

STUDII ȘI CERCETĂRI DE ANTROPOLOGIE

TOMUL 33
1996

EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE

CONSILIUL DE CONDUCERE

Director: acad OLGA NECRASOV

Redactor șef: prof. dr. doc. VICTOR SĂHLEANU

Referenți: acad. ȘT. MILCU
acad. VLADIMIR TREBICI
prof. univ. P. FIRU
dr. WOLFGANG SCHEFFRAHN (ELVEȚIA)
prof. univ. ALEXANDER RODEWALD (GERMANIA)
prof. univ HORST SCHMIDT (GERMANIA)

Membri: dr. MARIA CRISTESCU
dr. CEZARINA BĂLTEANU
dr. CRISTIANA GLAVCE
dr. MARIA VLĂDESCU
DAN BOTEZATU
dr. IOAN OPRESCU

Secretar responsabil de redacție: dr. ELENA RADU

Apare o dată pe an

Pentru a vă asigura colecția completă și primirea la timp a revistei, reînnoiți abonamentul dv.

În țară, revista se poate procura prin poștă, pe bază de abonament la: RODIPET S.A., Piața Presei Libere nr. 1, P.O. Box 33-57, București
ORION S.R.L., Splaiul Independenței 202A, P.O. Box 61-170, Tx 11939, CBTxR, Fax (401) 3122425, București; AMCO PRESS, S.R.L. Bd. Nicolae Grigorescu 29A, ap.66, P.O. Box 57-88, Fax (1) 3124569, București.

Manuscrisele, cărțile, revistele pentru schimb, precum și orice corespondență se vor trimite pe adresa Comitetului de redacție al revistei.

La revue «*Studii și cercetări de antropologie*» paraît une fois par an. Toute commande de l'étranger pour les travaux parus aux Éditions de l'Académie Roumaine sera adressée: RODIPET S.A., Piața Presei Libere nr. 1, P.O. Box 33-57, București, România; ORION S.R.L., Splaiul Independenței 202A, P.O. Box 61-170, Tx 11939, CBTxR, Fax (401) 3122425, București, România.

EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE

Calea 13 Septembrie nr. 13, 76117 București
Telefon: 4103846 sau 4103200/int. 2123, 2107, 2119

STUDII ȘI CERCETĂRI DE ANTROPOLOGIE

Tomul 33

1996

SUMAR

Antropologie istorică

CEZARINA BĂLTEANU, CONSTANTIN BĂLTEANU, Studiul antropologic și aspecte paleopatologice ale unui schelet dintr-un nivel gumelnițean	3
GEORGETA MIU, Considerații paleodemografice asupra populațiilor epocii bronzului de pe teritoriul României	9
PETRU CANTEMIR, DAN BOTEZATU, Studiul antropologic al materialelor osteologice de la Ștefănești, campania 1993	15

Antropologie contemporană

MARIA VLĂDESCU, IRINA POPESCU, DAN CIOTARU, VICTOR SĂHLEANU, Sistemul OAB la populația din Muntenia	21
IOANA POPOVICI-BĂDĂRĂU, MARIA VLĂDESCU, IRINA POPESCU, Aspecte de dinamică antroponimică într-o așezare din județul Bihor: Sânnicolau de Beiuș. 1895-1978	29
CRISTIANA GLAVCE, DANIELA CUCU, CORINA VALENTIN, Influența condițiilor sociale și economice asupra calității biologice a nou-născutului în decada 1980-1989	37
CORNELIU VULPE, ELEONORA LUCA, IRINA POPESCU, MIRCEA GUIAȘU, GABRIELA FĂRCĂȘAN, Aprecierea gradului de asemănare parentală – progeneri prin investigarea unor caractere morfo-fizionomice	45
CONȚIU-TIBERIU ȘOITU, GEORGETA MIU, Corelație între câteva aspecte ale dezvoltării somatice și psihologice ale elevilor de 13 ani	59
MARIA-ELENA ROȘCA, Mortalitatea prin afecțiuni ale tubului digestiv și anexe sale, în municipiul Iași, în 1990	63
ELEONORA LUCA, Aspecte privind direcția și intensitatea de asemănare între frați ...	67

Antropologie medicală

ELENA RADU, CONSTANTIN BĂLTENU, MIHAIL BOTA, Dezechilibre psiho-nevrotice în faza „preclinică” la populația tânără	73
CORNELIA GUJA, <u>RAZVAN PETCU</u> , DIANA DAROCZI, ELENA ILIESCU, ADRIANA NICA, Interdependențe între tipurile bioelectrice electrografice (EG) și tendințe de reactivitate la boli	89
ANDREI KOZMA, CRISTIANA GLAVCE, Frecvența taurodonției în dentiția permanentă a omului actual	97

Antropologie culturală

IOAN OPRESCU, Antropologia culturală – lingvistică aplicată. Aspecte inedite ale comunicării medic-pacient (I)	105
--	-----

STUDIUL ANTROPOLOGIC ȘI ASPECTE PALEOPATOLOGICE ALE UNUI SCHELET DINTR-UN NIVEL GUMELNIȚEAN

CEZARINA BĂLTEANU, CONSTANTIN BĂLTEANU*

Scheletul studiat în lucrarea de față a fost găsit în urma lucrărilor arheologice efectuate la Popina-Bordoșani, de către d-na Silvia Marinescu de la Muzeul Național de Istorie-București, într-un nivel gumelnițean. Materialul care ne-a parvenit (M11-P.Bord) oferă un grad de conservare deosebit de satisfăcător la care se adaugă și o exigentă prelevare.

Scheletul a aparținut unui tânăr de vârstă peste 15 ani, judecând după gradul de osificare atât a discurilor de creștere a oaselor lungi, cât și a suprafețelor de articulație a unor oase scurte, precum și a eruperii M_3 de pe ambele maxilare.

SCHELETUL CEFALIC

În tabelul nr.1 dăm principalele dimensiuni în valoare absolută și indicii cefalo-faciali ai craniului studiat.

Tabelul nr.1

Nr. Martin	Dimensiuni și indici		Nr. Martin	Dimensiuni și indici	
1.	G-op	181	55.	N-ns	53
2.	G-i	175	62.	Ol-st	40
3.	G-l	172	63.	Enm ₂ -enm ₂	40
5.	N-ba	104	65.	Kdl-Kdl	97
7.	Ba-o	39	66.	Go-go	90
8.	Eu-eu	132	68.	Adâncime	81
9.	Ft-ft	100	69.	Id-gn	35
10.	Co-co	114	69(1)	In. la niv. g.n.	32
11.	Au-au	112	69(3)	Gros. la g.n.	14
12.	Ast-ast	107	70.	In. ram. vert.	60
16.	Larg for.mag.	30	71.	Larg.r.vert.	36
17.	Ba-b	137	8/1	I.cefalic	72,92
20.	Po-b	119	17/1	I.vertico-long	75,69

* U. M. F. Iași-Catedra de Anatomie.

23.	circ.oriz.	500	17/8	I.vertico-trans	103,7
24.	Po-po	310	20/1	I.porio-brg.lg.	65,5
25.	N-o	365	20/8	I.porio-brg.tr.	90,1
26.	N-b	125	9/10	I.fronto.trans.	87,7
27.	B-l	125	9/8	I.fronto-par.tr.	75,75
28.	L-O	110	12/8	I.occ.par.tr.	81,06
30.	B-l	112	16/7	I.for.mag.	76,9
31.	L-o	92	27/26	I.fr.par.long.	100,0
31(1)	L-i	60	29/26	I.curb.front.	92,6
31(2)	I-o	46	30/27	I.curb.pariet.	89,6
40.	Ba-pr	98	31/28	I.curb.occ.	83,6
42.	Ba-gu	104	47/45	I.fac.tot	93,49
43.	Fmrt-fmt	105	48/45	I.fac.sup	55,28
43(1)	Fmo-fmo	97	52/51	I.orbital	80,0
44.	Ek-Ek	93	50/44	I.lărg. răd. nas	26,28
45.	Zy-Zy	123	54/55	I.nazal	37,73
46.	Zm-Zm	100	45/8	I.jugo-pariet.	93,18
47.	N-gn	115	9/45	I.fronto.jug.	81,30
48.	N-pr	68	66/45	I.md.-jug.	73,17
50.	Mf-mf	25	55/45	I.naso-malar	20,6
51.	Mf-ek	40			
52.	Inalt orb.	32			
54.	Al-al	20			

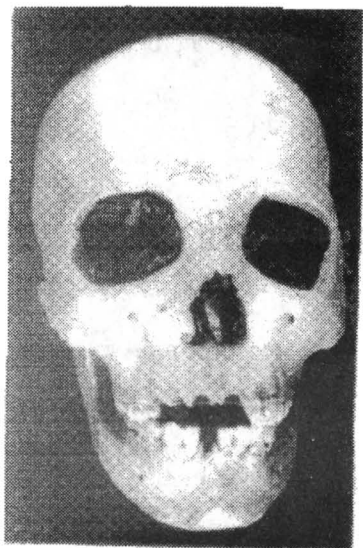
Analiza datelor înscrise în tabel evidențiază un neurocraniu de tip doliocran, hipsicran și acrocran înalt, cu fruntea ovală și eurimetopă și occipital larg și oval. Iată de ce, acest neurocraniu văzut din „norma verticalis” apare oval alungit, iar din norma occipitală în formă de „casă” înaltă. Occipitalul larg și bombat este înalt, iar fruntea ovală și ușor înclinată de profil, este lipsită de relief (pl.I, fig. 1-4).

Pe bazicranium, pe lângă asimetria orificiilor craniene pentru vena jugulară, situație pe care o vom analiza aparte, se remarcă și o asimetrie în dezvoltarea mastoidelor și a condiliilor occipitali. Gaura occipitală are un contur oval-alungit (Ppl.II, fig.1).

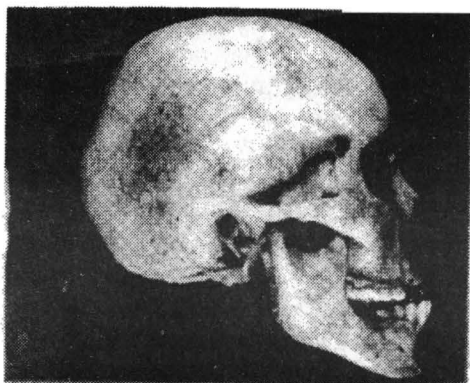
Masivul facial este îngust și alungit (leptoprosop) marcat atât prin etajul superior (ind. 55,28 lepten), cât și prin înălțimea mandibulei (69 Martin-35). Raportul de lărgime a malarelor față de cea a neurocraniului (45/8: 93,18) este de valoare mijlocie, ca și acela de lărgime a părții inferioare a feței față de etajul superior (66/45: 73,17).

Indicele de proiectare naso-malar este 20,6 și conferă scheletului studiat de noi caracteristica populației europoide, excluzând astfel amestecul caracterului mongoloid.

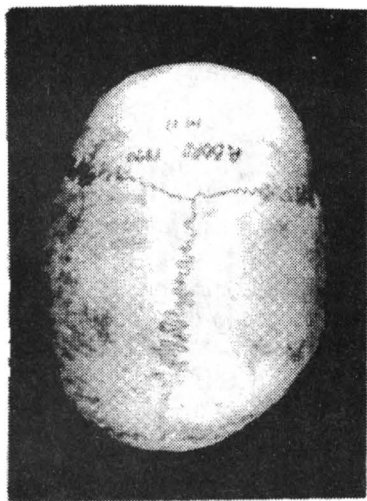
Orbitele sunt mezoconci (90,0) și au un contur guandrular. Nasul aparține categoriei leptorin (37,7) cu rădăcină și apertură nazală îngustă, cu o carenă dreaptă și mijlociu de proeminentă. Dispoziția malarelor este ușor „fugindă”, iar fosele canine sunt slab reprezentate. Bolta palatină este adâncă, conturul maxilarului este „U”-psiloid fiind marcat anterior și de prognatismul existent.



1



2



3



4

Pl. I. – Craniul – M₁₁ – P. Bord; 1-norma de față; 2-de profil; 3-sagitală; 4-occipitală.

Mandibula este bine dezvoltată, înaltă, cu menton bine marcat și ramul vertical robust și ușor oblic prezentând un amestec predominant nordoid cu ușoare elemente dinaroide.

Dentiția este neerodată, iar M_3 inferioare nu sunt erupte din cauza scurtării spațiului pe mandibulă, iar pe maxilarul superior sunt pe cale de a erupe.

STATURA ȘI SCHELETUL POSTCRANIAN

Talia, calculată după media celor trei metode, era de 165 cm (categorie mijlocie) la deces și ar fi avut posibilitatea de creștere, dată fiind nesudarea discurilor.

Studierea scheletului postcranian evidențiază o asimetrie în ceea ce privește lungimea humerusurilor (304 mm cel stâng și 312 mm cel drept) și cu un relief muscular mai slab pe primul decât pe al doilea.

Și pe celelalte oase lungi constatăm de asemenea un relief muscular slab. Femurul este platimer fără pilastru, iar tibia eurimeră. Ambele au un aspect gracil.

Scheletul tânărului provenit din nivelele gumelnițene de la Popina-Bordușani aparține fondului de populație europoid al acestei perioade, la care se evidențiază unele elemente nordoide unele dinaroide și est-europoide, toate gracilizate și ușor modificate din cauza unor maladii congenitale.

UNELE ASPECTE PATOLOGICE

La nivelul bazicraniului se remarcă patul venei jugulare interne stângi, vizibil mai mic decât cel drept (diametrul antero-posterior 4 mm în primul caz, comparativ cu 7 mm în al doilea caz; diametrul transvers 12 mm. și respectiv 14 mm). La același nivel, condilul occipital și mastoida stângă sunt de asemenea mai mici decât pe partea controlaterală (pl. II, fig. 1).

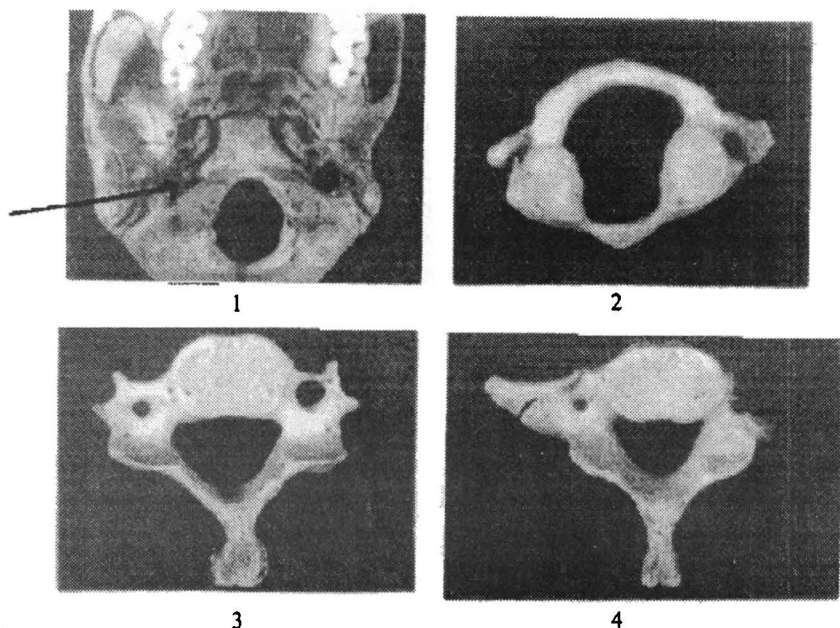
Atlasul, prima vertebră cervicală, oferă pe partea stângă o malformație în sensul dezvoltării incomplete a apofizei transverse (pl. II, fig. 2) lăsând neîncadrată artera vertebrală stângă pe ultima sa porțiune verticală, înainte de orizontalizare.

O reducere asemănătoare și tot pe partea stângă, se remarcă la nivelul vertebrelor C_2 - C_7 în privința diametrelor găurii arterei vertebrale (pl. II, fig. 3-4). În plus, vertebra C_7 prezintă și un rudiment de coasta cervicală (fig. 4) prin hipertrofierea apofizei transversale care prezintă și o tendință la applatizarea cranio-caudală, situație pe care o întâlnim în mod normal la coasta I.

Este foarte posibil ca aceste malformații osoase multiple atât ale bazicraniumului, cât și a coloanei cervicale, să fi constituit obstacole cu diminuarea consecutivă a fluxului arterial pentru jumătatea stângă a trunchiului și cerebelului, ipoteză justificată și de reducerea returului venos prin prezența golfului jugularei interne stângi, diminuat ca volum.

Malformația lui C_7 , a produs probabil o compresiune a ramurilor plexului brahial stâng și a subclavicularei stângi în defileul toracic din aceeași parte, cu efecte trofice negative la distanță, justificate prin diminuarea scheletului brațului stâng (cu aproximativ 1 cm).

Literatura de specialitate (1) menționează faptul că de regulă malformațiile multiple rahidiene sunt însoțite și de modificări neurologice, așa cum s-a arătat mai sus, dar și viscerele. Aceste malformații ar putea explica, pe de o parte, gracilitatea deosebită a întregului schelet, dar ar putea fi și cauza decesului prematur al acestui tânăr.



Pl. II. – Craniul – M₁₁ P. Bord; 1-bazicranium (reducerea patului jugularei interne stg.); 2-atlas cu ap. transv. incompletă; 3-v. cervicală cu gaura arterei vertebr. redusă; 4-V.C. 7 cu rudiment de coastă cervicală.

L'ÉTUDE ANTHROPOLOGIQUE ET DES ASPECTS PATHOLOGIQUES D'UN SQUELETTE APPARTENANT AUX NIVEAUX GUMELNIȚA

RÉSUMÉ

Le squelette étudié est prédominante gracil, doliocrâne, avec une visage allongée, des orbites en moyenne hautes, le nez étroit est long. Il est possible que sa typologie, caractéristique de fond des tribus qui ont appartenu à la culture Gumelnița, a été influencé de son tableau pathologique.

BIBLIOGRAFIE

1. ALDESCU PAUL, *Neuroradiologie*, Ed. Junimea, 1986.
2. BĂLTEANU CEZARINA, CANTEMIR P. *Contribuții asupra populației neolitice de la Chirnovi-Șuvița Iorgulescu*, St. și cercet. de antrop., 1992, 29, 11-16.
3. BĂLTEANU ANA-CEZARINA, *Sur les caractéristiques anthropologiques des populations néolithiques gumelnițennes et tripoliennes du bassin ouest pontique*, Ann. Rom. d'Anthrop., 1995, 32, 3-7.
4. NECRASOV OLGA, CRISTESCU MARIA, BOTEZATU D., GEORGETA MIU, *Cercetări paleoantropologice privitoare la populațiile de pe teritoriul României*, Arheologia Moldovei, XIII, 173-223.

Primit în redacție
15 mai 1996

Centrul de cercetări Antropologice „Fr. Rainer”,
București, Secția Iași

CONSIDERAȚII PALEODEMOGRAFICE ASUPRA POPULAȚIILOR EPOCII BRONZULUI DE PE TERITORIUL ROMÂNIEI

GEORGETA MIU

Grație obținerii în timp a unor colecții osteologice importante ca rezultat al unei fructuoase colaborări cu specialiștii din domeniul arheologiei, s-au putut efectua cercetări complexe asupra populațiilor vechi care au trăit pe teritoriul patriei noastre în diferite etape istorice.

Un loc aparte în studiile de paleoantropologie l-au ocupat aspectele de ordin paleodemografic în vederea obținerii unor informații asupra densității populațiilor preistorice, asupra evoluției duratei vieții, a gradului de dezvoltare economico-social și implicit a specificului ocupațional.

MATERIAL ȘI METODĂ

În prezenta lucrare ne propunem să prezentăm unele aspecte demografice cum ar fi structura pe vârstă și sexe, speranța de viață la naștere, vârsta medie la deces, raportul mortalității între sexe la unele populații ce au trăit pe teritoriul nostru în epoca bronzului. Ne referim în special la acele serii osteologice care sunt reprezentative din punct de vedere numeric și care ne-au permis o prelucrare statistică a datelor, desigur rezultatele având în unele cazuri un caracter mai relativ, deoarece starea materialului osos nu a permis în totalitatea cazurilor o determinare precisă a sexului și vârstei la scheletele de înhumare.

Materialele osteologice care fac obiectul studiului de față provin din așezări ce se succed începând din perioada timpurie a epocii bronzului și până la sfârșitul acesteia. Astfel, materialele osteologice asupra cărora ne-am propus să studiem unii indicatori demografici provin din următoarele așezări: Zimnicea I - cultura Zimnicea (perioada bronzului timpuriu), Căndești și Sărata-Monteoru - cultura Monteoru (perioada mijlocie a bronzului), Trușești, Doina, Cioinagi-Bălințești, Brăești, Crasnaleuca - cultura Noua, Zimnicea II - cultura Zimnicea Plovdiv (perioada târzie a bronzului).

PREZENTAREA REZULTATELOR

În tabelul anexă numărul 1 prezentăm situația paleodemografică sub aspectul repartiției pe sex și vârstă a seriilor studiate folosind numai scheletele de înhumare.

Tabelul nr. 1

Structura pe grupe de vârstă și pe sexe a principalelor serii din epoca bronzului

Vârsta Necropola	Nr.	Copii		Adolescenți	Adulți	Maturi	Senili	Propoția sexelor
		0-7 ani		14-20 ani	20-30 ani	30-60 ani	60-x ani	20-x ani
Zimnicea I (c. Zimnicea)	52	17,31	52	1,92	15,39	50,00	5,77	B 54,05 F 45,94
Cândești (c. Monteoru)	409	25,43	409	5,62	19,31	28,61	1,22	B 59,25 F 40,74
Sărata-Monteoru (c. Monteoru)	173	18,70	173	4,70	23,30	41,00	1,70	B 52,50 F 47,80
Trușești (c. Noua)	103	12,62	103	5,82	7,76	33,97	7,76	B 48,07 F 51,92
Doina (c. Noua)	28	21,42	28	10,71	10,71	39,28	-	B 62,50 F 37,50
Cioinagi-Bălint. (c. Noua)	29	20,69	29	6,90	10,35	31,04	6,90	B 53,33 F 46,66
Brăești (c. Noua)	14	28,57	14	-	7,14	42,82	-	B 100% F 00
Crasnaleuca (c. Noua)	42	14,28	11,90	-	16,66	52,38	-	B 64,00 F 36,00
Zimnicea II (c. Zimnicea-Plov.)	61	24,59	22,95	8,19	21,39	19,56	1,63	B 55,17 F 44,82

Datele înscrise în acest tabel ne arată în primul rând o mortalitate ridicată a copiilor de vârstă 0-7 ani și 7-14 ani, variabilitatea procentuală oscilând între o valoare de circa 27% în populația de la Zimnicea I (c. Zimnicea) până la cca 50% la Brăești (c. Noua). Ceea ce merită să subliniem este faptul că mortalitatea în cadrul acestor vârste înregistrează în general o creștere cu cât ne apropiem de sfârșitul epocii bronzului, în seria de la Zimnicea I (perioada timpurie a bronzului) mortalitatea copiilor este cea mai scăzută din toate seriile studiate.

Pe locul al doilea, în ordinea crescătoare a mortalității se situează populațiile din cultura Monteoru (circa 29% la Sărata-Monteoru și circa 37% la Cândești) și unele aparținând culturii Noua (Trușești - circa 37%, Cioinagi-Bălințești - 38%, Doina - circa 39%). Revenind la populațiile culturii Monteoru, constatăm că mortalitatea infantilă este mai ridicată la Cândești decât la Sărata-Monteoru. Dacă menționăm însă, că autorii prelucrării demografice de la Sărata-Monteoru (V. Caramela și C. Maximilian) menționează că nu au dispus de “numărul mormintelor de copii” și deci că au motive să creadă că “numărul decedaților din grupele tinere era mult mai ridicat în raport cu întreaga populație atingând circa 40%, așa cum rezultă din observațiile făcute pe teren în timpul cercetărilor arheologice”, putem conchide că ambele populații erau destul de asemănătoare din acest punct de vedere.

Aceasta reiese și din compararea duratei medii de viață care este foarte apropiată la cele două populații.

Referindu-ne la alte populații aparținând bronzului târziu, se remarcă în continuare o creștere a frecvenței deceselor, populația de la Zimnicea II (c. Zimnicea - Plovdiv) deținând procentul cel mai ridicat de copii decedați între 0-14 ani (circa 47%). De asemenea, la Brăești mortalitatea copiilor reprezintă jumătate din populație, dar, numărul mic de schelete ce compun această serie pot da un anumit grad de subiectivitate. Excepție face populația de la Crasnaleuca (c. Noua) în care mortalitatea copiilor este practic egală cu cea întâlnită la Zimnicea I (perioada timpurie a bronzului).

Aportul principal la această mortalitate ridicată revine aproape în toate cazurile copiilor decedați sub vârsta de 7 ani, cu excepția populației de la Trușești unde numărul copiilor decedați între 7-14 ani este aproape dublu față de cel al copiilor de vârstă 0-7 ani. La unele populații datând din cultura Noua diferențele între frecvența deceselor la cele două grupe de vârstă pot fi socotite nesemnificative. Menționăm că și pentru etapa 7-14 ani se menține aceeași tendință de creștere a mortalității cu cât ne apropiem de sfârșitul epocii bronzului (de la circa 10% la Zimnicea I - bronzul timpuriu - la circa 23% la Zimnicea II - bronzul final).

După depășirea vârstei de 14 ani, deci în etapa adolescenței, frecvența deceselor scade semnificativ, variabilitatea mergând de la circa 2% la Zimnicea I la circa 11% la Doina (c. Noua). La Brăești nu întâlnim nici un deced în această etapă de vârstă.

Referindu-ne la subiecții care au depășit vârsta de 20 de ani, în toate populațiile se constată o prevalență a deceselor în grupa subiecților maturi (30-60 ani), cu mențiunea că pentru această etapă de vârstă se remarcă o tendință de scădere a frecvenței deceselor către sfârșitul epocii bronzului (de la 50% la Zimnicea I - bronz timpuriu - la circa 19% la Zimnicea II - bronz final). Excepție face populația de la Crasnaleuca (bronz final) unde decesele maturilor depășesc 50% din populație și cea de la Brăești (aceeași perioadă) în care mortalitatea maturilor deține circa 43%.

În ceea ce privește mortalitatea în rândul subiecților care au depășit pragul maturității (60-x ani), aceasta este în general foarte scăzută, frecvența deceselor nedepășind circa 7% (Trușești și Cioinagi-Bălințești datând din c. Noua). În unele populații nici un subiect nu a depășit vârsta de 60 de ani (Doina, Brăești, Crasnaleuca - c. Noua).

Considerând acum proporția dintre sexe (20 - x ani), constatăm în general o prevalență a deceselor în rândul bărbaților, diferențele nefiind însă semnificative, astfel încât, se poate conchide că există o proporție relativ echilibrată între decesele bărbaților și cele ale femeilor. Fac excepție seriile de la Doina și Crasnaleuca (c. Noua) unde numărul bărbaților decedați este semnificativ mai mare, cât și mica serie de la Brăești unde toți subiecții decedați (20 - x ani) sunt numai de sex masculin.

În funcție de cele amintite mai sus punem în discuție și durata medie de viață, exprimată fie prin calcularea speranței de viață la naștere (metoda Acsadi și Nemeskeri) la seriile reprezentative statistic, cum sunt cele de la Căndești, Sărata-Monteoru, Trușești, Zimnicea I și Zimnicea II, fie prin calcularea vârstei medii de deced la seriile mai mici : Doina, Cioinagi-Bălințești, Brăești, Crasnaleuca.

Tabelul nr. 2
Durata medie de viață a principalelor serii studiate

Necropola	Serie totală	Bărbați	Femei
	0 - x ani	20 - x ani	20 - x ani
Zimnicea I (c. Zimnicea)	28,29	35,93	40,00
Cândești (c. Monteoru)	22,11	37,29	34,38
Sărata-Monteoru (c. Monteoru)	22,00	-	-
Trușești (c. Noua)	28,02	47,29	42,72
Doina (c. Noua)	25,00	B Â F â	36,00
Cioinagi - Bălințești (c. Noua)	27,00	-	-
Brăești (c. Noua)	27,80	49,20	-
Crasnaleuca (c. Noua)	29,81	42,90	35,50
Zimnicea II (c. Zimnicea Plovdiv)	22,92	29,80	27,50

Astfel, la populația de la Zimnicea I (c. Zimnicea) datată din perioada timpurie a bronzului, speranța de viață la naștere este de circa 28 de ani ceea ce corespunde unei longevități foarte scăzute. Comparativ însă cu populațiile culturii Monteoru, unde speranța de viață este de numai circa 22 de ani (22,11 ani la Cândești și 22,0 la Sărata-Monteoru, durata medie de viață este semnificativ mai crescută în perioada de început a epocii bronzului față de cea mijlocie. În perioada târzie a epocii bronzului durata medie de viață crește din nou atingând în populația de la Trușești (c. Noua) aceeași valoare ca cea întâlnită la Zimnicea I (28,02 ani). Pentru celelalte populații din cultura Noua durata medie de viață (exprimată prin vârsta medie la deces) este foarte apropiată cu excepția celei de la Crasnaleuca unde vârsta medie la deces este semnificativ mai crescută (circa 30 de ani). Dintre toate populațiile ce au trăit la sfârșitul epocii bronzului, cea de la Zimnicea II (c. Zimnicea-Plovdiv) înregistrează cea mai scăzută durată medie de viață (circa 23 de ani) devenind astfel cu circa 5 ani mai mică față de populația din aceeași așezare datată din perioada de început a epocii bronzului.

Dacă ne referim la durata medie de viață pentru subiecții care au depășit vârsta de 20 de ani, separat pe sexe, se constată că aceasta este mai mare la bărbați: cu circa 3 ani la Cândești (c. Monteoru), cu circa la Trușești și circa 7 ani la Crasnaleuca (c. Noua) și cu circa 2 ani la Zimnicea II (c. Zimnicea-Plovdiv). Excepție face populația de la Zimnicea I (c. Zimnicea), unde durata medie de viață este mai ridicată la femei cu circa 4 ani.

CONCLUZII

În rezumat, populațiile care au trăit pe teritoriul patriei noastre în epoca bronzului prezintă un comportament demografic destul de unitar. Astfel, toate populațiile se caracterizează printr-o mare mortalitate a copiilor, în special a celor de vârstă 0-7 ani care împreună cu cei de vârstă 0-14 ani reprezintă în unele populații aproape jumătate din totalul deceselor (Brăești, Zimnicea II). Subliniem însă că există o anumită tendință de creștere a mortalității copiilor cu cât ne apropiem de sfârșitul epocii bronzului (de la circa 27% în perioada bronzului timpuriu la circa 50% în perioada bronzului târziu).

Pentru subiecții care au depășit vârsta de 20 ani, maximum de frecvență a deceselor corespunde la toate seriile cu etapa maturității. Frecvența deceselor în rândul subiecților de peste 60 de ani este destul de scăzută pe toată durata epocii bronzului (între circa 1% și circa 8%).

Durata medie de viață este relativ apropiată în populațiile studiate - între circa 22 de ani și circa 30 de ani, ceea ce reflectă o longevitate foarte scăzută, chiar mai scăzută decât la populațiile din neolitic, cum ar fi Cernavodă (c. Hamangia) sau Cernica (c. Boian), unde speranța de viață la naștere este de circa 37 de ani și respectiv circa 36 de ani. Totuși putem sublinia o creștere a duratei medii de viață cu cât ne apropiem de sfârșitul epocii bronzului, creștere ce va continua și în epoca fierului când durata medie de viață pe ansamblul seriilor studiate va atinge o valoare de circa 32 de ani.

La populațiile de peste 20 de ani, durata medie de viață este în medie mai crescută cu circa 3 ani la bărbați față de femei (exceptând populația de la Zimnicea).

CONSIDÉRATIONS PALÉODÉMOGRAPHIQUES SUR LES POPULATIONS DE L'ÉPOQUE DU BRONZE SUR LE TERRITOIRE DE LA ROUMANIE

RÉSUMÉ

L'auteur étudie la variabilité de certaines caractéristiques paléodémographiques: structure par âge et par sexe, l'espérance de vie, le rapport entre les sexes.

Le matériel d'étude est constitué par les séries osteologiques appartenant aux différentes cultures qui sont développées sur notre territoire à l'âge du bronze: Zimnicea I (culture Zimnicea), Căndesti, et Sarata-Monteoru (culture Monteoru), Trusesti, Doina, Cioinagi-Balintesti, Braesti, Crasna-leuca (culture Noua) et Zimnicea II (culture Zimnicea-Plovdiv).

Les principales conclusions sont les suivantes:

- Toujours la mortalité des enfants (0-7 ans et 7-14 ans) est très élevée, en augmentant de plus en plus durant l'époque du bronze (environ de 27% à 50% à fin de l'époque du bronze);
- La plus grande fréquence des décès correspond à l'étape de la maturité (30-60 ans) touchant spécialement les hommes;
- La durée moyenne de vie varie entre 22 et 28 ans, mais la plus parts des populations se situe entre de 25-27 ans (seulement la culture Monteoru offre un âge moyen très bas: 22 ans).

BIBLIOGRAFIE

1. Cristescu Maria și Antoniu Serafima, *Contribuție la cunoașterea structurii antropologice a populației aparținând culturii Noua din Moldova*, An. Șt. ale Univ. „Al. I. Cuza”, 1962, VIII, 2.
2. Cristescu Maria, Antoniu Serafima și Kluger Rachel, *Studiul antropologic al scheletelor de la Cioinagi - Bălintești*, St. cerc. antropol., 1965, 2, 29-43.
3. Maximilian C. și colab., *Sărata-Monteoru, Studiu antropologic*, București, 1963.
4. Miu Georgeta, *Caracteristicile antropologice ale scheletelor de la Brăești (jud. Botoșani) aparținând culturii Noua*, St. cerc. antropol., 1992, 29, 17-23.
5. Necrasov Olga et Cristescu Maria, *Étude anthropologique des squelettes de Trușești, datant de la fin de l'âge du bronze (culture Noua)*, Ann. Roum. Anthropol., 1968, 5, 3-18.
6. Necrasov Olga, Comănescu Șt., Onofrei Maria, *Étude anthropologique des squelettes de Zimnicea, datant de l'âge du bronze recent (necropole C. 10)*, Dacia, 1973, XVII, 99-125.
7. Necrasov Olga et Cristescu Maria, *Sur la durée de la vie de quelques populations anciennes de Roumanie*, Anthropol., Közl., 1974, 18, 149-158.
8. Necrasov Olga, *Nouvelles contributions à l'anthropologie des populations de l'âge du bronze en Roumanie*, Anthropol., Brno, 1976, 1-2, 75-77.
9. Necrasov Olga, Botezatu Dan, Miu Georgeta, *Contribuții noi la paleodemografia și paleoantropologia populației din cultura Monteoru, Thraco-Dacica*, 1985, VI, 37-49.

Primit în redacție
la 15 mai 1996

Centrul de Cercetări
Antropologice „Fr. Rainer”,
București, Secția Iași

STUDIUL ANTROPOLOGIC AL MATERIALELOR OSTEOLOGICE DE LA ȘTEFĂNEȘTI, CAMPANIA 1993

PETRU CANTEMIR, DAN BOTEZATU

Materialul osteologic studiat în prezenta notă, provine din săpăturile arheologice întreprinse în anul 1993 la Ștefănești - Botoșani în zona bisericii „Cuvioasa Paraschiva” - de către arheologul Asăvoaie Constantin de la Institutul de Arheologie Iași, care datează necropola din timpul domniei lui Vasile Lupu. Cu această ocazie au fost scoase la iveală un prim lot de 42 schelete umane, pe care ne-am propus să-l studiem în mod comparativ cu alte serii antropologice din Moldova, datate din perioada feudală.

DATE PALEODEMOGRAFICE

Repartizarea subiecților după vârstă și sexe este reprezentată în tabelul nr. 1.

