

ACADEMIA ROMÂNĂ

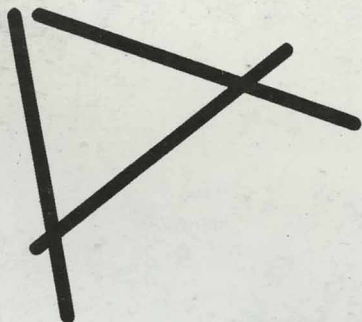
STUDII

ȘI

CERCETĂRI

DE

ANTROPOLOGIE



antropologie
contemporană

antropologie
medicală

antropologie
fiziologică

antropologie
cultural-lingvistică
aplicată

TOMUL 34 –1997

EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE

<https://biblioteca-digitala.ro/> / <https://www.antropologia.ro>

CONSILIUL DE CONDUCERE

Director: acad. OLGA NECRASOV

Redactor șef: prof. dr. doc. VICTOR SĂHLEANU

Referenți: acad. ȘT. M. 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
dr. IOAN OPRESCU
DAN BOTEZATU

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, Tx11939, CBTxR, Fax (401) 3122425, București; AMCO PRESS, S.R.L., Bd. Nicolae Grigorescu 29 A, 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 à: 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 34

1997

SUMAR

Antropologie contemporană

PETRU CANTEMIR, GEORGETA MIU, DAN BOTEZATU, Variabilitatea conformației corporale la populațiile din satele Fărăoani și Prăjești (jud. Bacău)	3
DAN BOTEZATU, ANA ȚARCĂ, MARIA ȘTIRBU, Conformația cefalo-facială, pigmentația și tipul antropologic la populațiile din satele Fărăoani și Prăjești (jud. Bacău).....	9
ANA-CEZARINA BĂLTEANU, ANA ȚARCĂ, Considerații asupra sistemului OAB la populația unor comunități din jud. Bacău.....	17
MARIA ȘTIRBU, PETRU CANTEMIR, ANA-CEZARINA BĂLTEANU, Aspecte privind variabilitatea raportului staturο-ponderal la populațiile din satele Fărăoani și Prăjești (jud. Bacău).....	21
MARIA VLĂDESCU, IRINA POPESCU, Caracterizarea antropologică a femeilor din așezarea compactă de rudari de la Prundu (jud. Teleorman)	27
CORNELIU VULPE, IRINA POPESCU, Stabilirea gradului de asemănare genitori-progeni prin investigarea caracterelor dermatoglice	39

Antropologie medicală

ELENA RADU, ALEXANDRU HOFFMAN, CAMELIA ȘANDRU, CONSTANTIN BĂLTEANU, Antropologia populațională de la cercetarea fundamentală la cea aplicată	51
DANA IOANA CIRICĂ, „Terenul” și implicațiile sale în patologie	61

Antropologie fiziologică

CORNELIA GUJA, IOAN OPRESCU, DIANA DAROCZI, ELENA ILIESCU, Integrearea și adaptarea omului în natură prin forme și structuri arhetipale (I)	67
---	----

Antropologie cultural-lingvistică aplicată

IOAN OPRESCU, Aspecte inedite ale comunicării medic-pacient (II).....	73
---	----

VARIABILITATEA CONFORMAȚIEI CORPORALE LA POPULAȚIILE DIN SATELE FĂRĂOANI ȘI PRĂJEȘTI (JUD. BACĂU)

PETRU CANTEMIR, GEORGETA MIU, DAN BOTEZATU

Acest studiu reprezintă o continuare a cercetărilor antropologice complexe întreprinse asupra populațiilor de confesiune catolică din satele Fărăoani și Prăjești (jud. Bacău), ele referindu-se la unele date de ordin dimensional și conformativ corporal pentru circa 400 de subiecți adulți cu vârsta cuprinsă între 20 și 60 de ani.

MATERIAL ȘI METODĂ

Eșantioanele pe care le-am luat în studiu se referă la două serii de populații din satul Fărăoani (103 bărbați și 117 femei) și două din satul Prăjești (68 bărbați și 105 femei), datele statistice ale variabilității conformației corporale prezentându-le în tabelul nr. 1, precum și în tabelul nr. 2, care cuprinde repartizarea unor caractere biometrice corporale pe categoriile scârilor clasice.

Tabelul nr. 1

Valori statistice ale dimensiunilor corporale

Caracterul	FĂRĂOANI				PRĂJEȘTI			
	Bărbați		Femei		Bărbați		Femei	
	M	δ	M	δ	M	δ	M	δ
Statura	170,08	6,80	157,19	6,03	171,16	5,94	159,29	5,37
Șezândă	88,87	3,81	83,87	3,59	89,49	3,42	83,88	3,06
Sy-sol	85,31	5,02	78,38	4,21	85,96	3,93	80,66	4,17
A-A	39,17	1,86	35,98	1,8	39,46	1,69	36,17	1,73
Ic-Ic	29,14	1,69	30,52	2,39	29,54	1,39	30,34	2,16
Diam.tr. la xy	29,68	2,09	26,67	2,36	29,69	1,68	27,07	1,99
Diam.ap.la xy	22,43	2,47	21,24	2,58	22,02	1,65	20,48	2,09
Per. tor. la xy	91,49	7,07	85,81	9,69	90,03	4,72	89,06	8,96
Per. talie	85,36	9,70	83,45	11,68	83,98	6,75	82,79	10,57
Per.braț ext.	28,76	2,31	28,59	3,36	27,84	2,10	28,24	3,04
Per.braț fl.	30,94	2,44	30,64	3,84	30,33	2,08	30,11	3,09
Per. coapsă	48,28	3,76	53,62	6,13	47,47	3,59	51,68	4,32
I. skelic	91,49	5,05	87,61	5,16	91,28	4,52	90,05	4,79

I. A-A/statură	22,85	0,96	22,82	1,09	22,93	0,89	22,61	0,92
I.Ic-Ic/statură	17,26	1,01	19,43	1,46	17,14	0,77	18,98	1,30
I.Ic-Ic/A-A	75,29	3,94	84,74	5,05	74,99	3,67	83,90	5,26
I.per.tor.xy/stat.	53,52	4,61	54,18	6,19	52,44	2,89	55,69	5,96
I.per. cps./stat.	28,18	2,28	33,82	3,84	27,50	2,00	32,18	2,64
I.per.br. fl./stat.	18,09	1,50	19,08	2,38	17,56	1,22	18,67	2,04

DISCUȚII ASUPRA REZULTATELOR OBTINUTE

Statura. Populațiile din cele două sate studiate se caracterizează prin medii ale staturii de tip înalt atât în ceea ce privește valorile absolute, cât și prin repartitia individuală în cadrul scării Martin, unde maximul procentual se înregistrează în categoria mare (38,8% și 43,9% la bărbați și 35,9% și 40,9% la femei), urmată de categoriile supramijlocie și submijlocie.

Aceeași variabilitate orientată în același sens o prezintă și statura-șezând, la care mediile masculine, cât și cele feminine ne arată o tendință spre o dezvoltare înaltă.

Lungimea membrului inferior (sy-sol) este în medie, practic egală la seriile masculine din cele două localități, în sensul unor valori superioare pentru acest segment, dar la femei, media din satul Prăjești este cu 2,4 cm mai ridicată față de cea a satului Fărăoani.

Indicele skelic, ca raport între dezvoltarea membrului inferior și a bustului, este în medie asemănătoare la cele două serii de bărbați (91,5 la Fărăoani și 91,3 la Prăjești), repartizarea subiecților în cadrul scării Martin făcându-se preponderent în categoria submacroskelică (32,0% și 43,7%), urmată de categoriile mesatiskelică (31,1% și 31,2%) și mai puțin de categoriile macroskelică și subbrahiskelică.

În ceea ce privește seriile de femei, valoarea medie a acestui indice se plasează la limita inferioară a categoriei submacroskelice (90,1), la cele din Prăjești și în categoria mesatiskelice (87,6) la Fărăoani, diferența de 2,5 unități-indice între cele două serii nefiind semnificativă. Ca o dovadă a acestui fapt, repartitia procentuală individuală maximă se înregistrează la ambele serii în cadrul scării clasice în categoria mesatiskelică (34,2 și 37,1), locul secund fiind ocupat în mod diferențiat, femeile de la Fărăoani în categoria subbrahiskelică (28,2%) și cele din Prăjești în categoria submacroskelică (33,3%).

Diametrele trunchiului. Lărgimea umerilor (a-a). Și în cadrul acestui caracter diferențele între cele două populații sunt minime, la seriile de bărbați ele fiind practic identice, adică aparținând categoriei largi, în timp ce la femei diferențele ne arată o ușoară prevalență în favoarea seriei de la Prăjești, dar valorile medii la ambele serii aparțin categoriei mijlocii, în raport de statură.

Lărgimea bazinului (ic-ic). Valorile medii ale acestei dimensiuni, în raport cu statura, ne arată că la bărbați bazinele sunt de tip mijlociu, în timp ce la femei ele aparțin categoriei largi, situație identică la populațiile din ambele localități.

Indicele acromio-iliac, ce caracterizează forma trunchiului, ne arată că mediile masculine aparțin unor forme ușor rectangulare la ambele serii, diferențele între acestea fiind cu totul ne semnificative, iar repartizarea indivizilor în cadrul scării clasice Vallois se dispune predominant în cadrul categoriei cu trunchiul dreptunghiular (55,3% la Fărăoani și 53,0% la Prăjești), urmată de categoria intermediară și cea trapezoidală, în procente mult mai reduse. Mediile acestui indice la cele două serii feminine aparțin accentuat tipului de trunchi dreptunghiular, categorie în care se dispun marea majoritate a subiecților cercetați (99,1% la Fărăoani și 96,2% la Prăjești).

Perimetrele toracice la xyfoïd prelevate în respirație normală nu prezintă diferențe semnificative în valoare absolută la seriile masculine, ci doar o ușoară superioritate a valorilor medii ale celor din Fărăoani (91,5 cm), față de cei din Prăjești (90,0 cm). La femei mediile acestei dimensiuni înregistrează valori mai ridicate la cele din satul Prăjești (89,1 cm), față de cele din Fărăoani (83,4 cm), dar aceste diferențe se atenuează mult atunci când raportăm aceste perimetre la statură, diferențele între seriile noastre nedepășind 0,5 - 0,6 u.i.

Repartizarea individuală a subiecților în cadrul scării clasice Goldstein ne arată că bărbații au în general un torace mijlociu de larg (47,6% la Fărăoani și 59,1% la Prăjești) și mai rar îngust, în timp ce femeile au în mod majoritar (37,1% - Fărăoani și 44,7% - Prăjești) un torace mai larg.

Perimetrul brațului în flexie, precum și cel al coapsei, nu diferențiază aproape deloc cele două populații, valorile medii înregistrate fiind în marea majoritate practic egale atât la bărbați, cât și la femei.

CONCLUZII

Din analiza caracteristicilor biometrice corporale ale populației studiate se poate conchide că cele două grupe de subiecți din cele două sate, se aseamănă destul de mult, diferențele existente între ele, precum și cu alte sate din zonă nefiind prea ample și constând în următoarele:

Bărbații din satul Prăjești prezintă o statură mai înaltă decât cei din Fărăoani, dar în același timp aceștia din urmă înscriu o proporție mai ridicată de subiecți macroskelici comparativ cu primii. Femeile din Prăjești sunt și ele mai înalte față de cele din Fărăoani, având în același timp și un procent mai ridicat de tipuri macroskelice.

Tabelul nr. 2

Repartiția pe categoriile scârilor clasice a caracterelor și indicilor corporali la populațiile din Fărăoani și Prăjești

Scara	Categoria	Fărăoani				Prăjești			
		Bărbați		Femei		Bărbați		Femei	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Statura Scara Martin Saller	Nanism	-	-	-	-	-	-	-	-
	Foarte mică	-	-	1	0,85	-	-	-	-
	Mică	2	1,94	7	5,98	1	1,51	3	2,85
	Submijlocie	20	19,41	23	19,65	5	7,57	10	9,52
	Mijlocie	13	12,62	16	13,67	10	15,16	16	15,23
	Supramijlocie	19	18,44	24	20,51	15	22,72	27	25,71
	Mare	40	38,83	42	35,89	29	43,93	43	40,95
	Foarte mare	9	8,73	4	3,41	6	9,09	6	5,71
I. skelic Scara Manouvrier	Hiperbrahiskel	-	-	2	1,70	-	-	-	-
	Brahiskel	1	0,97	3	2,56	-	-	-	-
	Subbrahiskel	9	8,73	33	28,20	5	7,81	15	14,28
	Mesatiskel	32	31,06	40	34,18	20	31,25	39	37,14
	Submacroskel	33	32,03	32	27,35	28	43,75	35	33,33
	Macroskel	22	21,35	6	5,12	6	9,37	13	12,38
	Hipermacroskel	6	5,82	1	0,85	5	7,81	3	2,85
I.A-A/statură Scara Brugsch	Umeri înguști	16	15,53	18	15,38	10	15,15	22	20,95
	Umeri mijlocii	43	41,74	43	36,75	25	37,87	39	37,14
	Umeri largi	44	42,71	56	47,86	31	46,96	44	41,90
I.Ic-Ic/statură Scara Brugsch	Bazin îngust	53	51,45	11	9,40	26	39,39	21	20,0
	Bazin mijlociu	32	31,06	26	22,22	26	39,39	28	26,66
	Bazin larg	18	17,47	80	68,37	14	21,21	56	53,33
I.Ic-Ic/A-A Scara Vallois	Trunchi trapezoid.	11	10,67	-	-	7	10,60	-	-
	Trunchi intermed.	35	33,98	1	0,85	24	36,36	4	3,80
	Trunchi dreptung.	57	55,33	116	99,14	35	53,03	101	96,19
I.per.tor.xy/st. Scara Goldstein	Torace îngust	32	31,06	38	32,75	20	30,30	23	21,90
	Torace mijlociu	49	47,57	35	30,17	39	59,09	35	33,33
	Torace larg	22	21,35	43	37,06	7	10,60	47	44,76

La variabilité de la conformation corporelle chez les populations des villages de Fărăoni et de Prăjești, dans le département de Bacău

RÉSUMÉ

L'étude faite sur la conformation corporelle des populations des deux localités, nous montre qu'en général il y a un tableau de la conformation, assez unitaire.

Il y a donc, certaines différences qui se rapportent surtout à la population de Prăjești, qui présente des statures un peu surmoyennes, en comparaison avec celles de la population de Fărăoni, qui a un aspect plutôt longiligne, celle-ci ayant des statures un peu sousmoyennes, au tronc sousmacroscélisque ou mésoatiscélisque.

Toutes ces caractéristiques ne peuvent trop différencier ces populations, en comparaison avec les autres déjà étudiées, dans les zones avoisinantes.

BIBLIOGRAFIE

1. CANTEMIR P., *Variabilitatea dimensiunilor și a proporțiilor corporale la populația din satul Vișeu de Jos (jud. Maramureș)*, St. cerc. antropol., 1984, 21, p. 36-41.
2. GHIGEA S., ANTONIU S., ȘTIRBU M., BOTEZATU D., MIU G., *Conformația somatică a unei populații din regiunea montană a Dornelor (satul Panaci)*, St. cerc. antropol., 1980, 17, p. 37-41.
3. MARTIN R., SALLER K., *Lehrbuch der Anthropologie*, G. Fischer, Stuttgart, 1960.
4. MIU G., CANTEMIR P., PAVĂL D., TUDOSIE A., *Caracterizarea conformației corporale la populațiile din Săbăoani și Gherăești (jud. Neamț)*, St. cerc. antropol., 1995, 32, p. 29-35.

Primit în redacție
la 12 mai 1997.

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

CONFORMAȚIA CEFALO-FACIALĂ, PIGMENTAȚIA ȘI TIPUL ANTRPOLOGIC LA POPULAȚIILE DIN SATELE FĂRĂOANI ȘI PRĂJEȘTI (JUD. BACĂU)

DAN BOTEZATU, ANA ȚARCĂ, MARIA ȘTIRBU

Studiul întreprins de Secția de Antropologie din Iași în cursul lunilor mai și octombrie ale anului 1996, când au fost analizați un număr de 393 de indivizi cu vârsta cuprinsă între 20 și 60 de ani, originari din satele Fărăoani (103 bărbați și 117 femei) și Prăjești (68 bărbați și 105 femei), este o continuare a campaniei de cercetare antropologică asupra unor populații de confesiune catolică din unele așezări rurale, situate în zona centrală a Podișului Moldovei. Astfel, materialul nostru de studiu este format din patru serii sintetice (două masculine și două feminine), pentru care se prelevează date biometrice cefalo-faciale, morfologice, pigmentare și tipologice.

CARACTERELE CEFALO-FACIALE

Am înscris în tabelul nr. 1, valorile medii și statistice ale dimensiunilor și indicilor cefalo-faciali, iar în tabelul nr. 2 repartiția pe categorii ai unora dintre aceștia, fapt ce ne permite să caracterizăm populația celor două așezări rurale, după cum urmează:

Tabelul nr. 1

Variabilitatea cefalo-facială a populației din satele Fărăoani și Prăjești

Dimensiuni și indici	Fărăoani				Prăjești			
	Bărbați		Femei		Bărbați		Femei	
	M	δ	M	δ	M	δ	M	δ
G - op	184,7	7,1	174,6	6,5	188,3	5,6	179,7	5,1
Eu - Eu	159,5	4,9	149,6	5,9	159,6	5,1	151,5	5,0
Ft - Ft	115,7	5,3	109,4	4,9	113,3	4,6	110,3	4,6
Zy - Zy	144,3	5,3	135,3	5,6	140,9	5,3	130,7	5,4
Go - Go	115,0	5,7	107,4	5,2	112,7	6,0	106,5	4,9
N - Gn	123,7	6,6	116,5	5,6	124,3	6,7	111,9	6,0
N - Sto	75,0	4,6	71,8	4,4	74,8	4,5	70,7	4,2
N - Sbn	51,8	4,2	50,8	3,9	50,8	3,7	49,1	4,2
Al - Al	36,6	2,9	32,1	2,7	35,0	2,6	31,4	2,5
T - V	128,4	4,7	122,2	5,1	126,2	4,5	126,8	4,8
I. cefalic	86,4	3,3	85,8	4,1	84,8	3,3	84,4	3,3

I. vertico-long.	69,5	3,1	70,1	3,1	67,0	2,9	70,5	2,9
I. v. transv.	80,5	2,9	81,7	3,0	79,2	3,0	83,8	3,8
I. fronto-pariet.	72,5	3,1	73,1	2,7	70,9	2,8	73,7	3,5
I. f. jugal	80,2	3,2	80,8	2,8	80,6	2,6	81,5	3,6
I. f. mand.	79,7	3,4	79,3	2,8	79,9	4,2	81,4	3,6
I. jugo-pariet.	90,5	2,9	90,6	2,8	88,3	3,3	86,3	3,8
I. fac. total	85,8	4,3	86,1	4,1	88,3	5,5	86,1	5,8
I. fac. sup.	51,9	3,1	53,0	3,2	53,0	3,4	54,0	3,8
I. nazal	70,9	7,9	63,5	8,4	69,4	8,2	64,1	7,7

Calota cefalică este mijlociu de lungă la populația localității Fărăoani și lungă la cea din Prăjești, diametrele transversale și verticale fiind lungi și înalte pentru toate seriile studiate. Indicele cefalic mediu corespunde categoriei brahicefale, fiind ceva mai accentuat la populația din Fărăoani, maximul de frecvență pe scările clasice la cele două localități evidențiind aceeași concentrare maximă în categoria brahicefală, cu o tendință spre categoria hiperbrahicefală la cea din Fărăoani față de cea din satul Prăjești.

Indicii vertico-longitudinali medii se încadrează la toate cele patru serii studiate în categoria hipsicefală mijlocie, frecvențele majoritare fiind deținute tot de categoria hipsicefală, ale cărei variante moderată și mijlocie, luate împreună, dețin procente între 80 și 90%, varianta sa accentuată și în special categoria ortocefală, fiind mult mai redusă.

Indicii vertico-transversali oferă medii care corespund categoriei metriocefale la toată populația, repartiția lor arătând o prevalență a aceleiași categorii metriocefale, urmată de categoria tapeinocefală, cu excepția seriei feminine de la Prăjești, unde pe locul secund se situează categoria acrocefală.

Fruntea, prin diametrele sale medii, este largă, indicii fronto-parietali concentrându-se puternic în categoria eurimetopă, cu procente ce depășesc 90% pentru întreaga populație.

Regiunea facială, sub aspect dimensional, prezintă drept caracteristică generală o dezvoltare destul de uniformă a dimensiunilor verticale, în medie înalte, față de cele transversale, mijlocii spre largi; indicele facial total prin repartiția sa pe categorii arată o predominanță majoritară a fețelor mezoprosopice și leptoprosopice, cu o ușoară tendință spre cele euriprosopice la seriile feminine. Etajul superior al feței este caracterizat prin medii ale înălțimii de tip accentuat, acestea raportate la diametrele bizigomatice conferind fețelor un aspect mezen, uneori cu o tendință vizibilă spre eucnemie.

Nasul, prin caracterele sale antropometrice se comportă diferit la cele două sexe, în special în ceea ce privește lungimea sa, aceasta fiind în medie scurtă la seriile masculine și mijlociu de scurtă la cele feminine, lărgimea nasului fiind

Tabelul nr. 2

Repartiția pe categorii ai principalilor indici cefalo-faciali

Indici	Categorii	Fărăoani				Prăjești			
		Bărbați		Femei		Bărbați		Femei	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Ind. cefalic	Hiperdolic.	-	-	1	0,85	-	-	-	-
	Dolico.	-	-	1	0,85	1	1,47	1	0,95
	Mezocefal.	4	3,88	14	11,97	8	11,77	21	20,00
	Brahicefal.	50	48,54	53	45,30	31	45,58	54	51,43
	Hiperbrahi.	37	35,92	43	36,75	27	39,71	28	26,67
	Ultrabrahi.	12	11,65	5	4,27	1	1,47	1	0,95
Ind. vertico-long.	Camecefal.	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ortocefal.	-	-	-	-	6	8,82	-	-
	Hipsicefal mod.	35	33,98	29	24,79	38	55,88	18	17,14
	Hipsicefal mijloc.	52	50,48	66	56,41	22	32,35	67	63,81
	Hipsicefal marcat	16	15,54	22	18,80	2	2,94	20	19,05
Ind. vertico-transv.	Tapeinocefal	36	34,95	26	22,41	32	47,06	9	8,57
	Metriocefal	60	58,25	75	64,66	33	48,53	58	55,24
	Acrocefal	7	6,80	15	12,93	3	4,41	38	36,19
Ind. facial total	Hipereuniprosop	6	5,83	3	2,56	2	2,94	5	4,76
	Euriprosop	28	27,18	8	6,84	14	20,59	20	19,05
	Mezoprosop	39	37,86	35	29,91	20	29,41	22	20,95
	Leptoprosop	24	23,30	47	40,17	16	23,53	31	29,52
	Hiperleptoprosop	6	5,82	24	20,51	16	23,53	27	25,71
Ind. facial sup.	Hipereurien	4	3,88	5	4,31	3	4,41	4	3,81
	Eurien	51	49,51	40	34,48	25	36,76	27	25,71
	Mezen	41	39,81	58	50,00	34	50,00	51	48,57
	Lepten	6	5,82	13	11,21	6	8,82	20	19,05
	Hiperlepten	1	0,97	-	-	-	-	3	2,86
Ind. nazal	Hiperleptorin	2	1,94	13	11,11	1	1,47	11	10,48
	Leptorin	8	7,77	30	25,64	5	7,35	23	21,90
	Mezorin	15	14,56	36	30,77	15	22,06	22	20,95
	Camerin	24	23,30	15	12,82	18	26,47	27	25,71
	Hipercamerin	54	52,43	23	19,66	29	42,65	22	20,95

mijlocie la toată populația. Această situație se reflectă destul de concludent în mediile indicelui nazal, care sunt camerine la bărbați și mezorine la femei, repartiția pe categorii a acestui indice arătând procente mai concentrate pentru categoria hipercamerină la seriile masculine, în timp ce pentru seriile feminine procentele se dispun cu valori apropiate între categoriile leptorină, mezorină, camerină și hipercamerină.

Referindu-ne la relația dimensională între calotă și față, constatăm că lățimea relativă a frunții în raport cu lățimea feței se situează prin valoarea sa în categoria largă neînregistrându-se nici o diferență din acest punct de vedere.

