

TENDINȚE PSIHONEVROTICE LA POPULAȚIA FEMININĂ DIN ROMÂNIA

ELENA RADU*

Cercetările de antropologie a populațiilor din ultimii ani au subliniat necesitatea cunoașterii factorilor individuali, a valorii și rolului lor participativ în menținerea homeostaziei somatopsihice, ca proces conservator, esențial în funcționarea antialeatoare a organismului și totodată în transpunerea lor în plan social, în cadrul unei homeostazii psihosociale.

În acest context, integralitatea ființei umane reprezintă ideea de bază în cercetările psihosomatice, boala fiind o modalitate reacțională a organismului în raport cu acțiunea unui agent dezechilibrant care se adresează organismului în totalitatea sa.

În contextul determinismului somato-psihic, în fenomenologia psihiatrică, Jaspers a arătat că relațiile „comprehensibile” elucidate la o persoană, fiind unicate, nu pot duce la teorii globale ale vieții psihice, ci numai la interpretarea unor stări psihice individuale sau cel mult la construcții sugestive – „ideal tipice” care au numai un rol orientativ și nu relevă relații deterministe general valabile.

Prin acest mod de abordare, Jaspers are o poziție critică față de concepțiile bazate pe cercetarea comprehensivă (psihanalitică, existențialistă, structuralistă) atunci când acestea imaginează mecanisme ipotetice pentru fenomene care nu pot fi elucidate decât prin mecanisme care aparțin atât dimensiunii biologice, cât și celei psihice.

Se vorbește astăzi de o „societate bolnavă” (Holliday), de tulburări de comunicare (Ruesch), de situații existențiale patogene (Wolf), de formule deficitare de existență (Pamfil și Ogodescu), de o maleză generalizată (Bonneton) legată de insatisfacții permanente, de revendicativitate pe toate nivelurile.

Existența umană a devenit câmpul de acțiune și interacțiune a mai multor dimensiuni: biologică, somatică, psihică, socială și culturală.

Existența poate fi un atribuit al unei ființe care își angajează potențialul biologic și vital pentru a se desfășura, a se menține și a se duce până la capăt într-o perspectivă creatoare proprie.

Omul are nevoie de sentimentul unei mari probabilități a împlinirii proiectelor sale, a atingerii scopurilor și cuprinderii dorințelor în dimensiunea realității.

Dar o ființă umană poate fi neîmplinită, în stare de eșec, nereușită, înfrângere, cheltuirea în van a unui efort, a unei tensiuni care, în loc să se încheie

* Cercetător științific la Centrul de Cercetări Antropologice al Academiei Române.

transfigurată în succes, se închide pe starea de plecare sau mai rău..., această neîmplinire poate avea loc pe toate direcțiile psihice, sociale, afective, morale, care înconjoară acest nucleu energetic, afectiv și activ, gânditor și dezirologic denumit ființă umană (Ogodescu).

Dar eșecul, nereușita, oboseala, decepția, neconcordanța între dorință și realitate, între deziderologic și pragmatismul existenței, se identifică cu un limbaj nevrotic, care poate traduce o formulă deficitară de existență, care poate conduce la o blocare a energiei afective, la scăderea tensiunii și eficienței vieții mintale în toate marile ei funcții de integrare a insului uman în hemiciclul său axiologic și afectiv (Pamfil și Ogodescu) și de aici la falimentul existențial.

MATERIAL ȘI METODĂ

A fost studiat un număr de aproximativ 1500 subiecți, asupra cărora a fost aplicat un complex metodologic interdisciplinar bio-psiho-social, în vederea stabilirii stării lor de sănătate.

În baza fișelor medicale ale fiecărui subiect și în urma aplicării testelor Woodworth și Alexandra, acest eșantion global s-a diferențiat în trei grupuri: un eșantion din populație sănătoasă, fără tulburări neuropsihice sau boli psihosomatice, cuprinzând 307 bărbați și 219 femei; un eșantion din populație cu boli psihosomatice, cuprinzând 445 bărbați și 525 femei și un eșantion din populație cu tulburări neuropsihice (de intensitate nevrotică, de intensitate psihopatică cu tulburări comportamentale) cuprinzând 63 bărbați și 154 femei.