Tabelul nr. 1
Repartiția după sex și vârstă a scheletelor de la Ștefănești

Vârsta Sexul	Indeterminabili			Bărbați			Femei		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
infans I 0 - 7 ani	5	11,9	-	-	-	-	5		11,90
infans II 7 - 14 ani	5	11,9	-	-	-	-	5		11,90
juvenis 14 - 20 ani	-	-	1	2,38	-	-	1		2,38
adultus 20 - 30 ani	-	-	4	9,52	2	4,76	6		14,28
maturus 30 - 60 ani	-	-	14	33,33	10	23,80	24		57,14
senilis 60 - x ani	-	-	1	2,38	-	-	1		2,38
Total	10	23,8	20	47,61	12	28,57	42		100,00

Tabelul nr. 2
Date biometrice și conformative pentru unele populații feudale din Moldova

Nr. Martin	Caracterul	Bârlad sec. XVI-XVII				Gherăești sec. XVI-XVIII				Siret sec. XIV-XVII				Ștefănești sec. XVI-XVII			
		Bărbați		Femei		Bărbați		Femei		Bărbați		Femei		Bărbați		Femei	
		N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media
1	G - op	14	178,0	7	175,4	9	181,7	9	173,1	14	177,7	11	169,8	8	179,6	5	174,8
8	Eu - eu	14	145,5	7	135,8	9	145,3	9	140,5	18	146,3	11	143,6	8	146,3	7	140,5
9	Ft - ft	13	99,5	7	97,0	9	102,3	9	99,2	14	101,5	10	97,6	6	102,0	6	98,5
10	Co - co	14	123,6	7	114,7	9	125,4	9	121,2	16	128,0	11	119,5	7	127,1	6	119,6
20	Po - b	13	118,7	6	108,7	6	118,9	8	115,3	15	115,6	8	108,7	5	115,2	4	109,0
45	Zy - zy	10	132,7	5	122,8	8	130,0	7	124,8	6	133,0	7	121,0	4	131,7	4	125,5
48	n - pr	9	71,4	5	67,0	10	68,7	6	65,6	6	68,6	6	66,1	7	70,1	5	67,0
51	mf - ek	9	41,4	5	40,8	10	42,3	5	40,8	7	42,1	6	38,8	7	43,2	4	41,5
52	înălț. orbit	9	33,0	5	31,3	10	32,3	6	32,1	7	33,5	6	33,5	6	34,1	4	33,7
54	al - al	9	26,4	5	23,2	12	25,2	7	24,0	7	25,4	6	22,8	8	28,3	5	25,0
55	n - ns	8	52,2	5	47,0	10	50,6	6	48,4	7	50,2	6	48,0	8	52,5	5	49,2
8/1	i.cefalic	14	81,8	7	77,3	8	80,8	9	81,3	14	82,9	11	84,7	8	81,6	5	81,1
20/1	i. p. b. long.	13	66,5	6	62,1	6	65,2	8	66,8	11	65,5	8	64,0	5	65,1	3	62,5
20/8	i. p.b. trans	13	81,5	6	79,9	5	81,2	8	81,2	13	78,8	8	75,5	5	77,9	4	76,7
9/8	i. frt. par.	13	68,2	7	71,3	7	71,1	9	70,4	12	69,1	8	68,1	6	69,3	6	70,1
9/10	i. frt. trs.	13	80,2	7	83,8	9	81,3	9	82,2	14	79,4	10	81,7	6	80,8	6	82,3
48/45	i. facial sup	9	53,1	5	54,5	8	53,2	6	52,6	5	51,3	4	56,6	4	55,3	4	52,6
52/51	i. orbital	9	81,3	5	76,6	10	76,7	6	78,7	7	79,7	6	86,4	6	78,2	4	81,3
54/55	i. nazal	8	50,4	5	50,0	10	49,9	6	49,4	7	50,8	6	47,6	8	54,1	5	51,0
Statura după:		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Manouvrier		17	165,2	7	153,5	25	166,9	12	155,0	20	164,8	9	157,5	14	164,8	11	155,8
Trotter - Gleser		17	170,9	7	157,8	25	172,2	12	159,1	20	170,1	9	161,4	14	170,0	11	159,7
Bach - Breitingner		16	168,9	6	157,6	24	170,5	12	160,7	20	168,9	9	160,6	13	168,6	11	160,4
Statura Medie		17	168,3	7	156,7	25	169,8	12	158,2	20	167,9	9	159,7	14	167,7	11	158,6

Aceste date ne permit să constatăm în primul rând o mortalitate ceva mai redusă în rândul copiilor mici și mari, precum și a adolescenților. În al doilea rând înregistrăm o mortalitate mult mai mare la subiecții adulți și maturi de ambele sexe, vârsta senilă fiind atinsă doar de un singur individ. Această situație este mult asemănătoare cu cea întâlnită la alte populații medievale târzii (Siret sec. XVI-XVII și Gherăești sec. XVI-XVIII).

CARACTERISTICI ANTROPOLOGICE

În tabelul nr. 2 au fost înscrise mediile principalelor dimensiuni și indici cefalo-faciali, precum și a staturii seriei de la Ștefănești comparativ cu alte serii feudale.

Conform acestor date putem caracteriza populația feudală de la Ștefănești după cum urmează: calota craniană la ambele sexe este în medie mijlociu de lungă, de largă și de lată.

Fruntea este largă cu indici fronto-parietali de tip eurimetop și fronto-transversali care o integrează în formele ovale, relieful său fiind mai dezvoltat la bărbați față de femei. Occipitalul prezintă o lărgime accentuată dar cu un grad de curbură moderat și o protuberanță externă mai proeminentă la bărbați. Regiunea mastoidiană și supramastoidiană este mai puternic exprimată la sexul masculin.

Regiunea facială, fiind mai bine conservată în partea sa superioară, prezintă o înălțime și o lărgime medie la ambele sexe de tip mijlociu, indicii facial superior mediu încadrându-se în categoria mezena. Orbitale sunt în medie mijlociu de înalte dar largi, ceea ce le conferă un aspect mezoconc la ambele sexe. Nasul prezintă înălțimi mijlocii, dar lărgimi accentuate cu indici medii de tip camerin mai accentuat la bărbați. Molarele sunt în general mijlociu de dezvoltate ceva mai pronunțate la bărbați, dar orientarea lor la ambele sexe situându-se în plan intermediar. Fosa canină este întotdeauna prezentă cu diferite grade de dezvoltare.

Scheletul postcranian și statura. Statura medie, calculată pe baza metodelor Manouvrier, Trotter-Gleser și Bach-Bretinger se situează la ambele sexe în categoria supramijlocie. Repartiția pe categorii a acestui caracter (tab. nr. 3) ne arată la ambele sexe frecvențe mai ridicate pentru staturile înalte, urmate de cele supramijlocii și de cele mijlocii.

Oasele lungi ale scheletului prezintă un grad de robusticitate mijlociu, femurele sunt eurimere sau platimere, cu relieful subtrohanterian atenuat, tibiile fiind euricneme sau mezocneme, ele nu prezintă fațete suplimentare de articulație cu astragalul.

CARACTERISTICI TIPOLOGICE ȘI CONCLUZII

Vom preciza încă de la început că populația de la Ștefănești se integrează în mod unitar tipului europoid, lipsind influențele mongoloide.

La bărbați se remarcă o variantă principală reprezentată de un amestec de caractere dinaro-nordice, iar la femei dinaro-mediteranoide, la care se adaugă într-

o proporție destul de însemnată multe influențe esteuropide (în special la bărbați) care explică unele caractere conformativ și morfologice ale masivului facial superior (valorile ridicate ale indicelui nazal și dezvoltarea molarilor).

Tabelul nr. 3
Repartiția pe categorii a staturilor

Categorica	Bărbați		Categorica	Femei	
	N	%		N	%
Foarte mică x - 149,9	-	-	Foarte mică x - 139,9	-	-
Mică 150 - 159,9	1	7,1	Mică 140 - 148,9	-	-
Submijlocie 160 - 163,9	1	7,1	Submijlocie 149 - 152,9	1	9,0
Mijlocie 164 - 166,9	5	35,7	Mijlocie 153 - 155,9	3	27,2
Supramijlocie 167 - 169,9	5	35,7	Supramijlocie 156 - 158,9	1	9,0
Înaltă 170 - 179,9	2	14,2	Înaltă 159 - 167,9	6	54,5
Foarte înaltă 180 - x	-	-	Foarte înaltă 160 - x	-	-

În concluzie, populația feudală de la Ștefănești prezintă unele caracteristici tipologice zonale proprii care o deosebesc într-un anumit fel de alte populații medievale din Moldova (Siret, Gherăești, Bârlad), dar cu toate acestea ea se încadrează în tabloul tipologic principal al populațiilor moldovenești din perioada medievală, toate acestea trebuind a fi confirmate sau nu de săpăturile viitoare.

L'ÉTUDE ANTHROPOLOGIQUE DU MATÉRIEL OSSEUX DE ȘTEFĂNEȘTI. LA CAMPAGNE DE 1993

RÉSUMÉ

Le matériel anthropologique étudié par les auteurs est représenté par les 42 squelettes découverts dans la nécropole de Ștefănești en 1993, datant des XVI^e-XVII^e siècle après J.Ch. par l'archéologue C. Asăvoaie (Inst. Archéologique de Jassy).

Du point de vue démographique notre série indique une mortalité assez réduite parmi les enfants. La population médiévale de Ștefănești est caractérisée par un indice crânien du type brachycrânien modéré d'une hauteur verticale hypsicrâne et tapéinocrâne, un front eurymétope et un occipital large. Le massif facial supérieur est de type mésen, aux orbites mésoconches et le nez chamérhinien. La taille correspond à la catégorie chez les deux sexes au-dessus de la moyenne.

Du point de vue typologique on remarque un mélange de caractères dinaro-nordoïdes chez les hommes et dinaro-méditerranoides chez les femmes, auxquels on attache beaucoup d'éléments estéuopoïdes et protoeuropoïdes surtout chez les hommes.

BIBLIOGRAFIE

1. BOTEZATU, D., MIU, G., CANTEMIR, P., *Studiul paleoantropologic al materialului osteologic descoperit la Birlad, datând din perioada feudală (sec. XII-XVII)*. Stud. cercet. antrop., 26, 1989, p. 3-9
2. CANTEMIR, P., BOTEZATU, D. *Considerații antropologice asupra materialelor osteologice feudale de la Siret*. Arheologia Moldovei, tom XV, 1994. (sub tipar).
3. CANTEMIR, P., BOTEZATU, D. *Caracterizare antropologică a populației feudale de la Gherăești* (jud. Neamț). Stud. cerc. antrop., 32, 1995(sub tipar)
4. NECRASOV O., CRISTESCU M. Contribution a l'étude anthropologique de la population moldave du XVI -eme siècle. An. șt. Univ. Iași sect.II, 1957, 3(1-2), 84-104
5. PANAITESCU P. *Călători poloni în Țările Române*. București, 1930, p. 23

Primit în redacție
la 15 mai 1996

Centrul de Cercetări Antropologice „Fr. Rainer“,
București, Secția Iași

SISTEMUL OAB LA POPULAȚIA DIN MUNTENIA

MARIA VLĂDESCU, IRINA POPESCU, DAN CIOTARU, VICTOR SĂHLEANU

Datele folosite, în prima parte a acestui studiu, sunt extrase dintr-o sinteză (la nivel național) privind sistemul OAB. Ea a fost încorporată în prima versiune a *Atlasului Antropologic al României* (1980), acum în curs de publicare, și a fost semnată de D. Ciotaru și V. Săhleanu.

În analiza lor, autorii apelează la câteva sinteze fundamentale în domeniu (1), (2), (3), (4), (6), în raport cu care efectuează comparații cu datele proprii, sau din care preiau date. Din aceste prezentări, noi am separat Muntenia cu județele sale componente.

Cât privește aportul personal, din a doua parte a lucrării, el constă în aceea că am detaliat variabilitatea hemotipologică până la nivel de comună sau sat cu date proprii, fapt care, cum se va vedea, nu este lipsit de importanță. Între cele trei sisteme serice pe care s-a axat mai mult la noi cercetarea antropologică (OAB, Rh, MN), cel mai bine caracterizat este grupul OAB și aceasta pentru că, în ultima etapă a cercetărilor noastre, fenotipurile nu au mai fost determinate pe teren, ci au fost extrase din buletinele de identitate.

MATERIAL ȘI METODĂ

Fiind vorba de caractere cu determinism ereditar monofactorial, deci cu transmitere mai ușor de precizat, grupele de sânge au foarte mare importanță, nu numai în medicină, ci și în genetica populațiilor. Din acest ultim punct de vedere, determinările hemotipologice, în cercetarea noastră, întregesc concluziile derivate din analiza Mahalanobis (7), asupra unei mari uniformități a caracterelor antropometrice, cât și pe cele din determinările dermatoglice (8).

Dintru început este obligatoriu să subliniem că analizele sângelui cer eșantioane mai mari decât cele biomorfologice, unde un număr > 30 de subiecți este considerat ca suficient pentru a caracteriza o populație. Deci, în vederea unei analize complete, în acest articol, sunt introduse, alături de datele colectate de noi pe un eșantion de 5133 subiecți, și date generale despre hemotipologia Munteniei, cu un număr de 30813, extrase din literatura antropologică mai înainte precizată.

Din punct de vedere statistic, prima categorie de operații se referă la calculul incidențelor procentuale pentru fenotipurile caracteristice fiecărui sistem, iar cea

de-a doua categorie se referă la calculul frecvențelor genice respective; după următoarele relații:

$$p = 1 - \sqrt{O + B} \text{ pentru fenotipul A;}$$

$$q = 1 - \sqrt{O + A} \text{ pentru fenotipul B;}$$

$$r = \sqrt{O} \text{ pentru fenotipul O.}$$

De asemenea, au fost calculate valorile indicelui biochimic Hirszfeld

$$I = \frac{A + AB}{B + AB}$$

REZULTATE

1. Atât provincia în totalitatea sa (fig. 1), cât și județele (tabel 1; fig. 2) se caracterizează printr-o incidență fenotipică europeană în care cele patru grupe se ordonează în ordinea diminuării procentuale astfel: $A > O > B > AB$. Acestui model îi corespunde o frecvență genică de tipul: $r > p > q$ și un indice biochimic mai mare decât 2. Pentru acest din urmă parametru, excepție fac județele Ilfov și Ialomița, dar diferențele sunt nesemnificative (0,04; respectiv - 0,01). Ținând cont de penetranța factorilor p (populație europeană) și q (populație asiatică), P. Râmneanțu (5) plasează românii între italieni și olandezi, pe de-o parte, bulgari și sârbi, pe de alta. După sârbi urmează grecii, iar înaintea olandezilor se înscriu suedezii. Și tot în aceeași ordine de idei, Maria Tibera - Dumitru (6) subliniază, citându-l pe Streng că, dacă în populațiile românești grupele A și B însumează 42,2% respectiv 16,7% din populațiile analizate, la ruși procentele corespunzătoare sunt de 35,6% și 23,2%.

Pe fondul unei distribuții care respectă modelele generale, există diferențe și ele constau numai în simple oscilații procentuale de fenotip și genotip, de la un județ la altul, în cadrul unor variabilități cu următoarele întinderi procentuale:

	minim	maxim
1. O =	31,9% jud. Ialomița	35,05% jud. Argeș
A =	41,6% jud. Ilfov	43,7% jud. Teleorman
B =	15,7% jud. Argeș	17,4% jud. Ilfov
AB =	6,7% jud. Argeș	8,1% jud. Ialomița
2. p =	0,287 jud. Ilfov	0,303 jud. Teleorman
q =	0,116 jud. Argeș	0,137 jud. Ialomița
r =	0,565 jud. Ialomița	0,593 jud. Argeș

Tabelul 1

Frecvența procentuală, fenotipică și genotipică în sistemul OAB, pe județe

Județul	N	O	A	B	AB	p	q	r	Ind. biochimic
ARGEȘ	8469	2967	3654	1284	564	0,2917	0,1158	0,5925	2,28
		35,03%	43,15%	15,16%	6,66%				
DÂMBOVIȚA	3216	1094	1356	535	231	0,2885	0,1273	0,5843	2,07
		34,01%	42,16%	16,64%	7,18%				
PRAHOVA	4460	1503	1914	719	324	0,2943	0,1247	0,5810	2,15
		33,70%	42,91%	16,12%	7,26%				
BUZĂU	4459	1521	1916	716	306	0,2921	0,1221	0,5858	2,17
		34,11%	42,97%	16,06%	6,86%				
TELEORMAN	2337	763	1021	374	179	0,3025	0,1263	0,5712	2,17
		32,64%	43,68%	16,00%	7,65%				
ILFOV	3974	1328	1651	693	302	0,2869	0,1343	0,5789	1,96
		33,42%	41,55%	17,44%	7,60%				
IALOMIȚA	1886	602	804	327	153	0,2982	0,366	0,5652	1,99
		31,92%	42,63%	17,34%	8,11%				
BRĂILA	2012	671	868	325	148	0,2965	0,1254	0,5781	2,15
		33,35%	43,14%	16,15%	7,36%				
MUNTENIA	30813	10449	13184	4973	2207	0,2912	0,1233	0,5855	2,15
		33,91%	42,79%	16,14%	7,16%				
ROMÂNIA	164275	55752	70831	26276	11416	0,2937	0,1223	0,5840	2,18
		33,94%	43,12%	15,99%	6,95%				

Între tipologia de sistem OAB a Munteniei și a României în general (tabel 1), diferențele sunt minime, oscilațiile procentuale fiind, în cadrul aceleiași categorii, $\pm 0,3\%$ pentru fenotip și $\pm 0,003\%$ pentru genotip. Explicația ar consta în aceea că, o dată reprezentativitatea eșantioanelor realizată la nivel macroregional (determinările se referă la 33 000, respectiv 164 000 subiecți de ambele sexe), rezultatele parțiale înglobate în valorile medii estompează diferențele dintre colectivități, dacă fondul antropologic general este cvasi-omogen.

2. Spunem cvasiomogen pentru că realitatea se prezintă oarecum diferit când analizăm hemotipologia OAB, separat, pe localități (tabel 2).

Deși relațiile de mărime între categoriile de distribuții procentuale nu se abat de la cele două modele generale, sub acest aspect (al comunităților) variabilitatea este mai mare. Fenotipic și genotipic, ea se încadrează în următoarele limite procentuale:

		minim	maxim
1.	O	= 21,2% Radovanu	42,7% Perișani
	A	= 37,8% Schiulești	56,5% Radovanu
	B	= 10,5% Dâmbovicioara	25,7% Schiulești
	AB	= 2,2% Bucu	10,6% Radovanu
2.	p	= 0,251 Perișani	0,421 Radovanu
	q	= 0,079 Dâmbovicioara	0,199 Bătrâni
	r	= 0,460 Radovanu	0,653 Perișani

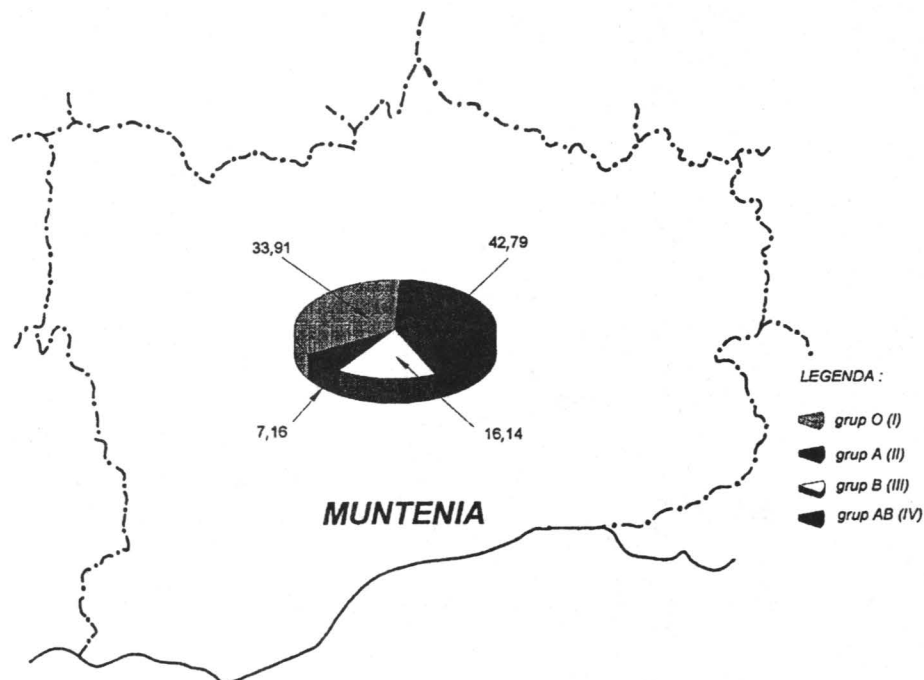


Fig. 1 – Repartiția fenotipică în sistemul OAB, în Muntenia.

Constatarea despre o mai mare penetranță de grup A în populația așezărilor de altitudine (4) nu se verifică întocmai, atât în ceea ce privește datele sintetice generale, cât și datele noastre referitoare la localități. De exemplu, trei județe, unul predominant submontan (Argeș) și două de câmpie (Teleorman și Brăila) apar practic cu aceleași proporții procentuale (respectiv: 43,2%, 43,7%, 43,1%). Apoi un grup de așezări colinare, cum sunt: Brăduleț, Dâmbovicioara, Măneciu, Lopătari apar cu frecvența de grup A variind între 47 - 51%. Concomitent însă, repartiții asemănătoare, chiar cu plafoane medii mai înalte, întâlnim și într-o serie de sate din Lunca Dunării sau Câmpia Română ca: Suhaia, Bucu, Radovanu, Tătăraștii de Jos, (46 - 56,5%). Mai mult chiar, cea mai mare frecvență, din grupul în cauză, apare într-o așezare de câmpie (Radovanu), iar cea mai mică într-un sat de munte (Schiulești).

Tablelul nr. 2
Frecvența procentuală, fenotipică și genotipică în sistemul OAB, pe localități

		O	A	B	AB	p	q.	r
LOCALITĂȚI	N	%	%	%	%	%	%	%
PERIȘANI (VL)	159	42,70	40,70	13,40	3,30	0,2510	0,0956	0,6534
NUCȘOARA (AG)	87	33,04	39,65	18,50	8,81	0,2821	0,1431	0,5748
BRĂDULEȚ (AG)	120	33,34	48,96	12,13	5,57	0,3257	0,0968	0,5775
DRAGOSLAVELE (AG)	80	33,40	42,50	17,30	6,90	0,2870	0,1351	0,5779
DÂMBOVICIOARA (AG)	98	39,38	47,02	10,54	3,06	0,2936	0,0789	0,6275
RUNCU (DB)	121	32,30	45,40	14,10	8,20	0,3189	0,1128	0,5683
MĂNECIU-UNGURENI (PH)	163	27,60	51,50	14,70	6,20	0,3639	0,1107	0,5254
COLȚI (BZ)	155	26,90	43,40	21,60	7,50	0,3036	0,1777	0,5187
LOPĂTARI (BZ)	162	31,30	48,30	14,90	5,50	0,3327	0,1078	0,5595
BISOCA (BZ)	124	33,70	43,80	15,70	6,70	0,2971	0,1224	0,5805
VINTILĂ VODĂ (BZ)	110	31,20	45,40	16,50	6,90	0,3093	0,1321	0,5586
VADU SOREȘTI (BZ)	125	32,90	43,00	15,90	8,20	0,3014	0,1250	0,5736
TISĂU (BZ)	122	32,60	43,60	16,60	7,20	0,3020	0,1271	0,5709
PIETROASELE (BZ)	182	31,60	43,80	17,060	7,00	0,3072	0,1317	0,5621
BĂTRÂNI (PH)	141	24,20	46,60	23,60	5,60	0,3086	0,1995	0,4919
SCHIULEȘTI (IZVOARE) (PH)	71	28,40	37,0	25,70	8,10	0,2901	0,1864	0,5235
MALU CU FLORI (DB)	95	33,50	42,70	15,90	7,90	0,2952	0,1260	0,578
PICIOR DE MUNTE (DB)	135	39,50	42,70	13,70	4,00	0,2707	0,1008	0,6285
BELEȚI (AG)	90	35,70	38,50	18,70	7,10	0,2624	0,1401	0,5975
RECEA (AG)	181	30,04	42,39	19,75	7,82	0,2944	0,1575	0,5481
TĂTĂRĂȘTII DE JOS (TR)	139	31,62	46,15	13,68	8,55	0,2908	0,1469	0,5623
SUHAIA (TR)	186	26,50	47,60	17,50	4,80	0,3367	0,1391	0,5242
CORNĂȚELU (DB)	131	34,60	47,20	12,70	5,50	0,3123	0,0995	0,5882
MIHĂILEȘTI (GR)	152	32,60	41,10	18,40	7,90	0,2859	0,1431	0,5710
IZVOARE-CACALEȚI (GR)	151	39,74	39,07	15,23	5,96	0,2573	0,1123	0,6304
CERNICA (IF)	84	33,80	41,20	18,60	6,50	0,2761	0,1425	0,5814
DRIDU (IL)	144	35,50	41,00	17,00	6,40	0,2788	0,1254	0,5958
BUCU (IL)	350	37,90	48,20	11,70	2,20	0,2958	0,0886	0,6156
RADOVANU (CL)	110	21,20	56,50	11,80	10,60	0,4211	0,1185	0,4604
MOVILA BANULUI (BZ)	145	32,60	43,80	13,40	10,20	0,3032	0,1259	0,5709
JIRLĂU (BR)	156	34,60	41,30	16,20	7,80	0,2873	0,1245	0,5882
GRĂDIȘTEA (BR)	164	27,90	46,00	16,40	9,70	0,3210	0,1508	0,5282
MĂXINENI (BR)	161	33,30	43,20	15,90	7,60	0,2986	0,1243	0,5771
PLOPU-IANCA (BR)	134	34,50	45,70	13,80	6,00	0,3051	0,1075	0,5874
BORDEI VERDE (BR)	109	31,30	46,40	14,30	8,00	0,3248	0,1157	0,5595
GROPENI (BR)	162	34,00	42,10	17,20	6,70	0,2845	0,1324	0,5831
BERTEȘTII DE JOS (BR)	134	34,10	43,70	16,70	5,50	0,2873	0,1287	0,5840

În același timp relațiile reciproce dintre tipurile sistemului explică și celelalte frecvențe. Cel mai adesea valorile mai mari de grup A atrag după ele frecvențe mai mici de grup O (Măneciu, Radovanu). În celelalte localități însă, infuzia de gene alogene (fără a le putea preciza proveniența) se exprimă și prin proporții mai ridicate de grup B (Colți, Bătrâni, Schiulești). Explicațiile pot fi puse și pe seama compoziției taxonomice, așa cum s-a constituit ea în timp, cu contribuția fenomenelor exo-endogamice.

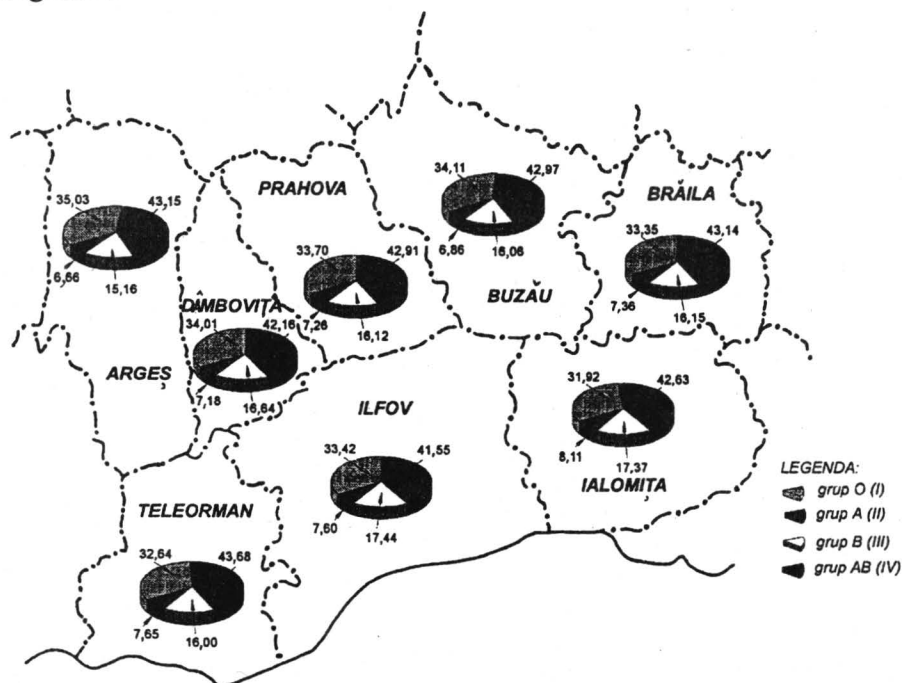


Fig. 2 – Repartiția procentuală fenotipică în sistemul OAB, pe județe.

THE ABO BLOOD SYSTEM IN THE ROMANIAN POPULATION FROM THE HISTORICAL REGION MUNTENIA

SUMMARY

The authors study the genotype and phenotype structure, through the OAB system, of some populations from Muntenia - Romania.

The data refer to 45946 subjects, of both sexes, from 8 counties and 37 villages, distributed from the submontane area of the South Carpatians to the Romanian Plain.

The percentile distribution for each type, with their two forms, shows that the variability is greater between the communes than between counties. The data are although unitary by means of the disposal model: $A > O > B > AB$, and $r > p > q$, no matter the size of the administrative unit. The variability shows up in the fluctuations of the same blood group from one population to another.

This distribution of the seric OAB constitution compares the Romanian population to the European populations, generally.

BIBLIOGRAFIE

1. BERONIADE SIMONA, *Contribuții la studiul unor constante hemotipologice determinate pe un lot de muncitori forestieri din microregiunea Valea Bratiei - Argeș*, St. cctc. antropol., 1966, t. 3, nr. 1, p. 83 - 88.
2. MANUIA AL., *La constitution sanguine de la population de Roumanie*, Bull. soc. suisse d'anthropol. ethnol. 1944 / 1945, nr.21, p. 19.
3. MIHĂILESCU M., *Repartiția grupelor sanguine clasice O, A, B, AB și a factorului Rh în R.P.R.*: *Viața Medicală*, 1958, 10, p. 905.
4. NECRASOV OLGA, BOTEZATU D., IACOB MARIA, *Considérations sur la répartition des groupes sanguins du système OAB et de leurs facteurs héréditaires en Roumanie*, Ann. Roum. Anthropol., 1957, t. 4, p 17 - 32.
5. RÂMNEAMȚU P., *Problema iradierii românilor din Transilvania în Principatele Române*, Ed. Cartea Românească, Cluj, 1947.
6. TIBERA - DUMITRU MARIA, *Distribuția grupelor sanguine ABO la români*, Probl. Antropol, 1963, vol. VII, p. 139 - 144.
7. VLĂDESCU MARIA, RUSU GEORGETA, MACARIE ELENA, BALDESCU SANDA, SAVU SILVIA, DAMSA T., *L'analyse statistique multivariée dans l'étude anthropologique comparée de quelques populations de Munténie, Roumanie*, Ann. Roum. Anthropol., 1974, t. 11, p. 39 - 49.
8. VULPE C., VLĂDESCU MARIA, GAGHEȘ RODICA, *Les dermatoglyphes chez la population de Munténie*, Ann. Roum. Anthropol., 1983, t. 20, p.55 - 61.

Primit în redacție
la 15 mai 1996

Centrul de Cercetări Antropologice
„Fr. Rainer“, București

ASPECTE DE DINAMICĂ ANTROPONIMICĂ ÎNTR-O AȘEZARE DIN JUDEȚUL BIHOR : SÂNNICOLAU DE BEIUȘ. 1895–1978

IOANA POPOVICI - BĂDĂRĂU, MARIA VLĂDESCU, IRINA POPESCU

Satul Sânnicolau de Beiuș, situat pe Crișul Negru la hotarul dinspre câmpie al Țării Beiușului, face parte din comuna Șoimi. La finele secolului al XIII-lea, după invazia tătară, microzona a aparținut domeniului nobilial Piatra Șoimului, iar mai târziu episcopiei romano-catolice de Oradea. Satele, în mare parte pustiite în urma luptelor turco-habsburgice din secolele XVI-XVII, au fost reînființate un secol mai târziu.

Din aceste perioade, un colectiv al muzeului Țării Crișurilor din Oradea, condus de regretatul arheolog dr. R. Popa, a descoperit două biserici și două necropole medievale. Prima în jurul bisericii romanice cu turn, datată sec. XI-XII, a doua pe platoul din apropiere, numit Dealul Bisericii, din sec. XVII-XVIII.

Caracteristicile antropodemografice ale scheletelor deshumate din cele două cimitire au fost studiate la Centrul de Cercetări Antropologice din București (1), (2), ca și particularitățile biologice ale întregii comunități actuale, ca și modificările surprinse de-a lungul a trei generații (3), (4).

În urma cercetărilor, la Sânnicolau am constatat o mare pregnanță a unor patronime printre locuitorii satului. Știut fiind că prenumele sunt alese „fie din tradiția familială, fie din tradiția colectivă, a obștei din care face parte”, (5) și că antroponimele pot fi primi indicatori pentru vechimea unei populații, prezentăm acum dinamica cronologică a numelor și prenumelor între anii 1895 - 1978, interval în care am studiat deja evoluția unor parametri demografici (6), (7).

Perioada am împărțit-o în trei etape aproximativ egale: I = 1895 - 1919; II = 1920 - 1944; III = 1945 - 1978, corespunzătoare unor schimbări istorice și social-politice, urmărind în ce măsură aceste modificări, cât și influențele populațiilor cu care au venit în contact se reflectă și în antroponimie.

Am folosit în acest scop numele nou-născuților și ale căsătoriilor, date extrase, pentru fiecare an, din registrele agricole și de stare civilă.

Deoarece studiul antropologic al populației de la Sânnicolau l-am făcut comparativ cu eșantioane din trei sate foarte apropiate: Șoimi, Suplac și Ursad, am urmărit și variabilitatea numelor caracteristice colectivităților cercetate din această microzonă. (tabelele 1 - 4)

În tabelele 1 și 5 - 7 sunt indicate în ordinea frecvenței ($Rang = R$), valoarea relativă (%) și absolută a numelor și prenumelor ($Unități = U$), care se grupează pe primele 5 locuri, în cele trei perioade cercetate, la Sânnicolau.

Populația satului, 100% românească, era formată în luna iulie 1978 din 302 locuitori, constituiți în 80 de gospodării (16 din cele 96 de numere existente aparțineau fie unor clădiri oficiale, fie unor locuri virane sau case părăsite). Cum în numeroase gospodării trăiau și bătrâni (bunici sau rude colaterale), în sat existau la data respectivă 125 de familii purtătoare a 38 de patronime.

Cinci dintre acestea și anume: Borza, Blaga, Moțoc, Pința și Oniță întâlnite la mai mult de jumătate (66%) din locuitori, se mențin pe primele 5 locuri, cu o frecvență asemănătoare în două etape consecutive: 1895 - 1919 și 1920 - 1944. Excepție face ultima perioadă 1945 - 1978, următoare celui de-al doilea război mondial, când am găsit lipsuri în înregistrare. Mai mult, primele trei patronime se plasează și în aceeași ordine (tabel 1).

Tabelul nr. 1
Sânnicolau de Beiuș

Dinamica patronimelor cu maximă putere circulatorie între 1895-1978

PERIOADA												
Rang	1895 - 1919				1920 - 1944				1945 - 1978			
	Nr. total	U	V. abs.	%	Nr. total	U	V. abs.	%	Nr. total	U	V. abs.	%
I	474	Borza	104	21,9	316	Borza	82	25,9	222	Borza	43	19,4
II		Blaga	66	13,9		Blaga	45	14,2		Blaga	24	10,8
III		Moșoc	63	13,3		Moșoc	36	11,4		Moșoc	21	9,5
IV		Onișă	47	9,9		Pința	25	7,9		Pința	13	5,9
V		Pința	35	7,4		Onișă	22	7,0		Onișă	10	4,5
Total unități			315	66,5			210	66,5			111	50,0

O asemenea stabilitate patronimică sugerează atât o endogamie puternică, mai ales pentru începutul intervalului, cât și vechimea unor familii în așezare, pentru că „o familie, cu cât este mai numeroasă și mai ramificată, mai amestecată cu populația unui sat, cu atât este mai veche” (8). În cazul nostru faptul este atestat de două documente din sec. XVII și XVIII. Din primul aflăm că la sfârșitul veacului al XVII-lea, la Sânnicolau existau 6 capi de familie. (Este vorba probabil de ”familia mare”, așa-numitele „Porți” -,unități fiscale”, formate din mai multe ”familii simple”, ”unități demografice” (9)). Aceștia purtau 5 nume de familie. Ceva mai târziu, la începutul secolului următor (XVIII), mai apar 3 patronime. Dintre aceste 8 nume de acum trei veacuri, cinci și anume: Borza (Simion), Motzok (Ioannes), Pincze (Pascalis), Blaga (Kracsun) și Tripe (Mlagin ?), nume pe care le-am redat în ortografia vremii, sunt prezente și în populația actuală a satului. Patru dintre ele își păstrează locurile frunțase până în zilele noastre, dovadă a continuității și vechimii lor, sătenii de azi fiind în majoritate urmașii celor înhumați în cimitirul de secol XVII - XVIII.

Patronimul Tripe, rar acum la Sânnicolau, se întâlnește în schimb cu frecvență maximă la Șoimi. De altfel, în toate cele patru sate vecine și foarte apropiate (între care relațiile matrimoniale s-au înțepit abia în ultimele decenii) a existat, probabil, un fond patronimic comun. Totuși, puterea circulatorie maximă o au nume diferite, caracteristice fiecărei așezări, ca de exemplu: Borza la Sânnicolau, Tripe la Șoimi, Malița la Ursad, Codreanu la Suplac. Uneori la căsătorie ambii parteneri purtau

același nume: la Sănnicolau ei sunt în 10 cazuri Borza, în 3 cazuri Blaga, în 2 Moțoc. Desigur unii din acești omonimi pot veni și din satele învecinate, dar chiar și în acest caz, ei pot fi urmașii îndepărtați ai unor strămoși comuni, a căror amintire s-a pierdut (tabelele 2 - 4).

