułowanej, co łącznie z bezgłosem odróżnia stany takie od organicznie uwarunkowanej niemoty. Znane są również u dzieci przypadki histerycznego *jąkania się*, które od *jąkania* zwykłego różni się tem, że jest ono *jąkaniem* sylabowem i że nie ustępuje podczas szeptu i śpiewu.

Wszystkie powyżej nakreślone objawy w sferze ruchowej nacechowane były charakterem *ubytkowym*, znamionował je bowiem *niedowład*, a więc *ubytok* czynności ruchowej. Niemniej ważna wszakże jest grupa zaburzeń ruchowych o charakterze *podrażnieniowym*, które nacechowane są raczej *nadmiarem* czynności ruchowej. Bogactwo i różnorodność objawów ruchowych jest tutaj bardzo znaczna, histerja bowiem, jak obrazowo wyraził się *Charcot*, jest *wielką naśladowczynią* (*grande simulatrice*) i do złudzenia imitować może rozmaite cierpienia organiczne o fizjonomji *hyperkine*tycznej.

Toteż spotykamy często u dzieci histerycznych różnorodne ruchy tułowia, głowy i kończyn, przypominające *pląsawicę* (t. zw. ruchy *pląsawiczopodobne*). Do tej kategorii również zaliczyć należy tak częsty *niepokój ruchowy* dzieci

histerycznych oraz błyskawiczne, rytmiczne ruchy kurczowe w muskulaturze tułowia i ramion, które opisane zostały przez *Henocho* i które noszą nazwę *pląsawicy elektrycznej*. Z doświadczenia mego wynika, że tak częste u dzieci, obarczonych pod względem neuropatycznym, nawroty *pląsawicy istotnej* są niekiedy tylko wzruszeniowo uwarunkowaną *imitacją histeryczną* pierwszego napadu *pląsawicy gościcowej*. Do tej samej kategorii wreszcie zaliczyć należy dziwaczne *grymasy* twarzy niektórych małych dzieci histerycznych, które przypominać mogą *tiki* oraz znane pod nazwą *pląsawicy rytmicznej* regularne i wielokrotnie powtarzane ruchy, ogarniające całe odcinki ciała lub kończyn i przypominające niektóre ruchy *zawodowe* lub sportowe, jak kucie, wiosłowanie, pływanie, jazdę na rowerze i t. p.

Szczególnie charakterystyczne jest ukształtowanie owych nadmiernych wyładowań ruchowych w przebiegu hysterji w tych wypadkach, kiedy ogarniają one *całe układy* organizmu dziecięcego, a zwłaszcza układ *oddechowy* i układ *trawienny*. Podrażnienie układu *oddechowego* spostrzegałem zazwyczaj u dziewcząt, które zbliżały się już do okresu pokwitania — albo w postaci *przyśpieszenia oddechu*, albo w postaci *kaszlu*. Przyśpieszenie oddechu może być bardzo znaczne (60 — 80 ekskursyj oddechowych na minutę). Od kilku miesięcy mam w obserwacji 14-letnią dziewczynkę, u której przyśpieszenie oddechu dochodzi do 90 ekskursyj oddechowych na minutę — bez śladu jakiegokolwiek duszności lub sinicy. Tylko w rzadkich przypadkach przyśpieszeniu oddechu towarzyszyć może istotna duszność, ale wtedy zaburzenie całe polega na *kurczu przepony*, jak to miało miejsce w spostrzeganym przeze mnie przypadku, dotyczącym 9-letniego chłopca, u którego prześwietlenie promieniami Röntgena stwierdziło kurcz przepony w pozycji wydechowej. Co się tyczy *kaszlu* dzieci histerycznych, to już oddawna

zauważono, że może on powstawać nie w krtani, ale w samej jamie ustnej. Jest on chrapliwy, donośny i przypomina niekiedy *szczekanie psa*. Przed wojną w niektórych miejscowościach Rosji Wschodniej spostrzegane były masowe wypadki takiego szczekającego kaszlu u dorosłych i u dzieci i opisane pod nazwą *mieraczenja*. O ile *toniczny* kurcz przepony powodować może objawy duszności i przyśpieszenia oddechu, o tyle jej *skurcze kloniczne* przejawiać się mogą w postaci *kurczowego ziewania* oraz niezmiernie charakterystycznej *czkawki*. Czkawka ta, która z upodobaniem nawiedza dzieci rasy *semickiej*, ma charakter groteskowy i uporczywy i bywa niekiedy tak przeraźliwie doniosła, że słyhać ją na znacznej odległości i wypłoszyć może całą klientelę z lekarskiego gabinetu.