CARACTERELE SOMATOSCOPICE

Pentru caracterizarea morfologică cefalo-facială a populației celor două sate vom face precizări numai asupra celor mai semnificative caractere somatoscopice pentru diagnoza tipologică: astfel, urechea ca mărime este în general mijlocie (53-55% la bărbați și 47-57% la femei), cu o poziție spre depărtată la bărbați și lipită la femei. Occipitalul este majoritar plat la bărbați (48,0- 48,4%) și mijlociu de bombat la femeile de la Prăjești (51%) și chiar puternic bombat la femeile de la Fărăoani (40%); nasul prezintă o rădăcină înaltă sau mijlocie, prevăzut cu o carenă majoritar dreaptă și un planșeu orizontal; malarele au o poziție majoritar intermediară (50-69%), dar cu o tendință spre frontalizare la seriile feminine (30-32%), față de cele masculine (4-20%); conturul feței este predominant oval la toată populația (34-62%), urmat de cel pentagonal (24,25%) și dreptunghiular (6-13%); fanta palpebrală este dispusă în general într-un plan orizontal (65-83%), buza superioară este mijlocie (45-50%) sau scurtă (16-32%), de obicei concavă(80,85%); gonioanele fiind mijlocii ca dezvoltare la toți subiecții (55-67%), dar cu tendință de accentuare la femei (23-33%), față de bărbați (15-25%).

PIGMENTAȚIA IRISULUI ȘI A PĂRULUI

Datele înscrise în tabelul nr. 3, ne arată, în general, că pigmentația la populația din satul Prăjești este mai deschisă, față de cea din Fărăoani, acest fapt fiind mai evident la seriile feminine.

STRUCTURA TIPOLOGICĂ

Complexul caracterelor dimensionale, conformativ, morfologice cefalo-faciale și pigmentația, ne arată că în cadrul celor două populații din satele Fărăoani și Prăjești putem distinge, din punct de vedere tipologic, un fond predominant comun dinaro-nordic, urmat de o variantă mediteranoidă destul de bine reprezentată, în special în cadrul seriilor feminine. Caracterele esteuopoide sunt mai bine sesizate la populația feminină, ele înregistrând la aceasta procentaje destul de ridicate. În fine, trebuie să amintim că la populația din satul Fărăoani întâlnim o serie de trăsături mongoloide, ponderea lor fiind mult mai mare față de cea a celorlalte sate studiate de noi până în prezent din această zonă, ele fiind remarcate în special la femei.

Tabelul nr. 3

Asocierea tipului pigmentar al irisului cu cel al părului și repartiția lor numerică și procentuală la populația de la Fărăoani și Prăjești

Culoarea irisului	Sex	Culoarea părului													
		Blond deschis		Blond		Castaniu deschis		Castaniu închis		Negru		Roșcat		Total	
		I - J - K - L		M - N - O		P - R - S - T		U - V - W		X - Y		I - VII		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		

FĂRĂOANI

Deschisă 1a - 2c	B	-	-	-	-	8	8,00	6	6,00	2	2,00	-	-	16	16,00
	F	1	0,86	1	0,86	5	4,34	2	1,73	2	1,73	-	-	11	8,70
Intermediară 3 - 11	B	-	-	-	-	3	3,00	33	33,00	14	14,10	-	-	50	50,00
	F	-	-	2	1,73	5	4,34	26	22,61	10	8,70	-	-	43	37,39
Închisă 12 - 15	B	-	-	-	-	1	1,00	22	22,00	9	9,00	2	2,00	34	34,00
	F	1	0,86	1	0,86	4	3,48	33	28,69	22	19,13	-	-	61	53,04
Total	B	-	-	-	-	12	12,00	61	61,00	25	25,00	2	2,00	100	100,00
	F	2	1,73	4	3,48	14	12,17	61	53,04	34	29,56	-	-	115	99,99

PRĂJEȘTI

Deschisă 1a - 2c	B	3	4,48	-	-	4	5,97	8	11,94	2	2,98	-	-	17	25,37
	F	4	3,92	4	3,92	6	5,88	19	18,62	-	-	-	-	33	32,34
Intermediară 3 - 11	B	-	-	4	5,97	4	5,97	15	22,39	9	13,43	-	-	32	47,76
	F	1	0,98	2	1,96	5	4,90	26	25,49	8	7,84	-	-	42	41,18
Închisă 12 - 15	B	-	-	1	1,49	1	1,49	9	13,43	7	10,45	-	-	18	26,86
	F	-	-	-	-	4	3,92	13	12,74	10	9,80	-	-	27	26,47
Total	B	3	4,48	5	7,46	9	13,43	32	47,76	18	26,86	-	-	67	99,99
	F	5	4,90	6	5,88	15	14,70	58	56,86	18	17,65	-	-	102	99,99

CONCLUZII

Trebuie să subliniem în primul rând că populația din cele două sate studiate de noi se aseamănă, în general, din punct de vedere al dimensiunilor și indicilor cefalo-faciali, atât cu populația din satele Săbăoani și Gherăești situate în zona de nord a Podișului Central Moldovenesc, cât și cu cea din unele sate situate pe cursul râului Trotuș (Agăș, Bolovăniș și Brusturoasa), diferențele mai mult sau mai puțin sesizabile făcându-se doar în cadrul caracterelor morfologice și, în special, al celor tipologice.

Astfel, la populația din satul Fărăoani, se remarcă, față de media celorlalte sate, un procent mai ridicat de calote cu aspect hiperbrahicefal, de fețe cu contur pentagonoid datorită unor malare bine dezvoltate și uneori cu o poziție frontalizată, cu regiunea facială inferioară bine marcată, nasurile având o tendință spre camerinie, în special la bărbați.

Acest aspect morfologic oarecum deosebit, la această populație, se traduce pe plan tipologic printr-un aport ceva mai ridicat de trăsături esteuopoide și mongoloide la fondul principal dinaro-nordico-mediteranoid, fapt ce ne poate sugera un amestec cu populații din alte zone, eventual cu cele transcarpatice.

Va fi interesant de urmărit dacă această caracteristică a populației din satul Fărăoani va mai fi întâlnită și în alte comunități din zona centrală a Podișului Moldovei, în cadrul unor cercetări viitoare.

La conformation céphalo-faciale, la pigmentation et le type anthropologique chez les populations des villages de Fărăoani et de Prăjești dans le département de Bacău

RÉSUMÉ

La population adulte des villages de Fărăoani et de Prăjești se caractérise du point de vue de la conformation céphalo-faciale, par une calote prépondérante brachycéphale, mais d'une manière modérée hypsicéphale et métriocéphale, ayant un front surtout euriméthope, un massif facial totalement mésoprosope avec une tendance vers euriprosope chez les femmes, avec le segment facial supérieur mésène, le nez camérhynien chez les hommes et mésorhynien chez les femmes.

La pigmentation de l'iris et des cheveux est plus claire chez la population du village de Prăjești en comparaison avec celle du village de Fărăoani.

Du point de vue typologique, les populations appartiennent à un complexe prépondérant dinaro-nordique, la variante méditerranéenne et est-européenne, mieux représentée par les séries féminines.

On remarque un pourcentage plus élevé des caractéristiques mongoloïdes chez la population du village de Fărăoani vis-à-vis du reste des populations étudiées dans cette zone, surtout chez les femmes.

BIBLIOGRAFIE

1. BOTEZATU D., BĂLTEANU C., GHIGEA S., MIU G., *Unele caracteristici antropologice ale populației din satul Agăș (Valea superioară a Troțușului)*, St. cerc. antropol., 1980, 17, p. 59-63.
2. BOTEZATU D., ȘTIRBU M., GHIGEA S., MIU G., *Caracteristicile antropologice ale populațiilor din satele Neagra Șarului (Țara Dornelor) și Brusturoasa (Valea superioară a Troțușului)*, St. cerc. antropol., 1981, 18, p. 27-33.
3. BOTEZATU D., ȘTIRBU M., ROȘCA M., TUDOSIE A., *Variabilitatea caracterelor antropologice cefalo-faciale ale populației din satele Săbăoani și Gherăești (jud. Neamț)*, St. cerc. antropol., 1995, 32, p. 23-28.

Primit în redacție
la 12 mai 1997.

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

CONSIDERAȚII ASUPRA SISTEMULUI OAB LA POPULAȚIA UNOR COMUNITĂȚI DIN JUD. BACĂU

ANA-CEZARINA BĂLTEANU, ANA ȚARCĂ

Grupele de sânge constituie unele din caracterele determinate ereditar monofactorial și au o importanță atât practică, cât și în elucidarea unor probleme de genetică a populațiilor. Iată de ce, ne-am propus ca în cadrul studiului antropologic complex a unor comunități din județul Bacău, să abordăm și studiul grupelor din sistemul OAB, al factorilor lor ereditari, precum și indicele biochimic al sistemului.

MATERIAL ȘI METODĂ

Datele folosite în acest studiu au fost extrase din buletinele de identitate ale subiecților de ambele sexe, care au fost investigați din punct de vedere antropologic. Numărul de subiecți investigați din acest punct de vedere este satisfăcător statistic și la nivelul fiecărei comunități este reprezentat astfel: Săbăoani - 234 de subiecți; Gherăești - 170 de subiecți; Prăjești - 143 de subiecți; Fărăoani - 208 de subiecți.

Metodele de studiu folosite în această lucrare sunt aceleași cu cele folosite și de alți autori în alte studii de specialitate (1, 2, 3, 4). Frecvența teoretică sau cea așteptată a reieșit din formula lui χ^2 de omogenitate, a echilibrului genetic Hardy-Weinberg, factorii ereditari după formula Bernstein (2), iar indicele biochimic după formula lui Hirszfeld.

În vederea unor analize exacte și a unei concluzionări corespunzătoare asupra rezultatelor obținute pe eșantioanele considerate (tabelele 1 și 2), lucrarea de față este concepută comparativ față de alte comunități studiate de noi din județul Bacău: Agăș, Bolovăniș, Brusturoasa (tabelele 3 și 4).

REZULTATE OBȚINUTE

Frecvența principalelor grupe sanguine din sistemul OAB la populațiile analizate de noi se eșalonează valoric astfel: $O > A > B > AB$. Aceasta este o caracteristică fenotipică a populațiilor europene în care se încadrează și populațiile altor așezări românești studiate (tabelele 3 și 4 și 1 - 4).

Tabelul nr. 1

Frecvența principalelor grupe sanguine din sistemul OAB la populațiile analizate

Sat	Frecvența	O		A		B		AB	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Săbăoani 234 subiecți	Observată	73	31,19	120	51,28	22	9,40	19	8,19
	Așteptată	-	31,18	-	53,16	-	8,90	-	5,76
Gherăești 170 subiecți	Observată	51	30,0	79	46,47	26	15,29	14	8,23
	Așteptată	-	29,16	-	46,46	-	13,98	-	10,40
Prăjești 143 subiecți	Observată	55	38,46	53	37,06	27	18,88	8	5,59
	Așteptată	-	38,44	-	36,90	-	17,96	-	6,70
Fărăoani 208 subiecți	Observată	52	25,0	95	45,67	35	16,82	26	12,5
	Așteptată	-	25,0	-	46,74	-	17,64	-	10,62

Tabelul nr. 2

Valorile factorilor genetici ai sistemului OAB la populațiile analizate

Sat	Ro	Po	Qo	Ind. biochimic
Săbăoani	0,5584	0,3600	0,0800	3,3808
Gherăești	0,5400	0,3300	0,1200	2,3276
Prăjești	0,6200	0,2480	0,1310	1,7429
Fărăoani	0,5000	0,3470	0,1530	1,9839

Tabelul nr. 3

Frecvența principalelor grupe sanguine din sistemul OAB în unele sate din jud. Bacău

Sat	Frecvența	O		A		B		AB	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Agăș 398 subiecți	Observată	137	34,42	170	42,71	66	16,58	25	6,28
	Așteptată	-	34,42	-	42,22	-	16,21	-	7,22
Brusturoasa 321 subiecți	Observată	104	32,39	153	47,66	41	12,77	23	7,16
	Așteptată	-	32,37	-	47,81	-	12,98	-	6,82
Bolovăniș 249 subiecți	Observată	83	33,33	86	34,53	53	21,28	27	10,84
	Așteptată	-	32,29	-	35,67	-	22,35	-	8,56

Tabelul nr. 4

Valorile factorilor genetici ai sistemului OAB în unele sate din jud. Bacău

Sat	Ro	Po	Qo	Ind. biochimic
Agăș	58,60	28,90	12,50	2,1340
Brusturoasa	56,90	32,65	10,45	2,7506
Bolovăniș	57,70	25,35	16,90	1,4125

De asemenea, nu se remarcă diferențe între frecvența observată și cea teoretică.

Acestei frecvențe îi corespunde și o anumită ordonare a factorilor genetici: $r_o > p_o > q_o$ și un indice biochimic relativ egal sau mai mare decât 2.

La populațiile studiate de noi (tabelele 1 și 2), se remarcă pe fondul general caracterizat de un anumit model fenotipic, că există și unele mici variații de procent pentru fenotipul eșantionului de la Prăjești, la care grupa O are o valoare ușor mai ridicată decât grupa A. Diferența nu este semnificativă statistic. În același sens, au mai variat și unele eșantioane de populație din alte comunități românești: Letea din Delta Dunării (1); Perișani – jud. Vâlcea, Schimbești – Izvoare – jud. Prahova, Izvoare – Cacaletii – jud. Gorj (4).

Atât la eșantioanele luate în studiu propriu-zis de noi în această lucrare (tabelul 1), cât și la cele de referință (tabelul 3), se remarcă faptul că frecvența mai mare sau mai mică a grupei A se corelează cu o frecvență mai scăzută și respectiv mai crescută a grupei B.

CONCLUZII

Caracteristicile hematologice în ceea ce privește sistemul OAB la cele patru eșantioane de populație din jud. Bacău, indică absența unor diferențe semnificative statistic atât față de alte eșantioane luate pentru studiul comparativ din județul Bacău, precum și din alte comunități românești.

Variabilitatea procentuală în distribuția grupelor sistemului OAB, care se reflectă și în distribuția factorilor genetici, precum și a indicelui biochimic, se încadrează în variabilitatea generală a caracterelor studiate la populația țării noastre. Nu este neglijat în acest caz nici importanța „efectului fondatorilor” și nici gradul de deschidere demografică a comunităților studiate.

Considérations sur le système OAB chez la population de quelques communautés du département Bacău

RÉSUMÉ

Les auteurs analysent les fréquences des groupes sanguines et de leurs facteurs héréditaires, ainsi que l'indice biochimique des populations étudiées appartenants aux communautés suivantes : Săbăoani, Gherăești, Prăjești, Fărăoani. Les résultats sont comparés avec ceux qui furent obtenus pour les mêmes caractères dans d'autres villages du même département.

Les distributions des groupes étudiés et de leurs facteurs héréditaires sont inscrits dans les tableaux 1 - 4.

Les fréquences trouvées s'inscrivent dans la variabilité générale de la population roumaine.

De même, on ne constate pas de différences statistiquement significatives.

BIBLIOGRAFIE

1. NECRASOV OLGA, MARIA DANIELESCU, ANA-CEZARINA BĂLȚEANU, GEORGETA MIU, *Unele caracteristici hematotipice la două populații din Delta Dunării (grindul Letea)*, St. cerc. de antropol., 1976, 13, p. 33-39.
2. NECRASOV OLGA, BOTEZATU D., IACOB MARIA, *Considérations sur la répartition des groupés sanguins du système*, Ann. roum. anthropol., 1967, 4, p. 17-32.
3. TIBERA-DUMITRU MARIA, *Distribuția grupelor sanguine OAB la români*, Probl. antropol., 1963, vol. VII, p. 139-144.
4. VLĂDESCU MARIA, IRINA POPESCU, DAN CIOTARU, VICTOR SĂHLEANU, *Sistemul OAB la populația din Muntenia*, St. cerc. de antropol., 1996, 33, p. 21-28.

Primit în redacție
la 12 mai 1997.

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

ASPECTE PRIVIND VARIABILITATEA RAPORTULUI STATURO-PONDERAL LA POPULAȚIILE DIN SATELE FĂRĂOANI ȘI PRĂJEȘTI (JUD. BACĂU)

MARIA ȘTIRBU, PETRU CANTEMIR, ANA-CEZARINA BĂLTEANU

Cercetările antropologice complexe asupra populațiilor din satele Fărăoani și Prăjești includ și studiul raportului staturo-ponderal, parametru care este în măsură să ne furnizeze informații atât asupra aspectului fizic, cât și asupra stării de sănătate.

MATERIAL ȘI METODĂ DE LUCRU

Materialul care face obiectul lucrării este constituit dintr-un număr de 391 de subiecți, 220 din Fărăoani (103 bărbați și 117 femei) și 171 din Prăjești (66 bărbați și 105 femei), a căror vârstă este cuprinsă între 20 și 60 de ani.

Raportul staturo-ponderal a fost evaluat atât pe baza formulei Broca, cât și pe baza indicelui Rohrer. Pentru fiecare subiect s-a calculat valoarea indicelui Rohrer, pe de o parte, iar pe de altă parte, greutatea ideală și abaterile față de aceasta în valoare absolută și relativă, conform formulei Broca.

În tabelul nr. 1 am înscris frecvența subiecților cu greutate normală, precum și a celor cu deficit sau exces de greutate, exprimat în procente, iar în tabelul nr. 2 am înregistrat repartiția pe categorii a valorilor indicelui Rohrer, conform scării clasice Martin – Saller.

Tabelul nr. 1

Frecvența subiecților normoponderali, precum și a celor cu deficit și exces de greutate la populațiile de la Fărăoani și Prăjești (jud. Bacău), comparativ cu populațiile de la Săbăoani și Gherăești (jud. Neamț), după formula Broca

Categorie ponderală	Bărbați											
	Seriile din satele					Seriile din satele						
	Fărăoani		Prăjești		Total	Total		Gherăești		Săbăoani		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Subponderali	21	20,39	15	22,73	36	21,30	53	25,72	26	26,80	27	24,77
Normoponderali	60	58,25	47	71,21	107	63,31	127	61,65	62	63,91	65	59,63
Supraponderali	12	11,65	3	4,55	15	8,87	14	6,79	5	5,15	9	8,25
Obezi	10	9,71	1	1,51	11	6,50	12	5,82	4	4,12	8	7,34
Supraponderali + obezi	22	21,36	4	6,06	26	15,38	26	12,62	9	9,27	17	15,59

Femei												
Subponderali	13	11,11	9	8,57	22	9,90	11	5,02	6	5,94	5	4,23
Normoponderali	36	30,77	54	51,43	90	40,54	69	31,50	29	28,71	40	33,80
Supraponderali	25	21,37	23	21,90	48	21,62	43	19,63	23	22,77	20	16,95
Obezi	43	36,75	19	18,09	62	27,92	96	43,83	43	42,57	53	44,91
Supraponderali + obezi	68	58,12	42	39,99	110	49,54	139	63,47	66	65,34	73	61,86

Tabelul nr. 2

Repartiția pe categorii a valorilor indicelui Rohrer (scara Martin Saller),
la populațiile din Fărăoani și Prăjești, comparativ cu cele din Gherăești și Săbăoani

Categorია	Bărbați											
	Seria din satele				Seria din satele							
	Fărăoani		Prăjești		Total		Total		Gherăești		Săbăoani	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
X - 11,9 Hipoeutrofic	8	7,77	4	6,06	12	7,10	28	13,59	13	13,40	15	13,76
12 - 13,4 Subeutrofic	33	32,04	22	33,33	55	32,54	66	32,03	30	30,92	36	33,02
13,5 - 15,4 Eutrofic	34	33,01	32	48,48	66	39,05	72	34,95	37	38,14	35	32,11
15,5 - 16,9 Supraeutrofic	13	12,62	7	10,61	20	11,83	20	9,70	10	10,31	10	9,17
17 - X Hipeeutrofic	15	14,56	1	1,51	16	9,46	20	9,70	7	7,21	13	11,92

Femei												
X - 11,9 Hipoeutrofic	5	4,27	2	1,90	7	3,15	4	1,82	2	1,98	2	1,69
12 - 13,4 Subeutrofic	12	10,26	10	9,52	22	9,90	18	8,22	6	5,94	12	10,17
13,5 - 15,4 Eutrofic	17	14,53	40	38,09	57	25,67	37	16,89	18	17,82	19	16,10
15,5 - 16,9 Supraeutrofic	22	18,80	18	17,14	40	18,01	35	15,98	17	16,83	18	15,25
17 - X Hipeeutrofic	61	52,14	35	33,33	96	43,24	125	57,07	58	57,42	67	56,78

REZULTATE

Simpla citire a cifrelor înscrise în tabelul nr. 1 ne arată că, la fel ca la toate populațiile din mediul rural studiate, seriile masculine sunt mai echilibrate din

punct de vedere staturο-ponderal decăt cele feminine, dar în același timp populația de ambele sexe din Prăjești este mai echilibrată decăt cea din Fărăoani. Astfel, din analiza comparativă a seriilor masculine din cele două comunități reiese că mai mult de jumătate din subiecți sunt normoponderali la Fărăoani, în timp ce la Prăjești frecvența acestora este majoritară.

Frecvența subiecților cu deficit de greutate este ușor inferioară la Fărăoani, față de Prăjești, dar cea a subiecților cu exces de greutate este net superioară în primul sat, față de cel de al doilea. De remarcat că, în timp ce la seria de la Prăjești majoritatea subiecților subponderali (15,15%) se încadrează în categoria cu deficit ușor de greutate, la seria de la Fărăoani jumătate din subiecți (10,68%) se situează în categoria cu deficit mic de greutate, iar cealaltă jumătate în categoriile cu deficit mai mare.

În ceea ce privește subiecții cu surplus de greutate, în timp ce la seria de la Prăjești doar 1,51% depășesc categoria supraponderală, situându-se în categoria cu obezitate ușoară (depășirea fiind între 21 și 25%), la seria de la Fărăoani subiecții obezi sunt în proporție de 9,7% din care 7,76% se încadrează în categoria cu obezitate ușoară, iar 1,94% în categoria cu obezitate medie (depășirea greutății ideale fiind cuprinsă la aceștia din urmă între 31 și 35%).

Diferențe importante în ceea ce privește raportul staturο-ponderal se constată și pentru seriile feminine.

Astfel, dacă la Prăjești aproximativ jumătate din subiecți sunt normoponderali, la Fărăoani procentul acestora reprezintă circa o treime din totalul subiecților. Rezultă astfel, că în timp ce la seria de la Prăjești primul loc ca frecvență îl ocupă subiecții normoponderali, la seria de la Fărăoani acesta este deținut de subiecții cu exces de greutate (58,12%). Remarcăm, de asemenea, că frecvența supraponderalilor este practic egală la cele două serii, dar frecvența obezilor este dublă la Fărăoani față de Prăjești. Mai mult, în timp ce la seria de la Prăjești 12,38% dintre subiecții obezi se înscriu în categoria cu obezitate ușoară și doar 5,70% în categoria cu obezitate medie, la seria de la Fărăoani subiecții cu obezitate ușoară sunt în proporție de 23%, iar cei cu obezitate medie în proporție de 12%, la care se mai adaugă și un procent de 1,71% cu obezitate accentuată.

Subiecții cu deficit de greutate ocupă ca frecvență la ambele serii locul al treilea, dar procentul este ușor mai ridicat (cu circa 3%) tot la seria de la Fărăoani.

În ceea ce privește diferențele sexuale, ele sunt foarte evidente în ambele comunități, dar pentru unele categorii ponderale sunt mai ample la populația de la Fărăoani (categoriile de normoponderali și cu exces de greutate), iar pentru altele la populația de la Prăjești (categoria cu deficit de greutate). La ambele populații însă frecvența normoponderalilor, ca și cea a subiecților cu deficit de greutate este cu mult mai redusă la femei decăt la bărbați, în timp ce frecvența supraponderalilor, dar mai ales a obezilor, este foarte ridicată la primele față de a doua grupă.

Analiza raportului staturο-ponderal pe baza valorilor indicelui Rohrer ne subliniază, cu mici diferențe de detaliu o situație aproximativ similară cu cea constatată pe baza formulei Broca.

Într-adevăr, dacă ne referim mai întâi la seriile masculine se constată că frecvența subiecților eutrofici este cu circa 13% mai mare la Prăjești decât la Fărăoani, în timp ce frecvența subiecților cu surplus de greutate este mai mare cu circa 15% în cel de-al doilea sat față de primul. Frecvența subiecților cu deficit de greutate înregistrează procente egale în ambele serii. Rezultă deci că procentul mai ridicat de eutrofici la seria de la Prăjești s-a realizat pe seama proporției mai reduse de subiecți cu surplus de greutate. De altfel, trebuie să remarcăm că în timp ce la seria de la Prăjești majoritatea subiecților cu surplus de greutate se încadrează în limitele categoriei supraeutrofică, doar 1,51% sunt hipereutrofici, la seria de la Fărăoani mai mult de jumătate din subiecții cu surplus de greutate se înscriu în categoria hipereutrofică.

În ceea ce privește subiecții cu deficit de greutate, la ambele serii marea majoritate se înscriu în limitele categoriei subeutrofică (cu deficit ușor de greutate).