Tabelul nr. 2

Nume și prenume cu maximă frecvență în eșantionul Șoimi

Nume				Prenume							
Rang	indivizi = 149			Rang	bărbați = 72			Rang	femei = 77		
	U	V. abs.	%		U	V. abs.	%		U	V. abs.	%
I	Tripe	40	26,8	I	Ioan	22	30,6	I	Floare	18	23,4
II	Purtan	15	10,1	II	Vasile	9	12,5	II	Maria	15	19,5
III	Burz	14	9,4	III	Nicolae	7	9,7	III	Ana	9	11,7
IV	Pele	5	3,4	IV	Teodor	5	6,9	IV	Elisabeta	7	9,1
V	Moțoc	4	2,7	V	Gheorghe	4	5,6	V	Ecaterina	5	6,5
Total unități		78	52,3			47	65,3			54	70,1

Tabelul nr. 3

Nume și prenume cu maximă frecvență în eșantionul Ursad

Nume				Prenume							
Rang	indivizi = 124			Rang	bărbați = 55			Rang	femei = 69		
	U	V. abs.	%		U	V. abs.	%		U	V. abs.	%
I	Malîța	10	8,1	I	Ioan	19	34,5	I	Floare	22	31,9
II	Mihoc	8	6,5	II	Gheorghe	9	16,4	II	Maria	15	21,7
II	Preda	8	6,5	III	Vasile	5	9,1	III	Ana	8	11,6
III	Pele	7	5,6	IV	Nicolae	4	7,3	IV	Mîna	6	8,7
III	Ursadan	7	5,6	V	Dumitru	3	5,5	V	Eva	4	5,8
IV	Borza	5	4,0	V	Teodor	3	5,5				
V	Igaș	4	3,2								
Total unități		49	39,5			43	78,2			55	79,7

În cele două documente amintite anterior, capii familiilor Pințe și Moțoc poartă același prenume, la interval de câteva decenii. Credem că este vorba mai curând de părinți și copii lor, decât de aceleași persoane, știut fiind că media de viață nu era prea ridicată la acea vreme (2).

În familia Pințe (Pincze), prenumele mai puțin obișnuit de Pascalis, se păstrează până astăzi sub forma Pascu.

Dealtfel, obiceiul de a da fiului mai mare numele tatălui și deci uneori și al bunicului dăinuie până în zilele noastre. Mai mult, în cazul când un copil murea, următorului i se dădea același nume, evident dacă era de același sex.

Tabelul nr. 4

Nume și prenume cu maximă frecvență în eșantionul Suplae

Nume				Prenume							
Rang	indivizi = 102			Rang	bărbați = 52			Rang	femei = 50		
	U	V. abs.	%		U	V. abs.	%		U	V. abs.	%
I	Codrean	13	12,7	I	Teodor	11	21,2	I	Floare	10	20,0
II	Iovan	11	10,80	II	Ioan	9	17,3	I	Ana	10	20,0
III	Matci	8	7,8	III	Iosif	7	13,5	II	Ecaterina	7	14,0
IV	Tocuț	6	5,9	IV	Dumitru	5	9,6	III	Maria	4	8,0
V	Dehelean	5	4,9	IV	Moise	5	9,6	III	Victoria	4	8,0
				IV	Mihai	5	9,6	IV	Elisabeta	3	6,0
Total unități		43	42,2			42	80,8			38	76,0

Tabelul nr. 5

Dinamica prenumelor cu maximă putere circulatorie între 1895-1978

	Bărbați		Femei							
Perioada	Rang	Nr. total	U	V. abs.	%	Rang	Nr. total	U	V. abs.	%
	I	228	Ion	57	25,0	I	246	Maria	65	26,4
	II		Teodor	41	18,0	II		Ana	59	24,0
1895 - 1919	III		Dumitru	37	16,2	III		Floare	40	16,3
	IV		Moise	24	10,5	IV		Rafila	22	8,9
	V		Vasile	23	10,1	V		Elisabeta	17	6,9
Total unități				182	79,8				203	82,5
	I	161	Ion	31	19,3	I	155	Floare	51	32,9
	II		Dumitru	25	15,5	II		Maria	28	18,1
1920 - 1944	III		Moise	24	14,9	III		Ana	26	16,8
	IV		Vasile	23	14,3	IV		Lucreția	13	8,4
	V		Teodor	18	11,2	V		Rafila	6	3,9
Total unități				121	75,2				124	80,0
	I	109	Ioan	19	17,4	I	113	Maria	21	18,6
	II		Vasile	13	11,9	II		Floare	14	12,4
1945 - 1978	III		Dumitru	11	10,1	III		Ana	6	5,3
	IV		Moise	6	5,5	IV		Ecaterina	5	4,4
	V		Teodor	5	4,6	V		Rafila	2	1,8
Total unități				54	49,5				48	42,5

În mai mare măsură decât patronimele, prenumele ilustrează în frecvența și dinamica lor, transformările socio-culturale intervenite în viața satului, ca și timpul când acestea s-au produs. Surprinzătoare, puterea tradiției manifestată la Sânnicolau, prin păstrarea timp de trei sferturi de secol, cu maximă putere circulatorie, a aceluiași pronume: Ion, Dumitru, Teodor, Moise, Vasile pentru bărbați; Maria, Floare, Ana pentru femei (tabel 5).

Așa cum se observă în mod curent (11) întâlnim și la Sânnicolau o mai mare stabilitate a prenumelor masculine în raport cu cele feminine (5, respectiv 3), în ultimul lot apărând și o dispersie mai mare. Deasemeni, frecvența numelor tradiționale, Floare, Ana, Maria, scade în timp. Totodată, aceste prenume au o putere de exprimare mai mare, întâlnindu-se cu frecvență crescută nu numai în satele vecine de pe Crișul Negru, ci și în așezări mai îndepărtate ale județului, cum ar fi Vadul Crișului sau Ronțău, de exemplu, de pe Crișul Repede. O explicație a stabilității mai accentuate a prenumelor masculine din fiecare sat, în raport cu cele feminine, ar putea fi aceea că, în căsătorie, cel puțin în cazurile noastre, băștinaș este cel mai adesea bărbatul și deci, circulația mai mare a prenumelor, din motive matrimoniale, revine femeilor.

În dinamica antroponimelor, o serie de nume dispar sau se „învechesc” și se întâlnesc numai la bătrâni. Dintre patronimele dispărute la Sânnicolau în ultimele decenii, amintim pe cele de Vereș, Sabău, Indrieș, Igaș. Un exemplu al modului în care putea dispărea un nume în trecut este cel al familiei Igaș, venită sau plecată probabil cândva de la / la Ursad unde Igașii sunt astăzi mai numeroși. Teodor Igaș, ultimul purtător al acestui nume la Sânnicolau, a avut 10 copii, din care 9 au murit de mici (!), iar ultimul în război.

Dintre prenumele vechi dispărute sau rar întâlnite, la bătrâni, menționăm arhaisme: Crăciun, Melente, Barnaba (?), Zaharia, Pascu la bărbați și Zina, Rafila, Mina la femei. Nume de influență străină, Eva de exemplu, de minimă frecvență anterior, au dispărut la generațiile mai tinere.

În jurul anilor '60 se observă o mare diversificare a fondului antroponimic. Apar patronime noi, ca Bondar, Haidu, Tanchiș, și mai ales o schimbare radicală a prenumelor. Cele tradiționale se păstrează îndeosebi la băieți, dar în combinație cu altele noi. În acest fel, prenumele nu se mai repetă, cu excepția lui Ion, decât la 1 din cele 2 nume asociate, dar niciodată în aceeași combinație, ca de pildă: Călin - Vasile, Vasile - Liviu, Maria - Viorica, Florica - Maria, vechiul nume Floare devenind Florica sau Florentina la tână generație.

Din fondul global antroponimic de 45 de prenume masculine și 46 feminine, unitățile cu frecvență absolută 1 (unice), ca și numele duble se întâlnesc, în ultimul deceniu, cu frecvențe apropiate la ambele sexe: unice 21,7% la bărbați și 19,7% la femei, respectiv 8,16% în lotul masculin și 8,36% în cel feminin.

Semnalam, în unul din satele cercetate, o situație mai deosebită. În comuna Șoimi, satul Șoimi am întâlnit și o comunitate mai mare de țigani: 21 de bărbați și 20 de femei, purtători a 27 de patronime: Covaci (15), Lăcătuș (7), Lingurar (5), nume ce specifică ocupațiile lor, sau ale strămoșilor. În cazul prenumelor, pe lângă cele obișnuite zonei în care trăiesc: Ioan (3), Gheorghe (2) și Ana (12), apar și

nume cu totul specifice: Tarzan, Pelin, Zorilă, Firicel la bărbați și Crucea, Mendenița, Persida la femei.

Schimbările survenite mai ales în timpul ultimului deceniu, consecință a unei deschideri demografice mai mari, cu lărgirea ariei de căutare a partenerului, cât și a locului de muncă (navetism), ca și transformările culturale - școlarizare (uneori și în afara comunei), mijloacele de informare radio - T.V. - și nu în ultimul rând, moda au exercitat o acțiune puternică asupra fondului antroponimic, care a rămas până de curând, conservativ, timp de aproape trei secole.

Tabelul nr. 6

Patronime cu maximă frecvență în populația actuală a satului

Rang	Nr. total	Nume	V. abs.	%	Nr. gospodării	V. abs.	%	Nr. familii	V. abs.	%
I	302	Borza	70	23,2	80	20	25,0	125	27	21,6
II		Blaga	43	14,2		14	17,5		20	16,0
III		Moțoc	30	9,9		7	8,8		12	9,6
IV		Pința	25	8,3		7	8,8		11	8,8
V		Oniță	22	7,3		6	7,5		8	6,4
Total unități			190	62,9		54	67,5		78	62,4

Tabelul nr. 7

Prenume masculine și feminine cu frecvență maximă în populația actuală a statului

Rang	bărbați				Rang	femei			
	Nr. total	U	V. abs.	%		Nr. total	U	V. abs.	%
I	147	Ion	28	19,0	I	155	Floare	30	19,4
II		Dumitru	20	13,6	II		Maria	24	15,5
III		Teodor	17	11,6	III		Ana	17	11,0
IV		Vasile	14	9,5	IV		Elisabeta	7	4,5
IV		Moise	14	9,5	V		Rafila	6	3,9
V		Mihai	5	3,4	V		Elena	6	3,9
					V		Lucreția	6	3,9
Total unități			84	57,1				73	47,1

ANTHROPONIMIC EVOLUTION IN A ROMANIAN VILLAGE FROM BIHOR COUNTY: SÂNNICOLAU DE BEIUȘ (1895 - 1978)

SUMMARY

The authors present the evolution of the names in a little settlement (population 100% Romanian), the village Sânnicolau de Beiuș, upon the <Crișul Negru> river, nearby the west Romanian border, in the Bihor county.

Besides the anthropologic and demographic study of this village, we have examined the names for three quarters of a century (1895 - 1978), in the agricultural and civil recordings. We could ascertain a great stability of the first and last names among the population, particularly for the masculine group.

Interesting seems the finding that two documents from the XVII-th and XVIII-th centuries mention the most frequent last names in the present population, for 5 out of 9 families in that time.

This long lasting stability of the names suggests a marked endogamy but also how ancient these families are in the settlement.

BIBLIOGRAFIE

1. IOANA POPOVICI - BĂDĂRĂU, M. ST. UDRESCU, *Données anthropodémographiques sur quelques populations médiévales - II millénaire - de Roumanie*, Sbornik Acta Musei Nationalis Prague, 1987, 2 - 4, 147 - 149.
2. IOANA POPOVICI - BĂDĂRĂU, M. ST. UDRESCU, *Contribuții antropologice privind demografia unei așezări din județul Bihor, în sec. XVII - XVIII*, St. și cerc. antropol., 1981, 18, 9 - 11.
3. IOANA POPOVICI - BĂDĂRĂU, MARIA VLĂDESCU, M. ADAM, I. BORZA, *An anthropological approach of two rural settlements of the Bihor county - Sânnicolau de Beiuș and Ursad*, Ann. Roum. d'Anthropol., 1978, 15, 37 - 41.
4. IOANA POPOVICI - BĂDĂRĂU, MARIA VLĂDESCU, *Phenotypic modifications in the population of a rural settlement from Bihor county*, Ann. Roum. d'Anthropol., 1981, 18, 49 - 56.
5. ȘTEFAN PASCU, *Voievodatul Transilvaniei*, vol. II, București, 469.
6. IOANA POPOVICI - BĂDĂRĂU, MARIA VLĂDESCU, *Aspecte demografice într-un sat din județul Bihor, în perioada 1875 - 1978, nota I*, St. cerc. antropol., 1979, t. 16, p. 45 - 49.
7. IOANA POPOVICI - BĂDĂRĂU, MARIA VLĂDESCU, *Demographic aspects in a Bihor county village, note II*, Ann. Roum. d'Anthropol., 1979, 49 - 53.
8. ANIȚA MOȚOC, *Monografia folclorică a satului Sânnicolau de Beiuș*, Thesis, Cluj-Napoca, 1978
9. ȘTEFAN PASCU, *Voievodatul Transilvaniei*, vol. II, București, 414 - 437.
10. TRAIAN HERSENI, *Clopotiva*, București, 1958.
11. V. SĂHLEANU, LUCIA MĂRCUȘ, *Note antroponimice privind două așezări din zona Argeș*, 1971, St. cerc. antropol., t. 8, nr. 2, 243 - 247.
12. LUCIA MĂRCUȘ, V. SĂHLEANU, *Elemente de dinamică antroponimică în comunele Moeciu de Sus și Moeciu de Jos, zona Bran*, 1972, St. cerc. antropol., t. 9, nr. 1, 65 - 71.
13. LUCIA MĂRCUȘ, V. SĂHLEANU, *Elemente de antroponimie dinamic - comparativă în satele Peștera și Măgura (zona Bran)*, 1972, St. cerc. antropol., t. 9, nr. 2, p. 243 - 250.

Primit în redacție
la 15 mai 1996

Centrul de Cercetări
Antropologice „Fr. Rainer”, București

INFLUENȚA CONDIȚIILOR SOCIALE ȘI ECONOMICE ASUPRA CALITĂȚII BIOLOGICE A NOU-NĂSCUTULUI ÎN DECADA 1980-1989

CRISTIANA GLAVCE, DANIELA CUCU, CORINA VALENTIN

În studiul de față ne propunem să urmărim influența politicii pronataliste de tip totalitar asupra natalității, cât și impactul acesteia asupra calității biologice a nou-născutului. După creșterea spectaculoasă a natalității în primii doi ani de la introducerea decretului 770/1966 privind interzicerea întreruperii legale de sarcină, s-a înregistrat o scădere și apoi o relativă stabilizare a natalității până în 1980. După 1980 natalitatea scade din nou ajungându-se în 1983 la rata din 1966 de 14,3 ‰. Acest fapt a determinat introducerea unor amendamente mult mai restrictive la legislația în vigoare, cu scopul redresării natalității, ajungându-se astfel în 1985 la cca. 18 ‰. Această valoare se va menține până în 1989.

Antropometria oferă indicatori importanți de evaluare atât a dezvoltării economice globale cât și a stării biologice a populației. În acest context evaluarea antropometrică a populației de nou-născuți dintr-o anumită perioadă reprezintă un instrument de cercetare atât a determinantilor creșterii fetale cât și a condițiilor socio-economice din perioada respectivă. Nou-născutul este unul dintre principalele elemente ce răspunde variațiilor factorilor mezologici. Astăzi OMS propune chiar evaluarea periodică a nou-născutului, atât pentru evidențierea influenței unor evenimente mezologice asupra calității biologice a acestuia, cât și pentru evaluarea răspunsului la intervențiile de ordin nutrițional sau de sănătate în cadrul populației respective (1).

Studiul nostru își propune să evalueze calitatea biologică a nou-născutului într-o perioadă critică din punct de vedere socio-economic global, cât și datorită politicii pronataliste ce nu a fost dublată de un program real de susținere a familiei și mai ales de planning familial. Limitarea prin constrângere a opțiunii femeii de a deveni sau nu mamă la un moment dat a condus nu numai la amplificarea stressului într-o perioadă atât fragilă din viața femeii, dar și la situații limită:

În vederea realizării studiului am împărțit decada 1980-1989 în două perioade: 1980-1984, caracterizată printr-o relativă normalitate socio-economică și oarecare laxitate în ceea ce privește posibilitatea de avort și perioada 1985-1989, caracterizată prin înrăutățirea situației socio-economice și înăsprirea legislației privind întreruperea de sarcină. Materialul utilizat este reprezentat de nou-născuții și mamele lor, selecționat din intervalul 1980-1989 și organizat pe 4 eșantioane în funcție de sex și perioadă. Datele analizate au fost culese din foile de observație ale Maternității Polizu București. Am ales această maternitate deoarece la serviciile ei apelează

întreaga paletă de categorii sociale din oraș, cât și din afară lui, oferindu-ne astfel o viziune mai largă asupra fenomenului studiat: calitatea biologică a nou-născutului. Numărul total de subiecți este de 3320 de nou-născuți și mamele lor, născuți în lunile octombrie și noiembrie ale fiecărui an și organizați astfel: 1980-1984 815 nou-născuți; 1985-1989, 845 nou-născuți, dispuși pe sexe și însoțiți de eşantioanele materne corespunzătoare. Datele extrase din foile de observație individuale au fost organizate după o fișă tip concepută de noi în vederea abordării acestei probleme atât din perspectiva statusului biologic a nou-născutului cât și a stării biologice și socio-economice materne. Metoda utilizată este cea antropometrică, calitatea biologică fiind determinată prin patru parametri: greutate, talie, perimetru cranian, perimetru toracic, însoțiți și de indicele Rohrer și indicele de sexualizare. Pentru prelucrarea și interpretarea datelor am apelat la metodele statistico-matematice clasice și la programul CSS.

Rezultatele studiului nostru arată că în perioada 1980-1984 valorile parametrilor luați în studiu și prezentați în tabelele nr. 1 și nr. 2 se înscriu față de valorile pe țară în spațiul: medie- $\sigma/2$ deci de normalitate atât pentru fete, cât și pentru băieți(2).

Tabelul nr. 1

Valorile măsurătorilor antropometrice – seria masculină

EȘANTION (410 indivizi) 1980-1984					EȘANTION (405 indivizi) 1985-1989				
Parametrii(g/mm)	min	max	medie	St. dev	Parametrii	min	max	medie	St. dev
Greutate	2500	4200	3623	485,61	Greutate	2600	4200	3245,2	354,94
Lungime	490	545	509,44	14,4	Lungime	440	530	505,8	15,9
Circ. cap	300	380	338,75	13,2	Circ. cap	280	360	331,4	14,7
Circ. torace	290	360	330	14,6	Circ. torace	270	360	325,52	15,9
Indicele Rohrer	2,13	2,90	2,30	0,50	Indicele Rohrer	2,10	2,91	2,50	0,55

Tabelul nr. 2

Valorile parametrilor pentru eşantioanele de fete

EȘANTION (443 indivizi) 1980-1984					EȘANTION (402 indivizi) 1985-1989				
Parametrii(g/mm)	min	max	medie	St. dev	Parametrii	min	max	medie	St. dev
Greutate	2500	4200	3245,2	357,94	Greutate	2500	3600	3086	314,76
Lungime	470	530	503,72	15,1	Lungime	470	530	500,27	15,1
Circ. cap	310	380	337,34	14,8	Circ. cap	310	380	335,1	14,4
Circ. torace	300	360	331,38	14,7	Circ. torace	300	360	328,2	15,5
Indicele Rohrer	2,10	2,90	2,28	0,3	Indicele Rohrer	2,12	2,80	2,40	0,3

În perioada 1985-1989 valorile parametrilor luați în discuție sunt mai mici decât valorile medii pe țară, fiind situate în spațiul medie - (2σ). Dimorfismul sexual este bine marcat pentru toți parametrii, testul t fiind semnificativ.

Distribuția indicelui Rohrer în această perioadă este ușor deplasată spre stânga pentru ambele sexe, indicând o ușoară deficiență a greutateii față de lungimea nou-născuților. Numărul de subiecți pentru care valorile indicelui Rohrer sunt mai mari decât $+3 m+3\sigma$ este mai mare la fete decât la băieți, indicând nou-născuți cu corpolaritate bine reprezentată.

În perioada 1985-1989 indicele Rohrer pentru fete prezintă aceeași distribuție ca și în perioada precedentă, dar cu o mai accentuată scădere a greutateii în funcție de talie. Nou-născuții disarmonici, cu plenitudine corporală deficitară, exprimată prin indicele Rohrer $\leq 3\sigma$ cresc numeric semnificativ la ambele sexe, iar cei cu valori de aproximativ $+3\sigma$ și mai mari scad. De remarcat că la subiecții masculini rămâne același număr de nou-născuți cu plenitudine corporală bine reprezentată și exprimată prin indicele Rohrer $>3\sigma$, în schimb la fete se reduce (fig. nr.1 și nr. 2).

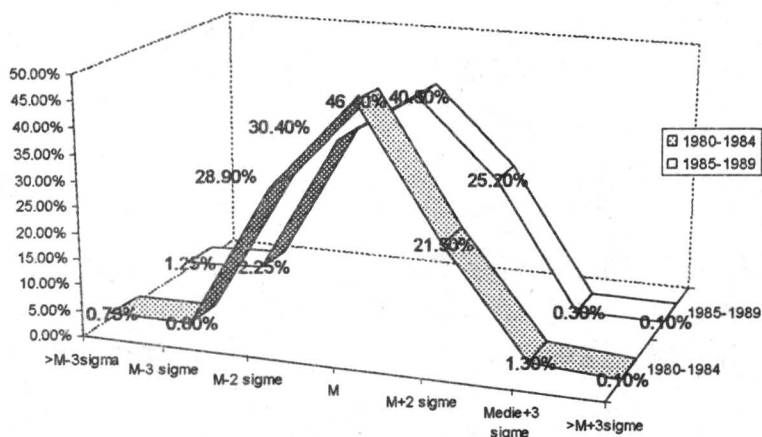


Fig. nr. 1

Frecvențele indicelui Rohrer a seriei masculine în funcție de perioadă.

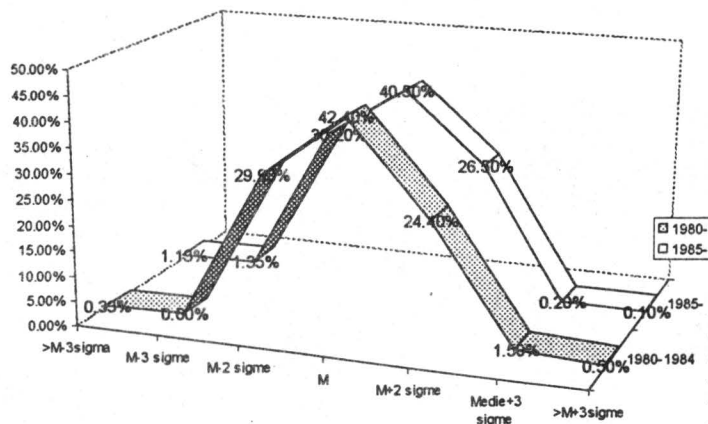


Fig. nr. 2

Frecvențele indicelui Rohrer a seriei feminine în funcție de perioadă.

În ceea ce privește gradul de maturitate ponderea copiilor normali față de dismaturi și prematuri este mai mare în 1980-1984. În perioada 1985-1989 se remarcă o creștere a ponderii dismaturilor și prematurilor în defavoarea nou-născutului normal (tabel nr.3).

Tabelul nr. 3
Valorile parametrilor pentru eşantioanele de fete

Gradul de maturitate	1980-1984	1985-1989
Normal	77,2 %	70,2 %
Dismatur	16 %	20 %
Prematur	6,8 %	9,8 %

Studiul comparativ al acestor două etape arată că lotul 1985-1989 prezintă pentru ambele eşantioane (masculin și feminin) și pentru toți parametri valori mai mici atât pentru medii cât și pentru valorile minime și maxime. Dimorfismul sexual dimensional al nou-născutului scade în această perioadă în special pentru greutate și perimetrul toracic (tabel nr. 4).

Tabelul nr. 4
Coeficientul de sexualizare în funcție de perioadă

Parametrul	Coeficient de sexualizare (80-84)	Coeficient de sexualizare (85-89)
G	0,67	0,20
L	0,31	0,18
PC	0,31	0,18
PT	0,62	0,065

Distanțele Mahalanobis calculate pentru eşantioanele în discuție relevă diferențe semnificative, atât între cele două sexe, cât și în cadrul aceluiași sex pentru cele două perioade studiate (tabel nr. 5).

Tabelul nr. 5
Distanțele Mahalanobis

Distanțe Mahalanobis	Eşantioanele comparate	F test	Semnificație
1,04	băieți 1980-1984 fete 1980-1984	26,12	semnif.
0,43	băieți 1980-1984 băieți 1985-1989	3,75	nesemnif.
0,79	băieți 1985-1989 fete 1985-1989	8,66	semnif.
1,65	fete 1980-1984 fete 1985-1989	42,50	semnif.

Cele mai afectate au fost eşantioanele de fete din perioada 1985-1989 față de 1980-1984, pentru loturile de băieți această diferență nefiind atât de marcată.

Studiul comparativ al eşantioanelor materne pe cele două perioade arată că pe vârste în perioada 1980-1984 numărul cel mai mare de nașteri corespunde cu intervalul de maximă fertilitate și natalitate cuprins între 20 și 29 de ani. În această perioadă vârstele critice (14-19 ani și 35 și peste) au o natalitate scăzută (grafic nr. 3).

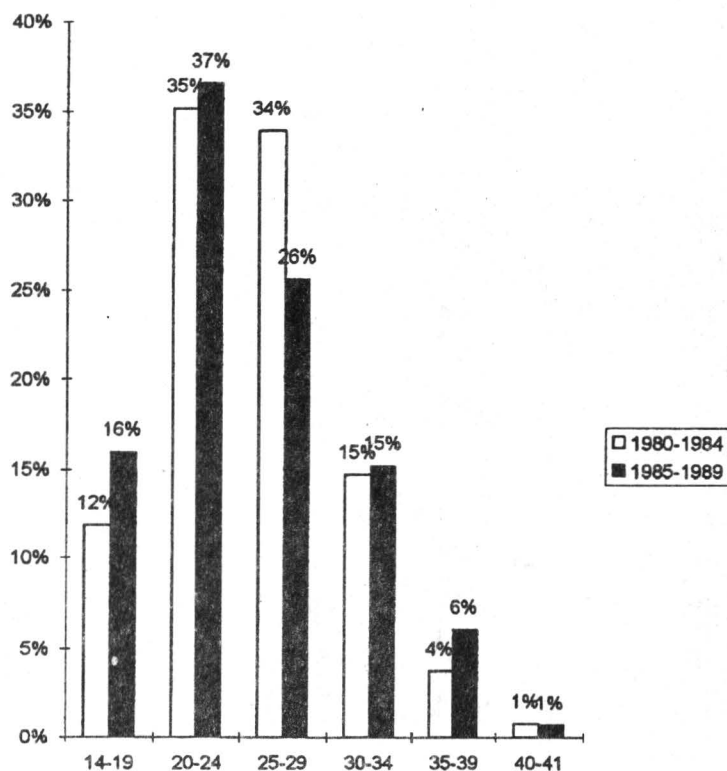


Fig. 3. - Numărul de nașteri în funcție de vârsta mamei.

În privința natalității pe profesii se constată predominanța categoriilor de muncitoare și casnice față de intelectuale și cu studii medii (fig. nr. 4).

În ceea ce privește starea civilă, raportul necăsătorite/căsătorite este de 1/4.5 și se constată un număr mai mare de nou-născuți dismaturi și prematuri față de cei normali în cazul mamelor necăsătorite. În perioada 1985-1989 se constată o creștere a ponderii vârstelor critice 14-19 și 35 și peste, la naștere, precum și creșterea numărului mamelor necăsătorite, acestea având și numărul cel mai mare de nou-născuți prematuri și dismaturi (tabel nr.5).

Tabelul nr. 6

Frecvența gradului de maturitate a nou-născutului în funcție de starea civilă a mamei

starea civilă	Anul	Dismaturi (%)	Normali (%)	Prematuri (%)
căsătorite	1980-1984	10	86	4
necăsătorite	1980-1984	12	81	7
căsătorite	1985-1989	15	80	5
necăsătorite	1985-1989	17	74	9

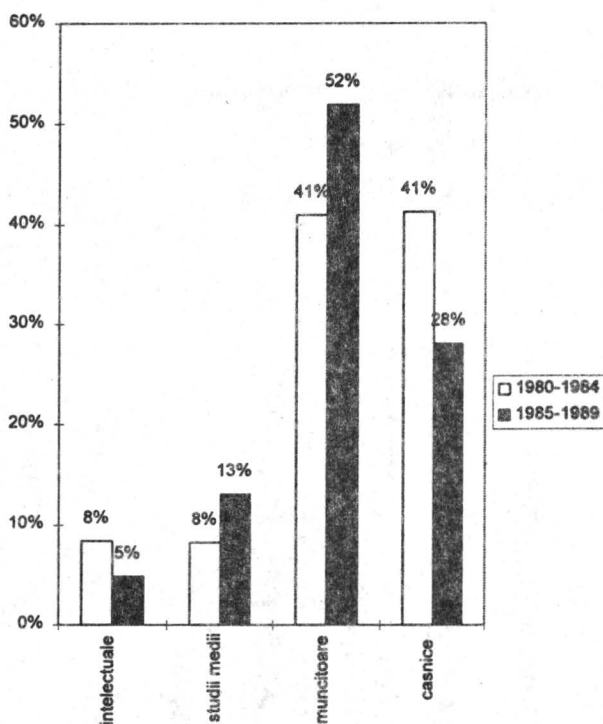


Fig. 4. – Numărul de nașteri în funcție de profesia mamei

Cea mai mare pondere de nou-născuți dismaturi și prematuri se întâlnește la categoriile de muncitoare și casnice în perioada 1985-1989, urmate de categoriile de mame cu studii medii. La intelectuale se observă că rămâne aceeași frecvență de nou-născuți dismaturi și prematuri în cele două perioade (tabel nr.7).

Tabelul nr. 7

Frecvența gradului de maturitate a nou-născutului în funcție de profesiunea mamei

Profesiunea mamei	Anul	Dismaturi (%)	Normali (%)	Prematuri (%)
casnică	1980-1984	14,9	77,4	7,6
	1985-1989	16	75,2	8,8
muncitoare	1980-1984	16,2	74,9	8,9
	1985-1989	17,9	73,9	9,9
studii medii	1980-1984	15,8	77,2	6,4
	1985-1989	16,9	76,1	7
intelectuale	1980-1984	3,9	91,3	4,6
	1985-1989	4	91,3	4,8

În concluzie se constată o scădere a calității biologice a nou-născutului în perioada 1985-1989, martor al înrăutățirii condițiilor generale de viață și a înăspririi

legii interzicerii avortului. Scăderea calității biologice a nou-născutului reflectată în greutatea scăzută la naștere reprezintă un indicator al pauperizării populației în general, iar pentru nou-născut reprezintă un risc crescut de morbiditate și mortalitate perinatală și infantilă, precum și un risc crescut de dezvoltare ulterioară deficitară. Influența condițiilor mezologice se reflectă și în scăderea dimorfismului sexual în perioada 1985-1989 față de 1980-1984. În perioada 1985-1989 crește procentul de dismaturi și prematuri în defavoarea nou-născutului normal. Se observă totodată creșterea ponderii vârstelor critice a mamelor la naștere. La categoriile de muncitoare și casnice se observă procente mai mari de dismaturi și prematuri, acestea fiind categoriile cele mai expuse factorilor mezologici și sociali nefavorabili.

SOCIO-ECONOMIC INFLUENCES ON BIOLOGICAL QUALITY OF THE NEW-BORN DURING THE 1980-1989 DECADE

ABSTRACT

This study has been done in order to reveal possible correlations between socio-political environment and the biological quality of the new-born in relation with mezologic condition such as the socio-political environment, during the 1980-1989 decade.

For a more accurate analysis we divided the 1980-1990 decade in two parts: 1980-1984 defined by a relatively stable socioeconomic status and somehow enhanced possibility of abortion and 1985-1989 defined by the hardening of the two conditions mentioned above. We mention that the state policy concerning natality was not sustained by any family planning program or reliable social family support.

Gathered data are represented by 3320 new-borns and mothers selected from the same two months (October and November) of each year of the 1980-1989 decade. We divided these data in four new-borns groups in relation to sex and period (1980-1984, 1985-1989), accompanied by the corresponding mother group. The biological quality of the new-born expressed by four dimensions: weight, size, cranial and thoracic perimeter at birth followed by Rohrer indice has been studied in convection with socio political environment during 1980-1989.

Results show that during 1985-1989 compared with 1980-1984 the biological quality diminishes, especially evoked by birth weight. Mahalanobis distance shows significant differences in sex dimorphism between males and females, new-borns from the two chosen intervals and also within the same sex. These changes and strongly related with mothers life conditions altered in 1985-1989 more than in 1980-1984. Low economical status and restriction to abortion affects certain socio-profesional categories. These environmental conditions are also reflected in maternal critical ages at birth, marital status and increased number of dismatures and immatures in 1985-1989.

BIBLIOGRAFIE:

1. OMS, Série de Rapports techniques: *Utilisation et interprétation de l'anthropométrie*, Rapport d'un comité OMS d'experts, no 854, Genève, Suisse, 1995.
2. STOENESCU, M., Ghid de date pediatrie, Edit. Med., 1985.
3. GLAVCE, CRISTIANA, R. RUS, Influența condițiilor socio-economice actuale din România asupra *calității biologice a nou-născutului*, Calitatea vieții, T 6, nr. 1-2, Edit. Acad. Rom., 1995, p. 95-106.
4. ENĂCHESCU, TH., SUZANA GRINȚESCU POP, CRISTIANA GLAVCE: *Ontogenetic specificity of the new born*, Ann. Roum. d'Anthrop., T11, 1974 ,Ed. Acad. RSR, p. 9-21.
5. Anuarul Statistic al României, vol. 1990 și 1994 , Comisia Națională pentru Statistică, București România.

Primit în redacție
la 15 mai 1996

Centrul de Cercetări Antropologice
„Fr. Rainer”, București

APRECIEREA GRADULUI DE ASEMĂNARE PARENTALI – PROGENI PRIN INVESTIGAREA UNOR CARACTERE MORFO-FIZIONOMICE

CORNELIU VULPE, ELEONORA LUCA, IRINA POPESCU, MIRCEA GUIAȘU,
GABRIELA FĂRCĂȘANU

Cercetarea de față este continuarea unui studiu anterior, în care s-au abordat aspecte ereditare ale caracterelor urechii externe, cât și ale unor trăsături morfologice de ordin general (6). Precizăm în publicația de mai înainte că din motive de spațiu editorial nu putem trata în totalitate caracterele morfologice propuse inițial pentru investigare, dar că vom reveni cu noi date ulterior, fapt pe care îl realizăm acum. Abordăm aici, din același unghi de vedere, principalele trăsături morfologice ale nasului, ochiului, gurii și mentonului.

MATERIAL ȘI METODĂ

Eșantionul pe care s-au făcut observațiile este alcătuit din 139 de familii cu un număr de 318 copii de sex masculin (151) și feminin (167).

Numărul total al caracterelor morfo - fizionomice investigate este de 61 din care: 18 la studiul nasului, 20 la aspectele ochiului și 23 la înfățișarea gurii și mentonului.

Majoritatea localităților din care provin subiecții cercetați se găsesc în zona Bran, județul Brașov: Sohodol, Poarta, Șimon, Fundata, Moeciu de Sus, Moeciu de Jos și numai una dintre așezări - Bucium - se află în județul Alba.

Toți copiii au fost comparați cu părinții lor, rezultând, în final, pentru fiecare trăsătură câte un număr de asemănări, neasemnări, sau caractere intermediare, valorile corespunzătoare fiind exprimate absolut și relativ. Datele întâlnite la copii au fost estimate în raport cu: mama (M), tata (B), comune cu ambii părinți (C), intermediare (I) și deosebite de părinți sau divergente (D).

În legătură cu aspectele comparative parentali - progeni precizăm că atunci când cei doi părinți prezintă un anumit număr de caractere, diametral opuse ca aspect, ele se pot regăsi la descendenți sub o formă intermediară (I).

REZULTATE ALE CERCETĂRII

Caracterele nasului

În cadrul celor trei categorii de asemănări (mamă - copil, tată - copil, mamă - tată - copil), vom constata că la băieți cele mai largi limite de variabilitate sunt date de trăsăturile comune (parentali - descendenți), cu valori care oscilează între 15,9% (direcția septului) și 37,7% (forma nărilor). Urmază, în ordine descrescătoare, similitudinile dintre mamă și copil, cu frecvențe de la 19,9% (pensarea vârfului)

la 33,1% (orientarea vârfului nazal și direcția septului), secondate apoi de asemănările tată - copil, cu frecvențe cuprinse între 14,6% (orientarea vârfului nazal și direcția septului) și 29,1% (forma nărilor) (tabelul nr.1).