La fiecare din cele trei eșantioane s-au calculat tendințele psihonevrotice conform scării de clasificare Woodworth, întreaga cercetare centrându-se pe tipologia constituțională somatică a lui Luigi Brian.

Au fost realizați algoritmi de calcul pentru tendințele psihonevrotice care testează „nevrozismul”, pentru diagnoza constituțională somatică și pentru depistarea tulburărilor neuropsihice.

Graficele au fost efectuate utilizând soft-urile STAT GRAPH și EXCEL.

DISCUȚIA REZULTATELOR

Se acceptă că normalitatea, sesizată ca sănătate psihică, înseamnă probabilitatea unei istorii echilibrate a insului, că viața înseamnă sănătate, fiind o co-definiție a ei, iar experiența vieții ne demonstrează că nu există o valoare mai mare decât sănătatea.

Normalitatea și anormalitatea constituie o corelație, un raport; părăsirea normalității ar putea fi o definiție posibilă a bolii, care poate fi „tradusă” ca o părăsire a normalității din punct de vedere al sănătății (Pamfil și Ogodescu).

Particularitățile psihofiziologice, fragilitățile funcționale componentele ereditare ale unui organ, fixările reflex-condiționate asupra unei anumite funcțiuni, pot angaja insul pe linia dezvoltării unei boli psihosomatice. Inconsistențele organizării psihismului, modalitățile reacționale proprii sunt susceptibile să

angajeze insul pe linia unui proces nevrotic – în care omul poate aluneca, nevroza fiind o manieră incomodă de existență.

Demersul nostru ne-a dat posibilitatea unei analize comparative a populației sănătoase, a populației afectate de boli psihosomatice și a populației afectate de tulburări neuropsihice, populații diferențiate sub raport constituțional-somatic.

Cu caracter de generalitate se înscrie o curbă ascendentă a scorurilor tendințelor psihonevrotice, plecând de la populația sănătoasă, urmată de populația cu boli psihosomatice și, finalmente, populația cu tulburări neuropsihice.

Consemnăm, de asemeni, cu același caracter de generalitate, vulnerabilitatea psihică net diferențiată a populației feminine comparativ cu cea masculină. În toate cele trei eșantioane de populație analizată și pentru toate tendințele psihonevrotice, a fost descoperită această vulnerabilitate, indiferent de tipul constituțional somatic.

Dominanta psihonevrotică a populației feminine normale, deci sănătoase, este hiperemotivitatea, situată pe primul loc, indiferent de tipurile constituționale analizate, în timp ce tendințele antisociale se află pe ultimul loc din ierarhia tendințelor psihonevrotice.

În ecuația psihică a populației masculine sănătoase, instabilitatea psihică, depresia și emotivitatea își interschimbă ordinea de rang în funcție de tipologia constituțională somatică.

Ordinea de rang a dominantelor psihonevrotice apare a fi diferențiată în funcție de sex.

În ceea ce privește populația cu boli psihosomatice, comparativ cu populația normală, deși ordinea de rang a tendințelor psihonevrotice nu este fundamental diferită, apare evidentă o creștere semnificativă a scorurilor pentru aceste tendințe psihonevrotice și a frecvențelor variantelor cu semnificație psihopatologică.

La această populație, apare vulnerabilitatea psihică deosebită a populației feminine breviline la bolile psihosomatice, nu numai prin scorurile net mai crescute ci și prin lărgirea spectrului de tendințe psihonevrotice care se însoțesc de frecvențe crescute ale variantelor cu semnificație psihopatologică.

În ecuația femeilor cu boli psihosomatice se înscriu emotivitatea și depresia, ca tendințe psihonevrotice dominante.

Populația masculină cu boli psihosomatice înregistrează o creștere a tendințelor psihonevrotice în variantă psihopatologică, însoțită de o schimbare a ordinei de rang a acestor tendințe.

Configurația hiperemotivitate, depresie, instabilitate psihică reprezintă ecuația masculină a bărbaților psihosomatici.