Co się tyczy zaburzeń w obrębie przewodu pokarmowego, to i tutaj należy odróżniać zjawiska natury *tonicznej* i *klonicznej*. Do kategorii pierwszej należą zaburzenia *połykania* u dzieci wskutek histerycznego skurczu mięśni przetyku, do kategorii drugiej natomiast należą *wymioty* — jeden z najbardziej charakterystycznych i pod względem praktycznym najbardziej doniosłych objawów hysterji dziecięcej. Każde wzruszenie, każdy ból fizyczny, każdy niepokój dziecka powodować może zwracanie pokarmów. Sprawa polega tu według wszelkiego prawdopodobieństwa na wzruszeniowym *kompleksie obrzydzenia*, który w pewnym okresie życia podziałał podczas jedzenia na psychikę dziecka, toteż wystarcza tu niekiedy samo wspomnienie o jedzeniu, ażeby spowodować akt wymiotny, który z biegiem czasu staje się nawykowym i uniemożliwia albo znacznie utrudnia odżywianie dziecka. Z objawem tym łączy się często t. zw. *histeryczny brak łaknienia*, a raczej wstręt do jedzenia, który spotykałem u dzieci (częściej u dziewczynek) zazwyczaj pomiędzy 7-ym a 10-ym rokiem życia. Objaw ten bywa niekiedy tak upor-

czywy, że spowodować może groźny dla życia spadek odżywiania i wychudzenie dziecka. Sam przeżyłem w praktyce szpitalnej jeden taki przypadek, który pomimo karmienia zgłębnikiem zakończył się śmiercią.

Zaburzenia ruchów w obrębie *jelit*, których znaczenie praktyczne jest nieco mniejsze, przebiegać mogą tutaj w *dwojakiej* postaci, mianowicie: *kurczowe* stany muskulatury jelit powodują często uporczywe *zaparcie stolca*, natomiast ich nadmierne ruchy perystaltyczne — dotkliwe i wycieńczające *biegunki*. Dodać należy wreszcie, że na podłożu historycznego kurczu zwieracza pęcherza moczowego występuje niekiedy u dzieci utrudnienie w oddawaniu moczu, a nawet zupełne zatrzymanie moczu.

Zaburzenia *czucia*, które należą do najbardziej częstych i ważnych stygmatów hysterji osobników dorosłych, należą w hysterji dziecięcej do zjawisk mniej charakterystycznych. Brak tu mianowicie owych klasycznych znieczuleń połowicznych oraz defektów czucia, ogarniających całe odcinki tułowia lub kończyn. Zazwyczaj towarzyszą one okolicom skóry, sąsiadującym z przykurczami, o których poprzednio była mowa; ale i tutaj znieczulenie na ból i dotyk rzadko bywa zupełne. Daleko bardziej częste u dzieci historycznych są objawy *podrażnieniowe* w postaci *bólów* o rozmaitem natężeniu, trwaniu i umiejscowieniu. Mamy tu na myśli historyczny *ból głowy*, umiejscowiony najczęściej w okolicy czołowej, występujący przeważnie podczas niemiłych dziecku czynności, np. podczas trudniejszych zajęć szkolnych, i znikający natychmiast po zadziałaniu bodźców, zabarwionych dodatnio. Analogiczny bywa przebieg niektórych bólów o charakterze *newralgicznym*, umiejscowionych w okolicy blizn pooperacyjnych, miejsc uderzonych lub stawów. Szczególnie charakterystyczny i uporczywy bywa ból, umiejscowiony w okolicy stawu *biodrowego* (t. zw. *koksalgja historyczna*), który

przy niefachowem badaniu zostaje niekiedy mylnie rozpoznawany jako gruźlicze zapalenie stawu. Bóle newralgiczne w okolicy blizn pooperacyjnych i w okolicy urazów są podświadomie skojarzone z bólami realnemi, które zależne były pierwotnie od urazu lub operacji. Specjalnie gwałtowny charakter mają opisane przez Czerny'ego bóle w okolicy pępkowej oraz bóle w okolicy ślepej kiszki, które mogą symulować zapalenie wyrostka robaczkowego (t. zw. *histeryczne wrzekome zapalenie wyrostka robaczkowego*). Stany takie, błędnie rozpoznane, niejednokrotnie były powodem zupełnie zbędnie dokonywanych zabiegów operacyjnych. W wyjątkowych wypadkach wreszcie objawy przeczulicy bólowej i bóle w okolicy stawów mogą być tak rozległe i gwałtowne, że powodują zupełne unieruchomienie dziecka: jest to zjawisko, opisywane pod nazwą *bezruchu bolesnego*.

Ostatnią wreszcie kategorię przejawów cielesnych w histerji dziecięcej stanowią zaburzenia w obrębie narządów *zmysłów*. Zaburzenia *wzrokowe* mają tu nieco odmienny charakter, aniżeli to bywa w histerji osobników dorosłych, mianowicie rzadko spotyka się u dzieci charakterystyczne dla histerji *zwięźnienie pola widzenia*, zaś *zaniewidzenie* histeryczne należy do objawów wyjątkowych. Częściej natomiast spotyka się u dzieci anomalje widzenia, polegające na histerycznym *skurczu akomodacji*, oraz szczególne zaburzenia wzrokowe, opisane przez Wilbrandta i Sängera pod nazwą *astenopji*. Są to stany utrudnionego czytania u dzieci po przebytych i całkowicie wyleczonych zapalnych stanach ocznych, gdzie zaburzenie funkcjonalne wzroku rozwija się jako transpozycja psychologiczna zaburzeń wzrokowych, które towarzyszyły uprzednio przebytej i wyleczonej sprawie zapalnej. Co się tyczy histerycznych zaburzeń *sluchu*, to powstawać one mogą drogą analogiczną po przebytych i całkowicie wyleczonych sprawach zapalnych ucha środkowego albo też, co czę-