Dintre cele 18 caractere ale nasului băieții se aseamănă predominant cu mamele prin 9 fenotipuri, iar prin alte 7 fenotipuri se aseamănă preponderent atât cu mamele, cât și cu tații (caractere comune). Asemănările numai cu tata predomină doar prin forma planșeului nazal.

Comparând similitudinile dintre copil și unul dintre părinți, fără a lua în considerație trăsăturile comune cu ale genitorilor, atunci vom constata că băieții tind să se asemeze mai mult cu mamele (prin valorile mai crescute a 15 caractere) și mai puțin cu tații (numai prin trei caractere mai numeroase decât asemănările cu mama: pensare vârf - aripi, forma nărilor și forma planșeului nazal).

Pe lângă asemănările cu părinții au mai fost puse în evidență la băieți și un număr de caractere deosebite, cu frecvențe majoritare de 10 - 25%, fapt ce se poate datora asemănărilor cu unii dintre ascendenții sau colateralii părinților. Nu este exclusă nici plasticitatea dată de vârstă a unor caractere, cum suntem tentați să credem, mai ales, despre direcția septului, care dă un procent ridicat de divergențe (34,4%).

Trăsăturile intermediare se întâlnesc cu cea mai scăzută frecvență, în general cu valori cuprinse între 1% și 7% (tabelul nr. 1)

Tabelul nr. 1
Caracterele nasului în funcție de sex

Nr.	Caractere	Băieți = 151									
		M		C		B		I		D	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Formă sept	41	27,2	38	25,2	35	23,2	6	4,0	31	20,5
2	Șanț sept	33	21,9	56	37,1	27	17,9	8	5,3	27	17,9
3	Pensare vârf - aripi	30	19,9	53	35,1	36	23,8	7	4,6	25	16,6
4	Direcție nări	38	25,2	55	36,4	33	21,9	2	1,3	23	15,2
5	Formă nări	41	27,2	57	37,7	44	29,1	0	0,0	9	6,0
6	Lungime nări	48	31,8	44	29,1	30	19,9	5	3,3	24	15,9
7	Formă planșeu nazal	35	23,2	42	27,8	43	28,5	5	3,3	26	17,2
8	Trecere nări -buza derm. sup.	43	28,5	42	27,8	36	23,8	2	1,3	28	18,5
9	Înălțime nas	36	23,8	48	31,8	32	21,2	9	6,0	26	17,2
10	Lățime nas	42	27,8	50	33,1	34	22,5	6	4,0	19	12,6
11	Adâncime rădăcina nas	37	24,5	53	35,1	34	22,5	11	7,3	16	10,6
12	Formă spate	48	31,8	32	21,2	30	19,9	2	1,3	39	25,8
13	Orientare vârf	50	33,1	39	25,8	22	14,6	7	4,6	33	21,9
14	Forma vârf	44	29,1	43	28,5	24	15,9	10	6,6	30	19,9
15	Direcție sept	50	33,1	24	15,9	22	14,6	3	2,0	52	34,4
16	Vizibilitate sept	43	28,5	40	26,5	39	25,8	5	3,3	24	15,9
17	Inserție inferioară aripi	47	31,1	32	21,2	36	23,8	6	4,0	30	19,9
18	Profil total	46	30,5	26	17,2	39	25,8	11	7,3	29	19,2

Nr.	Caractere	Fete = 167									
		M		C		B		I		D	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Formă sept	53	31,7	40	24,0	39	23,4	7	4,2	28	16,8
2	Șanț sept	39	23,4	63	37,7	39	23,4	3	1,8	23	13,8
3	Pensare vârș - aripi	52	31,1	69	41,3	28	16,8	1	0,6	17	10,2
4	Direcție nări	34	20,4	55	32,9	53	31,7	4	2,4	21	12,6
5	Formă nări	53	31,7	48	28,7	41	24,6	5	3,0	20	12,0
6	Lungime nări	42	25,1	51	30,5	40	24,0	6	3,6	28	16,8
7	Formă planșeu nazal	42	25,1	39	23,4	47	28,1	13	7,8	26	15,6
8	Trecere nări -buza derm. sup.	47	28,1	42	25,1	48	28,7	2	1,2	28	16,8
9	Înălțime nas	41	24,6	60	35,9	33	19,8	9	5,4	24	14,4
10	Lățime nas	48	28,7	54	32,3	36	21,6	6	3,6	23	13,8
11	Adâncime rădăcina nas	53	31,7	57	34,1	26	15,6	8	4,8	23	13,8
12	Formă spate	51	30,5	30	18,0	36	21,6	5	3,0	45	26,9
13	Orientare vârș	47	28,1	39	23,4	38	22,8	4	2,4	39	23,4
14	Formă vârș	49	29,3	41	24,6	37	22,2	15	9,0	25	15,0
15	Direcție sept	60	35,9	27	16,2	25	15,0	4	2,4	51	30,5
16	Vizibilitate sept	58	34,7	43	25,7	41	24,6	2	1,2	23	13,8
17	Insertie inferioară aripi	35	21,0	53	31,7	51	30,5	5	3,0	23	13,8
18	Profil total	49	29,3	29	17,4	37	22,2	9	5,4	43	25,7

Pentru toate cele 18 caractere ale nasului, fetele înregistrează la asemănările cu mama, o suită procentuală cu limite cuprinse între 20,4% (direcția nărilor) și 35,9% (direcția septului). La asemănările cu tata se găsesc frecvențe ce oscilează de la 15,0% (direcția septului) la 31,7% (direcția nărilor), iar la caracterele comune (asemănări și cu tata și cu mama) se observă cea mai largă suită procentuală, cu valori ce urcă de la 16,2% (direcția septului) la 41,3% (pensare vârș - aripi). Estimând frecvențele cele mai ridicate din suitele amintite mai sus, vom constata că prin 8 caractere fetele se aseamănă predominant cu mamele și tot prin 8 caractere se aseamănă în aceeași măsură și cu mamele și cu tații (trăsături comune). Există doar un singur caracter asemănător predominant cu tata (forma planșeului nazal).

Dacă reținem similitudinile copilului doar cu unul dintre părinți, atunci vom constata că cel mai frecvent fetele se aseamănă cu mamele (prin 13 caractere) și mai puțin cu tații (predominant numai prin trei caractere: direcție nări, forma planșeului nazal și inserția inferioară a aripilor).

În afara trăsăturilor de asemănare cu părinții, la fete se mai întâlnesc într-o proporție de la 10,2% (pensare vârș - aripi) la 26,9% (forma spatelui nazal) și caractere deosebite de ale genitorilor, fapt ce ar putea fi pus pe seama asemănărilor cu

ascendenții sau colaterali parentali. Numărul mai mare de divergențe întâlnite la direcția septului (30,5%) s-ar putea datora vârstei scăzute a unora dintre copii, știut fiind faptul că unele caractere, mai mult sau mai puțin plastice, se pot modifica în timp.

Trăsăturile intermediare puse în evidență la descendenții de sex feminin sunt într-o proporție destul de redusă (1,2% - vizibilitatea septului, trecere nări - buza dermică superioară și 9,0% - forma vârfului nazal) (tabelul nr. 1).

Însumând eșantionul de băieți cu cel de fete, se va putea constata, ca și în cazul sexelor luate separat, că suitele procentuale au, în general, cam aceleași limite de variabilitate, iar ca mărime se înscriu în aceeași ordine: mai întâi suita cu cele mai ridicate procente este dată de caracterele comune părinți - copii (16,0% - 38,4%), după care urmează suita corespunzătoare asemănărilor mamă - copil (22,6% - 34,6%) și mai apoi aceea rezultată din numărul asemănărilor tată - copil (14,8% - 28,3%).

Din tabelul numărul 2 rezultă că prin 8 caractere progenerii se aseamănă predominant cu mamele și tot prin 8 trăsături aceștia se aseamănă preponderent cu ambii părinți. Numai prin două caractere copiii se aseamănă mai frecvent cu tații (forma planșeului nazal și inserția inferioară a aripilor).

Tabelul nr. 2

Repartiția globală a caracterelor nasului

Nr.	Caractere	Total = 318									
		M		C		B		I		D	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Formă sept	94	29,6	78	24,5	74	23,3	13	4,1	59	18,6
2	Șanț sept	72	22,6	119	37,4	66	20,8	11	3,5	50	15,7
3	Pensare vârf - aripi	82	25,8	122	38,4	64	20,1	8	2,5	42	13,2
4	Direcție nări	72	22,6	110	34,6	86	27,0	6	1,9	44	13,8
5	Formă nări	94	29,6	105	33,0	85	26,7	5	1,6	29	9,1
6	Lungime nări	90	28,3	95	29,9	70	22,0	11	3,5	52	16,4
7	Forma planșeu nazal	77	24,2	81	25,5	90	28,3	18	5,7	52	16,4
8	Trecere nări -buza derm. sup.	90	28,3	84	26,4	84	26,4	4	1,3	56	17,6
9	Înălțime nas	77	24,2	108	34,0	65	20,4	18	5,7	50	15,7
10	Lățime nas	90	28,3	104	32,7	70	22,0	12	3,8	42	13,2
11	Adâncime rădăcina nas	90	28,3	110	34,6	60	18,9	19	6,0	39	12,3
12	Formă spate	99	31,1	62	19,5	66	20,8	7	2,2	84	26,4
13	Orientare vârf	97	30,5	78	24,5	60	18,9	11	3,5	72	22,6
14	Formă vârf	93	29,2	84	26,4	61	19,2	25	7,9	55	17,3
15	Direcție sept	110	34,6	51	16,0	47	14,8	7	2,2	103	32,4
16	Vizibilitate sept	101	31,8	83	26,1	80	25,2	7	2,2	47	14,8
17	Inserție inferioară aripi	82	25,8	85	26,7	87	27,4	11	3,5	53	16,7
18	Profil total	95	29,9	55	17,3	76	23,9	20	6,3	72	22,6

Trăsăturile care dau cele mai ridicate procente de asemănare mamă - copil sunt: forma septului, trecerea nări - buza dermică superioară, profilul spatelui nazal, orientarea și forma vârfului nazal, direcția și vizibilitatea septului, ca și profilul total al nasului.

Caracterele comune cu cele mai ridicate frecvențe sunt: șanțul septului, pensarea vârf - aripi, direcția, forma și lungimea nărilor, înălțimea și lățimea nasului, cât și adâncimea rădăcinii nasului.

Proporția divergențelor este vizibil mai scăzută decât a asemănărilor, limitele de variabilitate ale frecvențelor încadrându-se de cele mai multe ori între 9,1 - 26,4% și numai rareori depășind pragul superior. Excepție face direcția septului, cu o frecvență mult superioară mediei (32,4%).

Trăsăturile intermediare întâlnite la copii sunt cele mai puțin numeroase, ele prezentând valori cuprinse între 1,3% și 7,9%.

Caracterele ochiului

Apreciind modul de transmitere al caracterelor ochiului se poate observa că cele mai ridicate frecvențe le înregistrează trăsăturile comune (mamă - tată - copil), cu frecvențe ce oscilează, în general, între 17,4% (lungimea genelor) și 44,9% (poziția globului ocular) la băieți, precum și între 19,3% (cuta marginală a pleoapei) și 48,4% (mărimea zonei ciliare a irisului) la fete (tabelul nr. 3).

Tabelul nr. 3

Caracterele ochiului în funcție de sex

Nr.	Caractere	Băieți = 138									
		M		C		B		I		D	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Lărgime sprânceană	29	22,7	52	40,6	34	26,6	1	0,8	12	9,4
2	Lățime cap sprânceană	27	21,6	43	34,4	29	23,2	3	2,4	23	18,4
3	Relație între sprâncene	28	22,0	55	43,3	27	21,3	2	1,6	15	11,8
4	Deschidere fantă palpebrală	35	25,4	49	35,5	35	25,4	1	0,7	18	13,0
5	Forța sulcus orbital superior	39	28,3	49	35,5	30	21,7	3	2,2	17	12,3
6	Adâncime sulcus orbital sup./arcadă	44	31,9	43	31,2	29	21,0	6	4,3	16	11,6
7	Schema Erhardt pentru cuta marginală	34	24,6	18	13,0	35	25,4	23	16,7	28	20,3
8	Lungime gene	34	24,6	24	17,4	39	28,3	1	0,7	40	29,0
9	Poziție glob ocular (profil)	28	20,3	62	44,9	30	21,7	4	2,9	14	10,1
10	Lățime zonă pupilară internă iris	36	26,1	46	33,3	38	27,5	3	2,2	15	10,9
11	Marcaj coroană iris	46	33,3	35	25,4	33	23,9	2	1,4	22	15,9
12	Dințare coroană iris	41	29,7	37	26,8	32	23,2	3	2,2	25	18,1
13	Zonă ciliară iris - Mărime	28	23,5	50	42,0	31	26,1	1	0,8	9	7,6
14	Zonă ciliară iris - Cripe	12	8,7	89	64,5	18	13,0	0	0,0	19	13,8
15	Zonă ciliară iris - Inele de contracție	26	18,8	82	59,4	18	13,0	0	0,0	12	8,7
16	Zonă ciliară iris - Noduli	26	18,8	51	37,0	31	22,5	0	0,0	30	21,7
17	Culoare ochi - zonă internă	38	27,5	56	40,6	29	21,0	2	1,4	13	9,4
18	Culoare ochi - zonă externă	41	29,7	50	36,2	31	22,5	3	2,2	13	9,4
19	Formă sprânceană	11	15,3	30	41,7	14	19,4	3	4,2	14	19,4
20	Îndoire gene	17	20,5	16	19,3	17	20,5	4	4,8	29	34,9

Nr.	Caractere	Fete = 150									
		M		C		B		I		D	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Lărgime sprânceană	21	15,3	57	41,6	32	23,4	3	2,2	24	17,5
2	Lățime cap sprânceană	22	16,3	47	34,8	34	25,2	5	3,7	27	20,0
3	Relație între sprâncene	36	25,9	53	38,1	38	27,3	1	0,7	11	7,9
4	Deschidere fantă palpebrală	28	18,7	53	35,3	39	26,0	1	0,7	29	19,3
5	Forță sulcus orbital superior	32	21,3	54	36,0	36	24,0	5	3,3	23	15,3
6	Adâncime sulcus orbital sup./arcadă	40	26,7	50	33,3	33	22,0	3	2,0	24	16,0
7	Schema Erhardt pentru cuta marginală	41	27,3	29	19,3	34	22,7	21	14,0	25	16,7
8	Lungime gene	42	28,0	33	22,0	41	27,3	6	4,0	28	18,7
9	Poziție glob ocular (profil)	32	21,3	63	42,0	33	22,0	7	4,7	15	10,0
10	Lățime zonă pupilară internă iris	38	25,3	52	34,7	33	22,0	2	1,3	25	16,7
11	Marcaj coroană iris	41	27,3	52	34,7	33	22,0	6	4,0	18	12,0
12	Dințare coroană iris	42	28,0	50	33,3	34	22,7	0	0,0	24	16,0
13	Zonă ciliară iris - Mărime	26	20,6	61	48,4	27	21,4	2	1,6	10	7,9
14	Zonă ciliară iris - Cripte	26	17,3	85	56,7	22	14,7	0	0,0	17	11,3
15	Zonă ciliară iris - Inele de contracție	23	15,3	89	59,3	15	10,0	0	0,0	23	15,3
16	Zonă ciliară iris - Noduli	28	18,7	53	35,3	40	26,7	0	0,0	29	19,3
17	Culoare ochi - zonă internă	33	22,0	66	44,0	37	24,7	2	1,3	12	8,0
18	Culoare ochi - zonă externă	43	28,7	52	34,7	31	20,7	6	4,0	18	12,0
19	Formă sprânceană	18	24,7	31	42,5	9	12,3	3	4,1	12	16,4
20	Îndoire gene	13	17,8	21	28,8	11	15,1	2	2,7	26	35,6

Estimând caracterele comune cu părinții ale tuturor copiilor (băieți + fete), vom observa că limitele de variație sunt cuprinse între 16,3% (cuta marginală a pleoapei) și 45,3% (mărimea zonei ciliare a irisului) (tabelul nr. 4). În afara acestor minime și maxime se plasează inelele de contracție și criptele zonei ciliare a irisului, prin valori oscilând între 56,7% și 64,5% (băieți, fete, băieți + fete).

Următoarea suită procentuală, ca mărime, este aceea dată de asemănările mamă - copil, cu valori minime de 15,3% (forma sprâncenelor la băieți, lărgimea sprâncenelor, inele de contracție ale irisului, la fete) și maxime de 33,3% (marcajul coroanei irisului - băieți) și 28,7% (culoarea zonei externe a ochiului - fete) (tabelul nr. 3). Pentru întreg eșantionul de copii (băieți + fete), fiecare caracter al ochiului va înregistra un număr de asemănări cu mama, pornind de la frecvența minimă de 13,2% (criptele zonei ciliare a irisului) și ajungând la frecvența maximă de 30,2% (marcajul coroanei irisului) (tabelul nr.4).

Apropiate numeric de asemănările cu mama se găsesc similitudinile tată - copil, cu valori pornind de la 10,0% (inelele de contracție ale irisului - fete) și 13,0% (criptele și inelele de contracție ale irisului - băieți) și ajungând la frecvențe de 27,3% și 28,3% (lungimea genelor - fete și respectiv băieți). Cam aceleași sunt

limitele în care se înscriu asemănările copiilor de ambele sexe (băieți + fete) cu tații. Cel mai scăzut număr de asemănări îl dau inelele de contracție ale irisului (11,5%), în timp ce proporția cea mai crescută de similitudini o dă lungimea genelor (27,8%).

Tabelul nr. 4
Repartiția globală a caracterelor ochiului

Nr.	Caractere	Total = 288									
		M		C		B		I		D	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Lărgime sprânceană	50	18,9	109	41,1	66	24,9	4	1,5	36	13,6
2	Lățime cap sprânceană	49	18,8	90	34,6	63	24,2	8	3,1	50	19,2
3	Relație între sprâncene	64	24,1	108	40,6	65	24,4	3	1,1	26	9,8
4	Deschidere fantă palpebrală	63	21,9	102	35,4	74	25,7	2	0,7	47	16,3
5	Forță sulcus orbital superior	71	24,7	103	35,8	66	22,9	8	2,8	40	13,9
6	Adâncime sulcus orbital sup./arcada	84	29,2	93	32,3	62	21,5	9	3,1	40	13,9
7	Schema Erhardt pentru cuta marginală	75	26,0	47	16,3	69	24,0	44	15,3	53	18,4
8	Lungime gene	76	26,4	57	19,8	80	27,8	7	2,4	68	23,6
9	Poziție glob ocular (profil)	60	20,8	125	43,4	63	21,9	11	3,8	29	10,1
10	Lățime zonă pupilară internă iris	74	25,7	98	34,0	71	24,7	5	1,7	40	13,9
11	Marcaj coroană iris	87	30,2	87	30,2	66	22,9	8	2,8	40	13,9
12	Dințare coroană iris	83	28,8	87	30,2	66	22,9	3	1,0	49	17,0
13	Zonă ciliară iris - Mărime	54	22,0	111	45,3	58	23,7	3	1,2	19	7,8
14	Zonă ciliară iris - Cripte	38	13,2	174	60,4	40	13,9	0	0,0	36	12,5
15	Zonă ciliară iris - Inele de contracție	49	17,0	171	59,4	33	11,5	0	0,0	35	12,2
16	Zonă ciliară iris - Noduli	54	18,8	104	36,1	71	24,7	0	0,0	59	20,5
17	Culoare ochi - zonă internă	71	24,7	122	42,4	66	22,9	4	1,4	25	8,7
18	Culoare ochi - zonă externă	84	29,2	102	35,4	62	21,5	9	3,1	31	10,8
19	Formă sprânceană	29	20,0	61	42,1	23	15,9	6	4,1	26	17,9
20	Îndoire gene	30	19,2	37	23,7	28	17,9	6	3,8	55	35,3

Luând caracter de caracter și observând în ce măsură descendenții se aseamănă mai mult cu unul din părinți, se poate constata că băieții se aseamănă prin 7 trăsături preponderent cu mamele, iar prin 6 predominant cu tații; pe când fetele se aseamănă prin 9 caractere mai frecvent cu mama și tot prin 6 cu tatăl (tabelul nr. 3). În acest caz se poate afirma că, indiferent de sex, copii se aseamănă aproximativ în aceeași măsură atât cu mama, cât și cu tata, însă cu o oarecare tendință de sporire a similitudinilor cu mama.

Din tabelul numărul 4, în care sunt înscrise datele despre toți copiii (băieți + fete) și părinții acestora, se poate sesiza că progenii se aseamănă mai mult cu mamele prin 7 caractere (adâncimea sulcusului orbital superior, cuta marginală a pleoapei, marcajul și dințarea coroanei irisului, inelele de contracție ale irisului, culoarea ochilor, forma sprâncenei), iar mai frecvent cu tații se aseamănă prin 4 trăsături (lărgimea sprâncenelor, lățimea capului sprâncenelor, deschiderea fantei palpebrale și nodulii din zona ciliară a irisului).

Nu cu mult mai depărtat de numărul asemănărilor mamă - copil și tată - copil se află, în ordine descrescătoare, caracterele deosebite de cele ale părinților, întâlnite la copii. Astfel, atât la fete, cât și la băieți cel mai mic număr de divergențe îl înregistrează mărimea zonei ciliare a irisului (circa 7%), iar cea mai ridicată valoare o dă cuta marginală a pleoapei, la băieți (20,3%) și lățimea capului sprâncenelor, la fete (20,0%). Se abat mult de la aceste limite frecvențele date de lungimea genelor, la băieți (29,0%) și de îndoirea genelor la băieți și fete (34,9% și respectiv 35,6%) (tabelul nr. 3).

Sexele întrunite ale descendenților arată că și de această dată frecvența cea mai ridicată a deosebirilor o înregistrează tot lungimea genelor (23,6%). Se abate vizibil de la această valoare maximă proporția mult prea ridicată de divergențe exprimate de îndoirea genelor (35,3%) (tabelul nr. 4).

Trăsăturile intermediare se găsesc cu o frecvență foarte scăzută, în general între 0,7% și 4,8%, atât la băieți cât și la fete (tabelul nr. 3).

Caracterele gurii și mentonului

Estimând cele 23 de caractere ale gurii și bărbiei la genitori și progeni, se constată că la băieți cele mai ridicate procente le dețin trăsăturile comune (mamă - tată - copil), cu valori cuprinse între 29,1% (relieful filtrului) și 55,4% (mărimea fantei orale), aceeași constatare fiind valabilă și pentru fete, unde valorile procentuale oscilează de la 25,9% (relieful filtrului) la 54,7% (înălțimea gură - menton raportată la față) (tabelul nr. 5).

Pe locul următor se situează asemănările mamă - copil, cu frecvențe ce urcă de la 10,8% (energia sulcusului naso-labial) până la 28,4% (înălțimea gură - menton / față), la băieți, precum și de la 12,2% (orientarea buzei dermice inferioare) până la 36,0% (divizarea mentonului), la fete.

Foarte apropiate valoric de similitudinile mamă - copil se află asemănările tată - copil. Astfel, vom constata că valorile minime sunt deținute aici de divizarea mentonului (12,8% - băieți și 8,6% - fete), iar cele maxime aparțin înălțimii mentonului (28,4% - băieți) și reliefului filtrului (36,0% - fete) (tabelul nr. 5).

Făcând abstracție de caracterele comune părinți - copii și apreciind asemănările descendenților cu fiecare părinte în parte, vom observa că fetele se aseamănă printr-un număr mai mare de caractere cu mamele (13 trăsături) decât cu tații (5), în timp ce băieții se aseamănă printr-un număr mai ridicat de trăsături cu tații (12), comparativ cu mamele (8).

Luînd în considerație însă cele mai ridicate valori din fiecare categorie de asemănări, se poate sesiza că și băieții și fetele, se aseamănă cel mai frecvent atât cu mama cât și cu tata (caractere comune) (tabelul nr. 5).

Dacă până aici ne-am referit la gradele de asemănare părinți - copii, trebuie să menționăm în continuare că au fost puse în evidență, într-o proporție mai scăzută și deosebiri. Astfel, pentru băieți cele mai puține deosebiri le înregistrează înălțimea mentonului (10,1%), iar cele mai numeroase lățimea buzei mucoase superioare (19,6%) situație pe care, parțial, o întâlnim și la fete, prin frecvența minimă dată tot de înălțimea mentonului (7,2%), dar cu o maximă ce aparține, de data aceasta, diastemei (23,0%). Excepție de la maximele scărilor de variație face energia sulcusului naso - labial (39,2% - băieți și 40,3% - fete).

Ca și în cazul nasului și al ochilor, cele mai mici valori sunt înregistrate de caracterele intermediare, cu valori cuprinse între 1,4% și 6,1%, la băieți și 0,7% - 4,3%, la fete (tabelul nr. 5).

Din analiza tabelului numărul 6, în care au fost înglobați toți copiii (băieți + fete), rezultă că pe primul loc se situează tot caracterele comune (tată - mamă - copil), cu valori oscilând între 31,0% și 52,6%, ca și în cazul estimării descendenților în funcție de sex.

Tabelul nr. 5
Caracterele guri și mentonului în funcție de sex

Nr.	Caractere	Băieți = 148									
		M		C		B		I		D	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Mărime fantă orală	18	12,2	82	55,4	21	14,2	0	0,0	27	18,2
2	Înălțime buză dermică sup.	30	20,3	69	46,6	29	19,6	3	2,0	17	11,5
3	Relief filtru	39	26,4	43	29,1	38	25,7	5	3,4	23	15,5
4	Lățime filtru	31	20,9	54	36,5	34	23,0	4	2,7	25	16,9
5	Energie sulcus naso-labial	16	10,8	46	31,1	28	18,9	0	0,0	58	39,2
6	Lățime buză mucoasă sup.	34	23,0	56	37,8	24	16,2	5	3,4	29	19,6
7	Tivul buzei mucoase sup.	32	21,6	64	43,2	27	18,2	0	0,0	25	16,9
8	Lățime buză mucoasă inf.	34	23,0	53	35,8	37	25,0	5	3,4	19	12,8
9	Înălțime buză dermică inf.	27	18,2	60	40,5	32	21,6	6	4,1	23	15,5
10	Grosime buză dermică inf.	32	21,6	69	46,6	24	16,2	5	3,4	18	12,2
11	Pilieri buză dermică inf.	30	20,3	57	38,5	34	23,0	4	2,7	23	15,5
12	Relief șanț mento-labial	28	18,9	51	34,5	39	26,4	4	2,7	26	17,6
13	Lărgime șanț mento-labial	26	17,6	56	37,8	37	25,0	5	3,4	24	16,2
14	Înălțime menton	26	17,6	62	41,9	42	28,4	3	2,0	15	10,1
15	Lățime menton	36	24,3	63	42,6	20	13,5	3	2,0	26	17,6
16	Divizare menton	28	18,9	73	49,3	19	12,8	9	6,1	19	12,8
17	Înălțime gură - menton / față	42	28,4	62	41,9	25	16,9	2	1,4	17	11,5
18	Formă buză dermică sup.	35	23,6	56	37,8	29	19,6	2	1,4	26	17,6
19	Orientare buză dermică inf.	23	15,5	65	43,9	33	22,3	2	1,4	25	16,9
20	Formă buză dermică inf.	39	26,4	58	39,2	25	16,9	4	2,7	22	14,9
21	Orientare menton	25	16,9	64	43,2	32	21,6	3	2,0	24	16,2
22	Rulare limbă	24	16,2	71	48,0	23	15,5	2	1,4	28	18,9
23	Diastemă	26	17,6	62	41,9	34	23,0	4	2,7	22	14,9

Nr.	Caractere	Fete = 139									
		M		C		B		I		D	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Mărime fantă orală	25	18,0	69	49,6	24	17,3	0	0,0	21	15,1
2	Înălțime buză dermică sup.	28	20,1	66	47,5	12	8,6	3	2,2	30	21,6
3	Relief filtru	23	16,5	36	25,9	50	36,0	3	2,2	27	19,4
4	Lățime filtru	37	26,6	43	30,9	25	18,0	4	2,9	30	21,6
5	Energie sulcus naso-labial	23	16,5	43	30,9	17	12,2	0	0,0	56	40,3
6	Lățime buză mucoasă sup.	24	17,3	67	48,2	22	15,8	6	4,3	20	14,4
7	Tivul buzei mucoase sup.	25	18,0	59	42,4	29	20,9	0	0,0	26	18,7
8	Lățime buză mucoasă inf.	35	25,2	61	43,9	21	15,1	1	0,7	21	15,1
9	Înălțime buză dermică inf.	24	17,3	67	48,2	26	18,7	1	0,7	21	15,1
10	Grosime buză dermică inf.	25	18,0	70	50,4	26	18,7	1	0,7	17	12,2
11	Pilieri buză dermică inf.	27	19,4	63	45,3	22	15,8	0	0,0	27	19,4
12	Relief șanț mento-labial	32	23,0	43	30,9	28	20,1	5	3,6	31	22,3
13	Lărgime șanț mento-labial	36	25,9	42	30,2	33	23,7	0	0,0	28	20,1
14	Înălțime menton	26	18,7	62	44,6	37	26,6	4	2,9	10	7,2
15	Lățime menton	38	27,3	58	41,7	18	12,9	4	2,9	21	15,1
16	Divizare menton	50	36,0	56	40,3	12	8,6	2	1,4	19	13,7
17	Înălțime gură - menton / față	26	18,7	76	54,7	23	16,5	1	0,7	13	9,4
18	Formă buză dermică sup.	28	20,1	57	41,0	28	20,1	3	2,2	23	16,5
19	Orientare buză dermică inf.	17	12,2	70	50,4	30	21,6	2	1,4	20	14,4
20	Formă buză dermică inf.	37	26,6	52	37,4	25	18,0	0	0,0	25	18,0
21	Orientare menton	36	25,9	65	46,8	20	14,4	5	3,6	13	9,4
22	Rulare limbă	26	18,7	65	46,8	29	20,9	1	0,7	18	12,9
23	Diasternă	31	22,3	46	33,1	27	19,4	3	2,2	32	23,0

Pe locurile următoare, dar mai distanțat, se găsesc asemănările mamă - copil, cu frecvențe de la 13,6% la 27,2% și asemănările tată - copil, cu frecvențe de la 10,8% la 30,7%.

Evaluând comparativ procentele cele mai ridicate dintre aceste ultime suite se constată, ca și în cazul sexelor luate separat (băieți și fete), că există o tendință de asemănare a copiilor mai mult cu mama (9 caractere predominant mai frecvente), decât cu tata (6 trăsături preponderent mai numeroase) (tabelul nr. 6). Cele 9 caractere asemănătoare mai mult cu mama decât cu tata sunt: înălțimea buzei dermice superioare, lățimea filtrului, lățimea buzei mucoase superioare și inferioare, lățimea mentonului, divizarea mentonului, înălțimea gură - menton raportată la față, forma buzei dermice inferioare (profilul) și orientarea mentonului. Trăsăturile mai frecvent asemănătoare cu tata decât cu mama (6) sunt: relieful filtrului, înălțimea buzei dermice inferioare, relieful și lărgimea

șanțului mento-labial, înălțimea mentonului și orientarea buzei dermice inferioare.

Tabelul nr. 6
Repartiția globală a caracterelor gurii și mentonului

Nr.	Caractere	Total = 287									
		M		C		B		I		D	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Mărime fantă orală	43	15,0	151	52,6	45	15,7	0	0,0	48	16,7
2	Înălțime buză dermică sup.	58	20,2	135	47,0	41	14,3	6	2,1	47	16,4
3	Relief filtru	62	21,6	79	27,5	88	30,7	8	2,8	50	17,4
4	Lățime filtru	68	23,7	97	33,8	59	20,6	8	2,8	55	19,2
5	Energie sulcus naso-labial	39	13,6	89	31,0	45	15,7	0	0,0	114	39,7
6	Lățime buză mucoasă sup.	58	20,2	123	42,9	46	16,0	11	3,8	49	17,1
7	Tivul buzei mucoase sup.	57	19,9	123	42,9	56	19,5	0	0,0	51	17,8
8	Lățime buză mucoasă inf.	69	24,0	114	39,7	58	20,2	6	2,1	40	13,9
9	Înălțime buză dermică inf.	51	17,8	127	44,3	58	20,2	7	2,4	44	15,3
10	Grosime buză dermică inf.	57	19,9	139	48,4	50	17,4	6	2,1	35	12,2
11	Pilieri buză dermică inf.	57	19,9	120	41,8	56	19,5	4	1,4	50	17,4
12	Relief șanț mento-labial	60	20,9	94	32,8	67	23,3	9	3,1	57	19,9
13	Lărgime șanț mento-labial	62	21,6	98	34,1	70	24,4	5	1,7	52	18,1
14	Înălțime menton	52	18,1	124	43,2	79	27,5	7	2,4	25	8,7
15	Lățime menton	74	25,8	121	42,2	38	13,2	7	2,4	47	16,4
16	Divizare menton	78	27,2	129	44,9	31	10,8	11	3,8	38	13,2
17	Înălțime gura-menton/față	68	23,7	138	48,1	48	16,7	3	1,0	30	10,5
18	Formă buză dermică sup.	63	22,0	113	39,4	57	19,9	5	1,7	49	17,1
19	Orientare buză dermică inf.	40	13,9	135	47,0	63	22,0	4	1,4	45	15,7
20	Formă buză dermică inf.	76	26,5	110	38,3	50	17,4	4	1,4	47	16,4
21	Orientare menton	61	21,3	129	44,9	52	18,1	8	2,8	37	12,9
22	Rulare limbă	50	17,4	136	47,4	52	18,1	3	1,0	46	16,0
23	Diastemă	57	19,9	108	37,6	61	21,3	7	2,4	54	18,8

În afara asemănarilor amintite mai sus, cu o frecvență evident mai scăzută decât acestea se întâlnesc și deosebiri (8,7% - 19,9%). De remarcat este faptul că energia sulcusului naso - labial dă un procent mult mai mare de deosebiri (39,7%) decât celelalte caractere ale gurii și mentonului (tabelul nr. 6).

Trăsăturile intermediare întâlnite la copii înregistrează frecvențe foarte scăzute (1,0% - 3,8%).

CONCLUZII

Din analiza modului de transmitere al celor 61 caractere morfo-fizionomice, provenind de la conformația nasului, ochilor, gurii și mentonului, a rezultat, atât pentru asemănările cât și pentru deosebirile dintre cele două generații (una transmițătoare, cealaltă moștenitoare) un număr de suite procentuale ce oscilează între anumite limite.

Astfel pentru sexele întrunite ale descendenților au fost puse în evidență următoarele limite de variabilitate, de la care s-au exclus câteva frecvențe mult prea depărtate de minimele și maximele de mai jos (Tabelele nr. 2, 4, 6):

	Asemănări cu mama	Caractere comune	Asemănări cu tata	Caractere intermediare	Caractere deosebite
Nas:	22,6 - 34,6%	16,0 - 38,4%	14,8 - 28, 3%	1,3 - 7,9%	9,1 - 26,4%
Ochi:	13,2 - 30,2%	16,3 - 45,3%	11,5 - 27,8%	0,7 - 4,1%	7,8 - 23,6%
Gură și menton:	13,6 - 27,2%	31,0 - 52,6%	10,8 - 30,7%	1,0 - 3,8%	8,7 - 19,9%

De aici se poate conchide că cele mai frecvent întâlnite sunt caracterele comune (asemănătoare la tată, mamă și copil), apoi similitudinile mamă - copil, urmate la mică distanță de asemănările tată - copil. Nu cu mult mai depărtate de aceste procente se află caracterele deosebite, față de care ultima categorie de trăsături, cele intermediare, ocupă un loc minor.

Existența deosebirilor dintre genitori și progeni poate fi pusă fie pe seama asemănării cu unii ascendenți sau colaterali parentali, fie datorită plasticității unor caractere ce se pot modifica o dată cu vârsta. Este posibil ca unele din aceste trăsături divergente să-și aibe cauza și în mecanismul intim al eredității, asemănător oarecum cu modul de manifestare al caracterelor recesive.

O estimare globală a raportului dintre similitudini și neconcordanțe părinți - copii arată că, în general, proporția asemănări / deosebiri este de 5 la 1, incluzând în categoria asemănărilor și caracterele intermediare, care sunt oarecum comparabile cu trăsăturile comune (tată - mamă - copil).