Este important de precizat următoarea concluzie: în bolile psihosomatice, atât la bărbați cât și la femei, diferențiate în tipuri constituționale somatice, variantele psihopatologice ale tendințelor psihonevrotice le regăsim și la populația sănătoasă ceea ce înseamnă că aceste tendințe psihonevrotice structurale fiecărui tip reprezintă punctele vulnerabile la acțiunea factorilor psihotraumatizanți din etiopatogenia bolilor psihosomatice – ca și cum bolile psihosomatice se dezvoltă pe o structură normală, dar cu potențial psihopatologic din start.

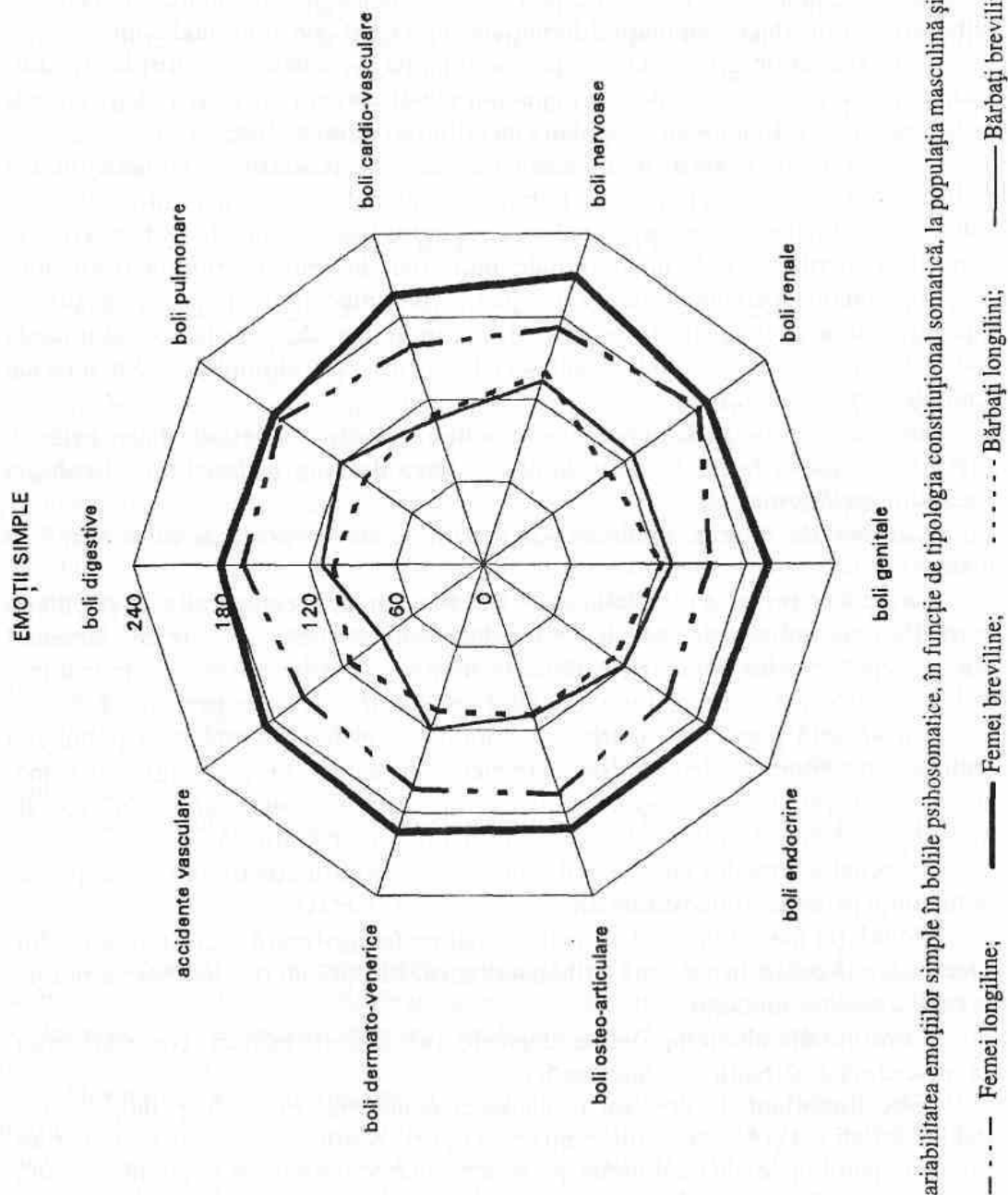


Fig.1. Variabilitatea emoțiilor simple în bolile psihosomatice, în funcție de tipologia constituțional somatică, la populația masculină și feminină