ściej, po *urazach* w okolicy ucha zewnętrznego, które drogą wyobrażeniowo-wzruszeniową wywołują w psychice dziecka poczucie jednoimiennnej głuchoty. Głuchota w wypadkach takich bywa zazwyczaj kompletna i pod wpływem czynników sugestywnych lub wzruszeniowych może ustąpić tak samo szybko, jak powstała. Zaburzenia obiektywne w obrębie *sma-ku* i *powonienia* nie są charakterystyczne dla hysterji wieku dziecięcego.

Co się tyczy t. zw. *troficznyc* (odżywczych) objawów, które w dawnych opisach hysterji osobników dorosłych i dzieci (owrzodzenia, obrzęki, wysypki, wykwity skórne i t. p.) odgrywały tak znaczną rolę, to według współczesnego ujmowania sprawy nie należą one do zakresu hysterji. Przy dokładniejszej obserwacji okazało się bowiem, że wszystkie wymienione objawy są tylko skutkiem zabiegów mechanicznych i obrażeń cielesnych, jakie zadają sobie sami młodociani pacjenci w celu zainteresowania sobą otoczenia i wywołania sensacji, co wypływa ze struktury psychologicznej ich usposobienia oraz ze specjalnych cech t. zw. *charakteru histerycznego*.

To, co nauka określa nazwą *histerycznego charakteru*, jest jedną z wielu postaci *zwyrodnienia* psychicznego, którego istota jest zazwyczaj natury *wrodzonej*, lecz które z biegiem czasu i w miarę trwania procesu histerycznego może się rozwijać, potęgować i pogłębiać. Zasadniczą cechę tego procesu stanowią zaburzenia w odczynach wzruszeniowych, których dokładną i subtelną analizę zawdzięczamy w pierwszym rzędzie badaniom *Janeta* oraz *Binswanger*a. W normalnych warunkach natężenie reakcyj wzruszeniowych odpowiada zazwyczaj dokładnie ilości, natężeniu i różnorodności napływających do kory mózgowej podnieć. W hysterji paralelizm pomiędzy natężeniem bodźca a kształtem, odpowiadającej mu reakcji, ulega głębokiemu zakłóceniu

w ten sposób, że albo nieznaczne bodźce powodują nienormalnie silne i trwałe reakcje uczuciowe, albo brak jest zupełnie tych reakcyj, albo wreszcie, na co specjalną uwagę zwrócił *Strohmayer*, szczególnie silne reakcje uczuciowe drogą promieniowania ogarniają całokształt treści wyobrażeniowej i przejawiają się niekiedy u dzieci w postaci gwałtownych wyładowań wzruszeniowych (t. zw. *przełomy wzruszeniowe*).

W przeciwieństwie do objawów tych spotykamy często u dzieci histerycznych szczególnie defekt wyższych kategorii wzruszeń, a specjalnie brak poczuć altruistycznych. Stąd pochodzi tak częsta u dzieci histerycznych obojętność wobec rodziny i najbliższego otoczenia oraz krańcowy *egoizm* w połączeniu z gwałtownością usposobienia. Egoizm wszakże nie stanowi cechy, właściwej wszystkim dzieciom histerycznym, każdy bowiem nieuprzedzony obserwator z łatwością dostrzeże pośród nich typy głęboko współczujące, skłonne do ofiar i samozaparcia. Obok tych typów istotnie altruistycznych istnieje jednak cała kategoria dzieci histerycznych, symulujących w sposób afektacyjny i teatralny miłość bliźniego, rozdających chętnie jałmużnę, zabawki, starą odzież, lecz tylko wtedy, kiedy wiedzą, że są obserwowane, o co zresztą zabiegają z wielkim sprytem, rozpowiadając szeroko, gdzie się da, o swoim czułym sercu i dobrych uczynkach. Właściwość ta, którą zaobserwował jeszcze *Charcot*, opisując ją pod nazwą *histerji filantropijnej*, wypływa z tkwiącej głęboko w usposobieniu dziecka histerycznego żądzy *zainteresowania* otoczenia. Wynika stąd kielkująca podświadomie dążność do kultuwowania własnej choroby, do paradowania z nią wobec świata i do przedstawiania i unaoczniania jej w postaci jak najbardziej sensacyjnej, bodaj kosztem uszkodzeń i obrażeń własnego ciała. Tem tłumaczą się owe dziwaczne objawy histerji dziecięcej, jak kolosalnie wysoka gorączka, powstająca przez pocieranie termometru o skórę pod