Raportul de mai sus a rezultat din repartiția procentelor situate la centrul scărilor de variabilitate ale caracterelor morfo-fizionomice:

	Asemănări cu mama	Caractere comune	Asemănări cu tata	Caractere intermediare	Caractere deosebite	Total (%)
Nas (%):	28,6	26,7	21,6	4,6	17,8	99,3
Ochi (%):	21,7	30,8	19,7	2,4	15,7	90,3
Gură și menton (%):	20,4	41,8	20,8	2,4	14,0	99,4
Procente medii:	23,6	33,1	20,7	3,1	15,8	96,3
80,5% (asemănări = 5/6)					1/6 =	
80,5% : 3 = 26,8% (sau 1/3)					deosebiri	

De menționat că totalul pe orizonatală al procentelor se apropie de 100%, dar diferența existentă, mai ales în cazul ochilor (90,3%), se datorează eliminării din scările de variabilitate a patru caractere, ce se depărtează mult de limitele maxime (îndoirea genelor, cuta marginală a pleoapei, inele de contracție și criptele zonei ciliare a irisului).

Dacă cele 80,5% (sau 5/6) caractere, ce reprezintă asemănările părinți - copii, le vom împărți la cele trei categorii de similitudini (cu mama, cu tata, cu ambii părinți), atunci vom obține o cifră (26,8%) ce ne permite să observăm cât de mare este distribuția reală a caracterelor de asemănare față de raportul 1/3. Astfel, mai mult de 1/3 din caractere exprimă similitudinile mamă - tată - copil (caractere comune + cele intermediare), în timp ce mai puțin de 1/3 din trăsături indică asemănările mamă - copil și tot în aceeași proporție, mai mică de 1/3, sunt înregistrate similitudinile tată - copil.

Tendința de asemănare mai mult cu unul dintre părinți, remarcată prin frecvența mai ridicată a unor caractere, se prezintă în felul următor (tabele nr. 1, 3, 5):

	Nas (nr. caractere)		Ochi (nr. caractere)		Gură + menton (nr. caractere)	
	Băieți	Fete	Băieți	Fete	Băieți	Fete
Asemănări mamă - copil:	15	13	7	9	8	13
Asemănări tată - copil:	3	3	6	6	12	5

Atunci când comparăm similitudinile părinți - descendenți, în funcție de sexul copiilor, constatăm că trăsăturile nasului și ale ochilor indică o tendință de asemănare, atât a băieților cât și a fetelor, mai frecvent cu mama, pe când caracterele gurii și bărbiei arată o mai mare apropiere a băieților față de tați și a fetelor față de mame.

Datele obținute în urma acestui studiu pot aduce o modestă contribuție la cunoașterea eredității umane, iar prin caracterul cert al maternităților și paternităților investigate, materialul rezultat poate fi utilizat, prin comparație, la elucidarea maternităților și mai ales a paternităților incerte, atunci când instanțele judecătorești o cer.

REZUMAT

Materialul pe care s-au făcut observațiile cuprinde 139 de familii, cu 318 copii din care: 151 băieți și 167 fete. Numărul caracterelor morfo-fizionomice luate în considerație la studiul nasului (18), aspectele ochiului (20) și înfățișarea gurii și mentonului (23) este de 61.

Pe baza datelor rezultate din lucrare s-a putut constata că raportul asemănări / neasemnări între părinți și copii este de 5 la 1. Apreciind numai caracterele de asemănare, se poate conchide că mai mult de o treime din totalul lor reprezintă trăsăturile comune (mamă - tată - copil împreună cu aspectele intermediare), în timp ce mai puțin de o treime exprimă similitudinile mamă - copil și tot mai puțin de o treime din trăsături indică asemănările tată - copil. Din modul cum se distribuie frecvențele s-a constatat că atât băieții cât și fetele tind să se asemene mai mult cu mama decât cu tata.

Datele furnizate de prezentul studiu, pe lângă aportul adus la cercetarea eredității umane, pot avea și o utilitate practică prin folosirea lor la stabilirea paternității sau, mai rar, a maternității incerte, atunci când o instanță judiciară o solicită.

RESEMBLANCE DEGREE ESTIMATION BETWEEN GENITORS AND OFFSPRING IN KEEPING WITH SOME MORPHOLOGICAL FEATURES INVESTIGATION

ABSTRACT

The material concerns the investigation of 139 families, meaning 318 children (151 boys and 167 girls) and their parents. The studied characters of the nose (18), eye (20), mouth and chin (23) sum a total of 61 features.

The results of our study prove that the resemblance per difference ratio between parents and children is 5 to 1. Considering only the similarities we could ascertain that more than a third represent common traits (mother - father - child plus intermediary features). Less than a third of these characters represents the mother - child resemblance's and another third being the father - child similarities'. The frequency distribution shows that the children, boys or girls, take after their mother more than after their father.

Besides the contribution to the human heredity research, our work has a pragmatic utility in the study of uncertain fatherhood or, more seldom, motherhood, when court requires it.

BIBLIOGRAFIE

1. GHIGEA SILVIA, ROȘCA MARIA - ELENA, ȘTIRBU MARIA, BOTEZATU D., *Particularitățile dimorfice ale segmentului cefalo-facial în etapa de vârstă 7 - 15 ani*, St. cerc. antropol., 1989, 26, p. 39 - 44.
2. GLAVCE CRISTINA, *Modificările tipologiei cefalo-faciale la adolescenți și tineri (13 - 17 ani)*, St. cerc. antropol., 1990, 27, p. 11 - 18.
3. LUCA ELEONORA, *Variabilitatea morfologiei nazale în expertizele de stabilire a paternității*, St. cerc. antropol., 1989, 26, p. 65 - 74.
4. ȘTIRBU MARIA, ROȘCA MARIA - ELENA, CRISTESCU MARIA, MIU GEORGETA, *Aspecte privind heritabilitatea unor caractere fenotipice la copii în etapele de vârstă de 5, 7 și 8 ani*, St. cerc. antropol., 1991, 28, p. 19 - 26.
5. TUDOSIE ADRIANA, ȚARCĂ ANA, GHIGEA SILVIA, *Evoluția conformației faciale la copii în etapa 3-5 ani*, St. cerc. antropol., 1988, 25, p. 19 - 22.
6. VULPE CORNELIU, POPESCU IRINA, *Contribuție la cercetarea eredității unor caractere morfologice de ordin general, precum și a trăsăturilor urechii externe*, St. cerc. antropol., 1995, 32, p. 57 - 66.

Primit în redacție
la 15 mai 1996

Centrul de Cercetări Antropologice
„Fr. Rainer”, București

CORELAȚIE ÎNTRE CÂTEVA ASPECTE ALE DEZVOLTĂRII SOMATICE ȘI PSIHOLOGICE ALE ELEVILOR DE 13 ANI

CONȚIU-TIBERIU ȘOITU, GEORGETA MIU

Interdependența dintre somatic și psihic este cunoscută și afirmată de foarte mult timp. Cercetările axate pe această relație pot oferi date utile specialiștilor din domenii diferite. Rezultatele acestor căutări pot sta la baza prognozelor asupra nivelului de sănătate fizică și mentală al unei populații și - ceea ce este cel mai important - direcționează programele de intervenție medicală, psihologică, pedagogică și/sau socială la nivelul individului, grupului sau colectivității. Considerăm că demersul de supraveghere și corijare - util pentru toate segmentele de vârstă - își dovedește maxima eficiență în cazul copiilor și adolescenților, aceștia aflându-se într-un stadiu de dezvoltare fizică și psihică ce nu îngreunează intervenția (re)modelatoare.

Studiul a fost efectuat pe un lot de copii de aproximativ 13 ani și 6 luni, la data aplicării testelor. Lotul este 55 de elevi (29 fete și 26 băieți) supuși, în ultimul deceniu unei cercetări antropologice longitudinale. Testarea psihologică a cuprins Matricele progresive Raven - varianta standard - și Inventarul de personalitate Eysenck. Aplicarea testelor s-a realizat individual, cu o limită de 45 de minute în cazul Matricelor Raven. Am preferat acest test de inteligență pentru caracterul său nonverbal care reduce influențele ce aparțin în exclusivitate mediului social și familial (dezvoltarea vocabularului, abilitatea de a folosi cuvintele etc.). Limita de timp ne-a permis o mai clară departajare a rezultatelor fără a introduce o presiune deosebit de mare în condițiile în care majoritatea subiecților sub 30 de ani rezolvă testul în 30-35 de minute. Credem că introducerea timpului maxim de rezolvare nu a afectat scopul nostru care nu era atât acela de stabilire a coeficientului de inteligență, cât identificarea variației acestuia în funcție de unii parametri antropologici.

Inventarul de personalitate Eysenck (E.P.I.) a evidențiat două dimensiuni fundamentale ale personalității: extroversiune/introversiune și stabilitate/instabilitate emoțională (nevrotism). Scara de minciună (L) a permis identificarea subiecților inconsecvenți sau tentați să falsifice răspunsurile.

Parametrii antropologici folosiți în cadrul studiului sunt greutatea și statura. În funcție de aceștia am grupat subiecții (fete, băieți și total) în trei categorii: normali, subponderali și supraponderali. Rezultatele, grupate în tabelele 1, 2 și 3, prezintă variațiile coeficientului de inteligență (C.I.) caracterul extrovertit sau introvertit (E./I.), stabilitatea emoțională (S./I.) și frecvența prezenței subiecților susceptibili de răspunsuri nesincere la cele trei grupe și la întregul lot.

Tabelul nr. 1

Fete

	Media lotului	Subponderali	Normali	Supraponderali
Număr de subiecți	29	9	11	9
Greutate	48,4	38,55	47,09	59,88
Statură	1592,71	1567,87	1604,89	1605,11
Ind. Roher	11,9	99	11,4	14,4
C.I.	102,48	101	103,27	103,77
Raport E/I	14/15	4/5	5/6	3/6
Raport S/I	18/11	5/4	6/5	7/2
Factor L frecvența	6	1	1	4

Tabelul nr. 2

Băieți

	Media lotului	Subponderali	Normali	Supraponderali
Număr de subiecți	26	9	8	9
Greutate	50,43	40,66	48,5	60,44
Statură	1624	1571,55	1635,37	1674,55
Ind. Roher	11,7	10,5	11	12,8
C.I.	103,23	99,21	106,5	104,33
Raport E/I	14/12	5/4	5/3	2/7
Raport S/I	16/10	5/4	7/1	4/5
Factor L frecvența	4	1		3

Tabelul nr. 3

Total lot

	Media lotului	Subponderali	Normali	Supraponderali
Număr de subiecți	55	18	19	18
C.I.	102,83	100,11	104,63	104,05
Raport E/I	28/27	9/9	10/9	5/13
Raport S/I	34/21	10/8	13/6	11/7
Factor L frecvența	10	2	1	7

În cazul coeficientului de inteligență, se observă - atât la băieți cât și la fete - valori semnificativ mai reduse în grupa celor subponderali. Mare parte din explicație o putem găsi în mediul de apartenență, majoritatea acestor copii întâlnindu-i în școlile din cartierele periferice. Situația socială, economică și culturală dificilă a părinților reflectându-se atât în alimentație și - implicit - în dezvoltarea fizică a copiilor, cât și în educație și în performanțele intelectuale ale acestora.

Grupele copiilor normali și supraponderali prezintă medii apropiate ale coeficienților de inteligență, în toate cazurile aceste valori fiind superioare mediei întregului lot. Expresia cantitativă a C.I. are, în situația de față, valoare orientativă, datorită menționatei stabiliri a unui timp limită de rezolvare a testului.

Răspunsurile la chestionarul de personalitate indică elemente ce diferențiază grupa copiilor supraponderali. Aproape trei sferturi dintre aceștia (72,22%) sunt introvertiți - față de o distribuție echilibrată a introverților și extroverților în celelalte grupe - iar grupa băieților supraponderali este singura care prezintă un număr de subiecți instabili emoțional mai mare decât numărul celor stabili. În plus, majoritatea elevilor suspecți de răspunsuri falsificate aparțin acestei grupe.

CONCLUZII

Rezultatele studiului nostru reafirmă influența mediului social asupra dezvoltării fizice și intelectuale ale copiilor, influență ce se manifestă în special în cazul carențelor alimentare și cultural-educative.

Supraponderabilitatea afectează echilibrul psihic al copiilor și adolescenților, atât în cazul fetelor, cât și al băieților, putând determina instabilitate emoțională, nevrozism, dar și modificări de comportament.

Studiile efectuate la această vârstă au avantajul de-a face posibilă depistarea copiilor ce se situează în grupele extreme (sub sau supraponderali) și intervenția preventivă sau curativă.

CORRELATION BETWEEN SOME ASPECTS OF THE PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT IN THE 13TH YEARS CHILDREN

ABSTRACT

The research was made on 55 children aged 13 years and 6 months. The psychological testing includes Raven's Progressive Matrices and Eysenck's Personality Inventory. The anthropological elements used were the weight and height. According to them the subjects were put into three categories: normal, underweight and overweight.

In the underweight children the IQ is significantly lower than in others. The physical and intellectual undevelopment had social causes such as economical, cultural and educational problems in family.

Almost three quarts of overweight children are introverts and a part of them had emotional and behavioural problems.

BIBLIOGRAFIE

1. ANASTASI, A., *Psychological Testing*, New York, McMillan, 1974.
2. RADU, I., PITARU, H., *Experiment și situație de teren în psihologie*, în Rev. de Psihologie 3/1987.
3. RADU, I. (coord.), *Metodologie psihologică și analiza datelor*, Edit. Sincron, 1993.
4. ROȘCA, Al., *Premise psihologice ale utilizării eficace a materialului intuitiv*, în *Studii de psihologie pedagogică*, București E D P, 1958.
5. ROȘCA, M., *Metode de psihodiagnostic*, București E D P, 1972.

Primit în redacție
la 15 mai 1996

Centrul de Cercetări Antropologice
„Fr. Rainer”, București Secția Iași

MORTALITATEA PRIN AFECȚIUNI ALE TUBULUI DIGESTIV ȘI ANEXELE SALE, ÎN MUNICIPIUL IAȘI, ÎN 1990

MARIA - ELENA ROȘCA

Lucrarea se înscrie pe linia unor cercetări demografice privind evoluția sporului natural al populației municipiului și județului Iași în perioada 1987 - 1992, ce tinde să evidențieze atât scăderea natalității prin liberalizarea întreruperilor de sarcină în 1990, precum și a altor factori de mediu socio-economic - în timp ce mortalitatea este în continuă creștere.

Am ales pentru această succintă lucrare mortalitatea în 1990 în orașul Iași prin afecțiuni ale tubului digestiv și anexelor sale, fiind frapată de procentajul mare de mortalitate prin afecțiuni hepatice.

Evident, în tabloul general al mortalității, pe primul loc în 1990 se situează încă decesele prin afecțiuni cardio-vasculare, urmate de cele neoplasmice.

MATERIAL ȘI METODĂ

Studiul se bazează pe consultarea datelor din registrul de stare civilă privind cauza decesului.

Metoda folosită a fost cea a calculării frecvențelor și a vârstei medii de deces.

REZULTATE OBȚINUTE ȘI CONCLUZII

În graficele nr. 1 și 2 sunt figurate pentru fiecare segment al tubului digestiv, mortalitatea prin diferite afecțiuni pe prima coloană și cea prin boli neoplazice pe cea de-a doua coloană. În ceea ce privește afecțiunile hepatice, apare și o a treia coloană, reprezentând mortalitatea prin ciroză.

Menționăm că am eliminat mortalitatea prin diabetul zaharat, ce ține de funcția endocrină a pancreasului.

Populația orașului Iași era, conform datelor preluate de la Direcția de Statistică Iași, la data de 31 dec. 1990, de 165 998 persoane de sex masculin și 175 989 de sex feminin, deci un excedent feminin de aproximativ 10 000 de persoane.

Totalul deceselor a fost de 1046 la sexul masculin (0,63%) și de 894 la cel feminin (0,50%), indicând o mortalitate mai mare la primii.

Din acestea, cele prin afecțiuni ale aparatului digestiv sunt de 167 la sexul masculin (16%) și de 115 (13%) la cel feminin.

Din grafice se constată că pentru fiecare segment al tubului digestiv predomină decesele prin neoplasm, iar decesele de ciroză ating procente de 28 la sexul masculin și 39 la cel feminin.

Mortalitatea pentru totalul afecțiunilor hepatice atinge 40% la sexul masculin și 50% la cel feminin.

Ceea ce dorim să punem în evidență, pe lângă cele prezentate mai sus, sunt câteva cazuri de deces mai rar întâlnite.

Astfel, la sexul masculin sunt 6 cazuri de deces prin enterocolită (1 copil de 2 luni, 2 copii de 1 an, 1 copil de 2 ani, 2 copii de 3 ani) precum și un deces prin tuberculoză peritoneală (8 ani), coborându-se astfel vârsta medie la deces prin diverse afecțiuni ale intestinului la 45,90 ani, în timp ce vârsta medie la deces pentru întregul aparat digestiv este de 57,22 ani.

Tot la sexul masculin există un caz de deces prin ciroză hepatică la un copil de o lună. Literatura medicală indică printre multiplele cauze ale cirozei pe cea la care ne referim ca fiind de natură genetică, cu caracter familial.

La sexul feminin se înregistrează un deces prin faringită acută obstructivă subglotică (3 ani), iar la nivelul intestinului, 5 cazuri de enterocolită (un copil de 2 luni, unul de 5 luni, unul de 7 luni, unul de 3 ani și unul de 4 ani) precum și un deces prin ivaginație ileo-cecală (3 luni), ceea ce coboară vârsta medie la deces prin diverse afecțiuni ale intestinului la numai 35,73 ani, în timp ce aceea pentru întregul aparat digestiv este de 54,65 ani. În sfârșit, mai apare un deces, tot în spital, prin hepatită virotică (19 ani).

Mai remarcăm frecvența mai mare a deceselor prin afecțiuni neoplazice ale colonului comparativ cu intestinul subțire, la ambele sexe.

În concluzie, din analiza făcută mai sus rezultă următoarele:

- Din totalul deceselor, cele determinate de afecțiunile tubului digestiv dețin o proporție de 16% la bărbați și 13% la femei;
- La nivelul tuturor segmentelor tubului digestiv predomină decesele prin neoplasm, cu o prevalență mai mare la femei decât la bărbați;
- Afecțiunile hepatice reprezintă cauza majoră de mortalitate pentru maladiile tubului digestiv (40% la bărbați și 50% la femei) ciroza ocupând locul al doilea după neoplasm.

Tabelul nr. 1

Vârsta medie la deces pentru afecțiuni ale aparatului digestiv

	Cav. buc.-far		Esofag		Stomac		Intestin		Pancreas		Ficat		
	Div. af	Neop.	Div. af	Neop.	Div. af	Neop.	Div. af	Neop.	Div. af	Neop.	Div. af	Neop.	Cir.
Bărbați	-	59,52	39,00	64,75	54,50	61,61	45,98	62,36	56,40	64,90	61,01	61,35	55,37
Femei	3,00	74,50	-	-	64,20	59,54	35,73	65,93	42,00	70,50	60,60	64,46	60,76

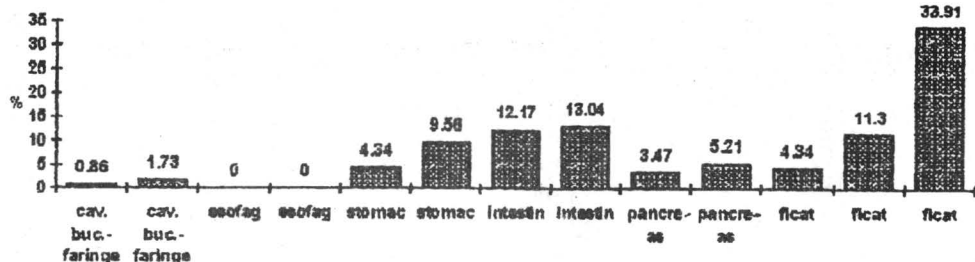


Fig. 1. – Femei

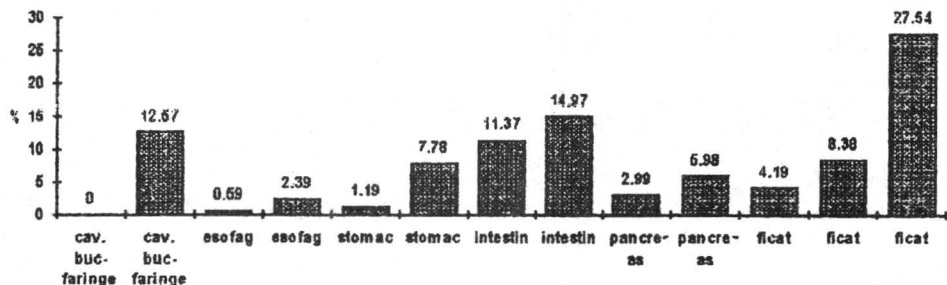


Fig. 2. – Bărbați

THE WE HAVE MORTALITY DUE TO AFFECTIONS OF THE DIGESTIVE TRACT AND ITS ANNEXES IN IASI - ROMANIA IN 1990

SUMMARY

This study presents the mortality due to the affections of the digestive system in Iasi - Romania, city with about 350,000 residents in 1990.

With evidenced we can see that the high frequency of the deceases generated by affections of the liver (cirrhosis). There are deceases result from the affections of the digestive tract (enterocolitis) this cases went be treated in that year (1990) in hospital conditions.

BIBLIOGRAFIE

1. GHIGEA S., *Evoluția mortalității și a cauzelor de deces la populația din zona de N - V a Moldovei în ultimele decenii ale sec. XX*, St. cerc. antropol., 1992, 29, 45-50.
2. MIU GEORGETA și TUDOSE ADRIANA, *Evoluția mortalității și duratei medii de viață la populația de la Valea Cosăului (jud. Maramureș)*, St. cerc. antropol., 1994, 31, 45-50.
3. TREBICI V., *Demografia*, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1978.
4. TREBICI V., *Mica enciclopedie de demografie*, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1975.
5. TREBICI V., Hristache I., *Demografia teritorială a României*, Editura Academiei, București, 1986.
6. Tudose Adriana, Cristescu Maria, Istrate Maria, *Evoluția mortalității în decursul sec. XX în trei comunități din jud. Neamț*, St. cerc. antropol., 1993, 30, 39-45.

Primit în redacție
la 15 mai 1996

Centrul de Cercetări Antropologice
„Fr. Rainer”, București, secția Iași

ASPECTE PRIVIND DIRECȚIA ȘI INTENSITATEA DE ASEMĂNARE ÎNTRE FRAȚI

ELEONORA LUCA

Lucrarea de față se include într-un studiu antropologic mai amplu privind variabilitatea de transmitere și asemănare dimesională și conformativă între rude de diferite grade în familii din populații românești (2).

Manifestarea fenotipică a caracterelor metrice, ca și a altor caractere polifactoriale este influențată de vârstă, sex, asortiment matrimonial, de fenomene microevolutive, de condiții mezologice etc. (3,4,5,7,8,11,12,13).

Cercetarea asemănării între rude de diferite grade (părinți/copii, bunici/nepoți, frați, veri) prin metoda corelațiilor între variabile normate permite reducerea în mare măsură a acestor influențe, aprecierea mai corectă a legăturilor dinamice în transmiterea ereditară a caracterelor metrice și evidențierea direcției și intensității de asemănare (6,7,9,11).

Valoarea coeficienților teoretici de corelație între părinți/copii și între frați este de 0,50, între bunici/nepoți de 0,25, între veri din frați de 0,125 și, în afara factorilor citați, această valoare poate fi influențată de factori de dominanță, de factori legați de cromozomul X, de ordinea nașterii copiilor, de natura eșantionului (mărime, omogenitate), de „stilul” de prelevare a datelor (7,10,11).

Conform gradientului de corelație metrică între frați, menționat în literatură, cel mai puternic corelează statura și înălțimea capului, puternic șezânda, lățimea mandibulei, a feței și a frunții, mai puțin înălțimea feței și a nasului (11).

Fiind vorba despre caractere cu determinism polifactorial, rezultatele cercetării noastre se raportează la populația examinată, la fenotipul său în condițiile mezologice specifice, la perioada în care a fost studiată (10,11).

MATERIAL ȘI METODĂ

Din totalul caracterelor prelevate în cursul anchetelor populaționale (1988-1994), reținem aici 13 dimensiuni absolute: 9 cefalo-faciale și 4 corporale.

Au fost cercetate 154 de familii dintre care 51 cu un copil, 61 cu doi copii, 27 cu 3 copii, 11 cu patru copii, 4 cu cinci copii, în medie 2 copii pe familie. S-au reținut pentru studiul fratriei 103 familii cu 2 sau mai mulți copii.

Familiiile provin din două zone rurale de altitudine, zone depresionare intramontane, respectiv, Bucium- județul Alba și Bran- județul Brașov.

Subiecții, frații, au vârsta între 4 -35 de ani, predominând intervalul 4-10 ani.

Am aplicat în general metodologia din lucrările anterioare privind asemănarea părinți/copii, bunici nepoți (2).

Fluctuațiile de volum ale eşantioanelor se datorează unor frații incomplete în momentul anchetei sau prelevării unui număr redus de date (Moeciu de Jos, Şimon).

Gradul de asemănare, direcția și intensitatea asemănării între frați și între veri din frați au fost măsurate prin coeficienții de corelație Brevais-Pearson (r) între depărtările normate obținute prin raportarea subiecților la o populație-etalon de aceeași vârstă și sex (1,14). S-au calculat coeficienții de corelație între frați în general și între frați în funcție de sex și ordinea nașterii (tabelele nr. 1, 2a, 2b), precum și între veri din frați (tabel nr.1). S-a calculat eroarea standard a coeficienților de corelație și s-a apreciat semnificația statistică a corelațiilor (6,7,9,14).

REZULTATE ȘI DISCUȚII

I. Corelații între frați în general (tabel nr.1)

Valorile coeficienților de corelație sunt cuprinse între 0,11 pentru diametrul antero-posterior cefalic și 0,59 pentru diametrul bizygomatic. Toate corelațiile sunt pozitive. Cu excepția lungimii capului, frații corelează semnificativ prin caracterele cercetate.

Intensitatea de asemănare este foarte puternică pentru lățimea feței (depășind valoarea teoretică) și înălțimea capului (egalând valoarea teoretică). Frații se aseamănă puternic prin lățimea capului și a nasului, prin statură și șezândă. Corelații de intensitate medie se remarcă în ce privește lățimea frunții și a mandibulei, înălțimea feței și a nasului, lățimea bazinului și a umerilor.

II. Corelații între frați în funcție de sex (tabel nr.1)

Corelațiile între frați-băieți, între surori și între frați de sex diferit (cupluri mixte) evidențiază de asemenea cea mai mare intensitate de asemănare prin lățimea feței, cu depășirea valorii teoretice.

În limitele caracterelor cercetate, direcția asemănării/neasemănării între frați este pozitivă, indiferent de sexul subiecților din cuplurile considerate. Cele mai multe corelații semnificative apar între frați/surori.

III. Corelații între frați în funcție de ordinea nașterii (tabele 2a și 2b).

Datele din literatură referitoare la asemănarea dimensională între frați în funcție de ordinea nașterii sunt contradictorii (7,11).

Sub rezerva mărimii eşantioanelor (îndeosebi în corelațiile cu frați tot mai mici), rezultatele noastre evidențiază scăderea intensității de asemănare a fraților mai mari cu frații mai mici, frații de rangul 1 semănând mai mult cu frații de rangul 2, mai puțin cu frații 3, și mult mai puțin cu frații de rang mai mare ca 3 (4,5); frații de rangul 2 semănând mai mult cu frații 3 decât cu frații de rang mai mare ca 3, iar aceștia din urmă semănând mai mult cu frații 3 decât cu 2, respectiv cu 1. Astfel,

Tabelul nr. 1
 Valorile coeficienților de corelație metrică între frați

Nr, crt.	Caracter	Frați (general)		Frați băieți		Surori		Frați băieți/fete		Veri	
		n	r	n	r	n	r	n	r	n	r
1,	g-op	173	0,11	26	0,24	55	0,17	92	0,01	36	0,22
2,	cu-cu	173	0,49*	26	0,68*	55	0,46*	92	0,44*	36	0,04
3,	ft-ft	173	0,36*	26	0,11	55	0,60*	92	0,24*	36	0,23
4,	zy-zy	173	0,59	26	0,80*	55	0,63*	92	0,53*	36	0,28
5,	go-go	173	0,30*	26	0,60*	55	0,36*	92	0,13	36	- 0,10
6,	n-gn	173	0,32*	26	0,33	55	0,26*	92	0,35*	36	0,20
7,	n-sn	173	0,30*	26	0,25	55	0,09	92	0,42*	36	0,26
8,	al-al	173	0,41*	26	0,57*	55	0,56*	92	0,27*	36	0,50*
9,	t-v	173	0,50*	26	0,73*	55	0,49*	92	0,44*	36	- 0,12
10,	v-sol	156	0,40*	26	0,45*	46	0,40*	84	0,39*	34	0,23
11,	v-sez	156	0,41*	26	0,40*	46	0,47*	84	0,37*	34	0,13
12,	a-a	106	0,31*	19	0,30	32	0,12	55	0,39*	22	- 0,11
13,	ic-ic	106	0,38*	19	0,31	32	0,56*	55	0,30*	22	0,17

* Corelații semnificative.

Tabelul nr. 2a
 Valorile coeficienților de corelație metrică între frații de rang 1 și rang 2

Nr, crt.	Caracter	Frați		Băieți		Surori		Cupluri mixte	
		n	r	n	r	n	r	n	r
1,	g-op	70	0,32*	13	0,57*	23	0,19	34	0,32*
2,	cu-cu	70	0,42*	13	0,85*	23	0,50*	34	0,06
3,	ft-ft	70	0,23*	13	-0,38	23	0,52	34	0,23
4,	zy-zy	70	0,49*	13	0,71*	23	0,55*	34	0,41*
5,	go-go	70	0,31*	13	0,57*	23	0,48*	34	0,06
6,	n-gn	70	0,20	13	0,39	23	0,16	34	0,19
7,	n-sn	70	0,37*	13	0,45	23	0,29	34	0,39*
8,	al-al	70	0,55*	13	0,77*	23	0,64*	34	0,37*
9,	t-v	70	0,54*	13	0,70*	23	0,63*	34	0,47*
10,	v-sol	49	0,40*	-	-	15	0,32	29	0,65*
11,	v-sez	49	0,40*	-	-	15	0,52	29	0,32
12,	a-a	27	0,21	-	-	11	- 0,19	15	0,54*
13,	ic-ic	26	0,35	-	-	10	0,52	15	0,05

* Corelații semnificative.

Tabelul nr. 2b

Valorile coeficienților de corelație metrică între frați în funcție de ordinea nașterii

Caracter	Frați 1 cu:				Frați 2 cu:				Frați 3 cu:	
	Frați 3		Frați 4;5		Frați 3		Frați 4;5		Frați 4; 5	
	n	r	n	r	n	r	n	r	n	r
g-op	28	0,08	15	-0,18	30	0,07	14	-0,45*	16	-0,13
eu-eu	28	0,59*	15	0,34	30	0,54*	14	0,09	16	0,42*
ft-ft	28	0,57*	15	0,18	30	0,46	14	0,20	16	0,58*
zy-zy	28	0,68*	15	0,55	30	0,51	14	0,61*	16	0,87*
go-go	28	0,43*	15	0,71	30	0,17	14	-0,02	16	0,44*
n-gn	28	0,33	15	0,60*	30	0,47*	14	0,46*	16	0,28
n-sn	28	0,37*	15	0	30	0,37	14	0,26	16	0,05
al-al	28	0,37	15	0,07	30	0,19	14	0	16	0,75*
t-v	28	0,42*	15	-0,03	30	0,68*	14	0,33	16	0,15
v-sol	25	0,32	13	0,16	24	0,13	12	0,13	14	0,36
v-sez	25	0,26	13	0,46*	24	0,40	12	0,42	14	0,57*
a-a	15	0,64*	9	0,28	14	0,58*	8	0,65*	8	0,81*
ic-ic	14	0,60*	9	-0,02	13	0,33	8	-0,07	8	0,40

frații de rangul 3 se constituie, parcă într-un centru de referință pentru frații mai mari și mai mici decât ei, realizând cu ambele părți un număr aproximativ egal de corelații semnificative.

Ca direcție, toate corelațiile între frații 1/2, 1/3, 2/3 sunt pozitive, pe când între frații 4-5/3, 4-5/2, 4-5/1 se remarcă corelații negative în sens crescător. Frații mai mari realizează și corelații nule sau aproape nule cu frații cei mai mici (tabel 2b).

Din compararea celor șase tipuri de corelații între frați în funcție de ordinea nașterii, rezultă că toți frații au în comun asemănarea prin lățimea feței.

IV. Corelații între veri (tabel nr.1)

Valorile coeficienților de corelație între veri din frați sunt cuprinse între 0.04 (lățimea capului) și 0,50 ((lățimea nasului).

Verii realizează corelația cea mai mare și singura semnificativă, pentru lățimea nasului. Se remarcă o corelație aproape nulă pentru lățimea capului și trei corelații negative pentru înălțimea capului, lățimea mandibulei și a umerilor.

Datele noastre sunt apropiate de valorile teoretice ale corelațiilor între veri(11).

CONCLUZII

1. Între frați, indiferent de sex și de ordinea nașterii, corelațiile dimensionale sunt toate pozitive, iar intensitatea de asemănare este în general puternică și medie. Cea mai mare valoare, depășind valoarea teoretică, o are corelația pentru lățimea feței. Frații nu corelează semnificativ prin lungimea capului.

2. În funcție de sex, cele mai multe corelații semnificative se remarcă între frații de sex diferit (frați/surori).

3. Valorile coeficienților de corelație între frați sunt asemănătoare cu cele specificate bibliografic pentru înălțimea capului, lățimea feței, înălțimea feței, înălțimea nasului, lungimea capului, pentru celelalte caractere rezultatele fiind contradictorii (7,11).

4. Frații mai mari corelează cu frații de vârstă mai mică invers proporțional cu rangul. Asemănări mai multe se remarcă între frații de rang apropiat. Frații de ordinul 3 ocupă o poziție centrală față de frații mai mari sau mai mici ca ei, realizând cu aceștia un număr asemănător de corelație.

5. Verii din frați corelează între ei foarte slab, singurul caracter pentru care corelația este semnificativă, intensă și pozitivă fiind lățimea nasului. Rezultatele noastre se apropie de aprecierile teoretice privind corelațiile dintre veri din frați(11).

6. Asemănările metrice dintre frați se datorează evident unui determinism poligenic, dar și efectelor mezologice care acționează în același sens asupra fenotipurilor dimensionale din fratrie.

ASPECTS CONCERNANT LA DIRECTION ET L'INTENSITÉ DE RESSEMBLANCE DIMENSIONNELLE ENTRE FRÈRES

RÉSUMÉ

Le travail met en évidence, pour une population rurale d'altitude la ressemblance métrique dans l'intérieur de la fratrie selon le sexe et le rang de naissance. On a utilisé la méthode des corrélations entre les variables normées.

En exceptant la longueur de la tête, les corrélations métriques entre frères, sans tenir compte de rang ou du sexe des sujets, sont statistiquement significatives et les intensités du ressemblance sont moyennes ou fortes. Les frères réalisent la plus grande valeur du coefficient pour la largeur du visage (> 0.50). Toutes les corrélations sont positives.

Selon le sexe, on trouve plus de corrélations significatives dans les couples hétérogènes, respectivement entre frères et leurs sœurs.

Selon l'ordre de naissance, les plus de ressemblances on remarque entre frères proches, spécialement entre frères 1 et 2 (certainement, grâce à l'échantillonnage, entre autres). Les ressemblances diminuent avec le rang de naissance. Les frères de troisième rang occupent dans la fratrie une position presque centrale selon le nombre de corrélations statistiquement significatives réalisées avec les frères d'autre rang, de tous les côtés.

BIBLIOGRAFIE

1. GLAVCE CRISTIANA și colab., Ann.Roum.d'Anthropol., 1988, 25, 55-66 ; 1989, 26, 29-39; St. cerc. antropol.,1990, 27, 11-18.
2. LUCA ELEONORA, Ann.Roum.d'Anthropol, 1990, 27, 63-67.; 1993, 30, 49-56; 1994, 31, 41-46; 1995, 32, 49-55.