La seriile feminine diferențe foarte importante se constată în special la nivelul categoriilor eutrofică și hipereutrofică. În adevăr, în timp ce frecvența subiecților eutrofici este cu 23,56% mai mică la seria de la Fărăoani față de cea de la Prăjești, frecvența subiecților hipereutrofici este cu 18,81% mai mare în primul sat față de cel de al doilea. Și la nivelul celorlalte categorii se constată diferențe, dar acestea sunt mici de circa 1-2 procente, însă întotdeauna frecvențele sunt ușor mai ridicate la seria de la Fărăoani.

În ceea ce privește diferențele sexuale și valorile indicelui Rohrer, ca și cele obținute pe baza formulei Broca, se subliniază că populațiile masculine sunt cu mult mai echilibrate din punct de vedere al raportului staturο-ponderal, comparativ cu cele feminine. Diferențele între cele două sexe sunt, în general, ușor mai mari la populația din Fărăoani, față de cea de la Prăjești.

Comparând rezultatele obținute pentru seriile noastre de confesiune catolică cu cele obținute pentru seriile de aceeași confesiune de la Săbăoani și Gherăești, se constată, așa cum rezultă din cifrele înscrise în tabelele nr. 1 și 2, că populația de la Prăjești, de ambele sexe, este cea care se diferențiază mai amplu. Dacă analizăm însă rezultatele obținute pe ansamblul seriilor de comparație, la populațiile masculine diferențele se reduc, fiind de maximum 4,5 procente, în timp ce la seriile feminine se mențin destul de ridicate. Într-adevăr, la acestea din urmă diferențele oscilează între circa 2% și circa 15%. Diferența de 15% se înregistrează între categoriile de subiecți obezi, obezitatea mai accentuată fiind înscrisă la seriile de comparație.

CONCLUZII

Trebuie să reținem, în concluzie, că raportul staturο-ponderal, la seriile masculine, se înscrie în medie, după formula Broca în limitele categoriei normale.

Greutatea medie se abate față de greutatea ideală, la seria masculină din Fărăoani în plus cu 2,03%, iar la seria de la Prăjești în minus cu 1,67%. Prin valorile medii ale indicelui Rohrer, ambele serii se încadrează în limitele categoriei eutrofice. Trebuie totuși să menționăm că valoarea medie a indicelui Rohrer de 13,89 la seria de la Prăjești plasează populația din această comunitate spre limita inferioară a categoriei, în timp ce seria de la Fărăoani cu un indice de 14,49 se situează în centrul categoriei.

Seriile feminine din cele două comunități, prin valoarea medie a greutății raportată la statura medie atât după formula Broca, cât și după indicele Rohrer, se încadrează în categorii diferite. Astfel, în timp ce seria de la Prăjești se situează la limita superioară a categoriei normale, după formula Broca (greutatea medie depășește greutatea ideală cu 10,03%) și aproape de limita superioară a categoriei supraeutrofice, după valoarea indicelui Rohrer (16,31), seria de la Fărăoani se situează în centrul categoriei supraponderale (greutatea ideală este depășită cu 15,68%) și spre limita inferioară a categoriei hipereutrofice (17,39).

Comparativ cu seriile de la Săbăoani și Gherăești, în medie, seriile noastre masculine se diferențiază mai puțin decât cele feminine. Astfel, bărbații de la Fărăoani și Prăjești prin valorile medii ale indicelui Rohrer, ușor inferioare sau superioare celor deținute de seriile de la Săbăoani și Gherăești, se încadrează ca și aceștia în limitele categoriei eutrofice.

Conform formulei Broca însă, în timp ce greutatea medie în raport cu statura medie este ideală la seriile de comparație, la seriile noastre este normală, abătându-se ușor în plus sau în minus față de greutatea ideală.

La populațiile feminine în timp ce seriile noastre se încadrează, în medie, conform formulei Broca, la limita superioară a categoriei normale, sau în centrul categoriei supraponderale, seriile de comparație se situează spre limita superioară a categoriei supraponderale. În ceea ce privește valorile medii ale indicelui Rohrer, seriile noastre se încadrează la limita superioară a categoriei supraeutrofice, sau la limita inferioară a celei hipereutrofice, în timp ce seriile de comparație sunt destul de accentuat hipereutrofice.

În final, remarcăm că variabilitatea raportului staturo-ponderal la populațiile de confesiune catolică luate de noi în studiu nu se diferențiază cu nimic de cea constatată în alte populații din Moldova sau alte zone ale țării.

Aspects concernant la variabilité du rapport staturo-pondéral chez les populations du Fărăoani et Prăjești (département Bacău)

RÉSUMÉ

Les auteurs présentent la variabilité du rapport staturo-pondéral chez deux populations de confession catholique de la Moldavie.

D'après la méthode Broca et de l'indice Rohrer il résulte que la population du village Prăjești des deux sexes est mieux équilibrée que celle du village Fărăoani et en même temps les séries

masculines des deux villages offrent un rapport statur pondéral mieux équilibré (58,25% à Fărăoani et 71,21% à Prăjești normopondéraux) que les séries féminines (30,77% et respectivement 51,43%).

En comparaison avec les autres populations de la Moldavie, de même confession, étudiées jusqu'à présent – Săbăoani et Gherăești – on peut conclure que seulement la population de Fărăoani s'approche, de ce point de vue, de ces deux populations, caractérisées, par une surpondéralité plus fréquente que celle rencontrée à Prăjești.

BIBLIOGRAFIE

1. BOUR H., *Obésité: Quelques données générales*, Rev. Prat., 1976.
2. CRISTESCU MARIA, ADRIANA TUDOSE, MARIA ȘTIRBU, ANA ȚARCĂ, *Considérations sur le rapport statur pondéral chez les ouvrières qui travaillent dans les fabriques chimiques en comparaison avec une population rurale*, Ann. roum. anthropol., 1991, 28, p. 21-25.
3. LACATÎS D., CREȚEANU GH., *Obezitatea*, Edit. Junimea, Iași, 1978.
4. MINCU I., HÂNCU N., *Lipidologia clinică II*, Edit. Medicală, București, 1983.
5. PAVEL I., SDRÖBICI D., *Obezitatea boală cu extindere în masă*, Edit. Academiei Române, București, 1970.
6. ȘTIRBU MARIA, *La prévalance de l' obésité dans quelques populations de Moldavie*, Ann. roum. anthropol., 1984, 21, p. 45-50.
7. ȘTIRBU MARIA, *Evoluția cu vârsta a raportului statur pondéral la două populații provenite din două zone diferite ale Moldovei (țara Dornelor și Valea Trotușului)*, St. cerc. antropol., 1983, 20, p. 35-45.
8. ȘTIRBU MARIA, ANA-CEZARINA BĂLTEANU, GEORGETA MIU, *Variabilitatea raportului statur pondéral și a obezității la unele populații din Moldova*, St. cerc. antropol., 1995, 32, p. 37-41.
9. VLĂDESCU MARIA, *Data on the Rohrer index in the Romanians*, Ann. roum. anthropol., 1980, 17, p. 21-27.

Primit în redacție
la 12 mai 1997.

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

CARACTERIZAREA ANTROPOLOGICĂ A FEMEILOR DIN AȘEZAREA COMPACTĂ DE RUDARI DE LA PRUNDU (JUD. TELEORMAN)

MARIA VLĂDESCU, IRINA POPESCU

Întrucât în studiul despre bărbații rudari, publicat în anul 1995 (6), nu am analizat datele și din perspectiva dimorfismului sexual, prezentăm acum specificul antropologic al femeilor.

PRECIZĂRI METODOLOGICE

Subliniem, dintru început, că este vorba de date antropometrice unitare, pentru ambele sexe, atât din punct de vedere al naturii caracterelor (cefal-faciale și corporale), cât și al metodologiilor cu care au fost prelevate în teren sau analizate statistico-matematic (4) (5).

Cercetarea se întemeiază pe 17 dimensiuni, 13 indici și 2 pigmentații (iris și păr). Variabilitatea lor antropometrică am ilustrat-o în mod diferit: fie sub formă de tabele, fie sub formă de figuri cu morfograme taxonomice (3), antropometrograme constituționale (1) și clasificări pe categorii procentuale.

Amintim, de asemenea, că analiza de tip Mahalanobis nu s-a efectuat și pe eșantionul de femei. În loc, la acestea, am introdus un alt aspect reprezentând energia dimorfică (2) evaluată după formula $ED = \frac{\bar{x}_f}{\bar{x}_m} \cdot 100$ și care nu este

altceva decât modalitatea de evaluare procentuală a cuantumurilor de diferențiere sexuală.

În sfârșit, ar mai fi de precizat că, pentru cei interesați, studiul despre bărbați (6) începe cu o introducere largă cu privire la istoricul acestui grup etnic, printre populațiile românești, cât și date despre vechimea așezării.

REZULTATE ȘI COMENTARII

Au fost cercetate 92 de femei în limitele de vârstă 20–60 de ani reprezentând, exhaustiv, populația matură a comunității.

Rudarii sunt un grup etnic cu particularități subrasiale bine precizate. Pentru a caracteriza femeile, ca și în cazul populației masculine (6) (7), am recurs la comparația cu eșantionul de același sex din Suhaia, sat amplasat într-un areal geografic învecinat.

1. Caracterizarea cefalo-facială

Cum se observă din figura 1, calota cefalică a femeilor de la Prundu, exprimată prin dimensiunile g-op, eu-eu și t-v, descrie o formă care este imaginea răsturnată a femeilor românce de la Suhaia. Rudăritele au capul lung, mijlociu de lat (chiar cu tendință spre îngust) și mijlociu de înalt. Diferențe există, de asemenea și în ceea ce privește lățimea frunții. Diagnoza taxonomică de factură mediteranoid-orientală, atribuită bărbaților, apare și la femei. Acest specific este expresiv mai ales prin calotă care are o formă mult mai rar întâlnită în populațiile românești de astăzi, intens supuse procesului de brahicefalizare. Astfel, în timp ce femeile de la Suhaia au calota la limita cu hiperbrahicefalia, la Prundu ea se situează cu 6 u.i. mai jos, fiind numai mezocefală. Deși mai mici, diferențe de formă există și în privința i.v.l. (tabelul nr. 1).

Tabelul nr. 1

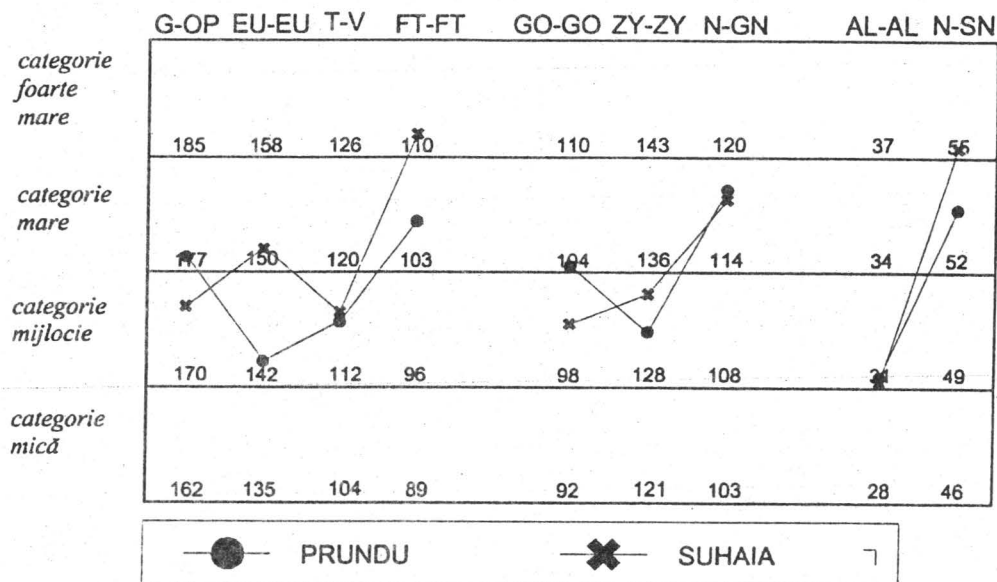
Variabilitatea comparativă a caracterelor antropometrice cefalo-faciale

Caractere	PRUNDU					SUHAIA					±DIF.	TEST
	N	X	σ	$\pm m$	C.V.	N	X	σ	$\pm m$	C.V.		
g-op	84	179,08	5,25	0,57	2,93	91	174,98	5,01	0,53	2,86	4,10	5,32
eu-eu	84	143,85	4,14	0,45	2,88	91	151,66	5,82	0,61	3,84	7,81	10,25
t-v	84	116,61	4,43	0,48	3,79	91	117,29	3,88	0,41	3,31	0,68	1,08
ft-ft	84	106,11	4,11	0,45	2,87	91	111,41	6,88	0,72	6,18	5,30	6,24
zy-zy	84	131,93	4,70	0,51	3,56	91	134,55	4,68	0,49	3,48	2,62	3,69
go-go	84	104,33	4,43	0,48	4,25	91	101,37	4,85	0,51	4,78	2,96	4,22
n-gn	84	118,33	5,51	0,60	4,66	91	117,80	5,61	0,59	4,76	0,53	0,63
n-sn	84	53,64	3,65	0,40	6,80	91	55,25	3,42	0,36	6,19	1,61	2,98
al-al	84	31,29	2,12	0,23	6,77	91	31,16	1,94	0,20	6,23	0,13	0,43
i.c.	84	80,37	2,68	0,29	3,33	92	86,72	3,64	0,38	4,20	6,35	13,80
i.v.l.	84	65,14	2,42	0,26	3,72	92	67,07	2,60	0,27	3,88	1,93	5,22
i.v.t.	84	81,09	2,77	0,30	2,42	92	77,41	3,00	0,31	3,88	3,68	8,36
i.p.z.	84	91,73	2,63	0,29	2,87	92	88,78	2,94	0,51	3,31	2,95	5,14
i.f.zy	84	80,47	2,82	0,30	3,50	92	82,84	4,92	0,51	5,94	2,37	4,02
i.g.z.	84	79,13	3,29	0,36	4,16	92	75,38	3,33	0,35	4,42	3,75	7,50
i.f.	84	89,80	5,10	0,56	5,68	82	87,61	4,42	0,46	5,04	2,19	3,04
i.n.	84	58,62	6,03	0,66	10,29	92	56,59	4,64	0,48	8,20	2,03	2,48

Pentru segmentul facial ar fi de subliniat, la populația feminină de rudari, mandibula mai lată și nasul mai scund. Conformativ, variabilitatea este încă și mai

relaxată fața fiind, fizionomic vorbind, relativ mai îngustă prin i.f.z., mai lată prin i.z.m., mai înaltă prin i.f. și cu piramidă nazală mai scundă prin i.n. (fig. 1, tabelul nr. 1).

dimensiuni



indici

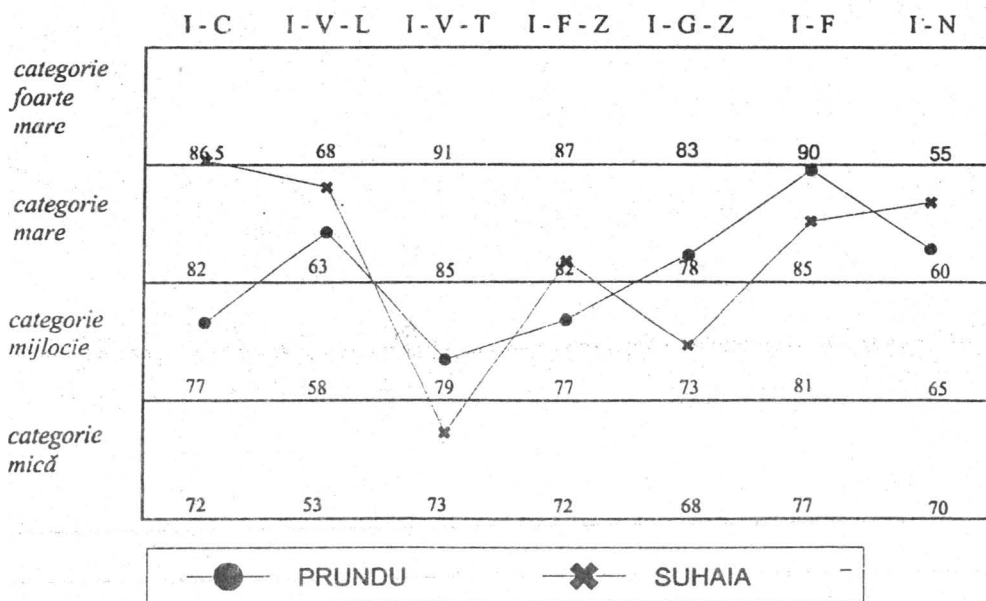


Fig. 1 – Morfograma taxonomică - femei.

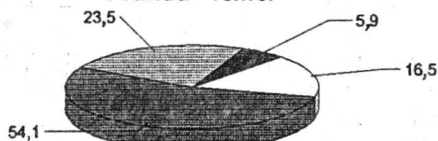
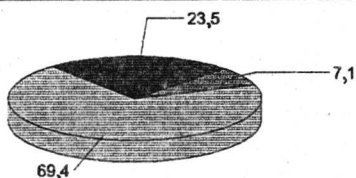
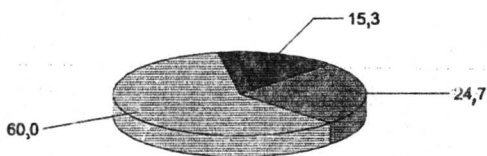
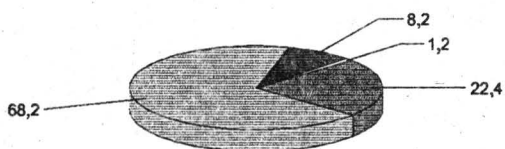
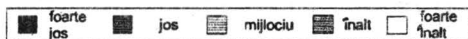
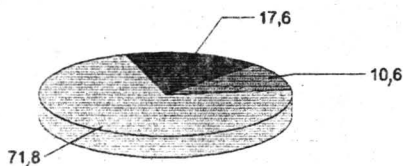
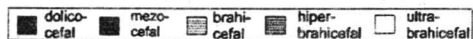
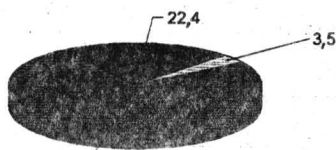
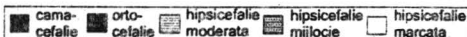
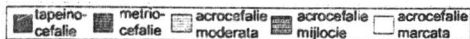
Prundu - femei**G-OP****EU-EU****T-V****I. C.****I. V. L.****I. V. T.**

Fig. 2 – Repartiția procentuală pe categorii a caracterelor dimensionale și conformative cefalice.

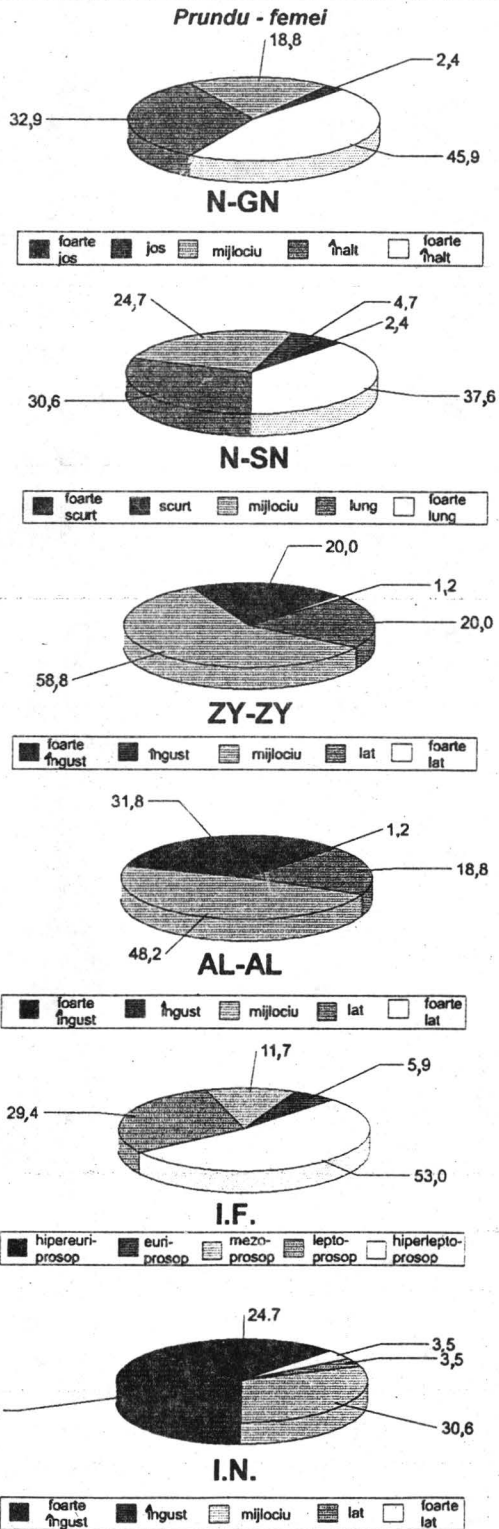


Fig. 3 – Repartiția procentuală pe categorii a caracterelor dimensionale și conformative faciale.

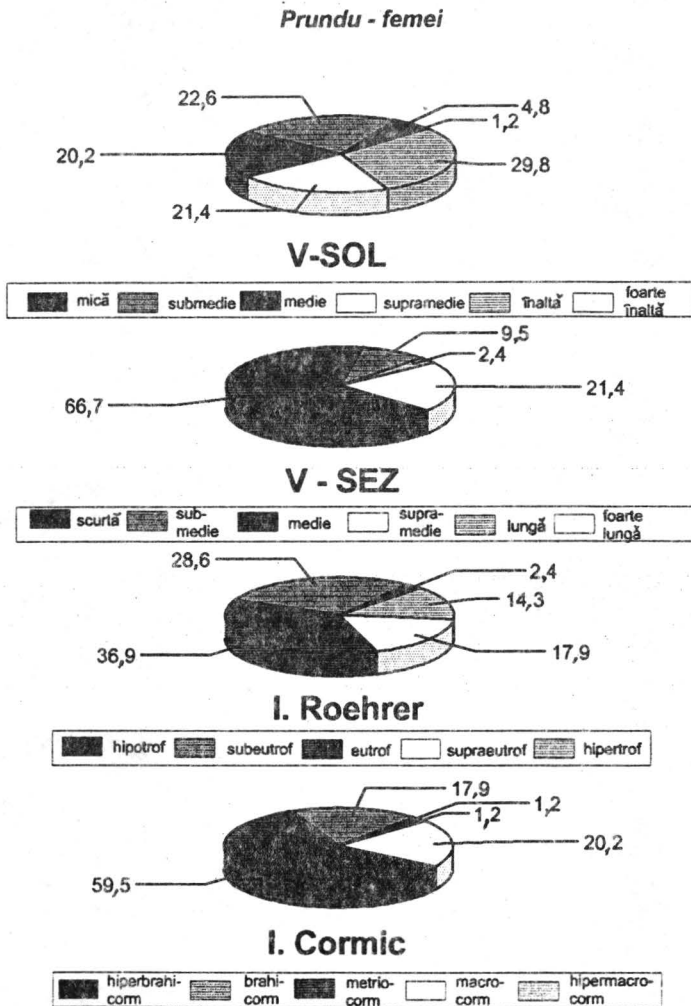


Fig. 4 – Repartiția procentuală pe categorii a caracterelor dimensionale și conformativ corporeale.

În acord cu specificul taxonomic menționat apare și pigmentația la care, în proporție >80% predomină părul negru și în proporție >90% predomină ochii căprui. Conform scărilor de clasificare Martin-Schultz, respectiv Fischer-Saller (4), populația de rudari, din cercetarea noastră, spre deosebire de alte populații cu pigmentație închisă, se concentrează armonnic spre extremele unde se află nuanțele cele mai închise, iar tipurile blonde nu apar decât excepțional (figura 5).

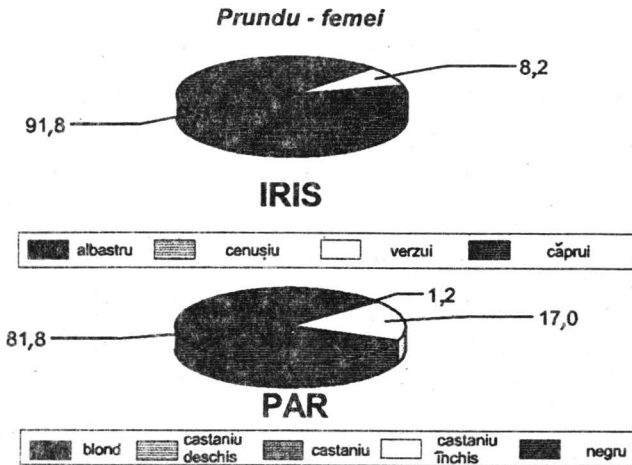


Fig. 5 – Repartiția procentuală pe categorii a pigmentației.