pachą, jak obrzmienia dłoni i stóp, powodowane przez dowolnie wywierany ucisk, jak wrzekome zaburzenia troficzne skóry, wywoływane przez substancje drażniące i obrażenia ostre narzędziami, jak sztuczne krwioplucia, wywoływane przez podcinanie nożyczkami błony śluzowej jamy ustnej, jak połykanie igieł lub szpilek. Jedna z moich maleńkich pacjentek histerycznych (notabene córeczka lekarza) podtrzymywała u siebie całymi miesiącami wrzekomą moczówkę cukrową przez potajemne dosypywanie cukru do moczu. U dwunastoletniej dziewczynki, którą miałem w obserwacji i która była mistrzynią w połykaniu ostrych przedmiotów — dokonana wskutek gwałtownych bólów jamy brzusznej operacja wykryła w żołądku cały skład igieł, szpilek do włosów, gwoździ i drutu. Koronę wszakże tych usiłowań stanowią planowane lub organizowane zamachy *samobójcze* młodocianych histeryków i histeryczek, które naogół nie powinny być brane zbyt serjo, ani przejmować specjalną obawą. Sprawa przeważnie kończy się na dramatycznych pogroźkach, powtarzanych wielokrotnie i mających na celu steroryzowanie otoczenia, zaś tam nawet, gdzie zamach taki dochodzi do skutku, bywa on inscenizowany w sposób groteskowy i teatralny, zazwyczaj wobec liczniejszego audytorjum i, pomimo wrzekomo olbrzymich ilości pochłanianych trucizn, nigdy nie zagraża niebezpieczeństwem życiu. Ten motyw efekciarstwa i kabotynerji przewija się przez liczne przejawy hysterji wieku dziecięcego, to też t. zw. *teatralizacja życia*, o której tyle się mówi w piśmiennictwie współczesnem, od dawna stanowiła już problemat, realizowany podświadomie przez liczne szeregi młodocianych histeryków.

Tam, gdzie nie wystarcza zainteresowanie otoczenia własną chorobą, psychika dziecka histerycznego posługuje się bez skrupułu środkami jeszcze bardziej drastycznymi. Dziecko staje się ogniskiem intryg, rozsadnikiem plotek i wy-

twórcą fałszywych denuncjacji i oskarżeń. Oskarżenia takie obracają się zazwyczaj z upodobaniem w dziedzinie *fantazji płciowej* i dotyczą najczęściej osób, odgrywających rolę w życiu dziecka: nauczycieli, księży, lekarzy, kolegów i t. p. Nie ulega wszakże wątpliwości, że w tego rodzaju fałszywych oskarżeniach i denuncjacjach odgrywać może znaczną rolę chorobliwie wybujała wyobraźnia, stwarzająca rzekome przeżycia, w które dziecko samo zaczyna wierzyć. Materiału do tego rodzaju wytworów kłamliwych dostarczają dziecku *niekształcone* wspomnienia, zbudowane z zabarwionych fantastycznie i przeinaczonych wspomnień rzeczywistych, a w znacznym stopniu również i *marzenia senne*. W innych wypadkach natomiast wrzekome przeżycia dzieci polegają wyłącznie na *omamach pamięci* i nie czerpią żadnego materiału z rzeczywistości, przyczem dziecko zupełnie nie zdaje sobie sprawy, że wszystkie wypowiedzi jego są tu tylko wytworem wyobraźni. Taki jest mniej więcej mechanizm psychologiczny *kłamstwa* histerycznego, w którym dziecko nie odróżnia rzeczywistości od fantazji i w którym komponenty seksualne odgrywają rolę bardzo doniosłą. Szczególne natężenie kłamstwa histerycznego powoduje stany, zbliżone do t. zw. *pseudologii fantastycznej*, z którą spotykamy się na terenie *psychopatji ustrojowej*.

Rozwój *intelektualny* dzieci histerycznych zazwyczaj bywa dobry. Wiele z nich uchodzi nawet za wyjątkowo uzdolnione. Naogół jednak cechuje je podczas nauki obok błyskotliwości sfery kojarzeniowej pewna powierzchowność myślenia, a zwłaszcza daleko posunięty stopień *roztargnienia* psychicznego. Jednakże, pomimo długiego trwania sprawy chorobowej, *nigdy* nie dochodzi tam do *otępienia umysłowego*, które tak często bywa ostateczną konsekwencją *padaczki* dziecięcej. W zachowaniu się i w usposobieniu bywają dzieci histeryczne kapryśne i nieobliczalne, w stosunku do rodzi-

ców i najbliższego otoczenia niezdolne, krnąbrne, a nawet brutalne, natomiast słodkie, uprzejme i układne z chwilą, gdy tylko znajdują się w otoczeniu obcym. O ile swemu najbliższemu otoczeniu domowemu starają się często narzucać gwałtownie i uporczywie swą wolę, o tyle w stosunku do obcych bywają nieraz bardzo ustępliwe i wybitnie podatne na sugestję. Zjawisku sugestji od czasów *Charcota* i *Bernheima* przypisywana była rola dominująca w powstawaniu zjawisk hysterji, i dopiero klasyczne badania eksperymentalne *Janeta* przyczyniły się do rozwiania rozpowszechnionych dotąd w nauce poglądów o wszechwładnem jakoby znaczeniu czynnika tego w hysterji. Z badań tych wynika, że ogromna większość sugestyj nie trwa dłużej nad kilka minut i przeciąga się czasem do kilku godzin, że należy to do rzadkości, ażeby otrzymać sugestje, któreby trwały po kilka dni, i że sugestywność jest tylko *jedną* z charakterystycznych cech psychiki hysterycznej obok wzmożonej wzruszeniowości maleńkich pacjentów.