OBSESII ȘI PSIHAȘTENIE

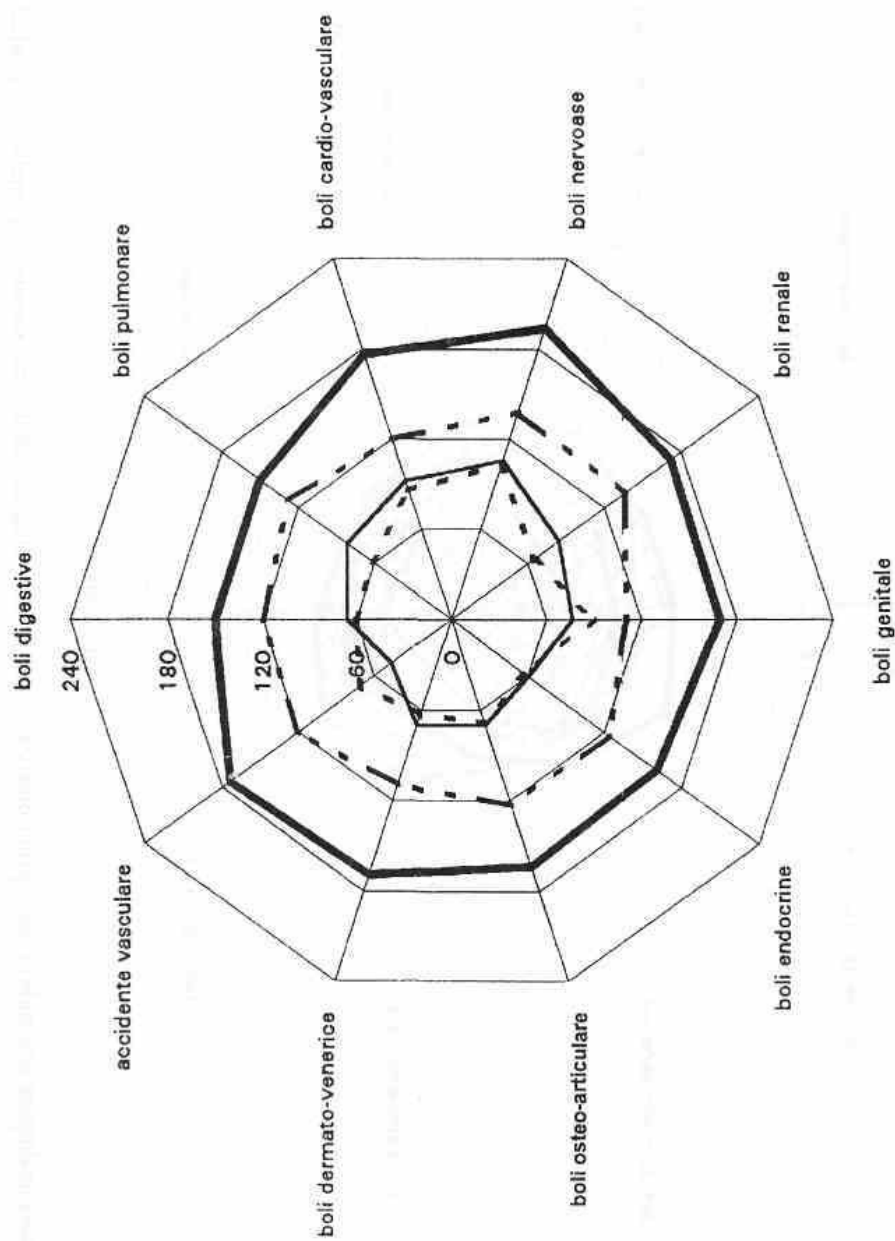


Fig. 2. Variabilitatea tendințelor obsesivo-fobice și psihaștenice în bolile psihosomatice, în funcție de tipologia constituțional somatică, la populația masculină și feminină

— · · · — Femei longiline; — Femei breviline; · · · · · Bărbați longilini; — — — Bărbați brevilini.