Încheiem descrierea segmentului cefalo-facial cu analiza clasificării caracterelor pe categorii de mărime și formă (figurile 2 și 3). Din acest punct de vedere se pot distinge trei modele, după cum urmează: 1. caractere la care clasa medie cumulează cele mai mari frecvențe (eu-eu, t-v, zy-zy, al-al, i.c., i.v.t.); 2. caractere la care mai bine reprezentate sunt plus-variantele (g-op, n-gn, n-sn, i.v.l., i.f., i.n.); 3. incidente care să se grupeze dominant în categoria minus-variantelor lipsesc, dar nu putem să nu subliniem că, din populația feminină, circa 25% apar cu calota îngustată și totodată înaltă, circa 33% au fața scundă și că 20% se prezintă cu fața lată.

2. Caracterizare constituțională

2.1. Atât statura, cât și bustul au valori medii de categorie mijlocie (156 cm, respectiv 83 cm). În repartiția procentuală pe categorii apar însă diferențe și ele sunt consecința variantei căreia îi aparțin. La bust, tipurile înalte lipsesc, întrucât valoarea centrală este de categorie submijlocie. La statură, însă, plasarea aceluiași tip de valoare la limita mijlociu/supramijlocie, face ca variabilitatea să se orienteze spre plus-variante, în același timp și bine reprezentate (30% femei înalte).

Proporțiile corporale, așa cum sunt ele reflectate de cei doi indici constituționali, indică o mai mare afinitate tot pentru clasele medii (eutrofie în i.R. și metriocormie în i.Cr.). Paralelismul poate fi dus și mai departe întrucât se echilibrează, pe de o parte constituțiile cu deficit și suprapondere iar, pe de alta, cele brahi- și macrocorme (tabelul nr. 2; figura 4).

Tabelul nr. 2

Variabilitatea comparativă a caracterelor antropometrice constituționale

Caractere	PRUNDU					SUHAIA					±DIF.	TEST
	N	X	σ	$\pm m$	C.V.	N	X	σ	$\pm m$	C.V.		
v-sol	84	1559,57	47,89	5,22	3,07	91	1566,15	52,22	5,48	3,33	6,58	0,87
v-sez	84	830,33	26,70	2,91	3,22	91	841,90	30,26	3,18	3,59	11,57	2,68
l.m.i.	84	729,24	34,59	3,77	4,74	91	724,25	54,44	5,71	7,52	4,99	0,73
pondere	84	55,80	8,24	0,90	14,77	91	57,80	8,01	0,84	13,86	2,00	1,63
dap-tor	84	186,35	12,04	1,31	6,46	91	186,45	16,52	1,73	8,86	0,10	0,04
a-a	84	356,89	14,42	1,57	4,04	91	348,04	16,55	1,73	4,76	8,85	3,80
ic-ic	84	275,18	21,64	2,36	7,86	91	277,62	18,02	1,90	6,49	2,44	0,81
circ.tor	84	846,44	54,46	5,94	6,43	91	846,05	58,46	6,13	6,91	0,39	0,05
circ.abd.	83	717,82	68,58	7,48	9,55	91	735,52	74,60	7,83	10,14	17,70	1,64
ind.skelic	84	87,88	4,42	0,48	5,03	91	86,22	8,19	0,86	9,50	1,66	1,67
ind.rochrer	84	1,47	0,18	0,02	12,24	91	1,51	0,22	0,02	14,57	0,04	2,00
ind.cornic	84	53,25	1,28	0,14	2,40	92	53,80	2,33	0,24	4,33	0,55	1,96
ind.ic/a	84	77,11	5,27	0,58	6,83	90	79,88	5,09	0,54	6,37	2,77	3,50

2.2. Proiectând, pe GG al populației feminine de românce din Muntenia, valorile BB caracteristice femeilor de rudari, obținem, pe grupe de dimensiuni, următoarele formule parțiale :

$$A - 1/4 - 2 \ 1/4 \quad Lo$$

$$B + 1/2 - \ 1/4 - 1/2 \ Lo \ Lo$$

$$C - 3/4 + \ 1/2 - 1/2 \ Lo =$$

$$D - 1/2 - 1 \ 1/2 - \quad Lo$$

Descifrându-le, desprindem trei aspecte caracteristice constituției feminine: 1. este micromorfă pentru că 8 dimensiuni se dispun sub nivelul tipului BB din Muntenia; 2. este longilină pentru că 5 deviații sunt de factură Lo și nici o deviație

nu este de factură Br.; 3. este armonică pentru că toate abaterile, în plus sau în minus, pe GG, nu sunt $>2 \frac{1}{2}$ Gd.(figura 6) (1).

Figura nr. 6

Graficul general al populației feminine din Muntenia (Antropometrograma constituțională).
Statura X = 1561; s = 56; raport fundamental = 1,12

Grade	St.	Pond	L.m.i.	St. sez.	Sst. sez.	Dap. tor.	A - A	IC-IC	Pm. to.	Pm. Ab.	
RMa	+5	1729	66	805	944	615	213	393	315	968	844
	+4	1695,4	64,6	787,8	923,8	601,8	208,4	384,6	308,2	947,2	825,8
	+3	1661,8	63,2	770,6	903,6	588,6	203,8	376,2	301,4	926,4	807,6
	+2	1628,2	61,8	753,4	883,4	575,4	199,2	367,8	294,6	905,6	789,4
	+1	1594,6	60,4	736,2	863,2	562,2	194,6	359,4	287,8	884,8	771,2
BB	1561	59	719	843	549	190	351	281	864	753	
RMi	-1	1527,4	57,6	701,8	822,8	535,8	185,4	342,6	274,2	843,2	734,8
	-2	1493,8	56,2	684,6	802,6	522,6	180,8	334,2	267,4	822,4	716,6
	-3	1460,2	54,8	667,4	782,4	509,4	176,2	325,8	260,6	801,6	698,4
	-4	1426,6	53,4	650,2	762,2	496,2	171,6	317,4	253,8	780,8	680,2
	-5	1393	52	633	742	483	167	309	247	760	662
Rma-RMi	336	14	172	202	132	46	84	68	208	182	
Gd	33,6	1,4	17,2	20,2	13,2	4,6	8,4	6,8	20,8	18,2	
		A		B		C		D			

LEGENDA:

— bazomorful caracteristic femeilor din Prundu (rudari); St. = 1560; Pond. = 56; L.m.i. = 729; St. sez. = 830; Sst. sez. = 539; Dap. tor. = 186; A -A = 357; IC - IC = 275; Pm. to. = 846; Pm. Ab. = 718.

3. Aspecte de dimorfism sexual

Modelul dimorfismului sexual al populației feminine de rudari nu se abate esențial de la modelul teoretic general stabilit pe populații românești (8). Analizând datele din tabelul nr. 3, exprimate comparativ în E.D., putem sublinia următoarele : 1. fără excepție, dimensiunile feminine (fie că sunt cefalo-faciale sau corporale) sunt mai mici decât ale bărbaților; 2. variabilitatea este mai mare prin

dimensiuni și cuantumul energiilor dimorfice oscilează între -2% pentru zy-zy și -12% pentru pondere; 3. în indici semnele algebrice nu mai sunt numai negative, ci și pozitive, deci conformații mai conturate la femei (cap mai brahicefal și relativ mai înalt, frunte mai lată în raport cu distanța bizigomatică, corpolența mai marcată, bust relativ mai înalt și bazin relativ mai lat); 4. în general, variabilitatea facială este mai mare decât cea a calotei (fapt foarte important în identificarea fizionomiilor la prima vedere), iar variabilitatea constituțională (la ambele sexe de tendință longilină) mai mare decât cea cefalo-facială.

Tabelul nr.3

Valorile E.D.

Caractere cefalo-faciale	Femei	Bărbați	E.D.	Caractere corporale	Femei	Bărbați	E.D.
	X	X			X	X	
g-op	179,08	189,30	94,60	v-sol	1559,57	1685,49	92,53
eu-cu	143,85	150,40	95,64	v-șez	830,33	880,51	94,30
t-v	116,61	122,10	95,50	l.m.i.	729,24	804,99	90,59
ft-ft	106,11	108,50	97,80	pondere	55,80	63,63	87,69
zy-zy	131,93	140,60	93,83	a-a	356,89	397,64	89,75
go-go	104,33	113,70	91,76	ic-ic	275,18	279,57	98,43
n-gn	118,33	129,40	91,45	circ.tor.	846,44	906,79	93,34
n-sn	53,64	56,80	94,44	circ.abd.	717,82	789,12	90,97
al-al	31,29	34,80	89,91	i.skelic	87,88	91,58	95,96
i.c.	80,37	79,50	101,09	i.Roehrer	1,47	1,33	110,53
i.v.l.	65,14	64,60	100,84	i.comic	53,25	52,25	101,91
i.v.t.	81,09	81,30	99,74	i.ic/a	77,11	70,34	109,62
i.ft/zy	80,47	77,20	104,24				
i.f.	89,80	92,10	97,61				
i.n.	58,62	61,50	95,32				

CONCLUZII

Că populația feminină de rudari este bine conturată din punct de vedere taxonomic și în multe aspecte categoric diferită de cea românească, o demonstrează valoarea testelor "t-student".

Dacă luăm drept argument frecvența semnificațiilor și mărimea lor, atunci un rol important în diferențierea tipologiilor revine, în primul rând, segmentului cefalo-facial (tabelul nr. 1). Aici, din 17 caractere, 14 (deci, 82%) au valori care pormesc de la o limită inferioară >2 (deci, incipient semnificativă), până la o maximă >13 (deci, foarte semnificativă).

Acest fapt nu trebuie să surprindă. În identificările taxonomice, raseologii s-au folosit, în primul rând, de caracterele cefalo-faciale atât pentru determinismul lor polifactorial-ereditar mai accentuat, cât și pentru capacitatea ce o au de a exprima fizionomic-specific fenotipul (dintre caracterele corporale, a răspuns acestui deziderat, statura).

Câteva caractere, din cercetarea noastră, pentru testele lor intens semnificative, pot fi interpretate chiar ca „markeri” ai procesului de diferențiere rudari-români. Acestea sunt, în primul rând, indicii cefalic și vertico-transversal cu dimensiunea componentă eu-eu pentru calotă; indicii zigo-mandibular și zigo-frontal cu dimensiunile componente ft-ft și go-go - pentru față (tabelul nr. 1).

La caracterele corporale (mult mai mult receptive la solicitările mezologice) semnificațiile sunt mai puține (31%) și mai mici ca valoare absolută (tabelul nr. 2). Totuși, nu putem să nu subliniem că, și corporal, ele se axează pe acele trăsături care imprimă specificitatea subrasială fizionomiei constituționale (umeri mai lați, bust mai scund, corpolență mai redusă) în condițiile în care ambele populații folosesc aceeași nișă ecologică.

The anthropological profile of the female population from Prundu, a „rudari”--gypsy village (Teleorman Country)

SUMMARY

The authors present the anthropological structure of „rudari”- a Gypsy female population from Prundu village, Romania.

As in the case of the male population, (see the study published in 1995 (6)), the Gypsy female typology is well established and clearly differentiated from the Romanian population, sampled from Suhaia village, nearby. As expected, the ethnical markers are formed of cephalic and facial features and pigmentation, which are hereditarily more stable. At this level, 82% of the dimensional measurements and indices present significant values of the Student-test. The most important markers are the cephalic index and the eu-eu distance.

In the case of the body built, the influence of environment conditions is much more important. So, the differences between populations are less important, affecting the features with longilineal significance, as dimension and shape of the chest, or the Roehrer index.

Regarding the sexual dimorphism, the greatest dimorphic energies (>100) present the indices: fronto-zygomatic, cormic, Roehrer and acromio-iliac.

BIBLIOGRAFIE

1. BRIAN L., ROGGERO G., GUERA A., *Prontuario di antropometrografia sistematica*, Libr. Pauti, Genova, 1977, p. 30.
2. ENĂCHESCU TH., POP SUZANA, GEORGESCU VL., *Dimorfismul sexual al nou-născutului în relație ontogenetică cu adultul*, *Probl. Antropol.*, VII, p. 57-76.

3. GRINȚESCU-POP SUZANA, ENĂCHESCU TH., GEORGESCU VL., *Morfograma taxonomică I, Dimensiuni*, St. cerc. antropol., 1965, 2, nr. 1, p. 151-159.
4. MARTIN R., SALLER K., *Lehrbuch der Anthropologie in systematische Darstellung*, Stuttgart, 1956.
5. OLIVIER G., *Pratique anthropologique*, Paris, 1960.
6. VLĂDESCU MARIA, POPESCU IRINA, *Caracterizarea antropologică a rudarilor de la Prundu (jud. Teleorman)*, St. cerc. antropol., 1995, 32, p. 9-21.
7. VLĂDESCU MARIA, *Teză*, Univ. Iași, 1977.
8. VLĂDESCU MARIA, VULPE C., *Variabilitatea dimorfismului sexual secundar antropologic în populația Munteniei*, St. cerc. antropol., 1994, 31, p. 15-32.

Primit în redacție
la 12 mai 1997.

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

STABILIREA GRADULUI DE ASEMĂNARE GENITORI-PROGENI PRIN INVESTIGAREA CARACTERELOR DERMATOGLIFICE *

CORNELIU VULPE, IRINA POPESCU

Caracterele dermatoglifice, ca și alte trăsături morfologice, având un determinism genetic polifactorial, ne-au pus în situația de a ne întreba în ce măsură acestea se transmit de la parentali la progeni și dacă ele respectă proporțiile întâlnite la caracterele morfo-fizionomice.

Întrebarea noastră este cu atât mai justificată cu cât, încă din faza de recoltare a datelor în teren, ne-am pus problema modului de transmitere ereditară a caracterelor morfologice în ansamblu, așa că odată cu prelevarea trăsăturilor morfo-fizionomice s-a efectuat și recoltarea dermatoglifelor digito-palmare de la subiecții acelorași familii.

Într-o serie de lucrări anterioare (2, 5, 6, 7, 8, 9) am urmărit proporțiile în care se transmit caracterele morfo-fizionomice de la genitori la descendenți, obținând pe eșantioane reprezentative de copii (fete și băieți) date destul de edificatoare. Astfel, am constatat că, în medie, 5/6 din cele 97 de caractere morfo-fizionomice luate în studiu se asemănă la copii și părinți, în timp ce 1/6 din ele sunt deosebite la descendenți față de parentali, deosebiri pe care le-am pus pe seama unor ascendenți sau colaterali parentali.

Totodată, urmărind raporturile de asemănare părinți-copii, am constatat că similitudinile mamă-copil sunt, în general, apropiate ca număr de asemănările tată-copil, în timp ce caracterele comune mamă-tată-copil sunt vizibil mai numeroase.

Problema pe care ne-am pus-o în abordarea lucrării de față a fost aceea de a vedea care sunt proporțiile între asemănările și deosebirile dintre părinți și copiii acestora, având ca termen de comparație caracterele morfo-fizionomice investigate de noi anterior.

MATERIAL ȘI METODĂ

Timp de mai mulți ani s-au efectuat campanii de teren în două județe ale țării - Alba și Brașov - rezultând în final un eșantion alcătuit din 131 de familii, cu un număr de 294 copii, din care 139 de băieți și 155 de fete. Numărul localităților cercetate s-a ridicat la 7: Bucium - județul Alba, Poarta, Șimon, Sohodol, Moeciu de Sus, Moeciu de Jos, Fundata - județul Brașov.

*La prelucrarea statistică a datelor și-a adus o bună contribuție și Monica Petrescu.

De la fiecare persoană investigată s-au recoltat dermatoglifyle digito-palmare, utilizând în acest scop un rulu de cauciuc, cearneală tipografică și hârtie semivelină (câte o coală pentru fiecare mână).

La citirea dermatoglifylelor s-a apelat la notația Monique de Lestrangé (18 tipuri de desene), pentru dermatoglifylele digitale; clasificarea Cummins și Midlo (cu puncte de terminație de la 1 la 13), pentru traseul principalelor radiante palmare (A, B, C, D), precum și notațiile lui Gisela Meyer Heidenhagen pentru desenele palmare ($L^u, L^r, L^p, L^r/L^p, L^r/L^u, L^u/L^p, W, W^s, W/L^r, W/L^u, W/L^p, W^s/L^r, W^s/L^u, W^s/L^p$ și altele) și M. Weninger pentru triradiusul axial (t, t', t'', t combinat) și șanțurile de flexiune palmare (F_n, F_1, F_2, LS) (1, 3, 4).

Fiecare copil dintr-o familie a fost comparat dermatoglicic cu părinții lui obținându-se un total de 294 triplete mamă-tată-copil, iar datele rezultate pe întreg materialul au fost repartizate în funcție de asemănările mamă-copil (M), tată-copil (B), asemănări comune mamă-tată-copil (C), trăsături intermediare întâlnite la copil față de cele diametral opuse ale părinților (I), precum și trăsături deosebite la copil față de părinți (D).

Mai menționăm că pentru fiecare din cele 10 degete ale mâinilor, cât și pentru fiecare regiune palmară s-au comparat tipurile de dermatoglifye întâlnite la cei doi părinți cu cele întâlnite la fiecare copil al acestora, exact așa cum au apărut ele sub aspect fenotipic. De exemplu, tipul de desen întâlnit pe degetul I al mâinii drepte de la părinți a fost comparat cu cel întâlnit pe același deget al copilului. La fel s-a procedat și cu celelalte degete, cât și cu regiunile palmare, deși în unele cazuri am avut semnale de transmitere încrucișată a caracterelor de la mâna stângă la dreapta și invers. Se pare, de asemenea, că anumite tipuri de desene prezente la părinți dau uneori la copii alte tipuri de desene (4), dar aceste observații le vom analiza cu alt prilej.

REZULTATELE OBTINUTE

Dacă privim datele înscrise în tabelul nr. 1 apare ca frapantă apropierea până la egalitate a frecvenței cu care se transmit dermatoglifylele de la părinți la fete și băieți. Astfel, asemănările copiilor (de ambele sexe), atât cu mama, cât și cu tata se grupează, în general, în jurul frecvenței de 26% (ceva mai numeroase fiind asemănările dintre fete și mame, cu o frecvență de 29,4% stângă + dreapta). Cele mai ridicate procente le înregistrează caracterele comune părinți – copii (băieți=31,2%; fete=29,3%). Numărul caracterelor dermatoglicice deosebite la copii față de părinți este vizibil mai diminuat decât cel al asemănărilor – frecvența situându-se în jurul valorii de 15% (băieți + fete), Prezența trăsăturilor intermediare este aproape insignifiantă (0,7% la băieți și 0,8% la fete).

În privința simetriei stânga-dreapta constatăm la copiii de ambele sexe că în cazul asemănărilor cu mama apar frecvențe evident mai ridicate la mâna dreaptă (băieți=29,7%; fete=33,7%), comparativ cu stânga (băieți=22,6%; fete=25,1%), în timp ce pentru caracterele comune părinți-copii situația este inversă – mai multe dermatoglifice la stânga (băieți=36,5%; fete=30,4%) decât la dreapta (băieți=25,9%; fete=24,7%).

Tabelul nr. 1

Repartiția dermatoglifelor digitale în funcție de mână și sex

Sex	Mână	M		C		B		I		D		Nr. degete
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Băieți	d	202	29,7	176	25,9	191	28,1	5	0,7	106	15,6	680
	s	154	22,6	248	36,5	174	25,6	4	0,6	100	14,7	680
	d+s	356	26,2	424	31,2	365	26,8	9	0,7	206	15,1	1360
Fete	d	251	33,7	183	24,6	188	25,2	8	1,1	115	15,4	745
	s	187	25,1	227	30,5	195	26,2	8	1,1	128	17,2	745
	d+s	438	29,4	410	27,5	383	25,7	16	1,1	243	16,3	1490
Băieți + fete		794	27,9	834	29,3	748	26,2	24	0,8	449	15,8	2850

La asemănările dintre copii și tați se observă, atât la băieți, cât și la fete o apropiere evidentă între frecvențele de la mâna dreaptă și cele de la stânga, valorile oscilând între 25 și 28%. Ca și la asemănările cu tata, la caracterele divergente vom evidenția aceeași apropiere a frecvențelor între stânga și dreapta, cifrele variind de la 14 la 16 procente. Trăsăturile intermediare indică raporturi de egalitate între stânga și dreapta (băieți = 0,6-0,7%; fete = 1,1-1,1%).

Repartiția desenelor digitale potrivit tabelului nr. 2 arată că:

- cele mai scăzute caractere comune mamă – tată – copil le înregistrează degetul II de la ambele mâini, atât la băieți, cât și la fete, cu frecvențe cuprinse între 6,0 și 13,2%;
- indiferent de mână și sex cele mai numeroase caractere comune se găsesc pe degetul V, unde frecvențele oscilează între 44,3 și 61,8%;
- pe același deget V al ambelor mâini întâlnim, în general, la toți copiii mai puține asemănări mamă – copil și tată – copil. Cu excepția numărului de asemănări mamă-copil pus în evidență pe degetul V al mâinii drepte de la băieți și fete, în rest celelalte frecvențe se înscriu în limitele de variabilitate cuprinse între 14,0 și 16,8%;

Tabelul nr. 2

Exprimarea asemănarilor părinți - copii prin raportarea dermatoglifelor la fiecare deget al mâinii

Sex	Mâna	Deget	M		C		B		I		D		Nr.
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	degete
Băieți	Dreapta	I	40	29,4	30	22,1	47	34,6	1	0,7	18	13,2	136
		II	45	33,1	11	8,1	49	36,0	3	2,2	28	20,6	136
		III	42	30,9	46	33,8	27	19,9	-	-	21	15,4	136
		IV	45	33,1	17	12,5	49	36,0	1	0,7	29	17,6	136
		V	30	22,1	72	52,9	19	14,0	-	-	15	11,0	136
	Stânga	I	32	23,5	54	39,7	33	24,3	1	0,7	16	11,8	136
		II	38	27,9	18	13,2	53	39,0	2	1,5	25	18,4	136
		III	32	23,5	50	36,8	29	21,3	-	-	25	18,4	136
		IV	33	24,3	42	30,9	37	27,2	-	-	24	17,6	136
		V	19	14,0	84	61,8	22	16,2	1	0,7	10	7,4	136
Fete	Dreapta	I	56	37,6	29	19,5	41	27,5	2	1,3	21	14,1	149
		II	58	38,9	9	6,0	43	28,9	4	2,7	35	23,5	149
		III	44	29,5	51	34,2	32	21,5	1	0,7	21	14,1	149
		IV	46	30,9	28	18,8	50	33,5	-	-	25	16,8	149
		V	47	31,5	66	44,3	22	14,8	1	0,7	13	8,7	149
	Stânga	I	48	32,2	45	30,2	40	26,8	2	1,3	14	9,4	149
		II	56	37,6	11	7,4	45	30,2	5	3,4	32	21,5	149
		III	25	16,8	44	29,5	41	27,5	-	-	39	26,2	149
		IV	37	24,8	40	26,8	44	29,5	-	-	28	18,8	149
		V	21	14,1	87	58,4	25	16,8	1	0,7	15	10,0	149

- în privința asemănărilor tată – copil și mamă – copil există o tendință de cantonare a frecvențelor mai crescute la degetele II și IV, atât la stânga, cât și la dreapta copiilor de ambele sexe, dar nu sunt de neglijat nici procentele înregistrate pentru degetele I și III;
- numărul cel mai ridicat de trăsături divergente se întâlnesc pe degetul II de la mâna stângă și dreaptă a fetelor și băieților, cu frecvențe ce oscilează între 18 și 23%; cele mai puține divergențe apar pe degetul V, valorile procentuale variind de la o mână la alta între 7,3 și 11%.

Apreciind acum repartitia pe ansamblu a desenelor digitale (M=27,9%; C=29,3%,; B=26,2%; I=0,8%; D=15,8%) se poate constata că în 84,2% din cazuri caracterelor dermatoglifice sunt asemănătoare la părinți și copii, pe când în 15,8% din situații ele apar divergente (tabelul nr. 1). O asemenea distribuție a fost pusă în evidență și la studiul caracterelor morfo-fizionomice.