Szczególnie plastycznie uwidacznia się łączny wpływ dwu kardynalnych cech charakterystycznych hysterji, jakimi są wzmożona wzruszeniowość i sugestywność na przestrzeni niezmiernie interesującego zjawiska, które nosi nazwę *zakażenia psychicznego*. Od czasu do czasu mianowicie pojawiają się w szkołach poprostu *epidemje* ruchów drgawkowych, kurczów, drżenia, stanów podnieceniowych i t. p., które powstają u dzieci drogą naśladowniczo-wzruszeniową, szerzą się z niesłychaną szybkością i ogarniają całe skupienia dzieci, a nawet klasy. Epidemje takie były spostrzegane w Meissen, Liegnitz, Alanczon, Bazylei, Brunświku, Wildbadzie, Stuttgardzie, Hamburgu i Wiedniu. Przed kilku laty w szóstym oddziale jednej ze szkół warszawskich jedna z uczennic po gwałtownym zatargu z nauczycielką dostała spazmów histerycznych i w silnem podnieceniu próbowała wyskoczyć przez okno. W przeciągu

pół godziny głośne spazmy i popęd do rzucania się przez okno opanował 6 dziewczynek tej klasy; trzeba było ją zamknąć na kilka dni, poczem wszystko uspokoiło się. Izolacja i spokój — a więc usunięcie wpływów sugestywnych i wzruszeniowych — doprowadzają zazwyczaj do wygaśnięcia wszelkich przejawów zakażenia psychicznego w hysterji.

Zagadnienie zakażenia psychicznego uwidacznia w szczególnie wyraźny sposób *mechanizm psychologiczny* powstawania objawów histerycznych, mechanizm ten wszakże interpretowany jest przez liczne teorie hysterji w sposób całkowicie odmienny. Rozpatrzenie choćby pobieżne wszystkich owych teoryj przekroczyłoby ramy, zakreślone dla niniejszego szkicu. Przypomnę tylko, że badania szkoły Salpêtrière stwierdziły po raz pierwszy, że u osobników histerycznych *wyobrażenia* posiadają daleko większą tendencję do przekształcania się w objawy i czynności cielesne, aniżeli u osobników normalnych. *Kretschmer* zwrócił uwagę na to, że w hysterji szczególnie występują najaw przejawy reakcyj psychoruchowych, które wykazują wydatny paralelizm do filogenetycznie starszych postaci ekspresji. *Hellpach* rozpatruje hysterję jako zmniejszoną odporność wobec walki o byt, *Claparède* jako reakcję obronną przeciwko szkodliwościom życia codziennego, *Sollier* jako „sen na jawie”, *Cohnstamm* jako obniżenie skali t. zw. „sumienia zdrowotności”, *Schnyder* jako upośledzenie władz sądzenia, *Janet* jako rozszczepienie psychiki i zwężenie pola świadomości, *Babiński* jako kompleks zjawisk, który może być spowodowany przez sugestię i usunięty przez wyperswadowanie. Daleko bardziej owocna wszakże była droga, która w sferze *podświadomej* psychiki dziecięcej próbowała doszukiwać się źródeł powstawania zjawisk histerycznych. Już kapitalne badania eksperymentalne *Janeta* nad t. zw. *automatyzmem psychicznym* wykazały, że pewne grupy wrażeń zewnętrznych nie mogą czasowo zna-

leżć sobie drogi do świadomości, jakkolwiek wywierają swój wpływ pośredni na życie psychiczne. Dotyczy to nie tylko elementarnych wrażeń czuciowych i wrażeń zmysłowych, ale również i wyższych kategorii psychicznych — a więc podświadomie działających wyobrażeń i wzruszeń, które Janet określa nazwą *idées fixes subconscientes*, a które w sposób zupełnie niedostrzegalny kształtują życie psychiczne w histerji. Dopiero jednak teoria *psychoanalityczna*, której twórcą jest wiedeński uczoney, *Freud*, starała się dokładniej wyświecić mechanizm wpływu dziedziny podświadomości na kształtowanie się zjawisk neurotycznych, a specjalnie histerycznych. Teoria ta uzależnia zjawiska histeryczne od braku i niemożności odpowiedniej reakcji na przeżycia, związane z silnymi wstrząsami wzruszeniowymi. W normalnych bowiem warunkach każdy uraz wzruszeniowy zostaje bezpośrednio wyładowany lub, jak mówi *Freud*, *odreagowany* w postaci szeregu dowolnych lub odruchowych odczynów (płacz, krzyk, rozpamiętywanie, omawianie i t. p.). W ten sposób lwią część sumy energii, powstającej wskutek urazu wzruszeniowego, zostaje wyzwolona, pozostała zaś mniejsza część powoli blednie i przechodzi w zapomnienie. Skoro jednak owe psychofizjologiczne reakcje zostają z jakiegokolwiek bądź powodu zatamowane, wtedy przeżycie wzruszeniowe zazwyczaj o zabarwieniu przykrem, pozostaje odepchnięte w dziedzinę podświadomą jako t. zw. *afekt uwięziony* i stamtąd oddziałuje na całą psychikę, stając się źródłem objawów chorobowych.