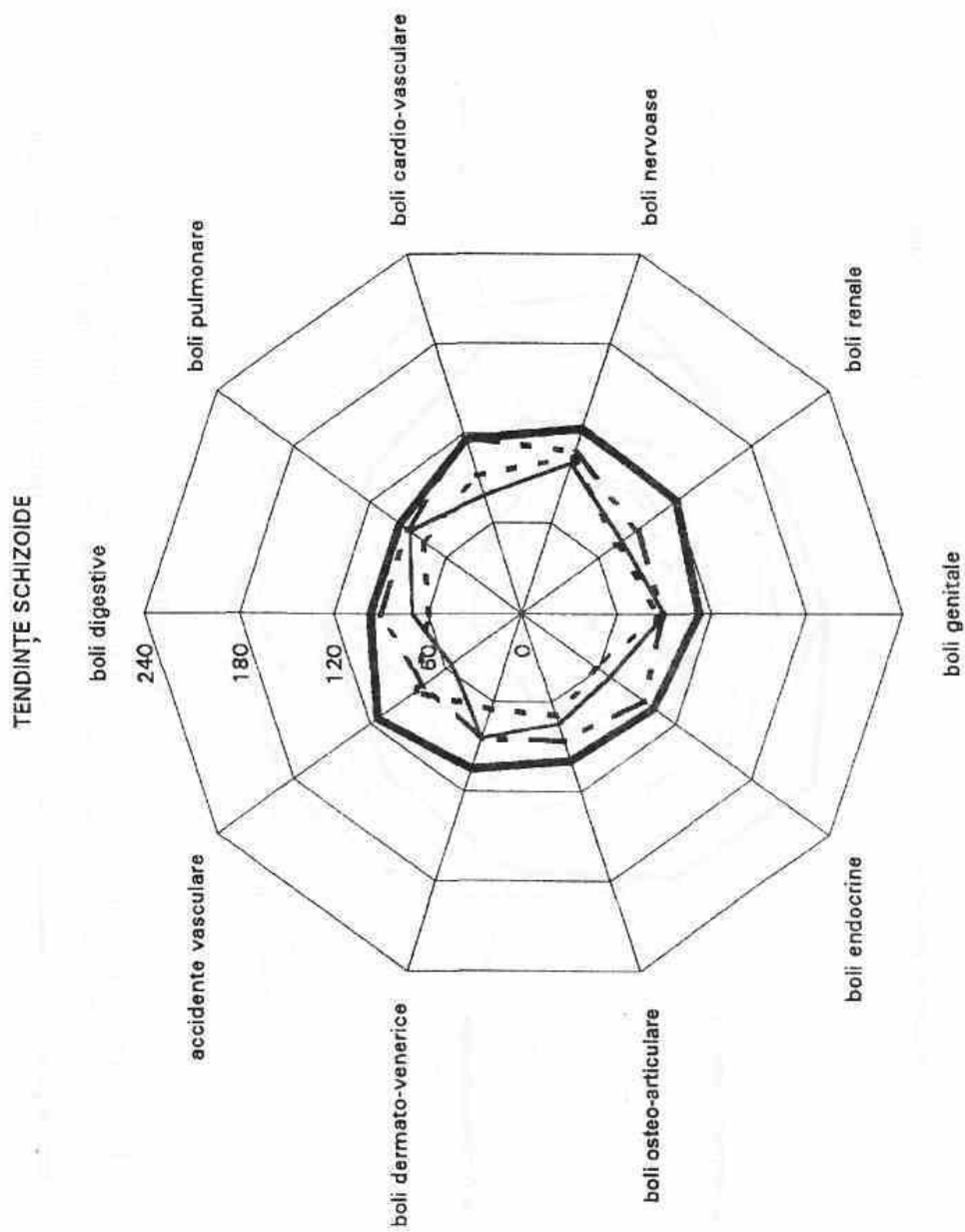


Fig. 3. Variabilitatea tendințelor schizoide în bolile psihosomatice, în funcție de tipologia constituțional somatică, la populația masculină și feminină

--- Femei longilini; — Femei brevilini; Bărbați longilini; — Bărbați brevilini.