Tabelul nr. 3

Repartitia asemănărilor părinți-copii prin frecvențele globale ale radianelor palmare

S e x	M â n ă	M		C		B		I		D		Nr. linii
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
B ă i e ț i	d	122	22,3	124	22,6	162	29,6	22	4,0	118	21,5	548
	s	144	26,3	98	17,9	149	27,2	17	3,1	140	25,5	548
	d+s	266	24,3	222	20,3	311	28,4	39	3,6	258	23,5	1096
F e t e	d	154	24,8	139	22,4	193	31,1	24	3,9	110	17,7	620
	s	144	23,2	115	18,5	173	27,9	22	3,5	166	26,8	620
	d+s	298	24,0	254	20,5	366	29,5	46	3,7	276	22,3	1240
Băieți + fete		564	24,1	476	20,4	677	29,0	85	3,6	534	22,9	2336

Comparativ cu desenele digitale, vom constata că principalele radiante palmare manifestă o tendință de diminuare a caracterelor comune mamă – tată – copil și totodată o sporire a numărului de trăsături divergente date mai ales de liniile C și A de la ambele mâini (băieți și fete). Contrar acestor radiante, liniile B și D participă la sporirea caracterelor comune părinți – copii și la diminuarea trăsăturilor divergente. La toate cele patru radiante palmare vom observa că cele mai ridicate frecvențe le dau asemănările mamă – copil și tată – copil. În același timp se constată o creștere a numărului de asemănări tată – copil, mai ales la mâna dreaptă a fetelor și băieților (tabelele nr. 3 și 4).

Tabelul nr. 4

Exprimarea asemănărilor părinți - copii prin frecvența punctelor de terminație a celor 4 radiante palmare

Sex	Mână	Linie	M		C		B		I		D		Nr. palme
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Băieți	Dreapta	D	26	19,0	31	22,6	43	31,4	9	6,6	28	20,4	137
		C	24	17,5	28	20,4	41	29,9	7	5,1	37	27,0	137
		B	36	26,3	42	30,7	35	25,5	-	-	24	17,5	137
		A	36	26,3	23	16,8	43	31,4	6	4,4	29	21,1	137
	Stângă	D	37	27,0	26	19,0	37	27,0	7	5,1	30	21,9	137
		C	29	21,2	19	13,9	35	25,5	2	1,5	52	37,9	137
		B	43	31,4	35	25,5	36	26,3	1	0,7	22	16,1	137
		A	35	25,5	18	13,1	41	29,9	7	5,1	36	26,3	137
Fete	Dreapta	D	36	23,2	38	24,5	47	30,3	6	3,9	28	18,1	155
		C	38	24,5	28	18,1	47	30,3	5	3,2	37	23,9	155
		B	39	25,2	45	29,0	49	31,6	-	-	22	14,2	155
		A	41	26,4	28	18,1	50	32,3	13	8,4	23	14,8	155
	Stângă	D	37	23,9	30	19,3	39	25,2	8	5,2	41	26,4	155
		C	37	23,9	28	14,2	40	25,8	2	1,3	54	34,8	155
		B	37	23,9	41	26,5	54	34,8	-	-	23	14,8	155
		A	33	21,3	22	14,2	40	25,8	12	7,7	48	30,9	155

Estimând situația globală corespunzătoare principalelor radiante palmare (M=24,1%; C=20,4%; B=28,9%; I=3,6%; D=22,9%) rezultă că în aproximativ 4/5 din cazuri se înregistrează asemănări părinți-copii, iar într-o proporție mai mare de 1/5 apar deosebiri între genitori și descendenți (tabelul nr. 3).

La aprecierea desenelor palmare întâlnite la părinți și copii a fost luată în considerație atât prezența diferitelor tipuri de desen, cât și absența acestora. Fiecare regiune palmară prezintă un anumit mod de distribuție a frecvențelor. Astfel, în

regiunea hipotenară și spațiul IV interdigital de la ambele mâini (băieți și fete) vom întâlni, atât în categoria asemănărilor, cât și în cea a deosebirilor parentali-progeni un anumit decalaj între prezența și absența desenelor. Este de menționat că în regiunea hipotenară prezența desenelor este vizibil mai diminuată decât absența lor, în timp ce în spațiul interdigital IV situația este inversă – mai multe desene decât lipsa lor.

În regiunea tenară și spațiul III interdigital se află un număr mult mai mic de desene în raport cu absența lor, ca să nu mai vorbim de spațiul II interdigital al ambelor mâini, fie la băieți, fie la fete, unde existența desenelor este extrem de mică. În regiunea cu cele mai puține desene (spațiul II interdigital) există și cele mai multe trăsături comune mamă-tată-copil (tabelul nr. 5).

Tabelul nr. 5

Exprimarea asemănărilor părinți – copii prin raportarea desenelor palmare la cele 5 regiuni

Sex	Desen	M		C		B		I		D		Nr. palme	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Băieți	H	d	40		12		22		9		32	278	
		o	42		61		44		-		16		
		t	82	29,5	73	26,3	66	23,7	9	3,2	48		17,3
	T+I	d	13		3		7				19	278	
		o	16		203		16				1		
		t	29	10,4	206	74,1	23	8,3			20		7,2
	II	d	1		-		-				7	278	
		o	2		263		5				-		
		t	3	1,1	263	94,6	5	1,8			7		2,5
	III	d	15		23		21				32	278	
		o	40		111		26				10		
		t	55	19,8	134	48,2	47	16,9			42		15,1
	IV	d	64		45		37		2		21	278	
		o	17		31		38		-		23		
		t	81	29,1	76	27,3	75	27,0	2	0,7	44		15,8
	Fete	H	d	34		10		38		13		37	310
			o	35		83		44		-		16	
			t	69	22,3	93	30,0	82	26,4	13	4,2	53	
d		13		1		9				19			

Fete	T+I	0	22	11,3	207	67,1	34	13,9			5	7,7	310	
		t	35		208		43				24			
	II	d	4	1,3	-	95,8	1	1,3			5	1,6	310	
		0	-		297		3				-			
		t	4		297		4				5			
	III	d	28	20,0	23	47,4	27	21,3			26	11,3	310	
		0	34		124		39				9			
		t	62		147		66				35			
	IV	d	58	30,3	47	24,8	56	30,6	1	0,3	26	13,9	310	
		0	36		30		39				-			17
		t	94		77		95				1			43

Prezența numărului ridicat de desene din cele două regiuni – hipoteneră și spațiul IV interdigidital – ne face să credem că aceasta este cauza apropierii de situația întâlnită la transmiterea caracterelor morfo-fizionomice; adică a unei distribuții echilibrate între asemănările mamă-copil și tată-copil, pe de-o parte și cele comune mamă-tată-copil pe de altă parte. Pentru edificare prezentăm mai jos câteva procente extrase din tabelul nr. 5:

	Băieți				Fete			
	M	C	B	D	M	C	B	D
regiune								
hipoteneră	29,5	23,6	23,7	17,3	22,3	30,0	26,4	17,1
spațiul IV								
interdigidital	29,1	27,3	27,0	15,8	30,3	24,8	30,6	13,9

Un fapt ce necesită a fi semnalat și care poate fi sesizat, atât la datele de mai sus, cât și la alte regiuni palmare (tenară și spațiul III interdigidital) este ușoara tendință de creștere a gradului de asemănare fete-tați și băieți-mame (tabelul nr. 5).

Triradiusul axial, cu un număr ridicat de forme combinate, pune în evidență o creștere vizibilă a numărului de asemănări mamă-copil (cu un procent mediu de 30%) și tată-copil (în jur de 32%) concomitent cu o diminuare evidentă a caracterelor comune mamă-tată-copil (în medie 13%). Totodată se înregistrează o ușoară creștere a trăsăturilor intermediare (aproximativ 6%) și divergente (circa 19%). La fete se constată un număr mai ridicat de asemănări cu tata, atât la stânga, cât și la dreapta, în timp ce la băieți mâna dreaptă indică mai multe asemănări cu mama, iar cea stângă cu tata (tabelul nr. 6). De remarcat este aici proporția asemănărilor părinți-copii de 4/5 și cea a divergențelor de 1/5.

Tabelul nr. 6

Reprezentarea asemănărilor și deosebirilor părinți - copii
cu ajutorul triradiusului axial

Sex	Mână	M		C		B		I		D		Nr. mâini
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Băieți	d	50	35,9	14	10,1	41	29,5	5	3,6	29	20,9	139
	s	38	27,3	23	16,5	46	33,1	10	7,2	22	15,8	139
	d+s	88	31,7	37	13,3	87	31,3	15	5,4	51	18,3	278
Fete	d	41	26,8	19	12,4	54	35,3	8	5,2	31	20,3	153
	s	43	28,1	21	13,7	47	30,7	11	7,2	31	20,3	153
	d+s	84	27,4	40	13,1	101	33,0	19	6,2	62	20,3	306
Băieți + fete		172	29,5	77	13,2	188	32,2	34	5,8	113	19,3	584

Șanțurile de flexiune palmare, la care predomină formele obișnuite (normale), prezintă un număr redus de caractere divergente (5% – stânga; 10% – dreapta) și unul foarte ridicat de trăsături comune părinți-copii (în medie de 50%). Se menține în același timp un număr ridicat de asemănări cu mama, atât la băieți, cât și la fete (circa 26%), în timp ce asemănările cu tata sunt vizibil diminuate (în medie 16%) la copiii de ambele sexe (tabelul nr. 7). Pe ansamblu, proporția asemănărilor este mult mai ridicată (peste 9/10) decât cea a divergențelor (sub 1/10).

Tabelul nr. 7

Exprimarea asemănărilor și deosebirilor părinți - copii
prin intermediul șanțurilor de flexiune palmare

Sex	Mână	M		C		B		I		D		Nr. palme
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Băieți	d	33	23,7	68	48,9	22	15,8	2	1,4	14	10,1	139
	s	35	25,2	65	46,8	25	17,9	-	-	14	10,1	139
	d+s	68	24,5	133	47,8	47	16,9	2	0,7	28	10,1	278

Fete	d	41	26,8	80	52,3	27	17,6	-	-	5	3,3	153
	s	42	27,4	78	51,0	19	12,4	2	1,3	12	7,8	153
	d+s	83	27,1	158	51,6	46	15,0	2	0,7	17	5,6	306
Băieți+fete	151	25,9	291	49,8	93	15,9	4	0,7	45	7,7	584	

CONCLUZII

Cele mai apropiate frecvențe de cele întâlnite la caracterele morfo-fizionomice sunt exprimate aici de valorile globale ale dermatoglifelor digitale, unde s-au înregistrat 82,4% asemănări părinți-copii și 15,8% deosebiri între părinți și copii.

Analizând însă fiecare deget în parte se constată că în timp ce degetul II prezintă cel mai scăzut procent de caractere comune, în schimb degetul V, sărac sub aspect tipologic (predominante fiind bucele) va pune în evidență numeroase situații comune mamă-tată-copil. Tot pe acest deget și divergențele sunt cele mai scăzute.

Asemănările mamă-copil și tată-copil sunt bine reprezentate, mai ales prin frecvențele întâlnite la degetele IV și II, dar și prin cele de pe degetele I și III, fie de la mâna dreaptă, fie de la mâna stângă a băieților și fetelor. Deosebirile cele mai numeroase între părinți și copii sunt date de frecvențele semnalate pe degetul II.

O situație similară cu cea existentă la desenele digitale o găsim și la repartiția procentuală a desenelor palmare prin apropierea valorice între frecvențele din cele două regiuni (hipotenară și spațiul IV interdigital – cu o tipologie dermatoglică echilibrată) și repartiția pe ansamblu a dermatoglifelor digitale. Și aici vom observa că în regiunile cu puține desene (regiunea tenară și spațiul III interdigital) există un număr foarte mare de asemănări comune mamă-tată-copil, iar celelalte tipuri de asemănări (mamă-copil, tată-copil) precum și deosebirile sunt insignifiante.

Desenele palmare au pus în evidență și o tendință spre mai multe asemănări între fete și tați, pe de-o parte și între mame și băieți, pe de altă parte.

Șanțurile de flexiune palmare, unde preponderente sunt formele obișnuite și mult mai puțin apar formele de tranziție spre linia simiană, vor prezenta o sporire a situațiilor comune, de asemănări mamă-tată-copil și totodată o diminuare a similitudinilor mamă-copil, tată-copil și a divergențelor.

Principalele radiante palmare (A, B, C, D) manifestă o tendință de micșorare a numărului de caractere comune și de creștere a celor divergente. Dacă la caracterele morfo-fizionomice proporția asemănări/deosebiri era de 5/1, aici raportul va fi de 4/1.

Aceeași proporție între asemănări și deosebiri, de 4/1, o întâlnim și la triradiusul axial, dar cu mențiunea că în cadrul asemănărilor există și o mai pronunțată tendință de creștere a similitudinilor mamă-copil și tată-copil acompaniată de o vizibilă tendință de descreștere a caracterelor comune mamă-tată-copil.

Din cercetarea dermatoglifelor la cele 294 de triplete se poate trage concluzia că în acele regiuni digitale sau palmare, unde există o variată tipologie a desenelor, proporția asemănărilor și deosebirilor se apropie sau este similară cu aceea întâlnită la caracterele morfo-fizionomice, în timp ce zonele sărace în desene sau cu o variabilitate tipologică scăzută duc la ușoare modificări, fie a raporturilor dintre diferitele tipuri de asemănări, fie între proporția asemănărilor și deosebirilor în ansamblu.

Resemblance degree estimation between genitors and offsprings by investigating finger and palm prints

SUMMARY

The present paper reports on the investigation of finger and palm prints on a sample of 131 families, with 294 children (139 boys, 155 girls).

The results of our study prove that in 84,2% cases the finger prints of the children resemble those of their parents, and in 15,8% they are different. This situation is similar to the proportions we found in the transmission of morphological features, where the resemblance per difference ratio is 5 to 1. The palm prints of the hypothenar and of the 4th interdigital region have the same similarity per difference ratio. The frequency distribution of finger prints shows that the girls take after their fathers, and boys resemble their mothers.

The main palm lines (A, B, C, D) present a higher rate of differences and a decrease of the mother-father-child common features. The resemblance per difference ratio becomes 4 to 1. The same ratio is found for the axial delta (t).

We can conclude that the similarities per differences ratio between parents and children concerning finger and palm prints match the situation of the morphological features. Some variations appear only for the common features of mother-father-child, mother-child and father-child.

BIBLIOGRAFIE

1. CUMMINS H., MIDLO CH., *Finger prints, palms and soles*, Dover publications, New York, 1961.
2. LUCA ELEONORA, *Aplicații metodologice în cercetarea filiației prin caractere metrice*, St. cerc. antropol., 1995, 32, 49-55.
3. MARTIN R., SALLER K., *Lehrbuch der Anthropologie*, 11 Lieferung, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1961, 1810-1926.
4. ÖKRÖS S., *The Heredity of Papillary patterns*, Budapesta, 1965.

5. VULPE C., *Unele aspecte privind ereditatea caracterelor dermatoglice*, Sesiunea anuală de comunicări științifice a Institutului „Dr. V. Babeș”, București, 29-30 martie 1982.
6. VULPE C., CĂLIN GABRIELA, BADRAJAN GEORGETA, *Contribuție la studiul familial al dermatoglifelor, cu aplicabilitate în stabilirea filiației*, St. cerc. antropol., 1989, 26, 75-81.
7. VULPE C., LUCA ELEONORA, GUIAȘU M., FĂRCĂȘANU GABRIELA, *Studiul familial al unor caractere metrice și morfo-fizionomice cu aplicabilitate în studiul filiației*, St. cerc. antropol., 1994, 31, 51-63.
8. VULPE C., POPESCU IRINA, *Contribuție la cercetarea eredității unor caractere morfologice de ordin general, precum și a trăsăturilor urechii externe*, St. cerc. antropol., 1995, 32, 57-66.
9. VULPE C., LUCA ELEONORA, POPESCU IRINA, GUIAȘU M., FĂRCĂȘANU GABRIELA, *Aprecierea gradului de asemănare parental-progeni prin investigarea unor caractere morfo-fizionomice*, St. cerc. antropol., 1996, 33, 45-58.

Primit în redacție
la 12 mai 1997.

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

ANTROPOLOGIA POPULAȚIONALĂ DE LA CERCETAREA FUNDAMENTALĂ LA CEA APLICATĂ

ELENA RADU, ALEXANDRU HOFFMAN, CAMELIA ȘANDRU, CONSTANTIN BĂLTEANU*

Studiul nostru se dorește o pledoarie pentru valorificarea valențelor practice ale cercetărilor de antropologie populațională, de către acele domenii de activitate în care este implicată ființa umană.

Centrul de Cercetări Antropologice al Academiei Române, este unica instituție de cercetare specializată din România, care abordează pluri- și interdisciplinar problematica variabilității umane în spațiu și timp, sub raport biologic, ecologic, social, psihologic, geografic, fiind în același timp deținătoarea unei bănci de date antropologice asupra populației din ultimii 50 de ani.

În acest context, deși datele antropometrice ale unei națiuni au o plajă de aplicabilitate practic nelimitată, ne vom mărgini să circumscriem principalele domenii, unde aceste date pot fi utilizate optimal.

În primul rând, datele antropometrice ale unei națiuni pot fi utilizate ca standarde naționale ale caracteristicilor fizice ale unei populații în timp și spațiu, sistem referențial la care se pot raporta populațiile mai vechi în timp – pentru evidențierea fenomenelor microevolutive, sau populații ale altor națiuni, pentru evidențierea specificului antropologic național.

În cadrul unității antropologice a poporului român, ca urmare a continuității în timp și spațiu, există o diversitate populațională ecologică, geografică, socio-profesională etc. (tabelele nr. 1, 2, 3, fig. 1)

În domeniul **sănătății**, datele antropometrice constituie standarde naționale de normalitate biologică a populației, ele putând fi utilizate în elaborarea unor programe de sănătate publică, în domeniile nutriției, igienii, prevenirii bolilor, auxologiei, gerontologiei, psihiatriei etc.

În domeniul **auxologiei**, în baza datelor antropometrice se pot prognoza dimensiunile finale care pot fi atinse de copiii cu dezvoltare normală, dar și depistarea și intervenția în oricare abatere de la normalitate apărută pe parcursul existențial al perioadei de creștere.

*U.M.F.– Iași, Catedra de Anatomie

Tabelul nr. 1

Variabilitatea dimensională a tinerilor de 18 ani

STUDIU DIN 1970									
	NR	STATURA	SEZĂNDĂ	DAPTO	A-A	IC-IC	C-TOR	C-ABD	GREUTATE
media	663	1696,63	893,74	207,73	379,58	276,51	851,22	709,49	61,48
sigma		65,66	34,13	39,01	21,00	17,49	45,89	48,60	7,44
STUDIU DIN 1980									
media	121	1719,82	899,38	186,42	388,53	280,8	883,18	763,39	63,22
sigma		63,74	32,32	15,84	18,85	23,1	49,66	54,96	6,59
STUDIU DIN 1995									
media	244	1762,28	919,45	209,02	406,60	268,74	889,96	757,29	65,47
sigma		66,05	40,14	29,58	32,00	29,60	66,00	82,50	10,72
STUDIU DIN 1997									
media	227	1794,36	931,18	188,01	390,23	250,47	877,00	752,07	66,92
sigma		65,25	37,67	19,17	22,90	28,14	68,54	61,10	9,16

Tabelul nr. 2

Semnificația diferenței dimensionale intergenerații

	STATURA			SEZĂNDĂ			DAPTO			AC - AC		
	ES	T	P(%)	ES	T	P(%)	ES	T	P(%)	ES	T	P(%)
1970-1980	5,82	3,98	P=0,006**	2,95	1,91	P=7,5	1,45	14,74	P<<<1**	1,72	5,20	P<<<1**
1980-1995	4,24	10,02	P<<<1**	2,58	7,79	P<<<1**	1,90	11,91	P<<<1**	2,05	8,80	P<<<1**
1995-1997	4,34	7,39	P<<<1**	2,51	4,68	P=0,0006**	1,27	16,48	P<<<1**	1,52	10,74	P<<<1**
	C-TOR			C-ABD			GREUTATE			IC-IC		
	ES	T	P(%)	ES	T	P(%)	ES	T	P(%)	ES	T	P(%)
1970-1980	4,53	7,05	P<<<1**	5,02	10,74	P<<<1**	0,60	2,90	P=0,5*	2,11	2,03	P=3,6*
1980-1995	4,23	1,60	P=11	5,29	1,15	P=30	0,69	3,27	P=0,14	1,90	6,35	P<<<1**
1995-1997	4,56	2,84	P=0,5*	4,06	1,28	P=23	0,61	2,38	P=2,1*	1,87	9,77	P<<<1**

**Diferențele sunt semnificative (se respinge ipoteza de nul)

* Diferențele sunt parțial semnificative

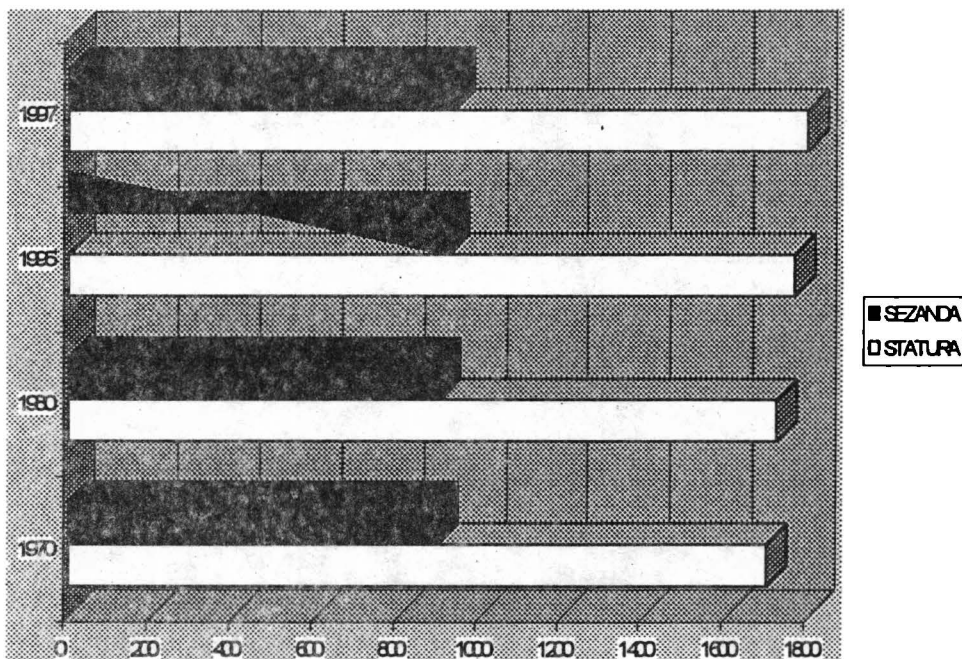


Fig. 1 – Variabilitatea dimensională a tinerilor de 18 ani.

Analiza dezvoltării ontogenetice a individului a permis evidențierea antropometrică a perioadelor de criză biologică, cum sunt mica pubertate a lui Pende, pubertatea propriu-zisă, trecerea de la perioada de adolescent la perioada de adult tânăr, înainte ca psihologi să semnaleze perioadele critice din personogeneză, acele „cicluri ale vieții” semnalate de Levinson, în care tranziția între diverse perioade de viață este marcată de perioade critice, în care persoana este mai vulnerabilă la apariția tulburărilor psihice.

În domeniul **nutriției**, un indicator al troficității corporale, calculat prin raportarea staturii la greutate, se constituie ca o metodă mult mai ieftină și mai rapidă, dar la fel de corectă cu cea a medicinei clinice, de depistare a unor tulburări de metabolism de tipul obezității. Prin extensie, 90% din diabetici care au 50 de ani sunt obezi. Suprafața corporală, calculată tot prin raportarea staturii și greutății, poate oferi indicații pentru estimarea metabolismului bazal, schimbărilor termice, nevoilor nutritive etc.

Adipozitatea corporală se află în strânsă corelație cu starea de nutriție, cu diabetul zaharat și bolile cardiovasculare. Metoda pliurilor cutanate permite o corelare de 90% cu grăsimea corporală determinată densimetric prin cântărire sub apă.

Tabelul nr. 3
Variabilitatea ecologică a populației (vârste cuprinse între 18 și 60 ani)

MEDIA PE POPULAȚIA RURALĂ

	STATURA	V -SEZ	GREUTATEA	LMI	CIRC. TORACICĂ
MUNTENIA	1677,18	891,49	66,36	783,91	921,72
BANAT	1687,75	880,89	68,05	806,94	933,08
TRANSILVANIA	1678,41	884,67	65,91	794,45	924,53
MOLDOVA	1711,93	895,32	69,06	820,53	932,73
DOBROGEA	1697,63	896,87	73,9	800,76	962,01
TOTAL POPULAȚIE RURALĂ	1681,48	883,2	66,59	795,19	927,24

MEDIA PE POPULAȚIA URBANĂ

	STATURA	V -SEZ	GREUTATEA	LMI	CIRC. TORACICĂ
BUCUREȘTI	1711,62	901,99	71,84	809,63	926,72
TIMIȘOARA	1708,85	880,61	72,95	828,24	954,00
HUNEDOARA	1711,90	868,60	71,45	834,30	951,89
ARGEȘ	1715,52	902,52	68,90	813,04	945,26
BRAȘOV	1692,31	892,27	68,64	800,03	948,06
SUCEAVA	1728,07	908,09	72,01	819,98	963,42
CONSTANȚA	1734,57	911,02	73,13	823,54	943,77
BACĂU	1734,05	912,65	72,86	821,41	973,87
CLUJ	1729,19	887,92	71,60	832,27	983,64
TOTAL POPULAȚIE URBANĂ (8 126 SUB.)	1729,19	894,40	71,03	813,25	942,56

Valorile dimensionale ale toracelui și trunchiului pot permite o rapidă și corectă estimare a capacității vitale și implicit a capacității de efort fizic.