Dla wyjaśnienia tego zjawiska wprowadzona zostaje koncepcja *konwersji* czyli transpozycji owych przykrych, a nieświadomych wspomnień wzruszeniowych i przekształcania się ich w objawy cielesne: podnieta wzruszeniowa, która nie może wyładować się natychmiastowo w postaci normalnej reakcji, przekształca się, dążąc naksztalt patologiczne-

go odruchu po uprzednio utworzonej już drodze, w *odpowiednią sumę energii w postaci objawów historycznych*. Otóż, podczas gdy w pierwotnej fazie rozwoju teorii psychoanalitycznej wspomniane uprzednio urazy wzruszeniowe mogły być najrozmaitszej natury, w późniejszym jej rozwoju jako wyłączny czynnik przyczynowy wysunięte zostały *urazy płciowe wieku dziecięcego*, zaś obok zwykłego obarczenia neuropatycznego ustanowione zostało pojęcie *konstytucji płciowej*. Płciowość dziecka wszakże ujęta tu zostaje bez porównania szerzej, aniżeli to ma miejsce zazwyczaj, ogarniając nietylko normalną i zwykłą seksualność, lecz również i wszelkie *perwersje* płciowe, sięgając w głąb aż do dziedziny derywatów psychoseksualnych. Równie szeroko traktowane jest pojęcie *pożądania płciowego*, czyli t. zw. *libido*; pojęcie to, rozpatrywane zazwyczaj jako równoważnik popędu płciowego, oznacza tu w pierwszej linii komponenty płciowe życia psychicznego, pozatem zaś każdą przechodzącą zwykłą miarę namiętność w pożądaniu. Dla *Freuda* życie płciowe dziecka jest olbrzymim splotem możliwości zastosowania jego *libido*. Ponieważ nie istnieje tu jeszcze normalny cel płciowy wobec niedostatecznego rozwoju narządów płciowych, przeto pożądanie jest rozdzielone na najrozmaitsze możliwości czynności płciowych jak: mechaniczne pobudzenie narządów płciowych, huśtanie, mlaskanie, podrażnienie otworu odbytnicy przez masy kałowe, czyli t. zw. *autoerotyzm odbytniczny* — słowem, dziecko według terminologii psychoanalitycznej jest *wielokształtnie perwersyjne*. Wszystkie te postacie życia płciowego, utrwalając się, mogą stać się w późniejszym życiu źródłem istotnych perwersyj, zazwyczaj jednak postępujący rozwój dziecka wyłącza stopniowo zastosowania skłonności perwersyjnych i koncentruje się w kierunku normalnym, prowadzącym do utrzymania gatunku. Dla histerji zaś charakterystyczne jest, że dziecięcy proces

rozwoju płciowego zachodzi w warunkach utrudnionych, a perwersyjne wyładowania *libido* zostają odszczepione daleko trudniej, niż w warunkach normalnych, i dlatego trwają przez czas dłuższy. Jeżeli tedy na taki grunt patologiczny podziała podnieta *płciowa* jako uraz wzruszeniowy — to nie zostaje on odreagowany, lecz ulega *stłumieniu* — i te właśnie *stłumione* poczucia i wyobrażenia płciowe przekształcają się następnie w objawy hysterji, które są tylko *symbolami* stłumionych we wczesnem dzieciństwie urazów płciowych. Dopiero t. zw. *psychoanalizie*, czyli wolnemu kojarzeniu chorego podczas rozmowy z lekarzem, udaje się dotrzeć do źródła owych stłumionych wzruszeń, czyli t. zw. *kompleksów*, i uświadomić je choremu, co ma być równoznaczne z procesem *wyleczenia* hysterji.

Nie mam tu możności wdawania się w rozbiór krytyczny teorii psychoanalitycznej i wartości leczniczej psychoanalizy. Zaznaczę tylko, że metoda psychoanalityczna nie jest jedynym sposobem zwalczania drogą psychologiczną przejawów hysterji dziecięcej.