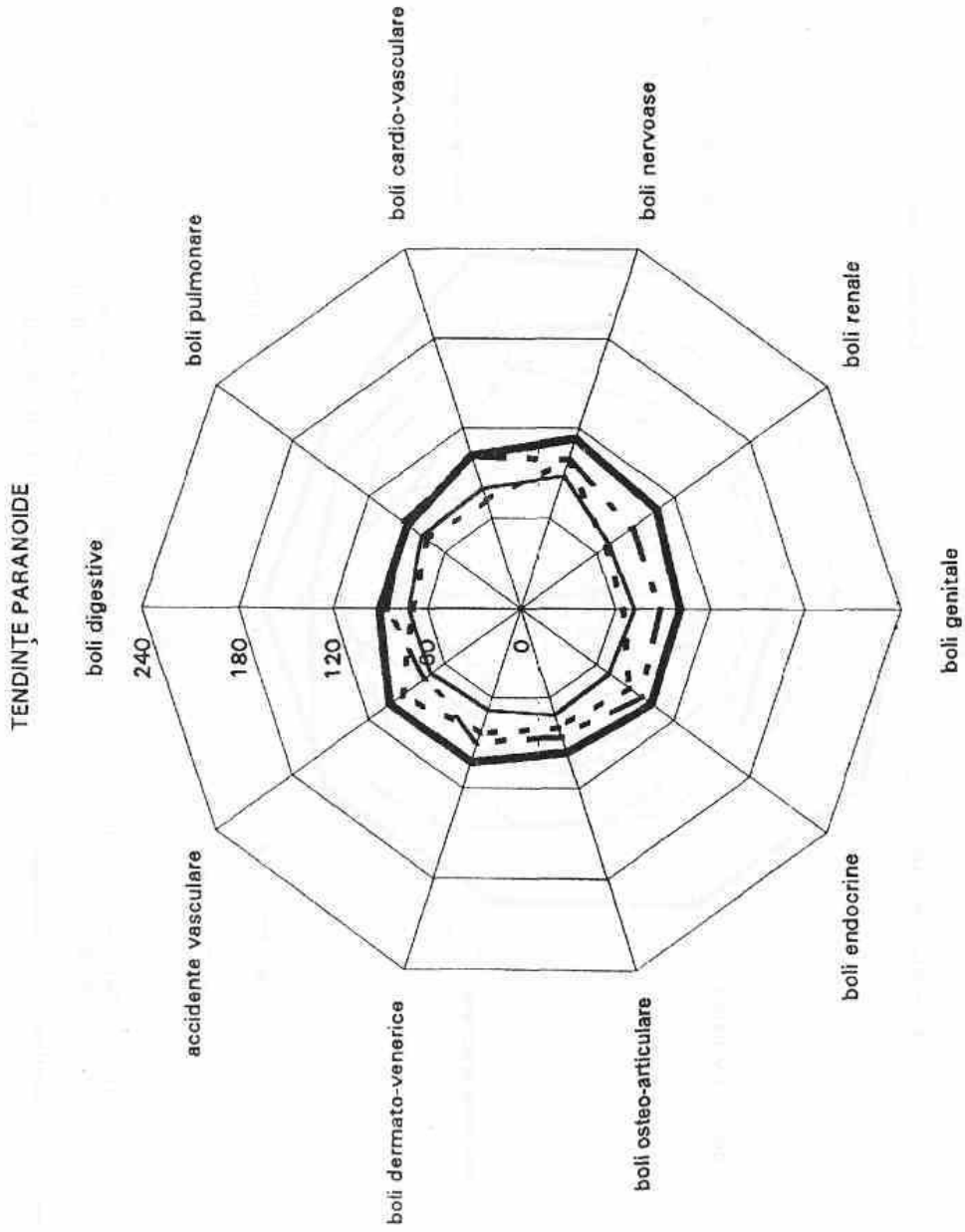


Fig.4. Variabilitatea tendințelor paranoice în bolile psihosomatice, în funcție de tipologia constituțional somatică, la populația masculină și feminină

— · · · — Femei longiline; — Femei breviline; · · · · · Bărbați longilini; — Bărbați brevilini.