Antropologia a căutat din totdeauna să găsească prin mijloace proprii, relația dintre aspectele morfologice sau fiziologice individuale și un anumit tablou patologic, clasificând indivizii după asemănările lor fenotipice sau funcționale.

Datele antropometrice permit diagnosticarea tipurilor constituționale somatice, caracterizate prin anumite particularități morfologice, funcționale, de reactivitate și predispoziție.

Tipologia constituțională a polarizat interesul psihologiei, pentru corelarea fizicului cu funcțiile organismului (endocrină, metabolică, musculară, respiratorie, cardiovasculară) și cu toleranța la stresul din mediu; medicina clinică în mod tradițional s-a bazat pe indicații fizice pentru determinarea susceptibilității la boală, diagnoză și prognoză.

Începând din anul 1984 cercetările de antropologie medicală efectuate de noi s-au orientat spre stabilirea unor corelații între tipurile constituționale somatice și predispoziția la o patologie psihosomatică, pe un număr de aproximativ 10000 de subiecți, diferențiate în funcție de sex, vârstă, mediu ecologic, statut socio-profesional etc.

S-a constatat că tipul constituțional brevilin, este mai expus tulburărilor psihosomatice de tipul H.T.A., ischemiei cardiace, tulburărilor metabolice de tipul obezității, maladiilor endocrine de tipul diabetului zaharat, tulburări care în sfera vieții psihice se însoțesc de anxietate, depresie, instabilitate emoțională, sindroame nevrotice.

În acest context, considerăm că, pentru un program național de sănătate publică, este importantă în egală măsură cunoașterea morbidității, dar și cunoașterea predispoziției constituționale pentru anumite maladii și aceasta pentru elaborarea unei strategii de prevenire a bolilor (cea ce cercetarea antropologică populațională poate oferi ca sursă de informații asupra structurii antropologice populaționale).

Un alt domeniu important în care datele antropometrice pot fi aplicate este cel al **proiectării** pentru populație: proiectări de locuințe, săli de spectacol, stadioane, hoteluri; proiectarea mijloacelor de transport în comun; proiectarea utilajelor, uneltelor, mașinilor; proiectarea din industria de confecții; în ergonomia de proiecție și cea corectivă.

Pentru aplicarea în practică a datelor antropometrice este necesar să se țină seama de trei principii, fiecare corespunzând unui anumit tip de probleme, ridicate de proiectare și anume: designul pentru medie; designul pentru indivizi extremi; designul pentru dimensiuni specificate.

Aplicarea acestor principii va conduce la o mai bună adaptare a omului la mașină, dar și a mașinii la gabaritul uman.

În domeniul **sportului**, datele antropometrice sunt utilizate în mod curent pentru orientarea și selecția sportivă. În același timp, antropologia sportivă apelează la tipologia constituțională, performanța individuală fiind corelată cu o anumită conformație corporală.

Antropologia, prin datele sale antropometrice și prin metoda tipologiei constituționale poate fi utilă în **acțiunea de orientare și selecție profesională**. În cercetări mai vechi, pe care le-am efectuat în fabrici în sectoarele calde, cu supraexpunere termică, am constatat că toleranța la căldură este mult mai mare la tipurile constituționale longiline, comparativ cu cele breviline. Brevilinelul este predispus constituțional la boli cardiovasculare iar supraîncărcarea termică este un factor agravant al acestor boli.

Datele antropometrice ale unei națiuni pot fi și sunt aplicate în domeniul militar.

Aici trebuie să ne amintim că prima anchetă antropometrică militară, este cea efectuată de Davenport și Love în anul 1921, pe un număr de 100 000 de soldați americani în scopul de a oferi un ghid pentru proiectarea echipamentului militar. În anul 1963 antropologii de la Harvard au elaborat un capitol de antropologie fizică pentru serviciile armatelor reunite „Ghid de inginerie umană pentru design echipamente”.

În același an, Hertzberg publică „Anthropometric Survey of Turkey, Greece and Italy” sub conducerea grupului de cercetare din cadrul NATO, volum pe care noi îl considerăm de referință pentru studiile de antropometrie militară, care ar trebui să fie elaborate și în țara noastră. În tabelele nr. 4, 5, 6 noi am exemplificat unde se plasează antropometric România, față de celelalte națiuni cercetate, Grecia, Turcia, Italia și SUA.

Utilizarea datelor antropometrice în proiectarea de echipamente tehnice și vestimentare, este principalul motiv al interesului militar față de anchetele antropometrice, și așa se explică faptul că toate țările membre ale NATO au obligativitatea de a deține propria lor bancă de date antropometrice.

Sigur, această prezentare succintă a valențelor aplicative ale antropologiei, reprezintă doar un segment din întreaga problematică existentă, dar din aceasta rezultă un fapt esențial și anume, necesitatea reactualizării anchetelor antropologice la un interval de 5 până la 10 ani, așa cum procedează celelalte țări europene.

Industrializarea și mobilitatea socială, dispariția comunităților izolate, acționează atât de rapid, încât un studiu antropometric este extrem de temporal.

Într-o altă generație, populația ar putea fi atât de amestecată genetic, încât să nu se mai poată face distincție între factorii ereditari și cei de mediu în condițiile schimbărilor fizice pe termen lung dintr-o țară.

Tabelul nr. 4

Variabilitatea dimensională și repartiția pe percențele a tinerilor de 18 ani recrutabili în 1997

NUM MAS	STATURA	SEZÂNDĂ	LMI	AC-AC	IC-IC	DAP.TO	CIRC.TOR	CIRC.ABD	GREUT.
sigma	68,57	42,08	60,23	31,62	29,24	28,12	65,20	72,83	10,10
media	1772,94	919,13	853,81	399,56	261,45	198,80	883,45	751,59	65,40
0.05 ds	5,79	3,56	5,09	2,67	2,47	2,38	5,51	6,15	0,85
0.03 ds	6,42	3,94	5,63	2,96	2,74	2,63	6,10	6,81	0,94
CV	3,87	4,58	7,05	7,91	11,19	14,14	7,38	9,69	15,44
PERCENTILE RECRUȚI									
PERC NR.	STATURA	SEZÂNDĂ	LMI	AC-AC	IC-IC	DAP.TO	CIRC.TOR	CIRC.ABD	GREUT.
10	1680	868	778,8	366	224	164	810	673,1	53
20	1716	890	805	377	236	172	830	691	57
30	1740	900	821	383	245	180	850	710	60
40	1760	912	841	390	252	190	862	730	62
50	1774	920	855	400	260	195	880	742	65
60	1800	932	866,2	403	267	205	896,4	757	67
70	1810	941	880	414	277	213	910	777	70
80	1830	955	900	424	286,6	225	935	794,6	72
90	1810	939,5	924,6	441	300	239,3	960	830	78
100	1970	1030	1024	487	353	285	1200	1130	115

Tabelul nr. 5

Variabilitatea dimensională medie a populației vizate pentru încorporare din diferite țări (cm)

	nr.	STATURA	GREUTATEA	AC-AC	IC-IC
TURCIA*	915	169,0	63,8	39,60	28,85
GRECIA*	1084	170,5	66,4	38,86	29,27
ITALIA*	1358	170,7	69,6	39,84	30,06
USAF*		175,6	73,4	40,01	29,9
ROMÂNIA**	538	177,2	65,40	39,95	26,1

PERCENTILE ROMÂNIA – ȚĂRI NATO

STATURA (mm)

NR.PERC.	TURCIA	GRECIA	ITALIA	USAF	ROMÂNIA
10	1622	1629	1623	1676	1680
20	1643	1655	1652	1704	1716
30	1660	1674	1673	1724	1740
40	1670	1690	1691	1741	1760
50	1690	1705	1707	1756	1774
60	1705	1720	1723	1771	1800
70	1722	1735	1739	1788	1810
80	1743	1754	1758	1807	1830
90	1771	1780	1785	1835	1810

Tabelul nr. 6

Semnificația diferențelor constituționale internaționi

	STATURA			GREUTATEA			AC-AC			IC-IC			
	ES	T	P%	ES	T	P%	ES	T	ES	T	P%	P%	
ROM-TURCIA	3,39	29,89	p<<1**	0,51	3,11	0,15**	1,48	2,37	2,1*	1,44	19,13	p<<1**	
ROM-GRECIA	3,34	26,77	p<<1**	0,49	2,03	4,5*	1,49	7,31	p<<1**	1,38	22,97	p<<1**	
ROM-ITALIA	3,28	26,90	p<<1**	1,75	2,40	1,6*	1,45	0,76	42	1,4	28,60	p<<1**	
** SEMNIFICATIV													
* PARȚIAL SEMNIFICATIV													

* Date extrase din „Anthropometric Survey of Turkey, Greece and Italy” de H.T.E. Hertzberg și collab. – studiu publicat sub comanda grupului de cercetare din cadrul „Aeronautical Research and Development North Atlantic Treaty Organization”.

** Date preluate din cercetarea din perioada 1995 – 1997.

Populational Anthropology, from Fundamental to Applied Research

SUMMARY

The study presents a part of the anthropometric data application field, obtained in populational anthropological researches.

We can use anthropological data in the health field, including the data in the public health programs, because they represent the biological standard of the normality, which helps us in preventing diseases.

We can mention the necessity to apply the anthropometric data in the field of populational design, in the industrial field, correctional and projective ergonomics and military field.

It is necessary to review the national anthropometric data at an interval between five and ten years.

BIBLIOGRAFIE

1. DAMON A, STOUTT. H, Mc. FARLAND, *The Human Body in Equipment Design*, Harvard University Press, Cambridge, 1966.
2. HERTZVERG. H. TE, CHURCHILL. E, DUPERTUIS. C. W, WHITE R. M, DAMON A., *Anthropometric Survey of Turkey, Greece and Italy*, Pergamon Press, London, 1963.
3. LĂZĂRESCU MIRCEA, *Psihopatologie*, Edit. HELICON, Timișoara, 1993.
4. PENDE N., *Traite de medecine biotypologique*, C. Doin editeurs, Paris, 1995.
5. ELENA RADU, C. BĂLTEANU, *Dezechilibre psiho-nevrotice în faza „preclinică” la populația tânără*, St.cerc. antropol., 1996, 33, p.73-88.
6. ELENA RADU, C. BĂLTEANU, *Psychoneurotic Vulnerability in Periods of Existential and Social Crisis*, Ann. roum. antropol., 1996, 33.

Primit în redacție
la 12 mai 1997.

*Centrul de Cercetări Antropologice
„Fr. Rainer”, București.*

„TERENUL” ȘI IMPLICAȚIILE SALE ÎN PATOLOGIE

DANA IOANA CIRICĂ

Având un loc aparte în antropologia contemporană medicală, **medicina terenului** a preocupat umanitatea încă din timpuri străvechi. Bazele sale au fost puse din antichitate de către Hipocrat și Paracelsus, însă ea s-a dezvoltat mai pe larg odată cu contribuția lui Decartes, care a descris boala ca fiind în prelungirea temperamentului. Inițial, medicina terenului a fost pe linia tradiției clinice, știința analitică a secolului XIX creând o discontinuitate în tradiția clinică, Claude Bernard descriind și analizând cauzalitatea în biologie. După secolul XIX, odată cu contribuția lui Pasteur a apărut medicina științifică a terenului. Pasteur descriind însă terenul ca fiind „pasiv” (un „mediu de cultură”). Deabia mai târziu, asocierea clinicii cu bacteriologia a adus noțiunea de teren „activ”, care „se apară și creează simptome”.

C. I. Parhon pune bazele științei generale a terenului, denumită generic „edafologie”, susținând ideea conform căreia caracterele unei reacții biologice sunt în funcție de substrat și cum reacționează organismul la o influență externă, precum și felul în care componentele ereditare, endocrine, neurologice, antecedentele individului și condițiile externe pot explica acest efect. Edafologia studiază toleranța față de alimente, toxice, săruri, ioni, receptivitatea la noxe, regenerarea, evoluția și pronosticul bolilor.

O mare importanță în medicina terenului o are moștenirea genetică și socio-culturală (cu patologii, obiceiuri, stil de viață, longevitatea generațiilor anterioare) și factorii ecologici (habitat comun) și epidemiologici (încărcătură morbidă).

La noi în țară cercetările multidisciplinare ale prof. dr. V. Săhleanu au adus noi contribuții la medicina terenului. Continuator al școlii lui Parhon și Rainer, V. Săhleanu este întemeietorul unei „teorii generale a terenului”, el considerând medicina terenului net integrativă, o medicină a omului sănătos, în care boala e însuși organismul, leziunea fiind un indicator al stării terenului. El tratează terenul în sens biologic, practicând o medicină psihosomatică, cu o dialectică a concretului.

După M. Voiculescu, există cinci factori determinanți care contribuie la definirea în ansamblu a terenului:

1. patologia cu transmitere ereditară;
2. terenul reactiv predispozant (predispoziția putând avea o componentă genetică);

3. fenomenul accelerației patologice la nivelul generațiilor, "secular trend", care înseamnă apariția tot mai precoce, mai gravă a unei boli în generații succesive;

4. patternuri comportamentale însușite (de exemplu, familii consumatoare de dulciuri, alcool, țigări);

5. statutul socio-economic profesional moștenit (de exemplu de mineri, pescari, agricultori).

I. În patologia cu *transmitere ereditară* cercetările au stabilit că indivizii cu HLA B₂₇ fac de 10 ori mai frecvent spondilită anchilopoietică sau sindrom Reiter decât populația generală. Cauzele ar putea fi următoarele: în aceeași regiune genetică există genele pentru HLA, genele implicate în imunitatea celulară și în sinteza complementului (C_{2,4,6}). În bolile metabolice (obezitate, diabet zaharat) intervin atât factori de determinism genetic, cât și factori predispozanți. Pot fi descrise mai multe feluri de *obezitate*. Astfel, există obezitate **primară** – familială (poligenică) și non-familială, ambele putând fi cu compartiment alimentar abuziv; cu sedentarism, cu ambele; fără cauză aparentă. Există și obezitate **secundară** – endocrină (Cushing, insulinom, ovar polichistic) și hipotalamică (tumorală, inflamatorie, posttraumatică, vasculară, sindrom adiposo-genital). Ambele patologii – primară și secundară, pot fi atribuite terenului, cea primară ținând de patologia cu transmitere genetică, cea secundară de predispoziție.

Factorii genetici implicați au fost demonstrați experimental și clinic, obezitatea putând fi considerată cu transmitere poligenică, fără a se putea preciza markerul genetic. Este posibilă transmiterea predispoziției pentru scăderea consumului energetic, pentru inducerea hiperplaziei β-insulare la făt de către o mamă ce se supraalimentează, pentru o anumită hiperreactivitate la stimuli externi ce ar afecta comportamentul alimentar.

S-a ajuns la aceste concluzii prin studiul gemenilor monoziгоți și a părinților copiilor obezi (M. Voiculescu).

În *alcoolism* intervin factori genetici și predispozanți. Alcoolismul este un alt fenomen social aproape universal în care terenul are o participare mare (considerat a 4-a nu a 5-a problemă de sănătate publică după accidente, boli cardiace, psihice și cancer). Una din cauzele alcoolismului este prezența în organism a unor factori biochimici organici în care alcoolul acționează ca factor de eliberare. Teoria genético-trofică aduce în discuție un anumit deficit enzimatic genetic, care perturbă metabolismul glucidic. În sprijinul acestei teorii, vine observația că dependența de alcool apare mai frecvent la membrii aceleiași familii.

Se vehiculează noțiunea de „endofenotip genetic”. Pentru elucidarea acesteia putem menționa câteva aspecte genetice: dehidrogenazele alcoolice, acetaldehida sunt mai crescute la copii cu rude de gradul I etilice; monoaminoxidaza e scăzută însă în placentă gravidelor alcoolice (M. Voiculescu). Invers, se cunoaște și fenomenul de intoleranță crescută față de alcool

la unele popoare. Hipofuncția CSR este incriminată în alcoolism, printr-un defect metabolic genetic al produșilor cortizonici sau al ACTH-ului. Un alt aspect al alcoolismului în care este implicat terenul îl constituie toleranța la alcool. Aceasta variază de la un subiect la altul și depinde de vârstă, sex, predispoziție genetică, obiceiuri alimentare, stare somatopsihică și vechimea intoxicației.

În *diabetul zaharat*, conexiunile cu terenul sunt certe, printre cauzele diabetului zaharat numărându-se: ereditate, supraalimentația (mai ales cu glucide), obezitatea, surmenajul nervos, sedentarismul, boli ale pancreasului, endocrine sau virale. Diabetul zaharat primar (idiopatic, ereditar) este întâlnit la gemeni univitelini, rude apropiate, în focare familiale. Este legat de o anumită configurație a sistemului HLA, apărând mai ales la cei cu antigenele HLA B15, DR4, B8, DR3. În diabetul zaharat primar apar defecte genetice ce determină modificarea sintezei, eliberării, transportului și activității periferice a insulinei (apărând insulină anormală; rezistență insulinică prin apariția unor antagoniști insuliniici; anticorpi antiinsulină și antireceptori pentru insulină).

În *schizofrenie* transmiterea genetică are un rol clar, observându-se incidența crescută a bolii la rudele de gradul I, în cadrul familiei, la nivelul altor generații din arborele genealogic; a fost observat și rolul defectelor cromozomiale în această boală – subiecții prezentând anomalii cromozomiale de tipul X/XXX/XXXXX.

II. Pentru *predispoziția genetică* putem da următorul exemplu: deficitul de glucozo-6-fosfat-dehidrogenază eritrocitară constituie un factor predispozant pentru apariția anemiei hemolitice în anumite decompensări. Rolul predispoziției genetice este demonstrat în multe boli, cum ar fi: diabetul zaharat, migrenă, alergii, lupus eritematos diseminat. În anumite boli (cum ar fi obezitatea, alcoolismul, diabetul zaharat) există un dublu mecanism – genetic și predispozant.

În cadrul diabetului zaharat există toleranță glucidică anormală potențială (prediabet), în care criteriile pentru diabet zaharat sunt negative, dar există un risc crescut: ambii părinți cu diabet zaharat, un frate geamăn univitelin, deja cu diabet zaharat, femeie care a născut feți morți sau copii grei, anticorpi anti-insulină, populație etnică cu risc crescut pentru diabetul zaharat. Un alt exemplu pentru predispoziție este dat de o formă de diabet zaharat asociat (secundar), una dintre cauzele acestuia fiind dată de anumite sindroame genetice (Prader-Willi, Turner, Down).

O altă boală frecventă în care terenul e implicat este *migrena*, ea afectând 5–10% din populație, mai ales femeile (2/3 din cazuri), apărând încă din copilărie (la debut, 50% înainte de 20 de ani). Terenul ereditar este demonstrat de observația că 40–70% din migrenosi au unul sau ambii părinți cu migrenă. De asemenea, un teren alergic este considerat factor favorizant.

În *alergia de medicamente* este demonstrat rolul predispozant al terenului. Reacțiile de sensibilizare la medicamente pot apărea la orice vârstă, dar mai ales la adulți; vârstnicii reacționează mai greu la exoalergente, deci vor manifesta mai rar

sensibilizări la medicamente. Referitor la sex, femeile fac mai frecvent alergii medicamentoase. Factorul genetic este important în condiționarea reacțiilor la medicamente, incidența familială fiind mare.

În *lupus eritematos diseminat* rolul predispoziției genetice este ilustrat de constatarea unor anomalii imunologice caracteristice lupusului la rudele bolnavilor, precum și semnalarea unor cazuri concordante la gemeni monoziagoți.

III. Pentru *fenomenul accelerației patologice* putem menționa apariția și evoluția infarctului miocardic la bărbați, hernia ombilicală la femei, eczema endogenă, vitiligo-ul, cancerul de sân etc.

IV. Există boli în care etiologia este polifactorială: nevrozele și ateroscleroza. Boala aterosclerotică are etiologie polifactorială (ereditate, vârstă, sex, hipertensiune arterială, diabet zaharat, dislipidemie, hipercolesterolemie, fumat, sedentarism, stres neuropsihic cronic) și mecanisme imunologice determinante.

V. O serie de *factori pot influența* terenul și apariția bolilor într-un anumit moment, sau pot modifica, în sensul scăderii, imunitatea. Astfel, este influența factorilor fiziologici – vârstă și sex – în anumite boli. În obezitate sunt implicați factori de teren cum ar fi *vârsta* – cu perioade obezogene (pubertatea și menopauza) și *sexul* (fiind mai frecventă la femei).

Mai intervin și factori de mediu, toxici, endocrini, boli anergizante și cardiopulmonare.

CONCLUZII

În ultimele decenii, cercetări de genetică și imunologie au conferit un sens nou noțiunii de teren, arătând implicarea terenului, prin determinismul genetic în majoritatea bolilor interne și posibilitatea – datorită cunoașterii terenului – de a interveni, într-un viitor apropiat, pe cale genetică în evoluția bolilor respective și, mai ales, în prevenirea acestora.

Medicina actuală presupune studiul acțiunii elementelor de mediu asupra unor structuri vii, deci studiul acțiunii exogen-endogen.

Prin *teren* se înțeleg gazda (pat germinativ), dar și mecanismele dezvoltate (de apărare și compensare) în cadrul procesului patogen. Legătura de teren este și noțiunea de predispoziție, care reprezintă fragilizarea constituției organismului/receptivitate crescută la îmbolnăviri din cauză endogenă/exogenă.

Cercetări recente au indicat că patologia cu transmitere ereditară poate fi regăsită în boli metabolice, boli de nutriție, boli psihice etc.

Se constată, în același timp, o intricare a patologiei cu transmitere genetică în (boli metabolice – diabet zaharat, colagenoze, alcoolism, alergii, migrenă).

În același timp se constată existența a numeroase maladii cu etiologie polifactorială (boala aterosclerotică).

Nu este de neglijat influența asupra terenului a unor factori fiziologici (vârstă, sex), a unor factori socio-profesionali și culturali, care pot conduce la sanogeneză sau morbigeneză la nivel populațional.

“Human Ground” And The Pathological Implications

SUMMARY

The work emphasises the present meanings of the concept of “human ground” in pathology. It adopts a classification of the determinant factors, which define the field in pathology as a whole: the hereditary disease transmission, the genetic propensity, the “secular trend” phenomenon, the inherited behavioural patterns and the inherited socio-economic status. The pathology of the metabolic diseases (diabetes mellitus, obesity), psychiatric diseases, collagenic diseases, allergenic diseases are described.

BIBLIOGRAFIE

1. J. DE WECK, Drug Reaction in Immunological Diseases, Little Brown Co., Boston, 1971.
2. R. H. GIRDWOOD, Blood Diseases Due to Drugs and Other Agents, Excerpta med. (Amst.), 1974.
3. C. GORGOS, Vademecum în psihiatrie, Edit. Medicală, București, 1986.
4. I. B. IAMANDESCU, Stresul psihic și bolile interne, Edit. All, București, 1993.
5. C. I. PARHON, Edafologia sau studiul terenului, „Medicina terenului”, 1948.
6. R. PĂUN, Tratat de medicină internă, Boli de metabolism și nutriție, Edit. Medicală, București, 1986.
7. ELENA RADU et collab., From Normal to Pathological in the Perspective of the Populational Anthropology, Ann. roum. Anthropol., 31, 1994.
8. ELENA RADU et collab., Psychoneurotic Vulnerability in Period of Existential and Social Crisis (I), Ann. roumain Anthropol., 32, 1995.
9. V. SĂHLEANU, Considerațiunii asupra „medicinii terenului”, teza nr. 6691, Fac. de Medicină Umană, București, 1949.
10. V. SĂHLEANU, Concepții despre om în medicina contemporană, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1976.
11. V. SCHRIRE, Clinical Cardiology, Harper & Row Publishers, New York, 1971.
12. ȘT. ȘUȚEANU, M. MOANGĂ, Boala mixtă a țesutului conjunctiv, Medicina internă, București, 1974.
13. M. VOICULESCU, Medicina generală, vol. 1, Edit. Medicală, București, 1989.
14. C. ZEANĂ, Imunologie clinică, Edit. Medicală, București, 1980.

Primit în redacție
la 12 mai 1997.