W leczeniu osobników dorosłych oddawna posługiwano się *hypnotyzmem*, znajduje on jednak w hysterji dziecięcej stosunkowo małe zastosowanie. Tak doświadczony znawca hysterji dziecka, jak *Bruns*, nie stosował go w praktyce swej ani razu i ostrzega przed nieostrożnem jego zastosowaniem. W wyjątkowych wypadkach, gdzie inne metody zawodzą, można się uciec i do tego środka. W większości wszakże przypadków hysterji dziecięcej stosujemy odmienne metody postępowania. Niezmiernie ważne jest tu wczesne rozpoznanie hysterji i psychiczne opanowanie objawu. Lekarz domowy jest tu zazwyczaj bezsilny przedewszystkiem dlatego, że często nie potrafi rozpoznać histerycznego podłoża choroby i przez zastosowanie błędnego leczenia (np. diety przy wymiotach albo opatrunków gipsowych przy przykurczach)

utrwała i pogłębia jeszcze bardziej proces chorobowy, powtóre zaś dlatego, że nawet w razie prawidłowego rozpoznania autorytet lekarza domowego, jako zżytego i zaprzyjaźnionego z dzieckiem, jest niewystarczający, ażeby opanować jego psychikę i narzucić mu swoją wolę. Dlatego też wszędzie, gdzie objawy wzbudzają podejrzenie pochodzenia histerycznego, należy zwrócić się do specjalisty - neurologa, który potrafi zaimponować dziecku i narzucić wskazówki wychowawczo - lecznicze rodzicom. Niekiedy niezbędnym warunkiem, który należy wywalczyć u niekrytycznych zazwyczaj rodziców, jest *zupełna izolacja* dziecka od nieumiejętnej, czasem niedostatecznej, a częściej zbyt troskliwej i trwożliwej pielęgnacji rodzicielskiej. Rozmaite sposoby oddziaływania psychicznego na objawy hysterji u dzieci ujmuje *Bruns* w dwie zasadnicze dyscypliny, z których pierwszą określa nazwą *nagłego zaskoczenia* („Ueberrumpelungsmethode”), drugą zaś — nazwą *świadomego niezwracania uwagi*. Metoda „nagłego zaskoczenia” polega na tem, ażeby dziecku *nie pozostawić czasu na chorobę* i zanim zdąży ono oswoić się i zająć stanowisko wobec obcej mu indywidualności lekarza, *efekt już musi być osiągnięty*. Jeżeli słynny neurolog niemiecki *Strümpell* twierdzi, „że w hysterji albo otrzymujemy wyleczenia cudowne, albo nie otrzymujemy żadnych”, to zdanie to do niczego nie da się tak trafnie zastosować, jak właśnie do hysterji dziecięcej. Często wystarcza tu kategoryczne zapewnienie i surowy nakaz: stawia się np. dziecko, dotknięte astazją i abazją, na podłodze i zapowiada stanowczo: „Teraz będziesz chodzić”, lub unosi się porażone ramię ku górze i zapewnia kategorycznie: „Teraz ramię nie opadnie”. Nie należy jednak zapominać, że przy takim postępowaniu stawiamy wszystko na jedną kartę i, jeżeli odrazu nie uda nam się opanować dziecka i ugiąć go swoją sugestją, wtedy szanse wyleczenia znacznie się zmniejszają.

Metoda „nagłego zaskoczenia” w najpomyślniejszych wypadkach może znaleźć zastosowanie tylko przy pewnej kategorii objawów histerycznych, a mianowicie przy tych, które występują w postaci trwałej, przedewszystkiem zaś przy porażeniach i przykurczeniach. Natomiast inna kategoria objawów hysterji dziecięcej, występujących raczej w postaci napadowej (drgawki, somnambulizm, bóle, wymioty i t. p.), nadaje się bardziej do traktowania metodą t. zw. *rozmyślnego ignorowania*. Choremu dziecku pozwalamy przechodzić najrozmaitsze napady drgawek, skarżyć się na różnorodne bóle, mieć głośny kaszel lub czkawkę, zwracać pokarmy, nie stosując żadnych środków — w tem przekonaniu, że dziecko, nie wywołując żadnego wrażenia i zainteresowania, a przedewszystkiem nie widząc zaniepokojenia przejawami swojej choroby, straci podświadome przekonanie o ich doniosłości i stopniowo od nich odwyknie. Jako motyw pomocniczy, zasada ta powinna przewijać się przez całe postępowanie z dzieckiem histerycznem, gdyż nawet u podstawy *izolowania* dziecka tkwi myśl zneutralizowania wygórowanego pojęcia o doniosłości choroby, które podsycy zazwyczaj zbyt troskliwe zachowanie się rodziny.