TENDINȚE DEPRESIVE ȘI IPOHONDRIE

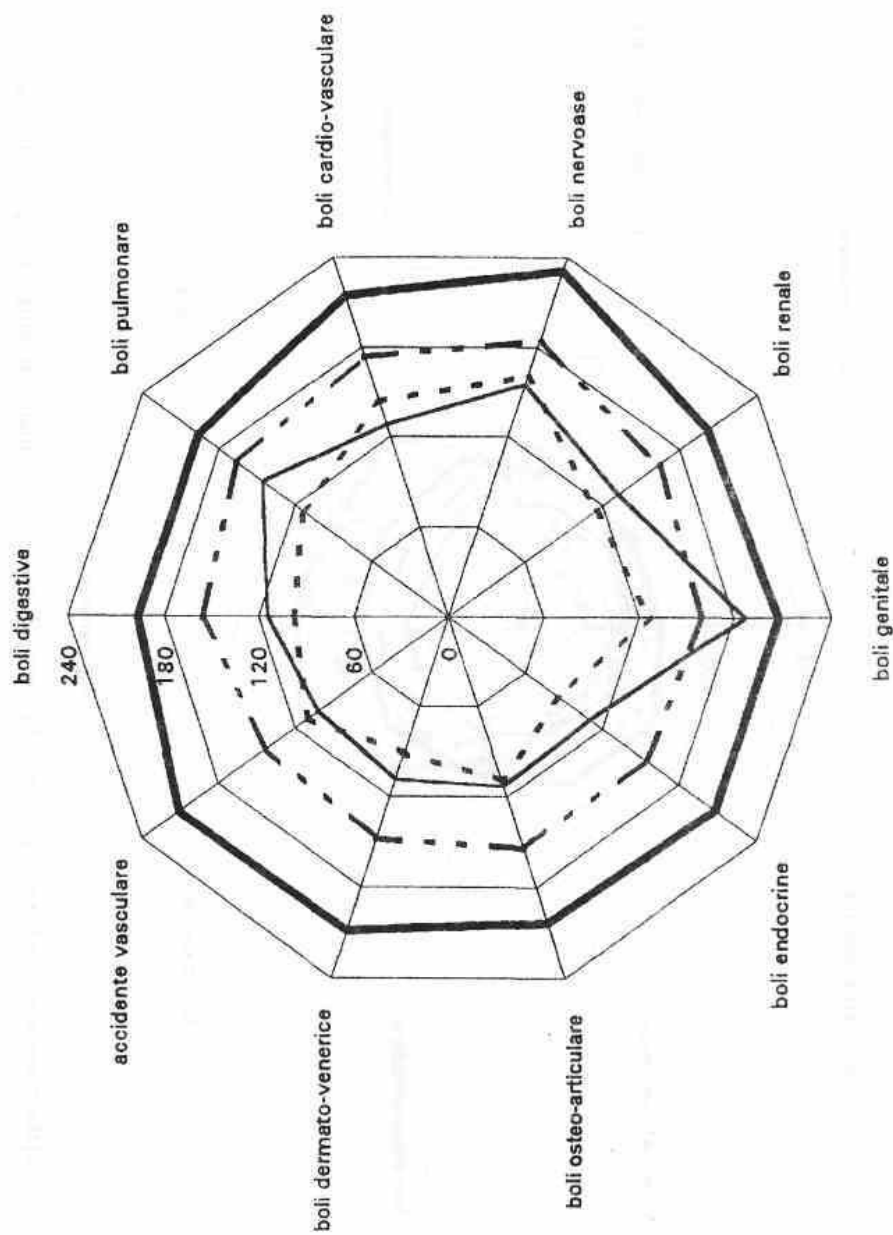


Fig. 5. Variabilitatea tendințelor depresive și ipohondrice în bolile psihosomatice, în funcție de tipologia constituțional somatică, la populația masculină și feminină

--- Femei longiline; — Femei breviline; - - - - - Bărbați longilini; — Bărbați brevilini.