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

INTEGRAREA ȘI ADAPTAREA OMULUI ÎN NATURĂ PRIN FORME ȘI STRUCTURI ARHETIPALE

Partea I

CORNELIA GUJA, IOAN OPRESCU, DIANA DAROCZI, ELENA ILIESCU

INTRODUCERE

O abordare antropologică nouă, complementară cercetării clasice-populaționale, privește omul ca o entitate cu individualitate și personalitate proprii, inconfundabile.

Prelucrarea statistică din demersul clasic duce la o anumită îndepărtare și înstrăinare față de obiectul fundamental de studiu al antropologiei – **omul**. Se pleacă de la investigații individuale, care apoi se supun unei analize comparative, în urma căreia se obțin particularități și/sau distincții pentru anumite *grupe de oameni* (2). Noi continuăm pe altă direcție demersul științific antropologic. Astfel, am reținut o serie de aspecte de largă generalitate, pe care am căutat să le concretizăm într-un *model al individului* (4). Pornim de la un model care conține forme și structuri cu **caracter arhetipal** (primar, de la origini). Acestea se regăsesc în fiecare ființă umană, dar care, pe un substrat genetic individual, se exprimă ca un unicat. În această lucrare evidențiem o modalitate de integrare și adaptare a individului prin forme și structuri de comunicare universale, care se găsesc peste tot în natura (natura vie și nevie) din care facem parte.

Din acest punct de vedere, ființa umană se comportă ca o **biointerfață**, asemeni interfețelor din componența calculatoarelor. Ea subîntinde o multitudine de stări codificate ce comunică între ele. Aceste stări conțin coduri prin care se face descifrarea informațiilor, ce vor fi utilizate în transmiterea în continuare în alte coduri, conform unor mesaje ce se înscriu într-un circuit amplu, complex.

METODĂ ȘI MATERIAL DE LUCRU

Studiul nostru parcurge o serie de etape care evidențiază prin ce se aseamănă omul cu lumea înconjurătoare - **metoda similarității**, ce îl deosebește de această lume – **metoda diferențierii**, și cum comunică cu ea – **metoda interdependenței**.

Ne-am obișnuit să privim omul din anumite unghiuri, ca de exemplu cel biologic, anatomic, fiziologic, psihic, cultural. Astăzi, însă, suntem în măsură să reconsiderăm aceste ipostaze și să elaborăm un model al omului, mai sintetic. Ne referim la un nou model cu o multitudine de variante, dezvoltat de colectivul nostru în ultimii ani (6). Modelul uman construit pleacă de la ideea existenței unui **pattern general de organizare al ființei umane, similar cu cel al entităților fundamentale ale universului cunoscut de noi** (atomul, celula vie, planeta noastră, sistemul solar) (4). Ne referim la **modelul arhetipal al centrului**, simbolizat prin *ou, sămânță* etc. Ce au acestea în comun? Găsim un centru numit **nucleu, un corp și o „atmosferă” înconjurătoare**. Ființa omenească este în această viziune constituită dintr-un nucleu central, reprezentat de structurile din jurul axului său vertical, cranio-caudal. Din el fac parte sistemul cerebro-spinal (creierul și măduva spinării, nervii, glandele endocrine, sistemul ganglionar central). În interiorul nucleului există zone speciale care îi susțin activitatea, asemeni nucleolilor din celula vie. Acestea sunt zone de concentrare a informației și energiei, sunt așa-numitele *chakras*. Noi am denumit întregul complex de „nucleoli umani” **nucleomi**. În jurul nucleului există o altă zonă care cuprinde sistemele de organe, pe care le studiază discipline ca anatomia și fiziologia omului (8). Ele reprezintă corpul din modelul nostru – **corpul omului**. În jurul lui se află auzul, asemeni unei atmosfere stratificate. Între toate aceste componente există zone de relație, de mediere, de comunicare numite **INTERFEȚE**. Distingem mai multe interfețe care au funcții deosebit de importante în modelul nostru.

Cercetările noastre s-au concentrat îndeosebi asupra auzului, mai puțin abordate în cercetarea științifică. Asemeni atmosferei Pământului, auzul este încărcat electric și determină **tipurile bioelectrice umane care sunt forme adaptative la mediul bioelectric terestru** (5). Sunt patru tipuri principale (dielectric, mineral, hidric și mixt) ce corespund la patru tipuri de mediere bioelectrică, între organism și mediul electric. Auzul este fluctuant, ca niște aurore boreale și a căror imagine poate fi evidențiată pe clișee radiologice prin tehnica electrografică utilizată de noi.

Ne vom referi în continuare la modul cum se face comunicarea între componentele structurale descrise mai sus. Experimentele noastre de laborator au demonstrat, prin electrografii, că în spațiul exterior corpurilor, în auzul acestora, interacțiunile au loc prin trasee ramificate. Forma ramificată este întâlnită pretutindeni în natură, dar și în corpul omului. Plecând de la această constatare am făcut ipoteza că **forma ramificată reprezintă o formă arhetipală de comunicare**. Pentru a argumenta ipoteza propusă am identificat modalități de comunicare de diferite grade de complexitate (3):

- comunicare prin **forme ramificate**;
- comunicare prin **sisteme complex ramificate**;
- comunicare prin **rețele arborescente**.

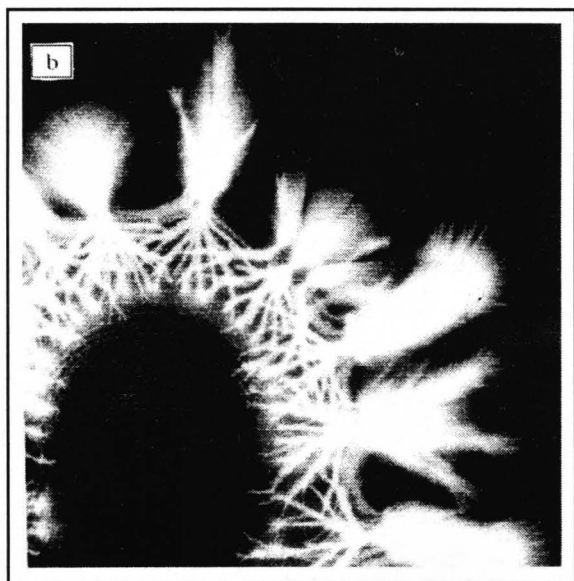
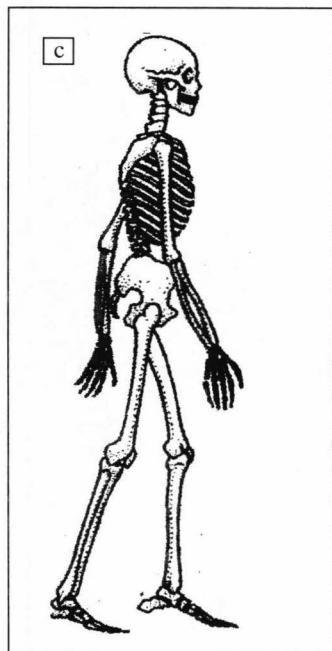
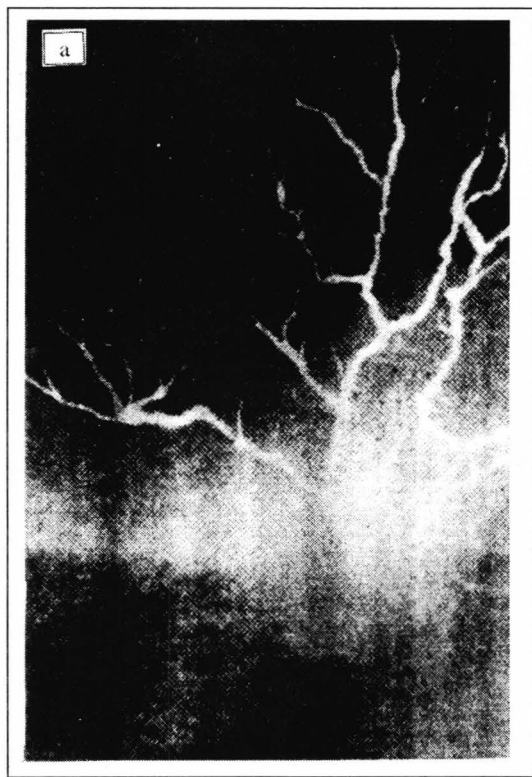


Fig. 1 – a) Fulger atmosferic – descărcare electrică arborescentă; b) Descărcări electrografice; c) Scheletul uman cu arhitectură ramificată.

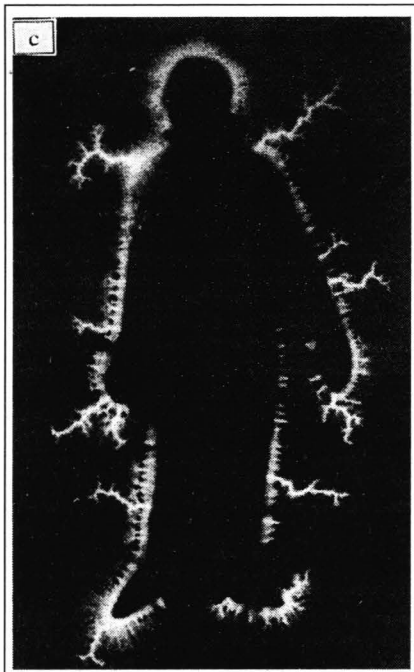
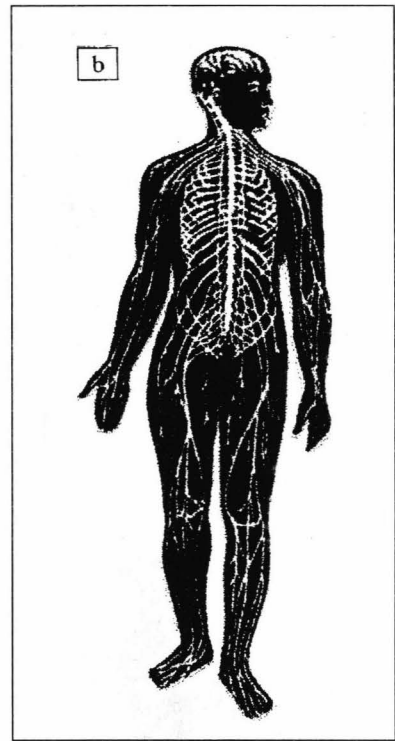
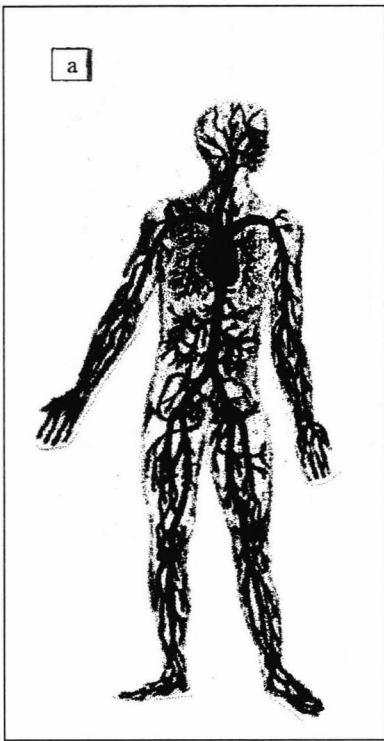


Fig. 2 – a) Sistemele respirator și circulator, căi de comunicare prin care se transportă hrană, oxigen, deșeuri organice, dioxid de carbon etc., sunt caracterizate prin forme complexe ramificate, arborescente; b) Sistemul nervos, cale de comunicare ce realizează schimbul de mesaje atât în interiorul organismului, cât și între organism și mediu; c) Electrografie pe model experimental de laborator cu contur uman.

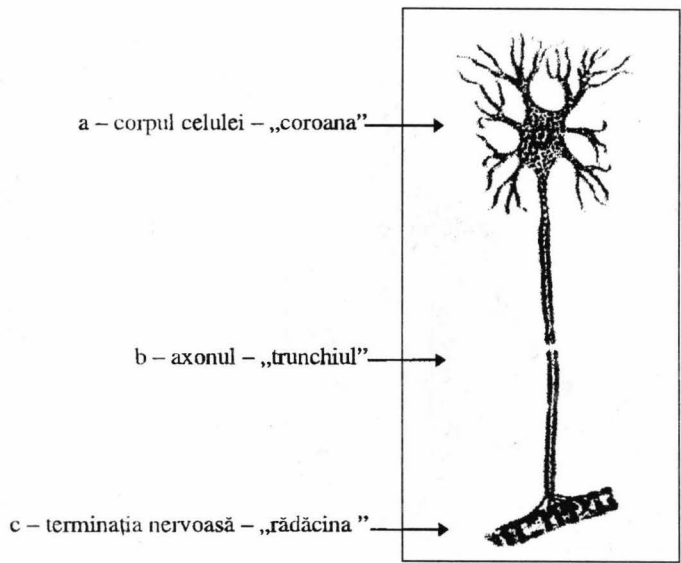


Fig. 3 – Neuronul – celula nervoasă.

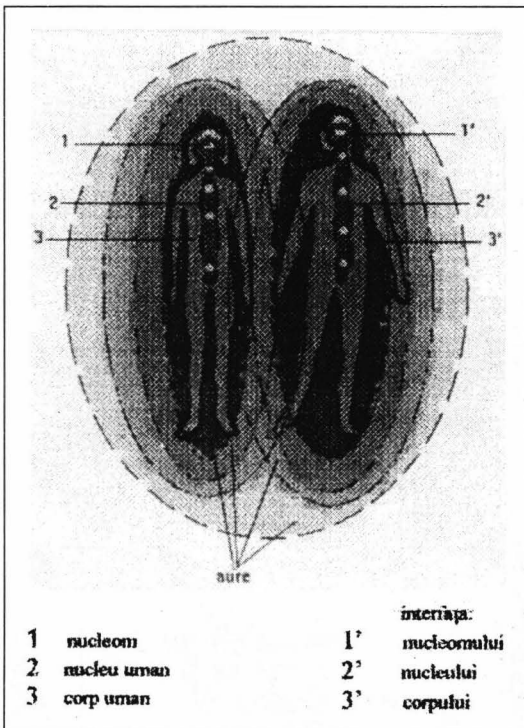
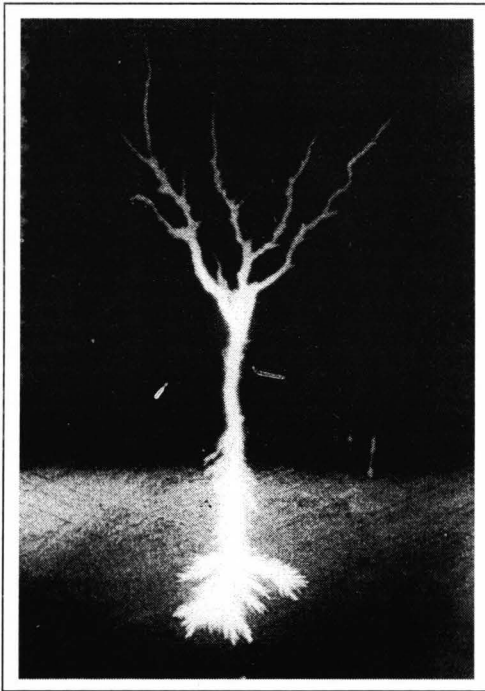
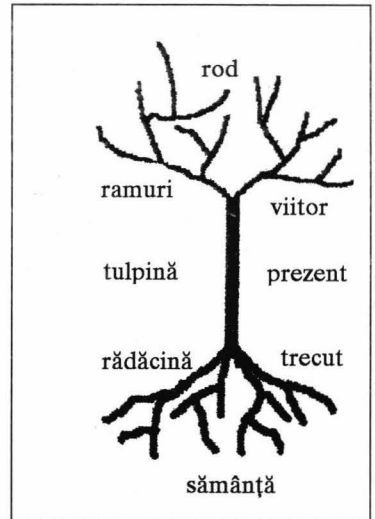


Fig. 4 – Model antropologic pentru cuplul uman.



a



b

Fig. 5 – a) Descărcare electrografică elementară, „arbore electromagnet”; b) Model pentru simbolul arhetipal ramificat, „arborele vieții”.

Exemplificăm câteva **forme ramificate** în natură - ramurile, rădăcinile arborilor, fulgerele atmosferice (fig 1a), în aure – descărcările anodice și catodice (fig. 1b), în corpul uman – mâinile, scheletul uman (fig. 1c), celula osoasă. Constatăm astfel cum natura în „forma sa umană” construiește cu arhetipul ramificat forme performante de comunicare – cum este mâna și piciorul cu câte cinci ramificații (degete).

Printre **sistemele complex ramificate** reamintim sistemele respirator, circulator (fig. 2a), nervos (fig. 2b) și al aurelor (fig. 2c), studiat de noi, semnalând extrema complexitate a arborescențelor, caracteristică celulei neuronale (fig. 3).

Ne vom opri în continuare asupra modelului ființei umane, componentă a cuplului uman, pentru a exemplifica în structura acestuia prezența și rolul formelor și structurilor ramificate.

Ființa umană integrată în fluxul universal al comunicării, recepționează și emite permanent informații. Transmiterea informației este mediată de structuri cu *stări și forme diferențiate* – de la starea dură a sistemului osos până la cea fragilă a creierului și la cea imperceptibilă a aurelor. Trecerea de la un nivel la altul se face din aproape în aproape pe trasee complexe (noi le-am evidențiat pe cele ramificate), *conectate între ele la nivelul unor biointerfețe¹ specifice*. Aici se realizează **codificarea și decodificarea semnalelor**. Experimentul electrografic sugerează că recepția și emisia sunt *simultane și complementare* ceea ce se explică și prin natura electromagnetică a acestor fenomene.

În intenția de a descifra modul de comunicare prin formele ramificate vom analiza componentele modelului nostru antropologic (integromul pentru ființa umană) (4), urmărind caracteristicile fiecărei componente în procesul de recepție / emisie (fig. 4).

AURA este mediul extern propriu; o zonă de interferență a câmpurilor, deținătoare a informației complexe privind starea interioară a individului; un filtru propriu electromagnetic; o atmosferă umană similară atmosferei Pământului, al cărui grad de încărcare electrică *determină tipul bioelectric uman*; o structură fluctuantă a cărei imagine evidențiată electrografic este dependentă atât de starea de sănătate a individului, cât și de variațiile mediului. Trecerea de la o stare la alta se face prin purtători de sarcini electrice care se deplasează pe *trasee ramificate, hiperfine*. Aura deține simultan mai multe categorii de informații: caracteristici generale cu specific individual ce țin de **trecut**, de genealogia individului, de fondul lui genetic; date despre starea **prezentă** și informații care prefigurează modificări iminente din **viitor**.

¹ BIOINTERFAȚA reprezintă o structura vie ce conține legi prin care unele elemente comunică cu alte elemente, ce au caracteristici diferite.

BIOINTERFAȚA CORPULUI cuprinde:

- **domeniul senzorial** cu componente predominant receptoare (optice, tactile, auditive, olfactive, gustative) și cu componente predominant emițătoare (limbajul, mimica, habitusul, forma și pozițiile corpului, membrelor, mâinilor și degetelor, comportamentul în general), în mare parte conținând sau fiind caracterizate de forme ramificate.
- **domeniul extrasenzorial** cu zone având structuri specific diferențiate (chakras²) și zone mixte, holografice (palmele și tălpile, irisul și urechea) unde se reflectă întregul organism (zone reflexogene).

CORPUL este alcătuit din sisteme de organe cu receptori/emițători specifici acestora, în care *forma ramificată este omniprezentă*, remarcându-se interconectarea și interdependența strânsă între tipurile lor de ramificații.

BIOINTERFAȚA NUCLEULUI cuprinde zone de mediere a schimbului de informații dintre corp și nucleu. Aici are loc codificarea, decodificarea, compararea și recunoașterea informațiilor la nivel psiho-neuro-endocrin. Putem distinge cinci stări de selecție și filtrare: **inconștientul**, **preconștientul**, **conștientul**, **conștiința** și **transconștiința**. Ele sunt reflectate la nivel cerebral și exprimă calitatea stărilor psiho-fiziologice, a gândurilor și ideilor.

NUCLEUL se comportă ca o bioantena³ centrală având funcții de recepție/emisie simultane și complementare pentru cele cinci stări amintite. Are o structură polarizată, axată pe complexele cerebro-spinal, neuro-endocrin și osos. Este sediul programelor morfo-funcționale ale speciei și individului.

BIOINTERFAȚA NUCLEOMILOR reprezintă zona de mediere a informațiilor între nucleu și nucleomi. Aici are loc „metabolizarea” arhetipurilor în simboluri arhetipale.

NUCLEOMII (propuși prin similaritate cu nucleolii din celula vie) sunt distribuiți pe axul nucleului (bioantena de emisie/recepție), având înmagazinată memoria colectivă specific umană și memoria individuală în cod arhetipal. Aici se prefigurează și forma arhetipală ramificată.

În studiul viitor vom analiza în detaliu modelul teoretic experimental pentru cuplul uman, semnificând un modül arhetipal de comunicare.

² CHAKRAS, cuvânt folosit de orientali pentru definirea unor centri energetici subțili făcând parte din structura corpului uman, centri perceptibili extrasenzorial.

³ BIOANTENA (definiție adaptată din tehnică) este o componentă a unui sistem viu, cu rol de recepție/emisie, având ca proprietăți principale: radiația specifică viului, polarizarea și complexitatea care asigură simultaneitatea, diversitatea și complementaritatea proceselor de recepție/emisie.

DISCUȚII

În organismul uman, descris ca o succesiune de stări graduale, transmiterea informației se face de la un sistem la altul prin mediere la nivelul interfețelor. Forma arhetipală este un cod-cheie care deschide și face să comunice aceste interfețe. Forma ramificată, prezentă pretutindeni în natură, în alcătuirea plantelor, animalelor și a omului, poate fi evidențiată și în imaginile electrografice (fig. 5a). În aceste imagini se manifestă o infinitate de forme de expresie cu un număr restrâns cu forme-cod. Printre acestea regăsindu-se și ramificația. În același timp, în imaginile electrografice *coexistă* semnale despre stări trecute, prezente și viitoare ale subiectului studiat.

Principiul de manifestare al comunicării poate fi exprimat prin simbolul arhetipal complet – **arborele vieții**, unde analogia *rădăcină* ↔ **trecut**, **trunchi** ↔ **prezent**, **ramuri** ↔ **viitor**, își are originea în cronologia încolțirii și maturizării unei plante (arbore). Alterarea comunicării și, deci, a vieții se datorează lipsei formei arhetipale ramificate (sau a uneia dintre componentele sale) (fig. 5b).

Utilizarea acestor rezultate în interpretarea imaginilor electrografice face posibilă aprecierea obiectivă, cantitativă și calitativă a diferitelor forme de adaptare sau neadaptare a omului la mediul electric. Pe această cale putem urmări și aprecia modalități de integrare sau „dezintegrare” a acestuia, care se reflectă în starea lui de sănătate.

Human Adaptation and Interpretation in Nature by Archetypal Shapes and Structures

SUMMARY

Two models are proposed in this paper: (1) human being as a biointerface between micro- and macrocosmos and (2) human being as a biointerface of archetypal communication. Based on our experimental and theoretical multi- and interdisciplinary studies, some series of anthropological models have been created able to grasp corporeality/spirituality ambivalence similarly to the hard/soft of a computerised information system. Within these models, the psychic-neural-endocrine whole becomes a biointerface entity between the corporeal structure and an evolutionary, hypercomplex spiritual nucleus.

BIBLIOGRAFIE

1. „*Antropologia în actualitate și în perspectivă*”, volumul lucrărilor simpozionului din 18 dec. 1996, Centrul de Cercetări Antropologice al Academiei Române, Edit. Prospect Anthropos., București, 1997.
2. FEREMBACH, DENISE, SUSANNE CHARLES, CHAMLA MARIE-CLAUDE, *L'Homme, son évolution, sa diversité - manuel d'anthropologie physique*, Doin Éditeurs, Paris, 1986.

3. GUJA, CORNELIA și colab., *Ființa umană – biointerfață între micro și macrocosmos*, Edit. Prospect Anthropos, București, 1996.
4. GUJA, CORNELIA și colab., *Ființa umană – biointerfață de comunicare arhetipală*, Edit. Prospect Anthropos, București, 1997.
5. GUJA, CORNELIA, R. PETCU, DIANA DAROCZI, ELENA ILIESCU, ADRIANA NICA, *Interdependențe între tipurile bioelectrice electrografice (EG) și tendințe de reactivitate la boli*, St. cerc. antropol., 1996, 33, p. 89-96.
6. GUJA, CORNELIA, R. PETCU, V. GUJA, *Încercare de modelare antropologică a individului uman*, St. cerc. antropol., 1995, 32, p. 83-91.
7. MÂNZAT, ION, M. P. CRAIOVAN, *Psihologia simbolului arhetipal*, Edit. I.N.I., București, 1996.
8. THIBODEAU, GARY, KEVIN PATTON, *Structure & Function of the Body*, Mosby Year Book, St. Louis, Missouri, 1992.