Kilka słów wreszcie o *profilaktyce*. Chodzi mi tu mianowicie o profilaktyczne traktowanie tej kategorii dzieci, usposobionych neuropatycznie, które najbardziej narażone są na wybuch hysterji. Należy tu mieć na uwadze dwa momenty najbardziej niebezpieczne: 1) bezpośrednie naśladownictwo objawów hysterji rodziców przez dzieci; 2) wadliwe wychowanie dzieci przez rodziców, dotkniętych hysterją. Najbardziej radykalnym środkiem byłoby zupełne usunięcie dziecka z takiego środowiska rodzicielskiego, w praktyce jednak niezawsze da się to przeprowadzić. Dlatego też często trzeba się ograniczyć do zrównoważonego pod względem nerwowym wychowawcy, któryby potrafił oddziaływać rozumnie

na usposobienie dziecka i sparaliżować szkodliwy wpływ rodziców. Samo wychowanie kojarzyć powinno zasadę spokojnej łagodności z bezwzględną stanowczością. Należy od dalać od dzieci wszystko, co nadmiernie pobudza wyobraźnię, nie dopuszczać do rozwijania się próżności i przeceniania własnej osobowości. Należy chronić je od obrażeń i silniejszych wzruszeń, zwłaszcza lękowych, którym tak znaczna rola przypada w powstawaniu zjawisk histerycznych, nie należy jednak dzieci rozpieszczać, ale, przeciwnie, hartować ich umysł i ciało. Skoro jednakże jakiegokolwiek obrażenie nastąpiło, należy, przekonawszy się o jego nieszkodliwości, zbagatelizować jego znaczenie i nakazać dziecku jaknajwcześniejsze posługiwanie się obrażonym członkiem. To samo dotyczy okresu rekonwalescencji po przebytych chorobach, zwłaszcza gorączkowych: nigdy nie należy tu przesadzać w nadmiernej troskliwości. Zwłaszcza wystrzegać się trzeba przetrzymywania dziecka w domu przy najbliższych skargach, gdyż prowadzi to do bezwiednej symulacji i do uporczywego unikania szkoły. Nauczanie powinno odbywać się bezwzględnie w szkole publicznej, naturalnie tak prowadzonej, ażeby dbała o fizyczny rozwój dziecka, unikała przeciążenia umysłowego, modelowała altruistycznie jego charakter, gimnastykowała nie tylko mięśnie, ale i wolę i, rozwijając indywidualność dziecka, przyuczała je równocześnie do podporządkowania się zbiorowym wymogom małego społeczeństwa.



S. Stankiewicz
Gdańsk 30-XI-77
-30X-

Wydawnictwa Biblioteki Leczniczej.

Nr. 1. M. Grzegorzewska. Iloraz inteligencji w skali Bineta i jego znaczenie diagnostyczne. Warszawa, 1925	1.—
Nr. 3. Szkolny zeszyt biograficzny. Schemat polecony przez Min. W. R. i O. P. do użytku w szkołach dla upośledzonych umysłowo. Warszawa, 1926	1.50
Nr. 6. M. Grzegorzewska. Struktura wyobrażeń surogatowych u niewidomych. Warszawa, 1927	1.—
Nr. 7. T. Benni. Czytanie z ust dla ogluchłych w wieku późniejszym w świetle psychologii i fizjologii mowy. Warszawa, 1927	1.—
Nr. 8. Leonard. Z zakładu wychowawczego „Nasz dom” w Pruszkowie. 1928	1.—
Nr. 9. Wi. Sterling. Dziecko psychopatyczne. 1933	—80
Nr. 10. — Dziecko histeryczne. 1933	1.—
Nr. 11. M. Grzegorzewska. Głuchoniemi. 1928	1.50
Nr. 12. Wi. Sterling. Dziecko moralnie upośledzone. 1929	1.—
Nr. 13. — Dziecko umysłowo upośledzone. 1929	2.50
Nr. 14. Program Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej. 1929	2.—
Nr 15. W Szuman. Testy inteligencji Ch. Bühler dla niemowląt. 1930	1.—
Nr. 16. Wi. Sterling. Dziecko epileptyczne. 1930	2.—
Nr. 17. G. Bychowski. O psychicznem leczeniu dziecka. 1931	2.—
Nr. 18. K. Romiszewska. Skrócona metoda badań dr. Vermeylena. 1933	1.—

W powyższym spisie pomijamy broszury wyczerpane.

Z wydawnictw „NASZEJ KSIĘGARNI”

Buehler Ch. Dzieciństwo i młodość. Tłumaczenie W. Ptaszyńskiej	—
Coster G. Psychanaliza w zastosowaniu do ludzi normalnych. Tłum. M. Górską	4.50
Decroly i Monchamp. Gry wychowawcze, jako środek wdrożenia dziecka do czynności umysłowych i ruchowych	3.50
Grzywak - Kaczyńska M. Próby zastosowania testów do badania i organizowania pracy szkolnej	7.—
— Testy i normy dla użytku szkół powszechnych	—
Russell B. O wychowaniu ze specjalnem uwzględnieniem wczesnego dzieciństwa. Tłum. J. Hosiassonówna	6.—
Studencki S. M. Jak obserwować dzieci? Program obserwacji systematycznych oraz wskazówki dla nauczycieli, rodziców, wychowawców. Wydanie II, rozszerzone	3.50

Biblioteka Narodowa
Warszawa



30001020154927