3. HAJNIS K. et al., *Przegląd Antropologiczny*, Poznań, 1977, 43, 1, 145-152.
4. ISVORANU M., *Genetica Umană*, E.D.P., RA, București, 1993, 65-95, 221-229.
5. MAXIMILIAN C., DOINA MARIA IOAN, *Genetica Medicală*, Ed. Medicală, București 1986.
6. MUREȘAN P., *Metode matematice în clinică, laboratoare și ocrotirea sănătății*, Ed. Medicală, București 1963.
7. OLIVIER G. et al., *Bull. et Mém. de la Soc. Anthropol., Paris*, 1957, 8, 10-e, 31-46; 1971, 7 12-e, 159-167; 1980, 7, 13-e, 259-277.
8. RADU ELENA, CIOTARU D., *St. cerc. antropol.*, 1986 23, 40-51.
9. SĂHLEANU V., *Metode matematice în Biologie*, curs Univ., Cluj, 1965.
10. SUSANNE Ch., *Bases génétiques, in L'homme, son évolution, sa diversité*, Paris, Doin, 1986, 3.
11. SUSANNE Ch., *Recherches sur la transmission des caracteres mesurables de l'homme*, Inst. Roy. Sci. Nat., Bruxelles, 1971.
12. SZOPA J., *Przegląd Antropologiczny*, Poznań, 1977, 43, 1, 55-64.
13. ȘTIRBU MARIA și colab., *Ann. Roum. d'Anthropol.*, 1988, 25, 67-70.
14. VLĂDESCU MARIA, *Ann. Roum. d'Anthropol.*, 1972, 9, 77-84; 1984, 21, 21-29
15. SĂHLEANU V., *Metode matematice în biologie*, curs, Univ. Cluj, 1965.
16. SUSANNE CH., *Bases genetique, en l'home, son evolution, sa diversité*, Paris, Doin, 3, 1986.
17. SUSANNE CH., *Recherches sur la transmission des caracteres mesurables de l'homme*, Inst. Roy. Sci. Nat., Bruxelles, 1971.
18. SZOPA J., *Heredity of head dimensions and of cephalic index in man*, *Przegląd Antropologiczny*, 43, 1, 55-64, 1977.
19. MARIA ȘTIRBU și colab., *Sur certains aspects de la ressemblance phenotypique entre les parents et leurs descendants*, *Ann. Roum. Anthropol.* 25, 67-70.
20. MARIA VLĂDESCU, *Considerations concernant quelques correlations cephalofaciales en relation avec le sexe chez une population montagnarde – Măgura, couloir de Bran*, *Ann. Roum. Anthropol.* 9, 77-84, 1972.
21. MARIA VLĂDESCU și colab., *Étude anthropologique comparative de deux échantillons de la population de Bucarest*, *Ann. Roum. Anthropol.*, 21, 21-30, 1984.

Primit în redacție
la 15 mai 1996

Centrul de Cercetări Antropologice
„Fr. Rainer”, București

DEZECHILIBRE PSIHO-NEVROTICE ÎN FAZA „PRECLINICĂ” LA POPULAȚIA TÂNĂRĂ

ELENA RADU, CONSTANTIN BĂLTEANU*, MIHAIL BOTA

Cercetările antropologiei medicale se înscriu pe linia cunoașterii stării de sănătate fizică și psihică a populațiilor studiate și reprezintă prin aceasta o contribuție la cunoaștere în domeniul psihologiei, psihosomaticii și psihiatriei. Cercetările de antropologie medicală din ultimii ani, au avut și au ca obiect de studiu variabilitatea tendințelor psihonevrotice la nivel populațional.

Dezechilibrele psihonevrotice din faza „preclinică” se pot identifica cu simptomele timpurii din faza prodromală a unei maladii, fază care delimitează intervalul de timp dintre un set de simptome prodromale și setul de manifestări caracteristice, clinice, dinaintea sau din timpul maladiei.

Evaluarea simptomelor prodromale are o importanță deosebită în practica medicală, în special pentru maladiile progresive, periculoase, care sunt însă tratabile în prima fază de evoluție.

În acest context, atâta timp cât simptomele prodromale se află în centrul întregului simptom clinic, scala de măsurare a augmentării sau a micșorării schimbărilor față de normalitate, devine foarte importantă.

În ultima vreme, asistăm la creșterea importanței factorilor biologici în tulburările afective, prin studii care permit explorarea corelării biologice, atât a fazei prodromale, cât și a celei acute, clinice.

Unele trăsături premorbide (nevrotice sau tulburări de personalitate) pot deveni mai pronunțate în „perioade critice”, perioade de criză, cu o mare încărcătură afectivă, în cursul cărora, persoana devine mai vulnerabilă la apariția unor tulburări psihonevrotice. Tranziția între diferite perioade de viață, între ciclurile sau subciclurile vieții reprezintă un „teren” favorabil pentru dezechilibre psihonevrotice.

Populația tânără, studiată de noi, parcurge o dublă tranziție - prin trecerea de la adolescență la perioada de adult tânăr, prin trecerea de la învățământul liceal la învățământul universitar și acestea în condițiile unei tranziții social-economice stressante prin durată și prin revoluție. Percepția generală a acestei perioade de tranziție este de insecuritate socială, pânza pe care se țese ceea ce într-un cuvânt înseamnă „grija zilei de mâine”.

* U.M.F.-Iași, Catedra de Anatomie.

MATERIAL 'I METODĂ

Cercetarea noastră a fost efectuată asupra unui număr de aproximativ 700 de candidați la examenul de admitere la secțiile umaniste ale Universității București în anul 1995.

În cercetarea populațională a proceselor afective am utilizat „inventarul de personalitate” Woodworth-Matheus de testare a „nevrozismului” și metoda Brian de diagnosticare a constituțiilor somatice.

Au fost calculate scorurile tendințelor psihonevrotice, componente ale testului și s-a efectuat distribuția lor în scala de evaluare, în funcție de tipologia constituțională și sex. S-a considerat conform metodei, că scorurile până la 120 încadrează variabilele în limitele normalității. În cazul variabilelor a căror cuantificare nu se înscrie în scorul de 120, ca limită de normalitate s-a luat valoarea imediat următoare, adică 130.

S-a ținut cont și de distribuția procentuală pe scoruri, pentru a se realiza intervale -clase- care indică gradul de îndepărtare de normalitate și în același timp gradul de apropiere de boală.

Ca măsură a tendinței centrale s-a folosit mediana. În cazul în care mai mult de 50% din subiecți au avut pentru o anumită tendință răspunsuri ale căror scoruri au fost zero, mediana a fost în consecință calculată zero. Distribuția variabilelor a fost analizată prin metoda „chi-pătrat”.

Pentru a urmări dacă există sau nu o dependență între valorile diferite ale medianelor calculate, ca și ale distribuției variantelor în scala de valori psihonevrotice s-a utilizat ca analiză de varianță metoda Anova - Kruskal-Wallis, ce poate surprinde diferența sau dependența tendințelor psihonevrotice în funcție de constituție și sex.

S-a urmărit și evidențierea corelațiilor posibile între tendințele psihonevrotice în cazul aceleiași serii de variante, utilizând metoda Spearman. Pentru cele două teste, rezultatele sunt relevante pentru un p mai mic sau egal 0,05.

ANALIZA REZULTATELOR

Studiul proceselor afective și a dezechilibrelor psihonevrotice care apar de-a lungul vieții, s-a dovedit necesar pentru evaluarea anticipativă a unor strategii de adaptare, pentru păstrarea și optimizarea stării de sănătate a populației.

1. Variabilitatea tendințelor psihonevrotice funcție de sex

1.1. Analiza tabloului psihonevrotic al seriei masculine evidențiază următoarele date: în ceea ce privește valorile medianei, tendințele psihonevrotice se diferențiază în două categorii: pe de o parte, acele tendințe cu valorile situate în limitele normalității, unde se înscriu: tendințele emotive (I), tendințele obsesivo-fobice cu psihastenii (II), tendințele impulsive (VI), tendințele antisociale (VIII); pe de altă parte, în ordine de rang, tendințele cu valori mediane ridicate care se plasează în categoria vulnerabilității psihopatologice, unde se înscriu: tendințele paranoide (IV), tendințele depresive (V), tendințele de instabilitate psihică (VII) și tendințele schizoide (III) (tabelul nr.1).

Tabelul nr.1

Valorile mediane și distribuția tendințelor-seria masculină

Tend I	%	Tend II	%	Tend III	%	Tend IV	%
0-112	85,86	0-120	85,35	0-120	11,11	0-120	12,63
140	5,56	120	6,57	120	37,37	140	16,16
168	5,05	144	5,56	150	33,33	160	24,75
196	1,52	168	1,52	180	13,13	180	27,27
224	0,00	192	1,01	210-240	5,05	200	11,62
252	0,00	216-X	0,00	270-X	0,00	220	6,06
						240	1,52
						260-X	0,00
Tend V	%	Tend VI	%	Tend VII	%	Tend VIII	%
0-104	7,58	0-108	86,87	0-104	40,40	0-104	98,51
130	19,19	144	10,10	156-	37,88	156-	1,49
156	36,36	180	1,52	208-	15,15	208-	0,00
182	21,72	216	1,01	260-	4,04	260-	0,00
208	11,62	252	0,51	312	2,53	312	0,00
234	303	288-X	0,00				
260-X	0,51						
Tend I	Tend II	Tend III	Tend IV	Tend V	Tend VI	Tend VII	Tend VIII
84	72	150	160	156	72	156	0

Analizând variabilitatea tendințelor psihoneurotice accentuate în scala de risc psihopatologic, constatăm următoarele: a) vulnerabilitate psihopatologică pentru tendințele schizoide în proporție de 33,33%; pentru tendințele paranoide, 24,75%, pentru tendințele depresive și hipocondrice, 36,36% și pentru instabilitate psihică, 37,88%. Pe fondul de instabilitate psihică se greșează deci depresia, schizoidia și paranoia.

1.2. Analiza variabilității psihonevrotice la *seria feminină*, evidențiază o situație asemănătoare cu a seriei masculine: în limita normalității se plasează tendințele antisociale, tendințele impulsive, tendințele obsesivo-fobice cu psihastenii și tendința de hiperemotivitate (tabelul nr.2).

În ceea ce privește valorile mediane ale tendințelor psihoneurotice, situate în arealul vulnerabilității psihopatologice, consemnăm valori aproape identice în aceeași ordine de rang: tendințele paranoide cu valoarea mediane de 160, tendințele depresive cu o mediană de 156 și tendințele schizoide cu o mediană de 150.

Variabilitatea tendințelor psihonevrotice în scala de valori subliniază, pe de o parte, o vulnerabilitate psihopatologică pentru tendințele schizoide de 35,13%, pentru tendințele paranoide de 19,35%, pentru tendințele depresive și hipocondriace de 24,37% și pentru instabilitate psihică de 35,48%.

Tabelul nr.2

Valorile mediane și distribuția tendințelor-seria feminină

Tend I	%	Tend II	%	Tend III	%	Tend IV	%
0-112	41,33	0-120	77,06	0-120	11,11	0-120	5,73
140	12,54	120	10,04	120	22,94	140	12,90
168	8,24	144	5,02	150	35,13	160	19,35
196	4,66	168	4,66	180	18,64	180	21,86
224	0,00	192	3,23	210-240	8,24	200	19,35
252	1,08	216-X	1,08	270-X	3,94	220	20,43
						240	0,36
						260-X	0,00
Tend V	%	Tend VI	%	Tend VII	%	Tend VIII	%
0-104	13,98	0-108	77,42	0-104	39,43	0-104	97,49
130	37,63	144	13,98	156-	35,48	156-	1,79
156	24,37	180	5,02	208-	16,85	208-	0,36
182	19,35	216	2,51	260-	6,81	260-	0,36
208	14,70	252	0,72	312	1,43	312	0,00
234	3,23	288-X	0,36				
260-X	0,72						
Tend I	Tend II	Tend III	Tend IV	Tend V	Tend VI	Tend VII	Tend VIII
112	96	150	160	156	72	156	0

În categoriile cu potențial psihopatologic accentuat, „variantă problemă”, se înscriu tendințele schizoide (30,82%), tendințele paranoide (62,00%), tendințele depresive (38,00%) și instabilitate psihică (25,00%).

Se constată prin comparație cu seria masculină, că distribuția variantelor în scala de risc psihopatologic, la aceleași valori ale medianei, este deosebită la seria feminină, cu frecvențe mai ridicate pentru variantele cu potențial psihopatologic accentuat.

Tendințele paranoide, prin distribuția lor în scala de risc psihopatologic, par să domine întreaga constelație a trăsăturilor premorbide, indiferent de sex; valoarea mediană a acestei tendințe având același scor (160), atât la seria masculină, cât și la seria feminină.

Analiza graficului nr.1 evidențiază trasee psihonevrotice aproape identice pentru fiecare tendință analizată.

1.3. Analiza coeficienților Spearman, de corelații între tendințele psihonevrotice ale unei serii de mediane, evidențiază: pentru seria masculină se găsesc în corelație semnificativă: tendințele schizoide (III) se corelează cu tendințele depresive, de hiperemotivitate și instabilitate psihică; tendințele paranoide (IV) se corelează numai cu tendințele impulsive; tendințele depresive și hipochondrice numai cu tendințele schizoide, care corelează cel mai extins, cu hiperemotivitatea, tendințele obsesivo-fobice cu psihastenie, tendințele schizoide, tendințele impulsive și tendințele antisociale (tabelul nr.3).

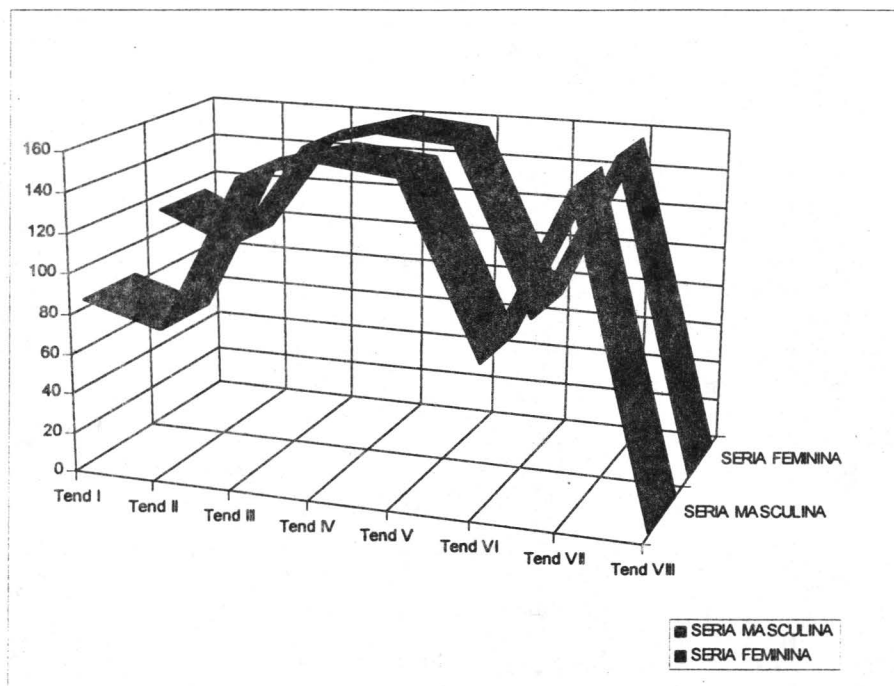


Fig. 1. Medianele tendințelor psihonevrotice pentru seriile masculină și feminină

Tabelul nr. 3

Coeficienții Spearman pentru seriile masculină și feminină

SERIA MASculINĂ				
Tend	Tend	R	T	P
I	II	0,35	4,34	0
I	III	0,16	1,96	0,05
I	VI	0,37	4,5	0
I	VII	0,19	2,25	0,02
I	VIII	0,37	4,5	0
II	VI	0,50	6,56	0
II	VII	0,19	2,21	0,03
II	VIII	0,27	3,26	0
III	V	0,30	3,58	0
III	VII	0,19	2,2	0,03
IV	VI	0,21	2,55	0,01
VI	VII	0,24	2,92	0
VI	VIII	0,40	4,87	0
VII	VIII	0,29	3,45	0

continuare tabel 3

SERIA FEMININĂ				
Tend	Tend	R	T	P
I	II	0,42	7,75	0
I	III	0,19	3,28	0
I	VI	0,39	7,07	0
I	VII	0,23	4,06	0
I	VIII	0,35	6,26	0
II	II	0,15	2,5	0,01
II	VI	0,23	3,95	0
II	VII	0,12	2,08	0,04
II	VIII	0,20	3,49	0
IV	VI	0,13	2,22	0,02
VI	VII	0,22	3,78	0
VI	VIII	0,35	6,36	0
VII	VIII	0,23	3,98	0

Reținem două constatări relative la indicatorii de corelație Spearman: exclusivitatea corelării tendinței paranoide (IV) cu tendința de impulsivitate (VI) și punctul nodal pe care îl reprezintă în sistemul corelațiilor tendința de instabilitate psihică, care este corelată cu cinci tendințe psihoneurotice (din cele șapte rămase), atât pentru seria masculină, cât și pentru seria feminină.

Comentariul analitic al coeficienților de corelație Spearman la seria feminină evidențiază pentru tendințele schiozide (III) o corelație cu tendințele de hiperemotivitate și cu tendințele obsesivo-fobice cu psihastenie; corelația exclusivă a tendinței paranoide (IV) cu tendințele obsesivo-fobice cu psihastenie, cu tendința de impulsivitate și tendințele antisociale.

1.4. Analiza testului de semnificație *Kruskal-Wallis*, Anova între medianele și distribuțiile seriei masculine cu seria feminină, ne indică o emotivitate semnificativ crescută la nivelul medianei, însoțită de o distribuție semnificativ crescută la nivelul diferenței în scala de valori psihonevrotice, la seria feminină; o diferență semnificativă în ceea ce privește distribuția variantelor în scala de risc psihopatologic prin tendința de instabilitate psihică (tabelul nr.4).

Tabelul nr. 4

Indicii Kruskal-Wallis de diferențiere între seria masculină și feminină

Tendința	H	P	χ^2	P
I-I	16,00	0,05	10,74	0,29
II-II	17,53	,04	21,00	0,01
III-III	6,35	,36	8,52	0,45
IV-IV	8,75	,16	9,50	0,36
V-V	5,48	,57	10,20	0,33
VI-VI	3,62	,81	7,25	0,62
VII-VII	8,63	0,19	11,92	0,05
VIII-VIII	4,20	,74	5,36	0,84

2. VARIABILITATEA TENDINȚELOR PSIHONEVROTICE ÎN FUNCȚIE DE CONSTITUȚIA SOMATICĂ

Analiza tabloului constituțional al variabilității tendințelor psihonevrotice la nivel de constituție pune în evidență următoarele constatări:

2.1. În ceea ce privește constituțiile breviline: seria feminină prezintă ca tendințe psihonevrotice dominante: tendințele paranoide (IV), tendințele depresive și hipocondriace (V) și tendințele schizoide (III), tendințe cu valori mediane indicând vulnerabilitate psihopatologică crescută (tabelul nr. 5).

Tabelul nr. 5

Scala de variabilitate a tendințelor psihonevrotice în funcție de constituție, seria masculină

	Brevilini		Mediolini		Longilini		
	%		%		%		
Tend I							
0-112	78,95		75,00		85,48		
140	12,28		5,33		1,61		
168	7,02		16,67		4,84		
196	1,75		4,17		1,61		
224	0,00		0,00		6,45		
252	0,00		0,00		0,00		
Tend II							
0-120	73,68		79,17		96,77		
120	10,53		16,67		1,61		
144	12,28		4,17		0,00		
168	3,51		0,00		1,61		
192	0,00		0,00		0,00		
216-X	0,00		0,00		0,00		
Tend III							
0-120	8,33		21,95		12,90		
120	35,42		19,51		43,55		
150	37,50		39,02		22,58		
180	12,50		12,20		17,74		
210-240	6,25		2,44		3,23		
270-X	0,00		2,44		0,00		
Tend IV							
0-100	1,75		2,44		4,84		
120	12,28		4,88		11,29		
140	15,79		4,88		22,58		
160	17,54		26,83		19,35		
180	28,07		34,15		33,87		
200-240	24,57		26,39		8,46		
260-X	0,00		0,00		0,00		

continuare tabelul 5

Tend V							
0-104	10,53		20,83		8,06		
130	22,81		25,00		16,13		
156	31,58		20,83		37,10		
182	21,05		29,17		22,58		
208	8,77		0,00		12,90		
234	3,51		4,17		3,23		
260-X	1,75		0,00		0,00		
Tend VI							
0-108	85,96		73,07		83,87		
144	10,53		17,08		12,90		
180	1,75		3,44		1,61		
216	1,75		4,89		0,00		
252	0,00		0,00		1,61		
288-X	0,00		1,52		0,00		
Tend VII							
0-104	38,60		36,71		35,48		
156-	36,84		46,22		38,71		
208-	15,79		12,20		17,74		
260-	7,02		4,88		3,23		
312	1,75		0,00		4,84		
Tend VIII							
0-104	98,25		95,12		96,77		
156-	1,75		2,44		3,23		
208-	0,00		0,00		0,00		
260-	0,00		0,00		0,00		
312	0,00		0,00		0,00		
Tend I							
Tend II							
Tend III							
Tend IV							
Tend V							
Tend VI							
Tend VII							
Tend VIII							
84	72	150	180	156	72	156	0
112	120	150	180	156	104	156	0
84	72	120	160	182	72	156	0

Seria masculină are ca tendințe psihonevrotice mediane dominante tendințele paranoide, tendințele depresive și tendințele de instabilitate psihică la paritate de scor cu tendințele schizoide.

Cele două serii prezintă mediane egale pentru tendințele schizoide (150), pentru tendințele impulsive (72) și tendințele depresive (156).

Deci tipul constituțional brevilin ar fi asociat indiferent de sex cu tendințe accentuate pentru schizoidie (III), depresie și hipocondrie (V) și impulsivitate (VI).

De remarcat este faptul că la seria feminină brevilină instabilitatea psihică se plasează în plaja de normalitate în timp ce la seria masculină se plasează în plaja de vulnerabilitate.

O valoare foarte crescută a medianei (180) se înregistrează la bărbați pentru tendința paranoidă.

2.2. Constituțiile longiline pentru seria feminină prezintă tendințe psihonevrotice mediane crescute în plaja vulnerabilității psihopatologice pentru paranoidie (IV), la paritate pentru depresie și instabilitate psihică (V și VII) și pentru schizoidie (III); tendința cea mai accentuată sub raportul riscului psihopatologic este tendința paranoidă cu o mediană de 180. Pentru seria masculină riscul cel mai mare pentru patologia psihonevrotică se înregistrează pentru tendință depresivă și hipocondriacă (scor 182), urmată de tendința paranoidă (160) și tendința de instabilitate psihică (156).

Remarcăm că instabilitatea psihică prezintă aceeași valoare mediană ridicată (156), indiferent de sex.

2.3 Constituțiile medioline, pentru seria feminină au tendințe psihonevrotice accentuate pentru paranoidie (160), depresie (156) și instabilitate psihică (156), iar seriile masculine, pentru paranoidie (180), depresie (156), instabilitate psihică (156) și schizoidie (150).

La tipurile constituționale medioline constatăm că nu există diferențe ale tendințelor psihonevrotice mediane în funcție de sex pentru depresie (V) și instabilitate psihică.

2.4. Analiza distribuțiilor variantelor psihonevrotice în scala de risc pentru tulburări psihopatologice evidențiază următoarele aspecte:

2.4.1. Pentru seria masculină, emotivitatea (I) se plasează în limitele normalității pentru 85,48% din longilini, 78,95% din brevilini și 75,00% din mediolini; tendințele obsesivo-fobice (II) și psihastenia se plasează în limitele normalității pentru 96,77% din longilini, 79,17% din mediolini și 73,68% din brevilini.

Pentru aproximativ 16% din brevilini, tendințele obsesivo-fobice cu psihastenie, se plasează în categoria factorilor de risc pentru maladii psihonevrotice; tendințele schizoide (III) se cantonează în limitele normalității pentru 56,45 % în longilini, pentru 43,75% din brevilini și pentru 41,46% din mediolini.

Vulnerabilitatea psihopatologică pentru această tendință este mai accentuată la longilini (21,70%), față de brevilini (18,75%) și mediolini (17,08%).

Tendințele paranoide (IV) se plasează în arealul normalității în proporție de 38,71 pentru longilini, 29,12% pentru brevilini și aproximativ 13% pentru mediolini.

Pentru toate tipurile constituționale în proporții variabile, aproximativ 61% din mediolini, 53% din brevilini și 42% din longilini, se înscrie o accentuată tendința spre patologie psihonevrotică (fapt ce se regăsește și în medianele acestei tendințe psihonevrotice) (tabelul nr.5).

Tendința depresivă și hipocondriacă (V) încadrează în limitele normalității 45,80% din mediolini, 33,34% din brevilini și 24,19% din longilini.

Din analiza distribuției pentru categoriile cu risc crescut psihopatologic, se pare că longilini au o vulnerabilitate marcată pentru depresie.

Tendința de impulsivitate (VI), comparativ cu celelalte tendințe psihonevrotice, se încadrează în limitele normalității în proporție de 96% pentru longilini, 96% pentru brevilini și aproximativ 90% pentru mediolini.

Tendința de instabilitate psihică (VII), în ceea ce privește frecvența variantelor în aria normalului psihonevrotic, prezintă aproximativ aceeași frecvență, indiferent de tipul constituțional, între 35,48% longilini și 38,60% brevilini. În categoriile de risc de îmbolnăvire psihoneurotică se înscriu frecvențele de 64,58% pentru longilini, 63,5% pentru mediolini și 51% pentru brevilini.

Tendențele antisociale (VIII), în mod surprinzător, acoperă plaja de normalitate în proporție de la 95,12% mediolini, 96,77% longilini și 98,25 brevilini (tabelul nr.5).

2.4.2. Pentru seria feminină (tabelul nr.6), pentru tendința de hiperemotivitate, arealul normalului este cuprins între aproximativ 85 % pentru brevilini, 83% pentru longilini și 79% pentru mediolini. Frecvența în categoriile de risc este puțin semnificativă.

Tabelul nr. 6

Scala de variabilitate a tendințelor psihonevrotice în funcție de constituție, seria feminină

	Brevilini		Mediolini		Longilini	
	%		%		%	
Tend I						
0-112	73,19		63,64		71,13	
140	11,59		16,91		12,37	
168	7,25		11,36		8,25	
196	5,80		4,55		3,09	
224	0,00		0,00		3,09	
252	0,00		2,00		1,03	
Tend II						
0-120	65,22		77,27		76,49	
120	12,32		4,55		9,28	
144	12,32		6,82		7,22	
168	2,90		6,82		5,15	
192	3,89		4,55		1,03	
216-X	0,72		0,00		1,03	
Tend III						
0-120	7,25		15,91		14,43	
120	23,91		27,27		19,59	
150	36,23		34,09		34,02	
180	19,57		15,91		18,56	
210-240	8,70		4,55		9,28	
270-X	4,35		2,26		4,12	
Tend IV						
0-100	7,25		9,09		10,31	
120	9,42		20,45		21,65	
140	21,01		11,36		31,96	
160	23,91		15,91		13,40	

continuare tabelul 6

180	17,39		18.18		18.56		
200-240	20,20		25.00		3.09		
260-X	0,00		0,00		1,03		
Tend V							
0-104	15,94		15,91		8,06		
130	26,09		20,45		16,13		
156	18,84		25,00		37,10		
182	23,91		18,18		22,58		
208	12,32		13,64		12,90		
234	2,17		6,82		3,23		
260-X	0,72		0,00		0,00		
Tend VI							
0-108	76,26		72,73		80,41		
144	14,39		18,18		11,34		
180	5,76		2,27		5,15		
216	2,88		4,55		1,03		
252	0,00		2,27		1,03		
288-X	2,27		0,00		1,03		
Tend VII							
0-104	42,75		29,55		39,18		
156-	36,96		38,64		31,96		
208-	15,94		20,45		16,49		
260-	4,35		9,09		9,28		
312	0,00		2,27		3,09		
Tend VIII							
0-104	97,04		93,33		95,92		
156-	0		4,44		3,06		
208-	0,72		0,00		0,00		
260-	0,72		0,00		0,00		
312	0,00		0,00		0,00		
Tend I	Tend II	Tend III	Tend IV	Tend V	Tend VI	Tend VII	Tend VIII
112	96	150	160	156	72	104	0
98	84	120	160	156	72	156	0
112	96	150	180	156	56	156	0

Tendințele obsesivo-fobice cu psihastenie (II) se plasează în aria normalității în proporție de 85% dintre longilini, 82% pentru mediolini și 7% pentru brevilini.

Peste scorul de 192 ne plasăm în aria de risc major psihonevrotic, în proporție de 11% pentru mediolini, 5% pentru longilini și 6% pentru brevilini.

Tendințele schizoide (III) înregistrează frecvențe crescute pentru categoriile de risc psihopatologic și anume în proporție de aproximativ 32% pentru longilini, 33% pentru brevilini și 23% pentru mediolini, în timp ce aria de normalitate înregistrată se plasează între 31% la brevilini, 43% la mediolini și 34% la longilini.

Tendințele paranoide (IV) ca normalitate se înscriu între 38% pentru brevilingi, 40% pentru mediolini și 64% pentru longilingi. În categoriile limită, brevilingii prezintă cea mai crescută frecvență, 37%, urmați de mediolini cu 33% și longilingi cu 21%.

Tendințele depresive și hipocondriace (V) se înscriu în limitele normalității pentru 24% din longilingi, 36% din mediolini și 42% din brevilingi, în timp ce în categoriile cu risc psihopatologic accentuat, variațiile celor trei tipuri constituționale se repartizează în mod egal, în jurul frecvenței de 39%.

Tendința de impulsivitate (VI) prezintă frecvențe apropiate pentru limitele de normalitate în jurul a 90% din populație, în timp ce variațiile din categoriile de risc sunt nesemnificative.

Tendința de instabilitate psihică (VII) acoperă aria de normalitate între 29.55% la mediolini, 39.18% din longilingi și 42.75% din brevilingi. În categoriile limită, mediolinii se înscriu cu o frecvență de 32%, longilingii cu o frecvență de 29% și brevilingii cu o frecvență de aproximativ 20%.

Tendințele antisociale (VIII) în frecvență majoritară de peste 93% se înscriu în normalitatea psihoneurotică.

Traseele medianelor tendințelor psihoneurotice ale celor trei tipuri constituționale se regăsesc în graficele nr. 2 și 3, în care apar și diferențierile în cadrul seriilor masculină și feminină.

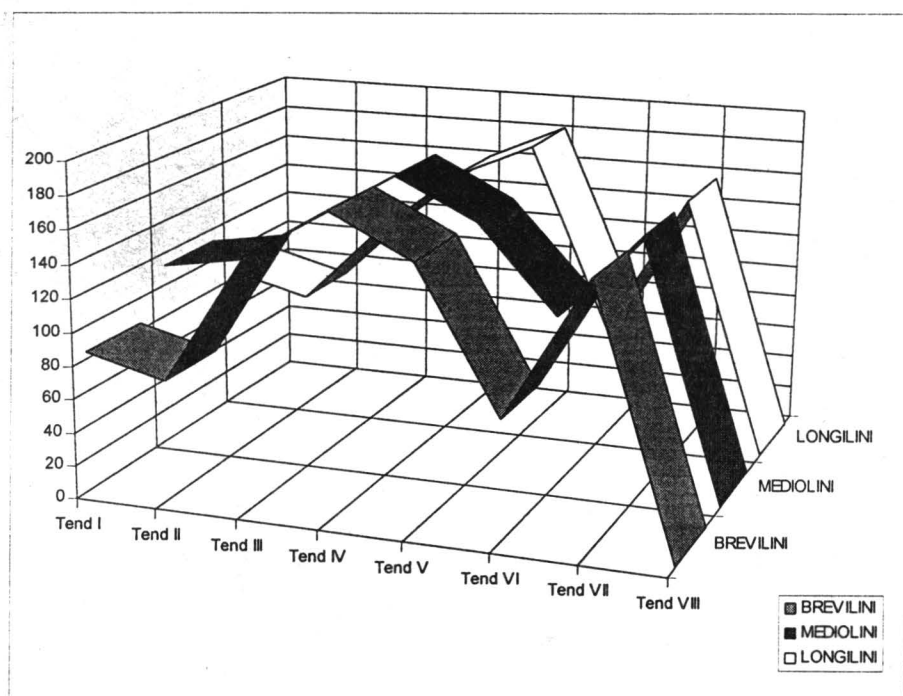


Fig. 2. Medianele tendințelor psihonevrotice pe tipuri constituționale - seria masculină

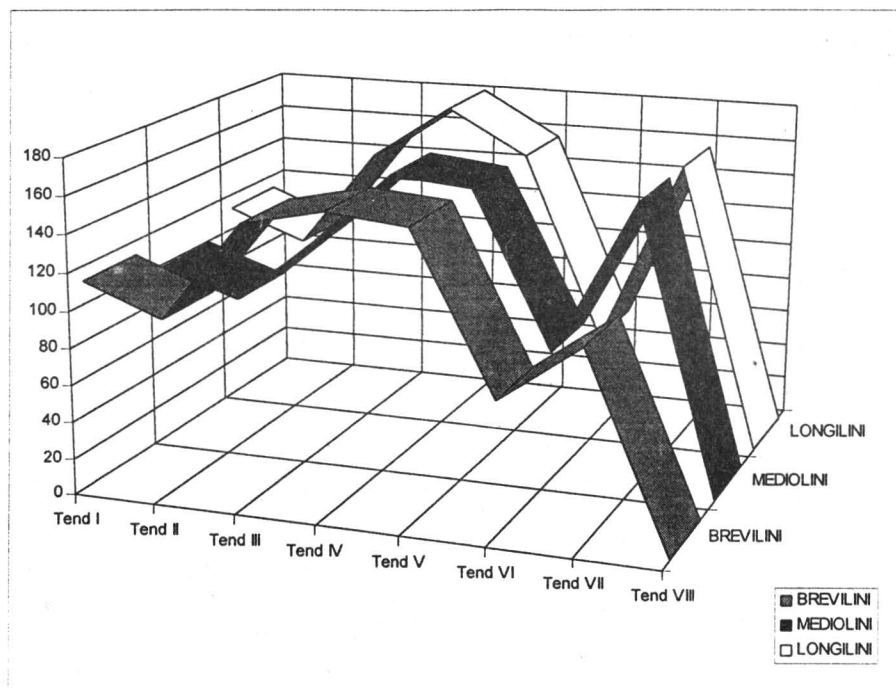


Fig. 3. Medianele tendințelor psihonevrotice pe tipuri constituționale- seria feminină

2.4.3. Analiza indicilor de semnificație a diferențelor prin testul Kruskal-Wallis, Anova, între tendințele psihonevrotice ale seriei feminine și a celei masculine în cadrul aceluiași tip constituțional, pun în evidență următoarele aspecte: pentru constituția brevilină, seria feminină prezintă mediane semnificativ mai crescute pentru emotivitate, obsesii, fobii, psihastenie, impulsivitate și distribuții diferențiate în clase de risc pentru emotivitate și obsesii, fobii și psihastenie.

Instabilitatea psihică la nivel de mediană este semnificativ mai crescută la seria masculină brevilină față de cea feminină brevilină (tabelul nr.7).

Tabelul nr. 7

Indicii Kruskal-Wallis de diferențiere între seriile breviline masculină și feminină

Tendința	H	P	χ^2	P
I-I	11,07	0,05	10,52	0,03
II-II	11,46	0,04	12,5	0,03
III-III	9,20	0,40	4,00	0,61
IV-IV	6,00	0,40	6,60	0,36
V-V	12,00	0,03	7,3	0,40
VI-VI	11,00	0,09	7,10	0,30
VII-VII	13,58	0,05	4,75	0,44
VIII-VIII	2,46	0,48	2,91	0,40

La constituția mediolină, emotivitatea, tendințele obsesivo-fobice cu psihastenii sunt semnificativ mai crescute și cu o distribuție diferită la seria feminină, în timp ce impulsivitatea este semnificativ mai crescută la seria masculină (tabelul nr.8).

Tabelul nr. 8

Indicii Kruskal-Wallis de diferențiere între seriile medioline masculine și feminine

Tendența	H	P	χ^2	P
I-I	9,10	0,05	10,2	0,03
II-II	10,30	0,04	10,00	0,03
III-III	5,53	0,52	7,25	0,22
IV-IV	4,30	0,70	4,50	0,72
V-V	13,40	0,03	2,52	0,86
VI-VI	18,70	0,01	3,90	0,41
VII-VII	2,89	0,90	3,80	0,28
VIII-VIII	1,83	0,39	2,2	0,33

La constituțiile longiline emotivitatea și tendințele obsesivo-fobice cu psihastenii sunt semnificativ mai accentuate la seria feminină față de cea masculină, ceea ce se regăsește și în diferențele semnificative ale distribuțiilor de valori.

Tendințele paranoide sunt semnificativ mai accentuate la seria feminină, în contextul unei diferențe nesemnificative de distribuții (tabelul nr. 9).

Tabelul nr. 9

Indicii Kruskal-Wallis de diferențiere între seriile longiline masculine și feminine

Tendența	H	P	χ^2	P
I-I	14,25	0,05	15,3	0,03
II-II	18,24	0,03	19,00	0,02
III-III	10,00	0,20	11,72	0,13
IV-IV	14,00	0,05	11,15	0,20
V-V	3,8	0,63	4,6	0,50
VI-VI	1,6	0,92	11,35	0,13
VII-VII	1,06	0,95	1,07	0,95
VIII-VIII	1,26	0,53	1,07	0,95

CONCLUZII

În comparație cu cercetările bazate pe fenomenologia manifestărilor clinice ale sindroamelor clinice, există mai puține studii ale simptomelor prodromale în tulburările afective, de aceea, studiile publicate de noi în anul 1994, ca și prezentul studiu, conțin rezultate de referință pentru studiile viitoare. În interpretarea rezultatelor este necesară o precizare în reprezentativitatea grupului cercetat de noi, în condițiile în care nu ne putem raporta la un lot național de comparație.