Primit în redacție
la 12 mai 1997.

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

ASPECTE INEDITE ALE COMUNICĂRII MEDIC - PACIENT

Partea a II-a

IOAN OPRESCU

Cercetările noastre desfășurate pe parcursul a câțiva ani au cuprins patru specialități cardinale: medicina internă, pediatria, geriatria și psihiatria.

Aproape toți bolnavii trec pe la pediatrie, ca și prin serviciul de medicină internă. Dar nu toți ajung la geriatrie, deși orice om de vârstă a treia poate fi subiectul acestei specialități. Cât despre psihiatrie, aici se întâlnesc suferințe foarte răspândite, proprii ființei umane, suferințe ale sufletului și ale minții, de o mare diversitate și foarte personalizate.

I

PARTICULARITĂȚI ALE COMUNICĂRII MEDIC-PACIENT ÎN MEDICINA INTERNĂ

Particularitățile procesului de comunicare dintre medic și pacient în specialitatea de boli interne se datorează mai multor factori:

1. Mulți bolnavi înainte de a ajunge la alte specialități trec pe la consultațiile de boli interne (ne referim nu numai la cabinetele de specialitatea boli interne, ci și la medicii de medicină generală). De aceea, în general, la aceste cabinete are loc prima întâlnire a pacientului cu medicul în cariera lui de bolnav. Cu alte cuvinte, aici se întâlnesc cei mai mulți *bolnavi noi*; aici deci vom întâlni o *morbiditate foarte variată*, această specialitate având uneori și funcție de triaj. Prin urmare și comunicarea dintre medic și pacient va fi mai diversă iar medicului i se va cere o *capacitate de adecvare mai mare*.

2. Un alt factor este *vârsta*. Întâlnim în cabinetele de consultații boli interne atât oameni în putere și tineri, cât și oameni bătrâni și pensionari.

3. Caracterul afecțiunilor va marca aspectele comunicării. Predomină suferințele acute, chiar dacă nici cele cronice nu vor lipsi (spre deosebire de pediatrie unde sunt mai frecvente afecțiunile acute și spre deosebire de geriatrie unde sunt frecvente afecțiunile cronice). De aici, o *trăsătură de urgență* care va marca comunicarea, o *necesitate de a înțelege această particularitate și de adaptare la ea*.

4. Se pare că în această specialitate vom întâlni mai mult decât la alte specialități o mai mare *încărcătură de preocupări administrative*. Ca o compensație

trebuie însă să notăm că și preocupările clinice și abordarea generală a bolnavului e mai prezentă decât în alte specialități. Deci, acest prim contact va marca la început și va influența „deschiderea” sau „închiderea” pacientului în comunicarea lui ulterioară cu ceilalți medici.

Sub asaltul problemelor administrative am remarcat reacția pozitivă (?) a unor medici, care în loc de a combina (spunând că îmbină) preocupările și obligațiile administrative cu cele pur medico-terapeutice, fac o delimitare strictă între unele și altele. Am observat că atunci când un bolnav solicită și primește asistență medicală, dacă cere apoi un certificat sau un document etc. se produce o schimbare în atitudinea medicului. *Se trece cu greu de la o activitate la alta* (e vorba de o comutare a activității intelectuale de la nivelul materiei medicale, ce implică relații și legături vaste, la nivelul administrativ ce nu se corelează cu nivelul clinico-medical), cu atât mai greu cu cât consultația acordată a fost mai reușită sub aspect medico-uman. Obținerea unui certificat, concediu, pensionare etc. constituie parcă un hotar. Am văzut rar bolnavi care să nu se emoționeze la solicitarea rezolvării unor formalități administrative.

Problema de bază a comunicării medic-pacient și mai cu seamă în medicină internă, specialitate de răscruce, este ca medicul să transmită o anumită încredere pacientului său. Cu cât timpul în care se transmite această încredere e mai scurt, cu atât eficiența e mai mare.

O parte din medicii de medicină internă pe care i-am putut urmări în timpul consultațiilor și al căror comportament față de bolnav și tehnică de lucru erau deosebite de cele ale majorității internștilor, s-au dovedit a fi cadre care de fapt erau, fie foști, fie actuali medici de spital, detașați temporar în policlinici. Nu numai la boli interne, dar și la alte specialități am remarcat un alt fel al medicului de spital de a comunica cu bolnavul. Acești medici acordă un timp mai mare consultației; ei ascultă cu mai multă răbdare ceea ce spune bolnavul, fie că acesta relatează lucruri importante sau nu. Clinicianul își completează totdeauna informațiile obținute cu ajutorul „mijloacelor de comunicare” verbale, cu cele furnizate de „limbajul corpului”. Fiecare pacient este dezbrăcat și examinat integral, mai mult decât organul semnalat a fi cauza îmbolnăvirii. Acești medici au un ritm ce se păstrează egal, ei nu se precipită, chiar dacă la ușa cabinetului s-au aglomerat mulți bolnavi (directorul unei policlinici din capitală unde lucra un astfel de medic de spital declara despre acesta, referindu-se la numărul mare de solicitări cărora trebuie să li se facă față în anumite perioade ale anului, când medicii își modifică ritmul de lucru pentru a primi și rezolva toți bolnavii, că: „Doctorului A. nu-i pasă, el nu iese din ale lui, orice s-ar întâmpla! Stă până termină sau până când nu mai poate!...”).

Într-adevăr, comunicarea ce are loc între un astfel de medic și pacient este eficientă, ea atinge nu numai scopul, ca medicul să se documenteze perfect despre starea bolnavului pentru a pune un diagnostic corect și a prescrie tratamentul cel

mai adecvat, ci îi transmite bolnavului încrederea și siguranța că se află pe mâini bune. Medicul face într-o astfel de suferință o psihoterapie implicită sau explicită. Pacientul pleacă după ce multe nedumeriri au fost risipite sau transferate medicului, iar procesul de vindecare a început deja. Când iese din cabinet bolnavul este eliberat, el încearcă o satisfacție ce va grăbi revenirea la normal.

Tot așa de bine cum comunică cu pacientul, medicul de spital reușește să comunice și cu cadrul mediu. Dacă medicul are mult de scris în timpul unei consultații, așa cum arătam pe parcursul lucrării noastre, medicul de spital lucrând în policlinică reușește, datorită bunei sale capacități de comunicare, să instruiască cadrul mediu, să-l formeze să preia aproape toate activitățile nemedicale. În acest fel medicul se desprinde de birou, el se apropie de bolnav și în timp ce vorbește îl și atinge (îi ia pulsul sau îl palpează), privindu-l în ochi, ceea ce este esențial; comunicarea este perfectă și rezultatele sunt superioare. În acest timp, cadrul mediu înscrie în fișă ceea ce i se dictează, servește doctorului instrumentarul medical, sesizând cel mai adesea de ce are acesta nevoie, fără să i se spună, scrie recomandări, completează certificate și rețete, mută indigouri, pune ștampile, parafe. Semnătura medicului trece neobservată. Medicul a avut în față bolnavul și nu registrele. Pacientul păstrează imaginea medicului care *s-a preocupat direct și personal* cu toată atenția numai de el.

Dificultăți de comunicare apar atunci când în fața medicului internist de la o policlinică de oraș se prezintă un bolnav care vine de „la țară” și care este obișnuit cu medicul lui în stare să-i ghicească boala, fără ca el să-i spună prea mult, dar care acum, dintr-un motiv sau altul este nevoit să consulte un medic de la „oraș” (vezi lucrarea „Comunicarea medic-pacient”, partea I). Pe bolnav îl dor toate, folosește cuvinte și expresii dialectale sau chiar idiolectale. Medicul nu are altă alternativă decât să folosească cu abilitate toate „mijloacele de comunicare”, să-și acordeze comunicarea pe neobișnuita lungime de undă a pacientului pentru a scoate ceva de la el și pentru a-l putea apoi instrui asupra a ceea ce are de făcut.

II

PARTICULARITĂȚI ALE COMUNICĂRII MEDIC-PACIENT ÎN PSIHIATRIE

Nevrozele, care constituie majoritatea afecțiunilor ce aglomerează cabinetele de consultații de psihiatrie, au cel mai frecvent rădăcini extra-medicale, certuri, scandaluri, neînțelegeri cronice, în casă, în familie, la slujbă etc. Se cere din partea medicului o cuprindere, înțelegere și chiar o oarecare pregătire sociologică. Comunicarea medic-pacient va aborda teme variate, unele foarte îndepărtate de medicină. Comunicarea în psihiatrie se desfășoară sub semnul „pierderii echilibrului” și cercetarea motivelor se face pe o zonă foarte întinsă. De aceea,

comunicarea în psihiatrie are o mare importanță atât în stabilirea diagnosticului, cât și în tratament. Ea se deosebește aproape total de celelalte specialități medicale.

Se știe că indivizii umani sunt deosebiți unul de altul; atunci când se îmbolnăvesc însă, dobândesc ceva comun, suferința și limitarea libertății. Sunt două aspecte majore prezente la toți bolnavii, într-o măsură mai mare sau mai mică, dar care știrbesc conturul personalității lor și această trăsătură circumstanțială comună reduce considerabil deosebirile individuale. Condiția bolnavului psihic însă pare să adâncească deosebirile obișnuite dintre aceștia, încât bolnavii vor fi foarte diferiți unul de altul. Fiecare este un „caz” special, ce se cere abordat altfel, toți sunt foarte sensibili. Demersul medicului este de a găsi „bourbionul” suferinței. El se realizează numai prin comunicare. Dacă la alte specialități medicul este ajutat în drumul către diagnostic de examenele paraclinice (laborator, ecografie, Rx etc.), în psihiatrie accentul cade pe comunicarea verbală atât pentru stabilirea diagnosticului, cât și în fundamentarea tratamentului. Se poate spune că tratamentul începe din primul moment al procesului comunicării (logoterapia).

Când bolnavul pășește în cabinetul de consultații el este deschis la comunicarea cu medicul, mai ales când vine singur. Dacă se pierde acest moment de consolidare a canalelor de comunicare dintre medic și pacient, atunci când canalul este deschis, pentru redeschiderea lui e nevoie de mult efort și de desfășurarea unor complicate strategii comunicaționale din partea medicului. Dacă s-ar ține seama de acest lucru, comunicarea medic-pacient ar fi mult ameliorată și mai eficientă. Trebuie profitat de momentul în care bolnavul vine să se încredințeze medicului. Nu toți medicii țin seama de acest moment inițial și de importanța lui.

În psihiatrie din limbajul corpului se urmăresc câteva semne obiective pentru a exclude pe simulanți. Un semn obiectiv ar fi modificarea și/sau tremurul vocii. Datorită experienței căpătate de-a lungul timpului un psihiatru trebuie să decodifice corect acest semn¹.

Un specific al comunicării medic-pacient în psihiatrie este marea nevoie de a vorbi (destăinui, povesti etc.) a pacientului. Totodată, trebuie subliniată și marea nevoie a acestuia de a-l auzi pe medic vorbind. Dar nici pentru primul aspect, nici pentru al doilea nu este suficient timp. *Participarea* (vezi referirea la participare și în pediatrie) în psihiatrie se manifestă prin logos. Cu cât logos-ul e mai redus, cu atât participarea e mai redusă. Unii medici se străduiesc să suplinească această deficiență modificând calitatea comunicării prin augmentarea încărcăturii personale, pacientul simte că medicul comunică cu el în mod special, că îl

¹ Virgiliu spune în opera sa că vocea se modifică până dispare în condiții de stres (cum am spune noi astăzi). Starea de emotivitate a astronautilor americani este pusă în evidență prin controlul frecvenței pulsului și prin tensiunea arterială. Rușii adaugă însă, în același scop, și testarea vocii cu ajutorul fonogramei.

preocupă, că îl înțelege (empatie) și că este alături de el. În școlile de specialitate, vânzătorii sunt învățați să întâmpine clientul ca pe un om așteptat de mult, ca pe un cunoscut. În tehnica tratativilor, tot în scopul de a comunica mai bine, a *câștiga încrederea* oamenii sunt învățați să-și cunoască interlocutorii (dacă este posibil li se dă dinainte o fișă personală) etc. Cu atât mai mult e nevoie ca medicul să conștientizeze procesul de comunicare și importanța lui. În practica homeopatiei, uneori și a acupuncturii, se stabilește o *relație de tip personal* între medic și pacient (tratatele clasice menționează acest lucru) prin demersul individualizat al acestor practici medicale.

Un factor important în psihiatrie și în pediatrie (ca și în orice specialitate a medicinei, de altfel) este *timbrul vocii* medicului. O voce caldă, plăcută, armonioasă, liniștește bolnavul, îi dă încredere. De asemenea, ritmul egal al vorbirii, adecvarea lexicală, celelalte „mijloace de comunicare” neverbale, surâs, privire etc., fortifică canalul de comunicare și-l ajută pe medic în efortul lui. Paracelsus, spunea acum 500 de ani că „puterea medicului stă în bolnav”, care este pregătit, ajutat, făcut apt să lucreze și să colaboreze cu medicul, tocmai prin astfel de factori extra-medicali. O voce severă, cu un ritm neadecvat pentru un bolnav agitat, tulburat sau melancolic, sau pentru orice fel de bolnav, va afecta calitatea comunicării medic-pacient sau chiar o va anula. Insistăm asupra importanței adecvării comunicării medicului cu fiecare pacient în parte la psihiatrie poate mai mult decât în alte specialități.

În actul comunicării cu pacientul cu o suferință psihică, medicul trebuie să-și manifeste puterea lui *creativă*, care în psihiatrie trebuie (sau ar trebui) să fie foarte mare.

PERTURBAȚII ȘI „ZGOMOTE” ALE COMUNICĂRII MEDIC-PACIENT ÎN UNELE CABINETE DE PSIHIATRIE

Rândurile care urmează consemnează observații culese în timpul consultațiilor la serviciile de psihiatrie din policlinicile de stat.

Diagnosticul și tratamentul efectuat direct de psihiatru (în afară de cel medicamentos) este mult îngreunat de activitățile administrative obligatorii. De aceea, anamneza unui caz nou durează între 3 și 5 minute. Timpul consumat cu scrisul certificatelor, rețetelor etc. poate să-l depășească pe cel acordat suferinței care-i pune față în față pe cei doi protagoniști principali: medicul și pacientul.

Într-un cabinet de consultație de psihiatrie m-a surprins o neobișnuită tăcere, s-a vorbit mai puțin decât la „boli interne”. Bolnavul aparent liniștit și cu o expresie de indiferență pe figură, ar fi vrut să-și expună problemele lui, dar el nu a fost deloc încurajat. Un alt psihiatru părea să nu-l audă pe bolnav ce spune (deși s-ar fi putut să fi fost atent). După ce pacientul și-a comunicat mesajul, doctorul i-a dat, la rândul lui, bolnavului explicațiile și indicațiile așteptate. A făcut-o însă pe un ton neutru, cu lexic pretențios, fără să se preocupe de calitatea și de eficiența

comunicării cu cel suferind. Menționăm și cazul unor medici autoritari, grăbiți și expeditivi cu toți bolnavii care, după părerea noastră, nu reușeau să intre în comunicare cu pacientul. Există la psihiatrie mai mult decât la alte specialități mari deosebiri între medici, după felul de a proceda cu pacientul. Fiecare are niște procedee proprii, fiecare are un „instrumentar” personal.

Dorim să subliniem un fapt deosebit. Foarte rar medicul și pacientul se privesc în ochi, atunci când stau de vorbă. Bolnavul caută privirea doctorului fără însă a o întâlni decât cu greu și pentru câteva clipe doar, sau chiar deloc. Completarea contactului comunicant ochi în ochi, îi face într-adevăr bine pacientului, dar totodată îl încarcă pe medic cu suferință, pe care acesta este obligat să o preia din suferința bolnavului. La fel și în contactul tactil. Din cercetările noastre a rezultat că numărul bolnavilor ce părăsesc cât de cât satisfăcuți cabinetul e mai mare când a avut loc și un contact vizual semnificativ între cei doi. De cele mai multe ori însă, medicul stă cu privirea în hârtii și registre².

Constatările de mai sus ar putea conduce la o apreciere superficială. Judecate mai atent rezultă că avem de-a face cu o reacție de apărare a medicului. Într-adevăr, așa cum spuneam, suferințele sufletului și ale minții sunt numai ale ființei umane și prin empatie sunt cele mai tulburătoare. Este mobilizată compasiunea, și disperarea este pe aproape.

Ce se întâmplă cu un psihiatru care înfruntă suferința cea mai umană, vede și comunică cu mulți pacienți într-o zi cu și mai mulți pacienți, cu și mai multă durere omenească într-o săptămână ? Lui i se încredințează angoasele și obsesiile ce-i macină pe bolnavi, aberațiile inimaginabile, coșmarurile trăite în stare de veghe, dilemele fără soluție ivite din suflete ce nu cunosc odihna etc. O cantitate uriașă de suferință, o durere ce nu se mai termină îl copleșesc pe cel chemat să le aline, deși nu este și el decât un om, care are rolul și datoria să îndepărteze , să aline suferința umană.

Am întâlnit medici psihiatri care ne-au relatat despre situația lor specială (infirmități, eșecuri personale, greutăți și complicații familiale) cu adevărat dificilă, ceea ce făcea activitatea lor și mai greu de desfășurat. De aceea, în anumite limite unele reacții de apărare sunt de înțeles și de acceptat, asigurând evident o asistență corespunzătoare pentru bolnav, atingerea unor parametri terapeutici esențiali.

Perturbări și zgomote pe canal. O perturbare a comunicării poate fi determinată de vorbirea în șoaptă sau foarte încet a medicului fără a ține seama de capacitatea auditivă a pacientului. E de reținut aici necesitatea acordajului și în intensitate vocalizării.

Cadrul, ambianța, influențează în rău comunicarea atunci când nu este adecvată. La psihiatrie consultațiile nu se pot desfășura în orice încăpere. Comunicarea este tulburată atunci când cadrul este neadecvat. La o policlinică se

² Am remarcat că pediatru nu numai că se uită neîncetat la copil și îl atinge, dar îi caută privirea, râde, se joacă cu el. Comportamentul acesta nu este întâmplător. Vom dezvolta într-un studiu separat problema comunicării prin privire și prin atingere, pornind de la observațiile efectuate în cursul cercetărilor noastre la serviciile de pediatrie și geriatrie, dar și în alte servicii.

acorda asistență psihiatrică într-un cabinet care servea și pentru consultații O.R.L. Bolnavul era înconjurat de dulapuri cu instrumentar și mobilier necesar specialității respective. S-ar putea ca unii pacienți să nu sesizeze, dar tot așa de bine s-ar putea ca alții să fie suplimentar tulburați de decor. Nu mai facem considerații despre lumină, izolare fonică, mobilier, intrarea și ieșirea altor persoane, adică întreruperea comunicării medic-pacient etc.

Trebuie totuși să subliniem fără a face comentarii suplimentare, tulburarea comunicării prin „zgomote administrative”, adică ștampile, parafe, bonuri, registre, copii, rețete etc.

Am mai remarcat tulburarea comunicării sub „amenințarea” unei activități viitoare a medicului, cu oră fixă: ședință, comisie etc.

Întreruperea comunicării în timpul consultațiilor are cel mai mare efect negativ în psihiatrie.

Tipuri de medici psihiatri:

1. **medicul calm**, relaxat și relaxant, surzător sau concentrat (după împrejurări);

2. **medicul autoritar** care ridică tonul la bolnav (fără să fie nevoie);

3. **medicul tăcut**, cu figura imobilă etc., de o neutralitate dăunătoare.

Darul conversației (a vorbi și a asculta) pare a fi de o mare importanță în psihiatrie, mai ales că terapia, în cea mai mare parte, se face cu ajutorul „mijloacelor de comunicare” verbale.

De aceea, ar fi necesar să se introducă un sistem de testare a capacității de comunicare (comportament comunicațional) a psihiatrilor și a personalului auxiliar (asistenți, soră, asistentă socială) înainte de a li se încredința o muncă în cabinetul de consultații psihiatrice sau într-un spital.

S-ar putea organiza un curs de comunicare eficace cuprinzând în desfășurarea lui exerciții sau antrenamente de comunicare eficace.

Concluzii. La psihiatrie e nevoie de o comunicare cât mai bună (comunicare creatoare) cu bolnavul, decât la alte specialități.

Applied cultural-linguistic anthropology

SUMMARY

The physician-patient communication standards vary substantially from one medical branch to another. While internal disease departments generally provide better opportunities for communication with the patients, further improvement is necessary in psychiatry clinics. Psychic suffering is an essentially human suffering. To efficiently attend patient needs, creative communication patterns have to be adapted to meet specificity of every particular case. The paper examines the dependence of communication levels in psychiatric clinics on the psychological profile of the psychiatrist. A three-level classification is provided: 1) the quiet physician, serene, unhurried,

smiling, sometimes wrapped up; 2) the authoritative physician, raising his voice without immediate reason; 3) the laconic physician, stony faced, emphatically neutral.

BIBLIOGRAFIE

1. ENTRALGO, PEDRO LAIN, *El medico y el enfermo*, Edit. Guedarrama, Madrid 1979.
2. OPRESCU, I., *Materii prime și tehnici de lucru ale cercetărilor concrete de antropologie cultural-lingvistică*, 1973, Rev. Varia Anthropologica.
3. OPRESCU, I., *Patologia mijloacelor de comunicare interumane*, St. cerc. antropol., 1995, tom 32.
4. OPRESCU, I., *Aspecte inedite ale comunicării medic - pacient. Partea I*, St. cerc. antropol., 1996, tom 33.
5. SĂHLEANU, V., *Introducere critică în psihanaliză*, Edit. Dacia, 1972.
6. SĂHLEANU, V., *Concepții despre om în medicina contemporană*, Edit. Dacia, 1976.

Primit în redacție
la 12 mai 1997.

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.

ROBERT FOLEY, HUMANS BEFORE HUMANITY, ed. Blackwell,
Marea Britanie, 1995

Ideea centrală a cărții este valoarea „contextului”, adică unde și când, a timpului și spațiului care au contat și încă, desigur, contează în modelarea și devenirea omului. Trecutul nu trebuie inventat, ci reconstituit din observații cu răbdare și responsabilitate științifică. Robert Foley alătură, pe de-o parte incontestabilele fapte ale științei și pe de alta, cadrul conceptual încă productiv (cartea o dovedește din plin), oferit de evoluționism, pe care îl exploatează cu talent și chiar cu dezinvoltură.

Viziunea integratoare nu restrânge, ci extinde câmpul de cunoaștere și mintea ingenioasă a prof. Foley și reușește un portret dinamic al viului, cu accent pe om, ca o specie printre celelalte.

Accentul major cade pe ideea originii comune a oamenilor și maimuțelor actuale. Hominizii, cărora le reconstituie viața și obiceiurile, sunt după Foley printre cele mai interesante animale care au existat vreodată. Ele ilustrează evoluția spre animale complexe într-un mediu complex. Aceste creaturi au fost în unele cazuri stramoșii noștri erecti, în alte cazuri ființe apropiate noua, dar care au dispărut, deoarece nu au putut supraviețui. Cunoașterea lor are însă o valoare *informativ*.

Foley desfașoară și explică procesele subtile prin care cel ce va deveni omul pe care îl cunoaștem astăzi, trece de la biologic la cultural, de la comportamentul instinctiv la cel dobândit, cultural, de la determinismul împerecherii la libera alegere.

Un mare merit al lui Foley constă în afirmarea și profesarea interdependenței dintre biologic și cultural, fără a polemiza cu Fr. Boas, Evans-Dritchard sau cu alții, care socoteau cultura oarecum detașată de *evoluție* (în concepția lui Darwin). Astfel, autorul pune accent pe biologic, echilibrând balanța între biologic și cultural, care tinde a fi înclinată partizan între diverse școli.

Remarcabila și valoroasă este ideea că experiența umană, inclusiv cunoașterea poate fi filtrată numai prin *lumea gândirii și a comunicării*. Lumea, susține pe buna dreptate Foley, nu e decât limbajul pe care îl folosim ca să descriem experiențele trăite. Limbajul nu este de proveniență exclusiv culturală.

Oamenii și maimuțele antropoide au același stramoș, dar, crede Robert Foley, s-au creat ei înșiși, fiind produsul atât al selecției naturale, cât și al adaptării. R. Foley afirmă că omul este cea mai evoluată, deși cea mai tânără specie, care nu a trecut încă proba timpului.

Dr. Ioan Oprescu

ISSN 0039 – 3886

ST. CERC. ANTROPOL., 1997, T. 34, P. 1 – 84

43 881

Lei 3000