Noi am publicat în anul 1995 un studiu asupra variabilității tendințelor psihonevrotice pe un număr de 227 studenți din anul I de la Universitatea Politehnică București, Facultatea de Arte Plastice și Facultatea de Stomatologie.

Datorită faptului că apariția simptomelor prodromale poate precede simptomul clinic cu luni sau săptămâni înainte și dacă pacienții și familiile lor sunt educați să recunoască simptomele prodromale caracteristice, recidiva tulburării afective poate fi tratată mai devreme și poate mai eficient.

Jakobson a descris un program pentru detectarea timpurie și controlul episoadelor hipomaniace, bazat pe estimarea simptomelor prodromale.

Cercetarea noastră evidențiază vulnerabilitatea psihonevrotică a lotului de absolvenți de liceu pentru tendințele paranoide, schizoide, depresive și de instabilitate psihică, indiferent de sex sau de constituție și o emotivitate scăzută.

Analizând conținutul psihic al acestor tendințe psihonevrotice accentuate și proporția diferențiată, dar crescută de variante cu risc crescut pentru patologia psihonevrotică, se observă o serie de caracteristici de bază comune din „sfera afectivității:

- detașare emoțională și absența empatiei (tendențele schizoide); absența modulerii emoțiilor, afectivitate redusă (tendențe paranoide); lipsa tonusului afectiv, lipsa fineții discriminative a trăirilor afective (tendențe depresive); deficite de ordin afectiv, trecerea facilă de la o stare emoțională la alta, echilibrul precar al vieții psihice, nelinește pronunțată (tendința de instabilitate psihică);

- în planul socialului, accentuarea acestor tendințe psihonevrotice se traduce prin: capacitate defectuoasă de relaționare socială, neimplicarea în plan social, detașarea față de mediu (schizoidie), lipsa de încredere în oameni și continua suspiciune, nevoia de dominare în relațiile sociale (tendință schizoidă); relaționare interpersonală dificilă, nesiguranță de sine și nevoia scăzută de acțiune (tendință schizoidă), nestatornicie în relațiile interpersonale, conduite imprevizibile, activitate dezordonată, schimbări dese ale modului de viață (tendință de instabilitate psihică).

Este surprinzător ca la populația tânără să constatăm o diminuare a interesului față de lume, cu apatie și reducerea însemnată a fondului vital, care se traduce prin dezinteresare instinctivo-afectivă, sărăcie a sentimentelor, devalorizarea lumii și a oamenilor. Aceste sentimente de depersonalizare pot fi precedate de trăirea insuficienței, a neputinței, a inutilității, a unei „plictiseli existențiale”, care pot evolua după diverse modele și direcții, realizând tabloul unei „dureri morale”, cum ar spune Pamfil și Ogodescu.

Depresia apare ca trăire particulară a curgerii timpului, ca un viitor nesigur și un prezent netrăit plenar.

Fenomenologia eșecului, a neîmplinirii, frustrarea, detașarea emoțională, absența modulațiilor afective, spolierea energiei psihice, echilibrul precar al vieții psihice, relaționarea socială defectuoasă, nevoia scăzută de acțiune, ni se oferă ca cea mai sigură, sensibilă și cuprinzătoare metodă de identificare a suferinței nevrotice.

Pragul scăzut de emotivitate, traduce dezinteresul față de ceilalți, absența satisfacției, generozității față de semenii, pentru că în materie de afectivitate relațiile comprehensive (luminarea spre interior) vin din trăirea directă și poate din reciprocitatea de conștiințe (Pamfil și Ogodescu).

Aceste trăsături psihonevrotice premorbid accentuate pot, și foarte frecvent se întâmplă așa, înveșmânta orice nevroză.

PSYCHONEUROTICAL DISORDERS IN THE "PRECLINICAL" STAGE IN THE YOUNG POPULATION

ABSTRACT

Psychoneurotical disorders in the „preclinical” stage of a disease are identified with the prime signs of its prodromal stage.

The evaluation of those symptoms is very important in medicine, especially in the progressive, dangerous diseases, treatable only in the first stage.

The present research emphasises the psychoneurotical vulnerability of a high school graduates group (candidates at the admission exams at the Bucharest University) for paranoiac, schizoid, depressive and psychical instability tendencies, that are aggravated and placed into a zone of psychopatological risk.

Socially there were observed deficiencies in establishing social relations, unpredictable behaviours, all of them against a „limited emotivity texture” and a lack of empathy.

It is surprising that in the young population appears a decrease of the interest for life, a significant of decrease the vital background.

BIBLIOGRAFIE

1. JANIS H. PERKINS and MARVIN KARNO, *The Meaning of Expressed Emotion*, Am. J., Psychiatry, 149, 1, 1992.
2. SHIRLEY FISHER, *The causes and control of anxiety*, British Journal, 44, 1990.
3. GIOVANNI, A. FAVA and ROBERT KELLNER, *Prodromal Symptoms in Affective Disorders*, Am. J. Psychiatry, 148, 7, 1991.
4. HECTOR C. SABELLI and LIHNEA CARLSON-SABELLI, *Biological Priority and Psychological Supremacy*, Am. J. Psychiatry, 149, 12, 1989.
5. LAWRENCE HARTMANN, *Reflections on Humane values and biopsychological integration*, Am. J. Psychiatry, 149, 9, 1992.
6. MIRCEA LĂZĂRESCU, *Psihopatologie*, Edit. Helicon, Timișoara, 1993.
7. PAMFIL, D. OGODESCU, *Nevrozele*, Edit. Facla, 1976.
8. IOAN BRADU IAMANDESCU, *Stresul psihic în bolile interne*, Ed. ALL, București, 1993.
9. ELENA RADU și colab. *Tendințele psihonevrotice în unele afecțiuni psihosomatice*, St. cerc. antropol, 1994, 31.
10. ELENA RADU et collab. *Neuropsychic Disorders from an Anthropological Perspective (I)*, Ann rom. antropol. 1992, 29.
11. ELENA RADU et collab. *Psychosomatic Disorders from an Anthropological Perspective (II)*, Ann rom. antropol. 1993, 30.
12. ELENA RADU et collab. *From Normal to Pathological in the Perspective of the Populational Anthropology*, Ann rom. antropol. 1994, 31.

Primit în redacție
la 15 mai 1996

Centrul de Cercetări Antropologice
„Fr. Rainer”, București

INTERDEPENDENȚE ÎNTRE TIPURILE BIOELECTRICE ELECTROGRAFICE (EG) ȘI TENDINȚE DE REACTIVITATE LA BOLI

CORNELIA GUJA, RĂZVAN PETCU, DIANA DAROCZI, ELENA ILIESCU, ADRIANA NICA

Evidențierea tipurilor bioelectrice electrografice (1) ne-a sugerat ipoteza rolului adaptativ al sferei de interacție umană (aura) la mediul electric terestru. Aceasta ar putea fi o cauză și un efect al nudizării corpului omenesc. Prin reducerea cantitativă și restrângerea zonelor cu păr abundent la un strict necesar (capilar, facial la bărbați, pubian și axilar), pielea a devenit un organ de tip interfață, polifuncțional. Ea a dobândit calități cu rol deosebit în homeostazia bioelectrică a organismului și totodată a devenit o antenă receptor emițătoare complexă, hiperreceptivă. Tegumentele umede, cu solzi, pene sau blană asigură viețuitoarelor care le au caracteristici adaptative specializate și restrictive.

În numărul anterior al revistei (2) am propus un model teoretic pentru individul uman, considerându-l un fenomen fundamental în evoluția universului. În consecință acesta este alcătuit după un model-arhetip și un principiu similar cu cel al elementelor atomice din care este alcătuită substanța universului nostru, model care este regăsit și în structurile planetelor și a sistemului solar, model preluat și în materia vie prin celula biologică. Toate acestea au un nucleu central învăluit în pături concentrice între care s-au format zone de interfață caracteristice. O astfel de interfață este și tegumentul uman pentru care palmele și plantele reprezintă „bioterminale” (btp) complexe specilizate între corp și mediul extern.

Cu ajutorul explorărilor electrografice ale btp am demonstrat că ființa umană nu se limitează numai la corpul fizic, biologic studiat anatomo-funcțional. Acesta își face simțită existența (viața cu trăirile ei) dincolo de limitele fizice ale corpului, adică ale pielii, în spațiul înconjurător.

De fapt în jurul său se află „ceva” care rezultă din interferența câmpurilor proprii cu cele ale corpurilor înconjurătoare asemeni atmosferei terestre. Această atmosferă - aură se modifică în timp, fluctuează o dată cu starea de sănătate sau boală sau alte stări ale organismului.

MATERIAL ȘI METODE DE LUCRU

Analiza asistată de calculator a electrografiilor unui număr de peste 300 de indivizi sănătoși, bolnavi și un lot cu antrenament psihosomatic sanogen a confirmat rezultatele anterioare privind prezența a patru tipuri bioelectrice electrografice (3).

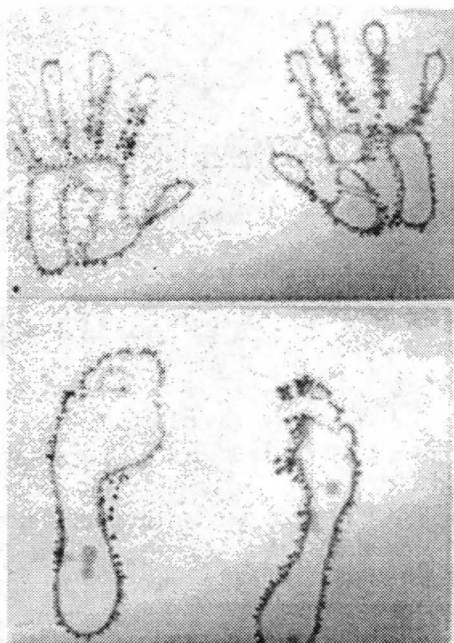
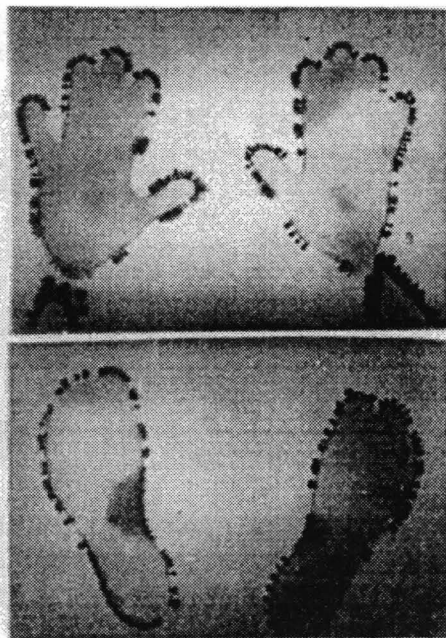


Fig. 1(a, b). – Tipuri bioelectrice prezente cu frecvență dominantă;
a) la copii, tineri, adulți, sănătoși – tipul hidric (H, 2);
b) la vârstnici sănătoși – tipul semiconductor (S, 1).

a

b

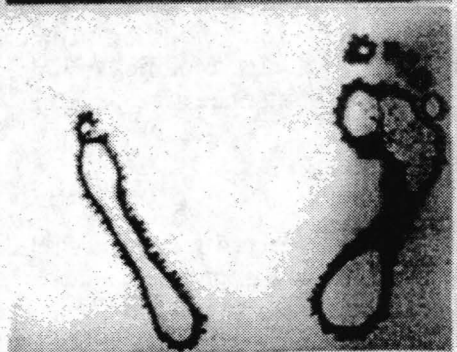


Fig. 2(a, b). – Tipuri bioelectrice prezente cu frecvență ridicată;
a) la bolnavi în stări de boală incipientă, în acut – tipul dielectric (D, O).
b) la bolnavi cu stări de boală cronică, degenerativ – tipul mineral (M, 3).

Comparând aceste rezultate cu cazuistica din electronoteca noastră (inițiată încă din 1975), am constatat prezența cu frecvență mai mare a unor tipuri: pe de o parte, față de sensul de evoluție ontogenetic de la tipul juvenil (fig. 1a) la cel senescent (fig. 1b); pe de altă parte, în cazuistica medicală, varianta de boală în acut (dureroasă, reactivă) (fig. 2a) față de varianta cronicizată, a adultului și vârstnicului, mai puțin reactivă, chiar areactivă (letală) (fig. 2b).

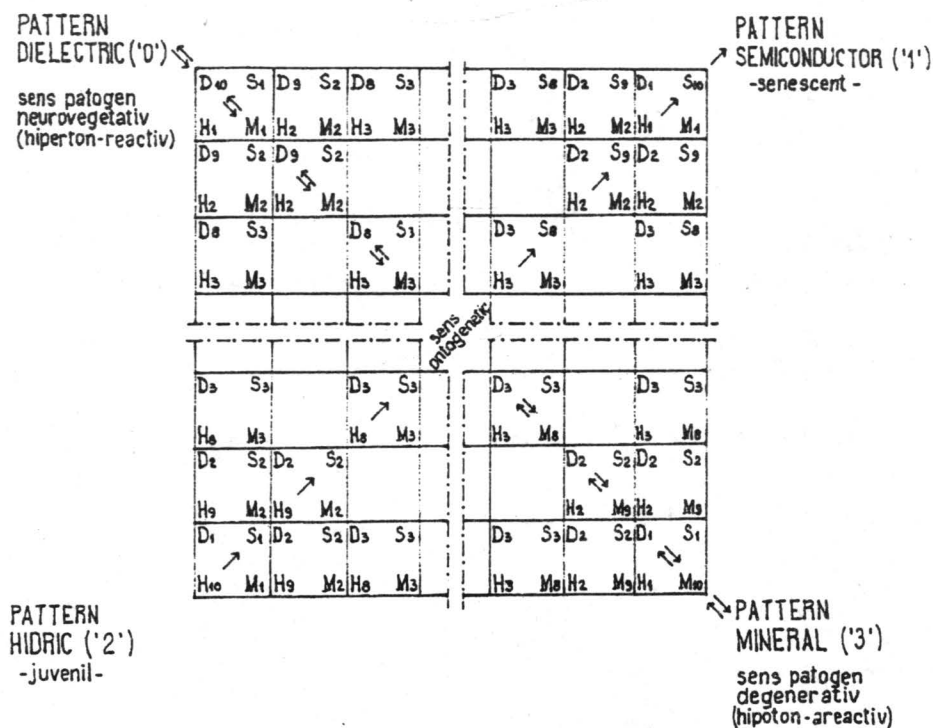


Fig. 3 – Variabilitatea potențialului electrogen în ontogeneză.

Am ordonat imaginile electrografice din cazuistica celor trei categorii de subiecți (sănătoși, bolnavi, antrenați) într-un tablou (matrice) (fig. 3), situând în colțuri variantele tipice bioelectrice (patternuri) astfel: stânga-jos *tipul hidric* (H, „2”), juvenil, prezent la copii sănătoși; dreapta-sus *tipul semiconductor* (S, „1”) prezent frecvent la vârsta a treia; stânga-sus, cazurile de criză iminente, *tipul dielectric* (D, „0”) (aproape cu absența totală a strimerilor); tipuri bioelectrice și reactivitatea la boli dreapta-jos *tipul mineral* (M, „3”) frecvent întâlnit în cazurile grave, cronicizate (paralizii, neoplasme în ultima fază). Celelalte rubrici ale tabloului au fost ocupate cu variante intermediare la care prezența calităților hidric, dielectric, semiconductor și mineral se găsesc în proporții diferite.

Pentru a verifica o concluzie foarte semnificativă, care s-a desprins din acest aranjament, am executat un experiment fizic de laborator, din care prezentăm în

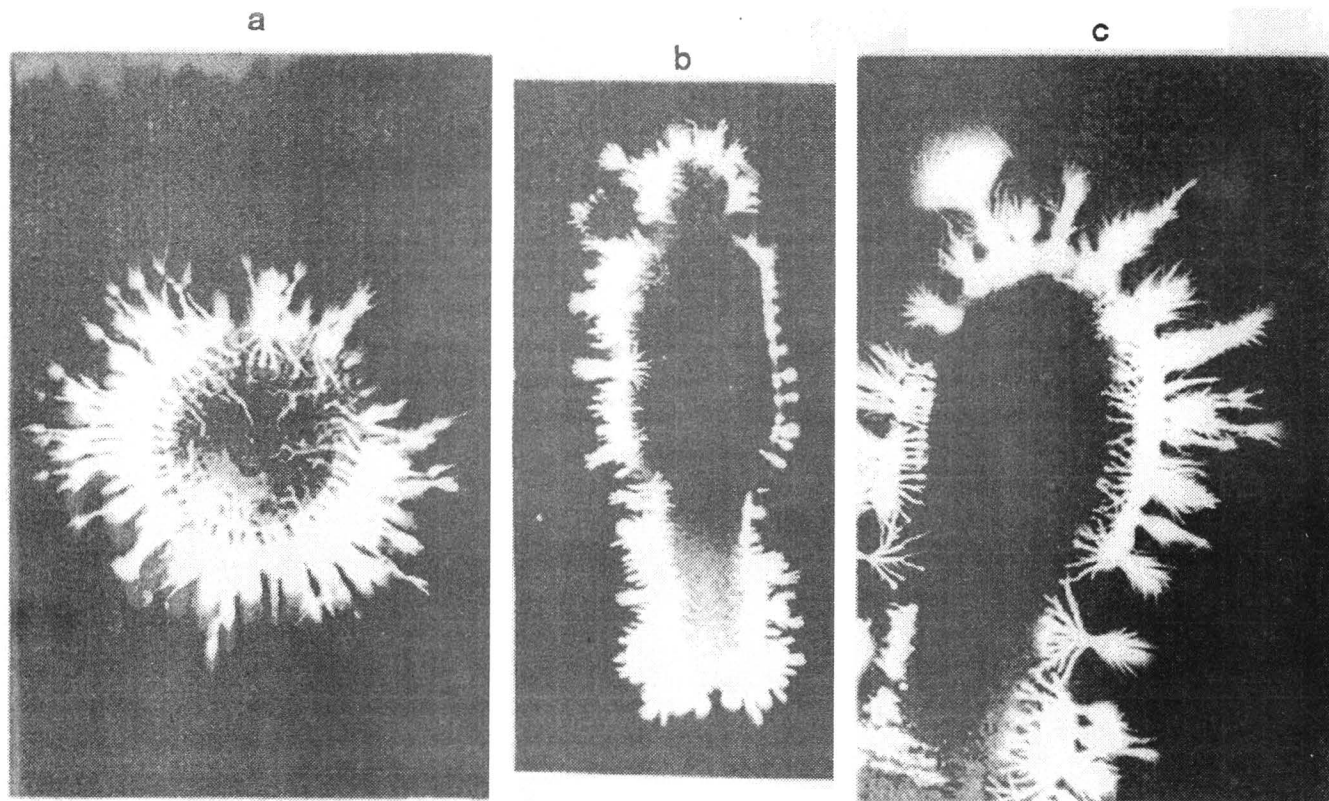


Fig. 4(a, b, c) – a) electrografia unei picături de apă de robinet; b) electrografia unei structuri poroase îmbibate cu apă de robinet; c) electrografia unui deget.

figura 4 a, b, c, electrografiile unor picături de apă (fig. 4a), ale unor structuri poroase îmbibate în apă, cu contur uman (fig. 4b) și imaginea unui deget (fig. 4c). Asemănarea semnalelor electrografice indică importanța apei din organism în fenomenele de adaptabilitate și reactivitate a viului la mediul electric terestru (4,5).

REZULTATE

Din studiul electrografic al proiecțiilor holografice palmare și plantare (3), urmărind transformările care au loc în cursul ontogenezei, rezultă că:

- *aura copilului* conține relativ puține informații electrografice;
- *aura adultului* aduce din ce în ce mai multe detalii în electrografie;
- *aura vârstnicului*, foarte bogată în luminiscente distribuite în mod caracteristic, demonstrează că în cursul vieții ea se structurează, se complexifică și devine o amprentă spațială individuală ce reține într-o memorie externă evenimentele trăite.

Sudorația palmo-plantară este un marker fidel pentru echilibrul hidroelectrolitic care asigură homeostazia bioelectrică a organismului. Electrografia pune în evidență tocmai diferitele modalități adaptative, așa cum rezultă și din tabelul nr.1.

Tabelul nr. 1

Distribuția frecvențelor relative ale tipurilor bioelectrice EG în loturile studiate

LOTURI TIP BIOELEC. EnG	BOLNAVI N = 227	ANTRENAȚI N = 50	SĂNĂTOȘI N = 48
DIELECTRIC (D, 2)	32	6	23
SEMICONDUCTOR (S, 1)	10	7	10
MINERAL (M, 3)	20	6	10
HIDRIC (H, 2)	38	81	56

Se constată că la eșantionul de oameni sănătoși domină tipul hidric în procent de 56%, la bolnavi procentul ridicat al tipului dielectric reflectă starea acută a bolnavului care se prezintă la spitalul de urgență, unde s-au prelevat aceste imagini, iar lotul de antrenați psihosomatici evidențiază un procent de 81% a tipului hidric, aparținând patternului hidric, sanogen (fig. 2).

Pe baza rezultatelor investigațiilor EG analizate, precum și a experimentărilor de laborator efectuate modelul pentru ființa umană propus (2) poate fi concretizat ca în figura 4. În acest model organul piele se comportă ca o interfață între corp și aură.

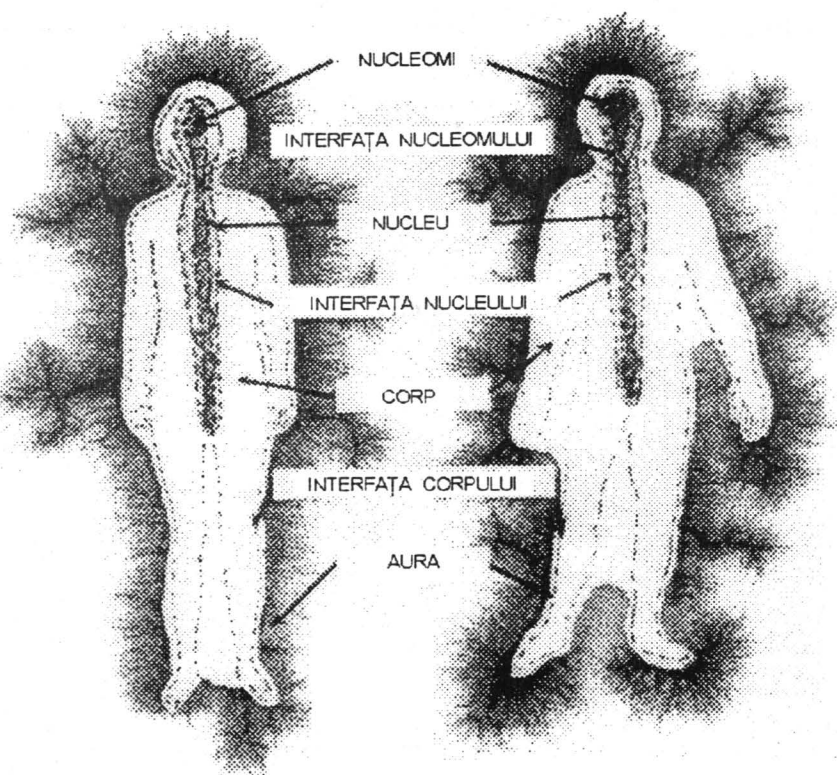


Fig. 4 – Model teoretic pentru ființa umană care cuprinde cuplul femeie-bărbat.
Distingem nucleul din zona axului cerebro-spinal

CONCLUZII

În evoluția ontogenetică, datorită scăderii conținutului de apă din țesuturi, cu vârsta, frecvența mare a tipului hidric, la copii, scade treptat (de la colțul stânga-jos spre dreapta-sus) indicând o „săgeată a variabilității ontogenetice” (fig. 3) evidențiable electrografic. În cursul vieții calitățile bioelectrice se distribuie în jurul acestei direcții. În cazurile de boală se constată o abatere spre extremele stânga-sus, în fazele de instalare a bolii și de apărare maximă a organismului, abaterea spre dreapta-jos se regăsește la stadiul avansat de îmbolnăviri, când organismul nu mai poate reacționa.

Caracteristicile individuale pot fi recunoscute în imaginile prelevate chiar la intervale mari de timp (ex. 10 ani).

Degradarea și epuizarea corpului fizic vine în tot mai mare contradicție cu îmbogățirea informației în aură. În stările de boală apar schimbări caracteristice care sunt reversibile (evidențiabile EG) lăsând însă unele amprente.

MUTUAL CONNECTIONS BETWEEN BIOELECTRICAL ENG TYPES AND CERTAIN REACTIVITY TENDENCIES TO DISEASES

SUMMARY

Accumulation of scientific and empirical information of the human being, due to the whole present knowledge, strongly demands, at the end of the 20th century, a *model for the human individual*, thus reminding of the fervent search for an atom model at the end of the 19th century.

Electronographic (EnG) method offers a way of testing the organisms characteristic at the level of their bodily surface, in their dynamic.

EnG response, assessed by the image obtained on a photosensitive film, displays an architecture of storeys, layers, levels proper to the electromagnetic interaction existing between organism and environments. It is measured at the level of the pluridifferentiated *interface* represented by the human skin (mainly palmar and plantar). Electronography enables the analysis of the state of the bodily surfaces which mediates their existence with the environment through eight standardised signals for each polarity of the impulse (anodic and cathodic). The large anthropological categories consider three types of fundamental responses which assess the density of discharges. These categories result from the analysis of the eight standard signals (electromagnetic code), using the *symmetry*, *complementarity*, *polarity* and *homogeneity* criteria lying at the basis of the structuring and organising principle of the human individual.

Dynamic analysis of the electronographic responses emphasises two major trends in the behaviour of the *proximal external environment, proper to the organisms of the individuals*:

- a homogenous, complementary, symmetrical, polarised trend defining on *integrom* (beneficial state of organism's health);
- a nonhomogenous, noncomplementary trend, disharmonious in symmetry and polarization, defining an *affectom* (picture of the state of disease).

On the basis of these criteria, the fundamental health/disease states can be modelled in anthropology.

Highly important is the tegumentary cover, man's skin (considered as a zero-order interface), which plays an essential role in the complex mediation of the organism with its own external fields and those of the environment. A special significance is given in this model to the concept of *information*, considered by us as a third form of fundamental existence, beside *substance* and *energetic field*. Through these elements, the human phenomenon can be characterised as a predominantly *informational manifestation*.

BIBLIOGRAFIE

1. GUJA CORNELIA, ONDINA POPESCU, *Bioelectrical Types in Man*, Internat. Conf. Somatotypes of Children, Tartu, Estonia, 1993, 17-20.

2. GUJA CORNELIA, R. PETCU, V. GUJA, *Încercare de modelare antropologică a individului uman*, St. și cerc. antropol., t. 32, 1995, p. 83-91.
3. ROȘIANU ADRIANA, CORNELIA GUJA, *Diagnosticul electronografic EnG.*, Infomedica, nr. 2, 1996, p. 24-28.
4. PIEPTEA R., *Apa factor biologic esențial pe Terra*, Edit. Euro-Holding, 1991 p.324.
5. POPESCU AUREL, *Fundamentele biofizicii medicale*, vol. 1, Edit. All, București, 1994, p. 16-70.

Primit la redacție
la 15 mai 1996

Centrul de cercetări antropologice
„Fr. Rainer”, București

FRECVENȚA TAURODONȚIEI ÎN DENTIȚIA PERMANENTĂ A OMULUI ACTUAL

ANDREI KOZMA *; CRISTIANA GLAVCE **

INTRODUCERE

Omul de Neanderthal a dominat în Europa din Spania în Caucaz și în Balcani o lungă perioadă de timp (230 000-30 000 îH) cu o explozie tehnologico-culturală acum circa 40 000 ani. Acum 10 000 ani neanderthalienii și cultura lor dispar ori sunt absorbiți de *Homo sapiens sapiens*. Supraviețuirea în populația actuală a unor caractere specifice omului de Neanderthal rămâne încă o problemă mult discutată de oamenii de știință sub aspectul eliminării complete sau a asimilării și supraviețuirii acestuia în zestrea genetică a *H. sapiens sapiens*.

O parte din caracterele specifice omului de Neanderthal sunt întâlnite în aparatul dento-maxilar al omului actual, precum: erupția celui de-al doilea molar permanent înaintea caninilor și a premolarilor, ocluzia cap la cap (ad-palatum) specific pentru 10% din indivizi (3), incisivii în formă de lopată, cuspizi supranumerari (tuberculi Bolk, Carabelli) etc.

Unul dintre caracterele atavice întâlnite în dentiția permanentă a populației actuale este și taurodonția. Specific omului de Neanderthal, acest atavism a persistat în zilele noastre și se caracterizează prin rămânerea deschisă a canalului radicular la diverși dinți ai dentiției permanente a omului matur, mult peste încheierea ciclului eruptiv al dintelui respectiv.

Anomalia, doar un vestigiu filogenetic din punct de vedere antropologic, din punct de vedere medical ridică probleme în cadrul tratamentului stomatologic endodontal. Autorii au considerat interesant atât cunoașterea frecvenței acestui caracter atavic în cadrul populației actuale, precum și formele lui de manifestare – de la variații minime de lărgime ale canalului radicular, mai mari totuși decât normalul (hipotaurodonție), până la forma deschisă spre apex a acestuia (taurodonția propriu-zisă).

* – Institutul Ocrotirea Mamei și Copilului „Alfred Rusescu” – București.

** – Centrul de Cercetări Antropologice, Academia Română.

MATERIAL ȘI METODĂ

Studiul a fost efectuat pe baza interpretării ortopantomografiilor și radiografiilor endobucale, retroalveolare izometrice și ortoradiale, a unui număr de 486 pacienți de ambele sexe din practica a cinci medici stomatologi bucureșteni * în decursul a patru ani .

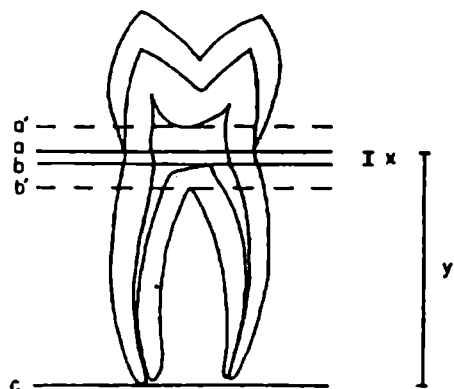


Fig.1. Repere utilizate pentru măsurători.

Măsurarea înălțimii camerei pulpare s-a efectuat la nivelul liniilor :

- linia a (punctele meziale și distale ale joncțiunii smalț-ciment);
- linia a' (referitoare la pct. cel mai adânc al tavanului camerei pulpare);
- linia b (referitoare la punctul cel mai înalt al podelei camerei pulpare);
- linia b' (referitoare la bifurcația radiculară);
- linia c (ref. la apexul rădăcinii celei mai lungi) ;

toate aceste linii fiind trasate paralel cu linia a . (fig.1.)

Cu ajutorul acestor măsurători a fost determinată înălțimea relativă a pulpei dentare ca fiind :

$$X / Y * 100 = \text{înălțime pulpară relativă (ipr) ,}$$

X = distanța dintre a și b
Y = distanța dintre a și c

Pentru studierea distribuției rezultatelor individuale a fost utilizată o scară procentuală .

Deoarece măsurătorile pe molarii superiori din cauza celor trei rădăcini ce se suprapun nu pot fi efectuate în mod riguros, autorii și-au limitat studiul doar la molarii inferiori .

De asemenea au fost omiși și dinții care au suferit tratamente endodontale, deoarece nu se poate garanta integritatea dimensională a camerei pulpare și/sau a canalului radicular .

Pentru examinările ulterioare au fost selectate aleator un molar per individ .

Datorită schimbării lățimii camerei pulpare cauzate de vârstă, indivizii au fost împărțiți în patru grupe de vârstă :

- grupa 1 - până în 21 de ani - 108 subiecți (22.3%)
- grupa 2 - între 21 și 30 ani - 220 subiecți (45.3%)

* Aducem mulțumiri pe această cale medicilor stomatologi care au avut amabilitatea de a pune la dispoziție o parte din materialul de studiu și anume: - C.Bolba-Boeriu cercetător științific IOMC București; Sv.Apostolescu - cercetător șt. principal gr.III IOMC București; V.Nistor - medic primar Facultatea de Stomatologie București, Clinica de Stomatologie infantilă; B.Dimitriu - asistent universitar Clinica de Terapie a Facultății de Stomatologie București.

- grupa 3 - între 31 și 40 ani - 101 subiecți (20.7%) și
- grupa 4 - între 41 și 50 ani - 57 subiecți (11.7%) .

Atât testele statistice, asupra diferențelor valorilor medii a lărgimii canalului radicular – privind sexul și locul de manifestare a atavismului – cât și comparația grupelor de vârstă diferite au fost făcute cu testul-Chi la nivelul probabilistic de 1%.

Curba distribuției înălțimii relative a pulpei dentare a fost testat pentru non-normalitate după Sachs, David și colab.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Au fost evidențiate câteva repere utilizabile pentru aprecierea dimensională a taurodonției (fig.1.), dar care nu au fost aplicate în prezentul studiu. Astfel:

- linia a' folosită de Keene(5) și de Shifman și Chanannel(8), poate fi deformată de procesele carioase preexistente;

- linia b' folosită de Shaw, Stenvik și colab.(9), precum și de Jaspers și Witkop(6) poate conduce la serioase inadvertențe datorită, pe de o parte mediei înălțimii pulpare eronate cauzată de fuziunea radiculară variabilă, sau datorită depunerii secundare de cement de-alungul rădăcinilor abia (fin) distanțate, pe de altă parte.

Folosirea acestor măsurători nu a fost privită ca optimală.

În ciuda dimensiunii reduse a distanței x, folosite de Brinkmann și Scheil(1), autorii prezentului studiu au considerat a fi compusă din cele mai potrivite (stabile) repere pentru măsurători.

De remarcat că și aceste dimensiuni sunt influențate de vârstă, datorită depunerilor de dentină secundară acumulate pe podeaua camerei pulpare.

Prin compararea mediei înălțimilor pulpare relative s-a evidențiat, în cadrul grupelor de vârstă, lărgirea continuă a camerei pulpare de la molarul 1 la molarul 3.

Studiul mediei mărimii camerei pulpare arată o descreștere determinată de vârstă (fig.2). Cea mai mică mărime relativă a camerei pulpare a celui de-al treilea molar al primei grupe de vârstă s-a considerat a fi determinată de erupția și/sau dezvoltarea neterminată a rădăcinilor acestuia.

Nu există diferențe semnificative între sexe privind înălțimea camerei pulpare al primului și al celui de-al doilea molar în cadrul grupelor 1- 4 de vârstă, precum și la molarul trei al grupeii 2 de vârstă. Testele de semnificație nu sunt posibile în cadrul grupelor de vârstă pentru molarul 3, datorită numărului mic de cazuri.

GRUPA VÂRSTA	MOLARUL 1		MOLARUL 2		MOLARUL 3	
	med	nr. d.	med	nr. d.	med.	nr. d.
gr. 1.	10,2	118	11,6	84	12,8	14
gr. 2.	6,3	142	9,8	183	14,1	116
gr. 3.	6,1	56	8,5	88	13,2	49
gr. 4.	4,8	37	8,3	53	11,2	25

med = mediana

nr.d. = număr dinți studiați

Fig. 2. Tabel cu medianele înălțimii relative a camerei pulpare la grupele 1- 4 de vârstă . (un molar/ individ).

Diferențe între hemiarcada stânga și cea dreaptă nu s-au evidențiat.

Graficele înălțimii relative a camerei pulpare arată clar o deviație statistic semnificativă de la distribuția normală. Aspectul obținut pare un model de distribuție multimodal; atât la molarul trei al grupelor 1 (fig.3.) și 2, cât și la toți molarii grupelor 3 și 4 de vârstă, se observă un mod de distribuție mai puțin uniform, datorată în special numărului mic de cazuri.

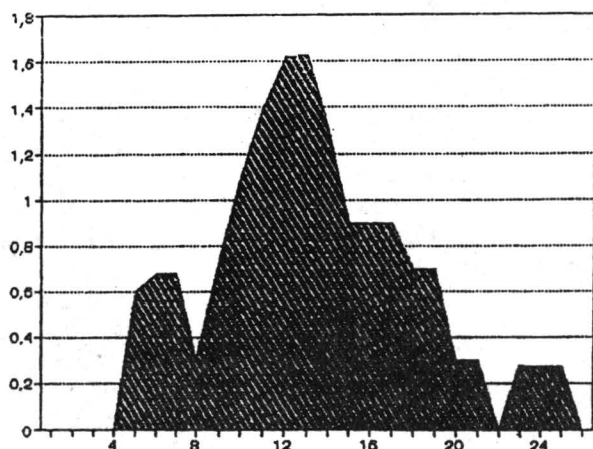


Fig.3. Curba distribuției înălțimii relative a camerei pulpare a molarului 3 al primei grupe de vârstă (linia verticală = mediana).

Dinții taurodontici par a fi mai mult un punct terminus al curbei de variație dimensională a camerei pulpare radiculare decât un fenomen anormal. Nu există o linie de demarcație clară între molarii normali, dar cu o lărgime a canalului radicular mai mare (hipotaurodontici) și molarii taurodontici propriu-ziși.

Cu aceste definiții dinții considerații hipotaurodontici (după Shaw) pot fi clasificați ca taurodontici.

Noi am găsit frecvența taurodontismului ca 1,45% din totalul molarilor examinați (1238 molari), cu o frecvență mai crescută la M2 decât la M1 și M3 (fig.4.).

GRUPA VÂRSTA	MOLARUL 1.		MOLARUL 2.		MOLARUL 3.		TOTAL	
	d.t.	molari	d.t.	molari	d.t.	molari	d.t.	molari
1	1	164	2	128	0	19	3	311
2	3	173	5	246	1	136	9	555
3	1	65	2	113	0	55	3	233
4	0	44	3	67	0	28	3	139
TOTAL	5	446	12	554	1	238	18	1238
%	1,1211		2,1661		4,202		1,454	

Fig.4. Distribuția taurodontismului la 1238 molari (d.t.=dinți taurodontici).

Referitor la numărul total de indivizi, cei ce prezintă taurodonție apar cu o frecvență de 3.6 % din totalul de indivizi luați în studiu. Compararea rezultatelor noastre cu ale celor aflate din alte publicații (1) ne arată că noi ne situăm între populațiile cu o prevalență medie a taurodontismului (fig.5.,6., 7.)

POPULAȚIA STUDIATĂ	METOD STUDIU	FRECVENȚA %		AUTORII STUDIULUI
		molari	Indivizi	
1 Africa de sud	s		6,8	Shaw, 1928
2 Anglia	m	4,1	7,3	Holt, Brook, 1979
3 Arabia Saudita	s/m	43,2	11,3	Ruprecht et all., 1987
4 Germania	m	0,94	2,39	Brinkmann, Scheil, 1993
5 Israel	m	1,5	5,6	Scifman, Chanannel, 1978
6 Romania	m	1,45	3,6	Kozma, Glavce, 1995
7 Senegal	s	2,29	6,2	Moreau et all., 1985
8 SUA (albi)	m		3,2	Keene, 1966
9 SUA (albi+negrii)	s/m		1,68	Blumberg et all., 1971
10 SUA	s		2	Jaspers, Witkop, 1980

Fig.5. Frecvența taurodontismului la diverse populații. (m = clasificare prin măsurătoare; s = clasific. clinică subiectivă).

La aproape toate studiile ce definesc taurodontismul după criterii subiective se poate observa că acestea au o frecvență mai înaltă a taurodontismului decât cele definite pe bază de măsurătoare. Nu poate fi judecată la ce grad, aceste frecvențe înalte reflectă diferențele reale dintre populații sau mai degrabă sunt numai datorate subiectivismului clasificării.

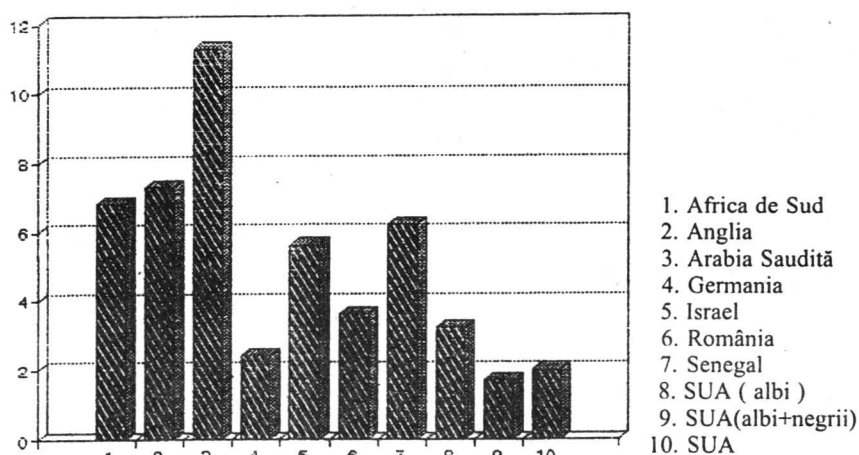


Fig.6. Frecvența taurodontismului la indivizii diverselor populații.

În literatură taurodontismul este tratat ca o trăsătură poligenică, autosomal recesivă sau autosomal dominantă cu variate grade de expresivitate și penetranță. Holt și Brook(4) presupun o etiologie multifactorială. Modul de manifestare a zestreii ereditare momentan nu este clar.

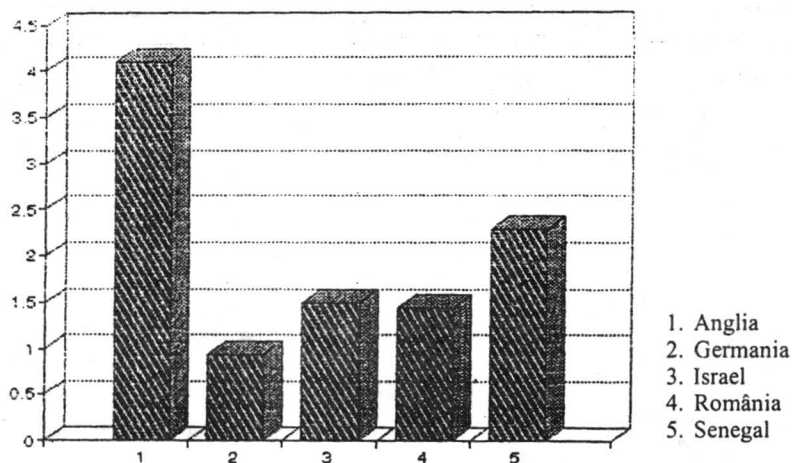


Fig.7. Frecvența taurodontismului la nivelul molarilor la diferite populații.

Volumul mare de variație a înălțimii camerei pulpare, nonnormalitatea și modalitatea multiplă de manifestare a mărimii camerei pulpare, tranziția lentă spre taurodontism, precum și modul neclar al transmiterii ereditare necesită un studiu intrafamiliar sau gemelar a camerei pulpare, aducându-se pe această cale un plus de informație.

CONCLUZII

În urma studiului nostru asupra frecvenței taurodonției, în populația studiată de noi am constatat următoarele:

1. Comparând mediana înălțimilor pulpare relative, este evidentă continua lărgire, în cadrul grupelor de vârstă, a camerei pulpare de la M1 la M3.
2. Camera pulpară descrește volumetric o dată cu vârsta.
3. Nu există diferențe semnificative între sexe privind înălțimea camerei pulpare, nici diferențe evidențiabile dreapta - stânga.
4. Cea mai mică mărime relativă a camerei pulpare este cea a molarului de minte, dar s-a considerat a fi determinată de erupția neterminată a acestuia.
5. Frecvența taurodonției la dentiția permanentă este de 3,6 % din numărul de indivizi luați în studiu, noi situându-ne astfel între populațiile cu o prevalență medie a taurodontismului.

RÉSUMÉ

L'un des caractères ataviques des populations actuelles est la taurodontie. Cette anomalie, du point de vue anthropologique est seulement un vestige phylogénétique, mais elle pose des problèmes médicaux pour le traitement stomatologique endodontal.

Les auteurs ont considéré importante la connaissance des fréquences d'apparition de ce caractère dans la population roumaine, mais aussi de ses formes, de la hypotaurodontie jusqu'à la taurodontie proprement dite.

Cette étude est basée sur l'interprétation des ortoparadontographies et radiographies endobucales, retroalvéolaires isomériques et ortoradiales concernant 486 sujets adultes, de deux sexes. Les conclusions sont les suivantes:

– la taurodontie est présente en proportion de 3,6% dans la population étudiée, cette fréquence se situant entre les populations avec une prévalence moyenne de ce caractère;

– nous avons noté une tendance d'élargissement de la chambre pulpaire de la molaire 1 jusqu'à la molaire 3, mais la dimension diminue avec l'âge;

– nous n'avons observé aucune différence sexuelle ou des asymétries latérales (droite/gauche) pour la taurodontie.

BIBLIOGRAFIE

1. BRINKMANN D., SCHEIL G., *Investigations on the variability of the tooth pulp dimensions and on the frequency of taurodontism*, Tooth Pulp Height, Coll. antropol., (1993), 17, 2, 345-350.
2. FIRU P., *Stomatologie infantilă*, Edit. Did. și Ped., București, 1993.
3. SACHS L., *Statische Auswertungsmethoden*, Springer Verl., Berlin, Heidelberg, New York, 2nd ed, 1969.
4. PILZ, „E.W., *Praxis der Zahnerhaltung und oralen Prävention*, Jauser Veel., München, 1985.
5. HOFMANN, K.H., *Morphologische variationen und Anomalien im Bereich der ersten und zweiten Molaren bei 1400 Kieferorthopadischen Patienten unter besonderer Berücksichtigung des Taurodontismus und Pyramidalismus*, Thesis, Free University of Berlin, 1985.

Primit în redacție
la 15 mai 1996

Centrul de Cercetări Antropologice
„F. Rainer”, București

ANTROPOLOGIA CULTURAL-LINGVISTICĂ APLICATĂ. ASPECTE INEDITE ALE COMUNICĂRII MEDIC-PACIENT (I)

IOAN OPRESCU

INTRODUCERE

Această lucrare este rezultatul unor cercetări concrete desfășurate pe parcursul a mai mulți ani în care s-a urmărit nu numai întâlnirea propriu-zisă între medic și pacient, ci și factori și situații care intervin și influențează contactul comunicant dintre bolnav și doctor. De asemenea în spiritul preocupărilor largi ale Antropologiei cultural-lingvistice aplicate sunt studiate aspecte inedite ale temei abordate: medicul de vapor, sala de așteptare, logoterapia.

Definiția sănătății dată de OMS „o completă bunăstare fizică, mintală și socială, care nu constă numai în absența bolii sau infirmității” întregită printr-o definiție a bolii care cuprinde și o categorie antropologică fundamentală: cultura, „dezadaptare biologică și culturală”, este o inițiere potrivită lucrării noastre. Mai trebuie adăugat că stilul de a trăi, ortobioza, este în contextul vieții moderne crucială pentru sănătatea vieții insului. Medicul trebuie să-i învețe pe ceilalți adaptarea și readaptarea continuă prin comunicare.

Medicul este interesat de omul total. Sarcina lui este să recepteze și să decodifice apoi să interpreteze prin toate Mijloacele de Comunicare (MDC) semnele lingvistice și kinetice, emise de pacient: simptome, semne fizice, disfuncții. Este atent la ce spune, dar și la ceea ce nu vrea să spună sau nu poate ori nu știe să spună bolnavul. El trebuie să stabilească și să țină seama de atitudinile mentale ale pacienților și să descopere problema personală a bolnavului. Doctorul trebuie să se apere de influența pe care ar exercita-o asupra sa sentimentele persoanei examinate.

Pe baza comunicării și a înregistrării simptomelor medicul postulează diagnostice și elaborează tratamente pentru a restabili echilibrul organismului și a preveni alte tulburări.

În practica medicală modernă medicul nu e singur. Pacientul interferează cu numeroase alte cadre medico-sanitare. Până la medic el trece printr-o filieră administrativă destul de complicată care începe cu persoana de la fișier, continuă cu sora, asistenta și în sfârșit cu medicul. Cu alte cuvinte, în procesul de comunicare se află de o parte bolnavul singur (de aceea adesea unii bolnavi se duc însoțiți la spitale și policlinici), iar de cealaltă parte, o lume întreagă: lumea medicilor și a ajutoarelor lor. Medicul și pacientul nu numai că fac parte din categorii distincte, sănătos-bolnav, dar sunt uneori chiar opuse, aflate oricum, nu totdeauna în colaborare.

Medicul trebuie să culeagă datele necesare pentru diagnostic din semnele obiective pe care le prezintă pacientul, adică cele ce se pot auzi, pipăi, mirosi, semne care nesimbolic transmit informații despre patologie. Medicul mai ține seama de contactul direct cu corpul, el află lucruri pe care pacientul emițător nu le știe. Este un anumit limbaj al corpului, adică o activitate informativ-expresivă care se referă la ce se petrece cu corpul pacientului - pe piele, în inimă, pe tractusul gastro-intestinal etc. Exemple: multe boli sunt însoțite de modificări la suprafața pielii: temperatură, pigmentare, paloare etc. La față: zona periorală este focarul celei mai mari concentrări a efectelor emoțiilor ca și a stărilor de echilibru; ochii comunică numeroase informații ca și mușchii faciali (ticuri). Măinile și degetele sunt peninsule terminale ale corpului omenesc, susceptibile de îmbătrânire, artroză etc.; de mare importanță sunt produsele activității manuale: pocnirea degetelor, ciocănirea mesei, scărpînatul, scrisul, desenele conștiente sau inconștiente, modelarea în miez de pâine sau hârtie, simboluri vizuale stereotipe. Mirosul: medicul trebuie să fie capabil să deosebească mirosul de uremie de cel de diabet, alcoolism, abces, transpirația unui schizofrenic care are un miros particular etc.

Pe de altă parte, el trebuie să decodifice pentru a-și completa stocul de informații mesaje pe care bolnavul le emite cu ajutorul MDC verbale și neverbale.

Să mai menționăm și limbajul durerii, care este de mai multe feluri, alături de limbajul corpului.

Sintetizând, factorii neverbali sunt următorii:

A. Accesibili în mod direct:

1. Fizionomia, expresia feții (exemplu: facies Traviata)
2. Atitudini ale corpului
3. Poziția corpului
4. Mișcările corpului
5. Modificări ale corpului (ex. balonare)

B. Accesibili prin mijlocirea unor instrumente

Temperatura cu ajutorul termometrului

Zgomotele interne cu ajutorul stetoscopului etc. etc.

C. Accesibili prin mijlocirea organelor de simț ale medicului:

Palpare

Auscultație

Percuție

Reflexe

Organele de simț ale medicilor, organe receptoare ale semnelor și semnalelor emise de bolnav, se ascut, se complexifică, se prelungesc și se metamorfozează în alte simțuri: prin palpare medicul vede cu degetele în adâncul organismului; prin percuție vede și simte organele interne etc., etc.

Omul este greu de cunoscut dar medicul trebuie să-și fi format un aparat și niște indicatori de apreciere și cunoaștere. Acest aparat și indicatori sunt cunoscuți și utilizați de către antropologi.

Pacientul are o poziție centrală. El este obiect de atenție, de compasiune, iese din obișnuit, se află într-o situație excepțională. Aceasta este o premisă fundamentală a comunicării între medic și pacient. Pacientul trebuie lăsat, chiar stimulat să-și

nareze biografia și episodul medical; prin aceasta se dezgolește și se confesează, se încredințează, el așteaptă ca medicul să-l înțeleagă, să-i preia suferința, să-i dea încredere și să-l apere; canalele lui de comunicare sunt perfect deschise sau ar trebui să fie deschise.

Există desigur o tipologie a bolnavilor. Prima ar putea fi cea a bolnavilor adevărați și a bolnavilor închipuiți. Altă tipologie, cea a bolnavilor întâmplători și a celor cronici, apoi, bolnavii spitalizați și bolnavii nespitalizați etc. Comunicarea dintre aceste categorii de bolnavi și medic se face diferit. Am enumerat numai câteva tipuri de bolnavi pentru a sugera modul deosebit în care se desfășoară comunicarea de la o categorie la alta.

În privința pacientului din spital, odată internat, acesta se transferă într-un nou rol – el intră într-o altă subcultură. Unii bolnavi ajung să se atașeze de condiția de bolnav într-o asemenea măsură încât această condiție e ca o treaptă în evoluție, ei nu mai vor să se însănătoșescă.

Contactul comunicant este o situație universală. Orice om are în această privință o experiență personală. Contactul comunicant dintre medic și pacient (nu e vorba de psihiatrie care va fi tratată în altă lucrare) are un anume scop care este împărtășit și acceptat de amândoi interlocutorii. Canalul de comunicare stabilit trebuie fortificat, deoarece el este mijlocul de menținere a contactului comunicant cu scop terapeutic. (Spre deosebire de contactul comunicant „de dragul de a comunica” în care important este canalul de comunicare și nu mesajul care se scurge prin el).

Comunicarea dintre medic și pacient are loc într-un cadru instituționalizat. Medicul și pacientul au fiecare un statut social specific și roluri specifice „cunoașterea reciprocă a acestui statut permite comunicarea pentru că dictează fiecăruia conduitele sale” (Talcott Parsons).

În ceea ce privește raportul dintre propriul statut și rol și rolul și statutul de bolnav al pacientului, observațiile noastre au arătat că statutul personal pare să fie preponderent: un elev rămâne un elev bolnav, el se prezintă la doctor și-și expune simptomele și suferințele ca pe o lecție; un director de firmă importantă rămâne și va fi un șef bolnav. Desigur se pot stabili grade de gravitate ale bolilor. O boală gravă alterează până la anulare statutul și rolul pacientului.

Între medic și pacient se mai stabilește uneori un raport extracomunicațional. Este vorba de aspectele administrative care adesea stau pe primul plan și prin aceasta dezechilibrează comunicarea.

COMUNICAREA MEDIC-PACIENT ÎN MEDIUL RURAL

Cecetările întreprinse până în prezent ne-au arătat că în mediul rural comunicarea dintre medic și pacient se desfășoară în condițiuni mai bune decât în mediul urban, dacă medicul respectiv are oarecare vechime în acel loc (și calități personale) pentru a fi „învățat” cultura în care profesează. Cultura rurală este mai accesibilă medicului decât cea urbană prin avantajul out-sider-ului.

Modelele culturale urbane sunt mai numeroase, mai complicate și mai puțin stabile. În cultura urbană schimbarea sau mai bine zis instabilitatea (uneori chiar imposibilitatea de a determina un model) limitează puterea de pătrundere, înțelegere și implicit de comunicare.

Mai trebuie apoi semnalată deosebirea de ritm. Ritmul prea alert șterge sau ascunde nuanțe semnificative valoroase indirect în practica medicală. Chiar și viteza de vorbire este mai redusă în mediul rural decât în cel urban.

Un martor neutru la activitatea de consultații la țară va fi surprins de mesajul verbal redus al pacientului, de monotonia celor acuzate de pacient, de măiestria medicului care decodifică nuanțat și real toate mijloacele de comunicare exprimate de acesta și în sfârșit de satisfacția bolnavilor.

Aceasta nu înseamnă că nu există pacienți care nu vorbesc mult, ca și altă categorie de bolnavi, la antipod, care se pierd total în fața doctorului și nu sunt în stare să exprime nici puținul strict necesar care să-l orienteze pe medic.

În mediul rural am descoperit o categorie inedită de bolnav: bolnavul reprezentat de intermediar. Nu este vorba de cineva care vine să solicite un certificat sau o prelungire de concediu, ci de o persoană oarecare, cel mai adesea un membru apropiat de familie care se prezintă la medic cu un mesaj foarte eliptic pentru un neavizat; sunt situații în care medicul acordă asistență solicitată prin intermediar mai ales dacă este vorba de o urgență.

Spre deosebire de mediul urban în care sunt bolnavi care vin la medic din dorința (și nevoia) de comunicare (eventual compasiune, afecțiune) la țară această categorie este foarte slab reprezentată. O parte din dorință de comunicare cei de la oraș și-o satisfac în sala de așteptare unde pacienții au ocazia să vorbească îndelung între ei, făcând „schimb de experiență”.

Dacă în cabinetul de consultații de la țară se vorbește puțin, cuvintele au altă valoare, la oraș sunt pacienți care divagând scapă din vedere esențialul. La oraș pacientul se „expune”, el are tendința să monologheze. Prin fața medicului de „oraș” se perindă o sumedenie de tipuri umane care impun acestuia un acordaj al comunicării cu fiecare în parte, lucru care nu este totdeauna posibil.

În mediul rural valoarea cuvântului medicului este mai mare decât în cel urban. Mesajul unui medic „de țară” către pacientul său „standard” va fi receptat de bolnav; în schimb pacientul „standard” urban nu va pune mare preț pe spusele medicului dacă vorbele acestuia nu sunt însoțite și de niște analize, sau recomandări de analize, eventual rețete impresionante etc. Desigur o dată cu procesul de urbanizare începe să se profileze și la țară pacientul de tip urban care nu este mulțumit decât dacă merge la „raze”, sau la specialist ș.a.m.d.

MEDICUL DE VAPOR

Spre deosebire de un medic de circumscripție, care are în grijă oameni ce desfășoară activități foarte diferite, medicul de vas îngrijește oameni prestând aproximativ aceleași activități, în condiții absolut identice de viață. Însuși medicul este supus la aceleași condiții și factori de influență ca toți ceilalți marinari.

Viață îndelungată în comun face ca medicul să-i cunoască foarte bine pe toți (tipologie, reactivitate personală).

Deci, mai bine decât oricare altul, medicul de vas cunoaște subcultura grupului căruia îi asigură sănătatea, astfel eficiența lui este foarte mare. Pe de o parte, în ceea ce privește interferarea cu fiecare individ în parte, atunci când acesta se prezintă la consultații, pe de altă parte, în ceea ce privește interferarea cu grupul întreg atunci când este vorba de a face medicina profilactică.

Condițiile de vapor fac să existe mai puțin personal mediu decât pe uscat, ceea ce face ca desfășurarea comunicării medic-pacient să fie mai rapidă și prin lipsa intermediarilor (surse posibile de „zgomet”), mai eficientă.

Comunicarea dintre medic și pacient nu are loc numai în timpul consultațiilor, în cadrul instituționalizat al cabinetului medical, ci tot timpul în cele mai variabile situații. De asemenea, viața în comun pe vas, perioadele lipsite de activitate și de acalmie favorizează contactul comunicant dintre medic și pacient pe teme extramedicale.

Medicul are o poziție centrală, el este o autoritate altfel acceptată decât alți șefi. Dacă fluxul comunicării dintre șef-subaltern este mai ales de sus în jos, în cazul comunicării medic-pacient se comunică în ambele sensuri, poate chiar uneori medicul este „aglomerat” de tot felul de informații adesea redundante și cu valoare indirectă (sau secundară) pentru practica medicală.

Lipsa foarte îndelungată (uneori câteva luni) de contact cu viața de pe uscat, claustrarea într-o viață monotonă etc. au diverse consecințe. Prin apariția unei anumite tensiuni între marinari se produce o apropiere a oamenilor (deci a pacienților potențiali) de medicul lor care devine cu voie sau fără voie, fie că are sau nu înclinații, psihiatru sau/și duhovnic. Comunicarea între medic și pacient capătă un caracter aproape ideal încât dorința medicului de a-l ajuta pe pacient este mai mare poate decât în mod obișnuit, adică trece peste gradul profesional de responsabilitate. Continua lui grijă este să transmită prin toate mijloacele o stare de încredere tuturor.

SALA DE AȘTEPTARE

Antecamera cabinetului de consultații oferă cercetătorului posibilitatea culegerii a numeroase observații directe sau a aplicării unor chestionare, precum și a efectuării unor convorbiri relaționate și semnificative pentru comunicarea medic-pacient. Pacientul a fost cercetat înainte de a intra la medic și la ieșirea lui din cabinet.

Până la contactul comunicant cu medicul, are loc contactul comunicant cu sala de așteptare. Pacientul vine de acasă cu o anumită opinie privind suferința lui. Această opinie este organizată într-un fel, pacientul are niște argumente, niște criterii de evaluare. Sala de așteptare îi poate modifica opinia, îi poate sugera un diagnostic la care nu s-a gândit, îl poate liniști sau alarma.

Staționarea în sala de așteptare favorizează de cele mai multe ori comunicarea cu medicul dar poate să perturbe această comunicare. La intrarea în cabinet pacientul este oricum „preparat”.

În sala de așteptare se poate afla pacientul singur (mai rar) sau câțiva pacienți care așteaptă tăcuți, fără a comunica unul cu altul. În această situație pacientul rămâne singur cu gândurile sale el are prilejul unei meditații, o experiență rară sau necunoscută. El se gândește la evenimente din afara suferinței, la propria existență, la situația în care se găsește - toate acestea se constituie ca o frontieră în funcție de care bolnavul gândește viitorul. Oamenii sunt „căzuți pe gânduri”. Ei se mișcă cu grijă să nu tulbure liniștea, iar unii oftează discret. Mai ales se păstrează tăcerea.

Există situația când în sală se află doi sau mai mulți pacienți. Aceștia intră în comunicare unii cu alții. Este de ajuns ca unul să deschidă discuția relatând ceva despre propria suferință, ca și alții prin imitație să dorească să-și prezinte propriul caz.

Relatări succinte sau ample în funcție de temperamentul, dispoziția, condiția fizică a bolnavilor, dar și a condițiilor din sala de așteptare, vor antrena comunicarea între pacienți.

Fiecare vorbitor va încerca să-l depășească pe interlocutorul precedent insistând asupra caracterului excepțional și al unicității propriului caz. Se narează istorii colaterale și o bogată cazuistică din care nu lipsesc implicațiile umane ce ating tragicul (văduve, orfani etc.), în general situații dramatice fără soluții. Dispoziția pacientului este astfel puternic influențată, ceea ce va modifica considerabil comunicarea cu medicul.

Din cercetările noastre am observat că următoarele teme animă discuțiile dintre bolnavi:

1. Boala văzută în termeni pesimiști cu concluzii deloc încurajatoare.
2. Discuții despre medic căruia i se acordă calitative ori foarte bune ori foarte rele, rar neutre și obiective.
3. Discuții privind viața din perspectiva omului suferind.
4. Neînțelegeri și conflicte generate de prioritatea la intrarea în cabinet, bonuri, liste etc.

În ceea ce privește condițiile din sala de așteptare am constatat că încărcătura pesimistă și chiar sumbră a comunicării dintre pacienți scade către miezul zilei și crește când se înserează.

Am staționat în săli de așteptare de la orele 4-5 dimineața alături de participanți veniți să „prindă” un bon. Acesta este timpul propice narării de întâmplări cu deznodământ fatal. O dată cu răsăritul soarelui dispoziția se schimbă.

Mai trebuie menționată și legătura care există între condițiile meteorologice și atmosfera din sala de așteptare. Vremea închisă este un factor favorizant al atmosferei apăsătoare.

Influențează, de asemenea, și calitatea luminii artificiale din sala de așteptare.

LOGOTERAPIA

O relație directă cu ACL aplicată o are „logoterapia”, o variantă specială a comunicării medic-pacient în care terapia se face prin cuvinte. V. E. Frankl, medic vienez, a reumanizat practica medicală. El însuși a trăit o perioadă dramatică în

existența sa, când a fost închis la Dachau cu urmări pe care le-a depășit prin logoterapie.

El susține că obține în opt săptămâni de logoterapie ceea ce psihiatria clasică obține în minimum șaptezeci și cinci de săptămâni. Evident că nu toate bolile psihice sunt complicate și grave pentru a face obiectul unui demers psihanalitic de șaptezeci și cinci de săptămâni.

Ținând seama de unitatea vieții psihice și a spiritualității constitutive a ființei umane (psihanaliza considerând că numai psihismul ajunge uneori să negligeze corpul și spiritul), precum și ideea că „omul se străduiește să dea vieții sale cea mai mare plenitudine posibilă”, cu ajutorul vorbirii, logoterapeutul reușește să inducă în pacient redescoperirea sensului pierdut al vieții, redescoperirea și reintegrarea culturală, eliminând vidul și plictiseala atât de prezente azi, care stau la baza psihonevrozelor oamenilor contemporani și care duc la consumul de droguri, comportamente aberante etc.

Cu ajutorul logoterapiei medicul reușește nu numai să redea bolnavului capacitățile de lucru, dar și să-i întărească capacitatea de a suporta suferința. E vorba de a accepta cu noblețe ceea ce viața ne aduce.

Logoterapia încearcă să cultive simțul responsabilității printr-o lărgire a câmpului conștiinței. Elementul constitutiv al personalității este voința, cel mai bun factor de luptă împotriva nevrozei. Acțiunea logoterapiei încearcă să degajeze omul veritabil, omul complet.

CLASIFICAREA COMUNICĂRII MEDIC-PACIENT

1. O primă clasificare din punctul de vedere al locului:
 - în incinta unității medicale (policlinică, spital etc.)
 - în afara unității medicale (la domiciliu, loc de muncă)
2. În funcție de timp:
 - Consultație de urgență
 - Consultație obișnuită
3. Din punctul de vedere al împrejurărilor:
 - Contact comunicant la prima consultație
 - Contact comunicant următor
 - Contact comunicant de rutină
4. În funcție de sex:
 - Între medic și pacient de același sex
 - Între medic și pacient de sexe diferite
5. În funcție de vârstă:

Un pacient și un medic tânăr pot avea un ritm mai alert al consultației. Cu pacienții sau medicii mai în vârstă, ritmul este mai lent, și deci și comunicarea dintre ei se va modifica.

6. În funcție de statutul pacientului.

7. În funcție de starea bolnavului.

Cu un bolnav epuizat contactul comunicant va fi redus la minimum.

8. Contactul comunicant este diferit de la o specialitate la alta, după cum diferit este și demersul diagnostic. Într-un fel va decurge comunicarea cu un chirurg și cu totul altfel cu un psihiatru.

Pe măsură ce cunoștințele medicale s-au răspândit și au devenit accesibile publicului larg și, totodată, în stabilirea diagnosticului a început să se apeleze la proba de laborator, în aceeași măsură comunicarea dintre medic și pacient s-a modificat, a devenit mai dificilă.

S-a produs o tulburare în ierarhia fundamentală a raportului dintre medic și pacient în fruntea căruia se află încrederea în medic. Încrederea în medic a fost, sau tinde a fi înlocuită complet de rezultatul analizelor a căror interpretare este accesibilă pacientului.

Revine medicului sarcina de a se impune în fața bolnavului, de a-i capta întreg interesul și a restabili ierarhia justă. Priceperea și măiestria medicului nu trebuie concurată de mijloacele tehnice. Aportul uman al medicului (pe care se fondează încrederea bolnavului) este de neînlocuit.

Prezentul studiu continuă cu cercetarea concretă a comunicării dintre medic și pacient pe patru specialități: medicină internă, pediatrie, geriatrie, psihiatrie.

APPLIED CULTURAL-LINGUISTIC ANTHROPOLOGY. SPECIAL FEATURES OF THE PHYSICIAN-PACIENT COMMUNICATION

ABSTRACT

All the verbal and nonverbal Means of Communication (MC) performed by the patient concerns the physician: from the linguistic signals to the symptoms, disfunctions which represents directly the illness. The physician must discover the mental attitudes and personal problems of the patient. The doctor reads the medical language of the body (temperature, pigmentation, colour, odour, pain etc.) The patient is relatively alone but the physician is almost always attended by nurses.

In the waiting room the patient is „prepared” for the meeting with the physician. Many times the conversation and stories carried on in the waiting room act upon the subsequent relation between physician and the patient.

The paper presents the physician-patient communication in rural area and the special conditions and relations of the boat physician with the patients.

A special different reading in doctor-patient communication is logotherapy a psychotherapeutic way based on close communication with the doctor and on skill of words (Wordcraft).

A classification of physician-patient communication ends this first part of the investigation. The second part to come will present the results of the physician-patient communication in internal diseases, pediatry, geriatry and psychiatry.

BIBLIOGRAFIE

1. VIDA FRANCIS et. all., *Gaps in doctor - patient communication. Patient response to medical advice*. New England Journal of Medicine, March 1969.
2. VICTOR E. FRANKL, *La psychoterapie et son image de l'homme*, Edit. RESMA, Paris, 1967.
3. C. R. B. JOYCE et. all., *Quantitative study of doctor - patient communication*. The Quarterly Journal of Medicine, Vol. XXXVIII, nr. 150, 1969.

4. BARBARA M. KORSCH, Barbara FREEMON and VIDA FRANCIS, *Practical implications of doctor - patient interaction and patient satisfaction*. Pediatrics vol. 42, nr 5 nov. 1968
5. WALDO E. NELSON, *Communication, is this the art of medicine?* American Jour. Dis. Child. vol. 118, oct. 1969.
6. IOAN OPRESCU, *The contribution of Romanian Cultural - Linguistic Anthropol. to the complex study of Man*, Mouton, 1976.
7. IOAN OPRESCU, *About the communication measurement of spoken language* Rev. Annuaire Roumaine d'Anthropologie 1976.
8. PETER F. OSTWALD, *How the patient communicates about disease with doctor*. Vol. *Approaches to semiotics*, Edit. Thomas A. Sebeok, Mouton 1964.

Primit în redacție
la 15 mai 1996

Centrul de Cercetări Antropologice
„Fr. Rainer”, București

Revista „Studii și cercetări de antropologie” publică lucrări originale, de nivel științific superior, din următoarele domenii: paleoantropologie, antropologie contemporană, antropologie aplicată, antropologie socială și culturală. Sumarele sunt completate cu rubrici ca: „Viața științifică”, în care, prin note scurte, sunt aduse la cunoștința cititorilor unele manifestări din domeniul de specialitate (congrese, simpozioane, consfătuiri, schimburi de experiență între cercetătorii români și străini etc.); „Recenzii”, care cuprind prezentări ale celor mai recente lucrări de specialitate apărute în țară și peste hotare.

NOTĂ CĂTRE AUTORI

Autorii sunt rugați să înainteze articolele, notele și recenziile, dactilografiate la două rânduri, în două exemplare. Bibliografia, tabelele și explicația figurilor vor fi dactilografiate pe pagini separate, iar diagramele vor fi executate în tuș, pe hârtie de calc. Tabelele vor fi numerotate cu cifre arabe. Figurile din planșe vor fi numerotate în continuarea celor din text. Numărul de ilustrații și, în special, de fotografii va fi redus la minimum posibil. Se va evita repetarea acelorași date în text, tabele și grafice. Referințele bibliografice, grupate la sfârșitul articolului, vor fi clasate în ordine alfabetică. Referirile la un articol vor conține numele și inițiala autorilor, titlul lucrării (subliniat cu o linie), numele periodicului, prescurtat conform uzanțelor internaționale, anul, volumul (subliniat cu două linii) și paginile. Referirea la o carte va cuprinde numele și inițiala autorilor, titlul lucrării (subliniat cu o linie), volumul, editura, orașul, anul și pagina. Lucrările vor fi însoțite de o prezentare de maximum 10 rânduri, într-o limbă de circulație internațională. Textele lucrărilor, inclusiv bibliografia, explicația figurilor și tabelele nu trebuie să depășească 8 pagini. Responsabilitatea asupra conținutului articolelor revine în exclusivitate autorilor.

Tipărit: ***Semne***

RICHARD DAWKINS – „Un râu pornit din Eden”

Cartea face parte din seria SCIENCE MASTERS, publicată simultan în peste 25 de limbi și lansată în peste 50 de țări. Seria va cuprinde 12 cărți de difuzare a informației științifice într-o formă atractivă, accesibilă publicului larg, iar autorii, oameni de știință eminenți din domenii ce merg de la astrofizică până la zoologie, își fac cunoscute ideile și teoriile cele mai noi.

Din această serie, la Editura „Humanitas” au mai apărut:

„Scurtă istorie a timpului. De la Bing Bang la găurile negre”, de STEPHEN W. HAWKING; „Ultimele trei minute. Ipoteze privind soarta finală a Universului”, de PAUL DAVIES; „Originea omului”, de JOHN D. BARROW.

RICHARD DAWKINS este profesor de zoologie la Universitatea Oxford, cercetător la New College și autor de *bestseller*-uri științifice pentru care a obținut numeroase premii.

Cărțile sale sunt dedicate explorării și explicării puterii aproape nemărginite a principiului darwinist, iar cartea de față continuă această misiune și aduce la o culme extraterestră povestea urmărilor care pot surveni când fenomenul replicatorilor este injectat în jocul modest al biliardelor de atomi.

Autorul susține teoria că evoluția este „râul pornit din Eden” de care vorbește Biblia, un râu al informației purtate de ADN, în curgerea căruia genele se unesc, concurează și uneori se separă formând specii noi. Ideea sa, bazată pe strania asemănare dintre codul genetic și computer, este că ființa umană funcționează ca o „mașină de supraviețuire”, astfel programată de „inginerul divin” încât să își transmită propria bază de date.

Modelul informatic astfel propus îi permite lui Dawkins să explice unele aspecte controversate ale evoluției: cum a explodat „bomba replicăției” – viața; evoluția speciilor în diversitatea lor; raportul dintre sexe; cine este strămoșul cel mai îndepărtat al omului.

dr. ADINA OANA

ISSN 0039-3886

ST. CERC. ANTROPOL., 1996, T. 33, P. 1-114

43 881

Lei 1500