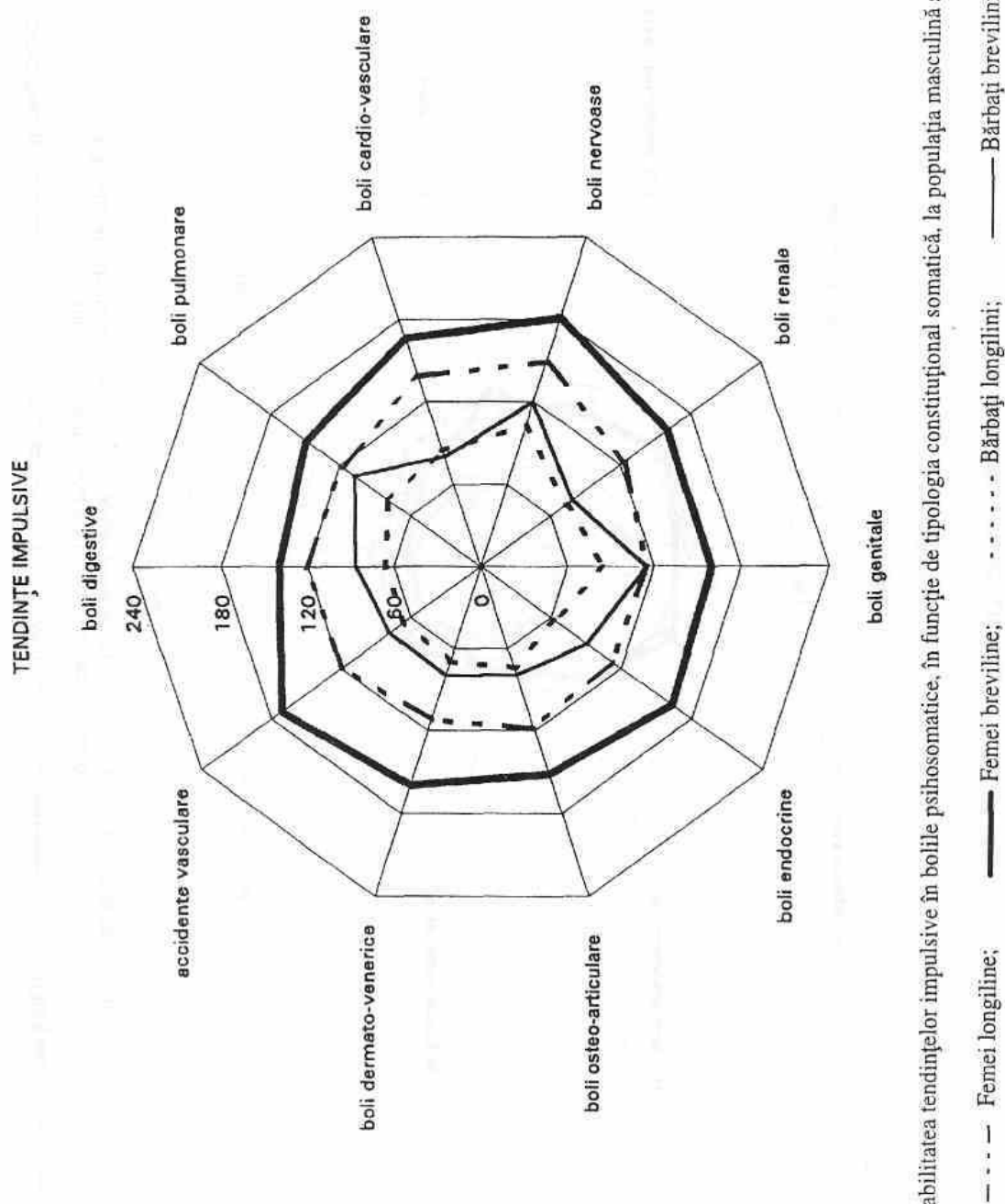


Fig. 6. Variabilitatea tendințelor impulsive în bolile psihosomatice, în funcție de tipologia constituțional somatică, la populația masculină și feminină

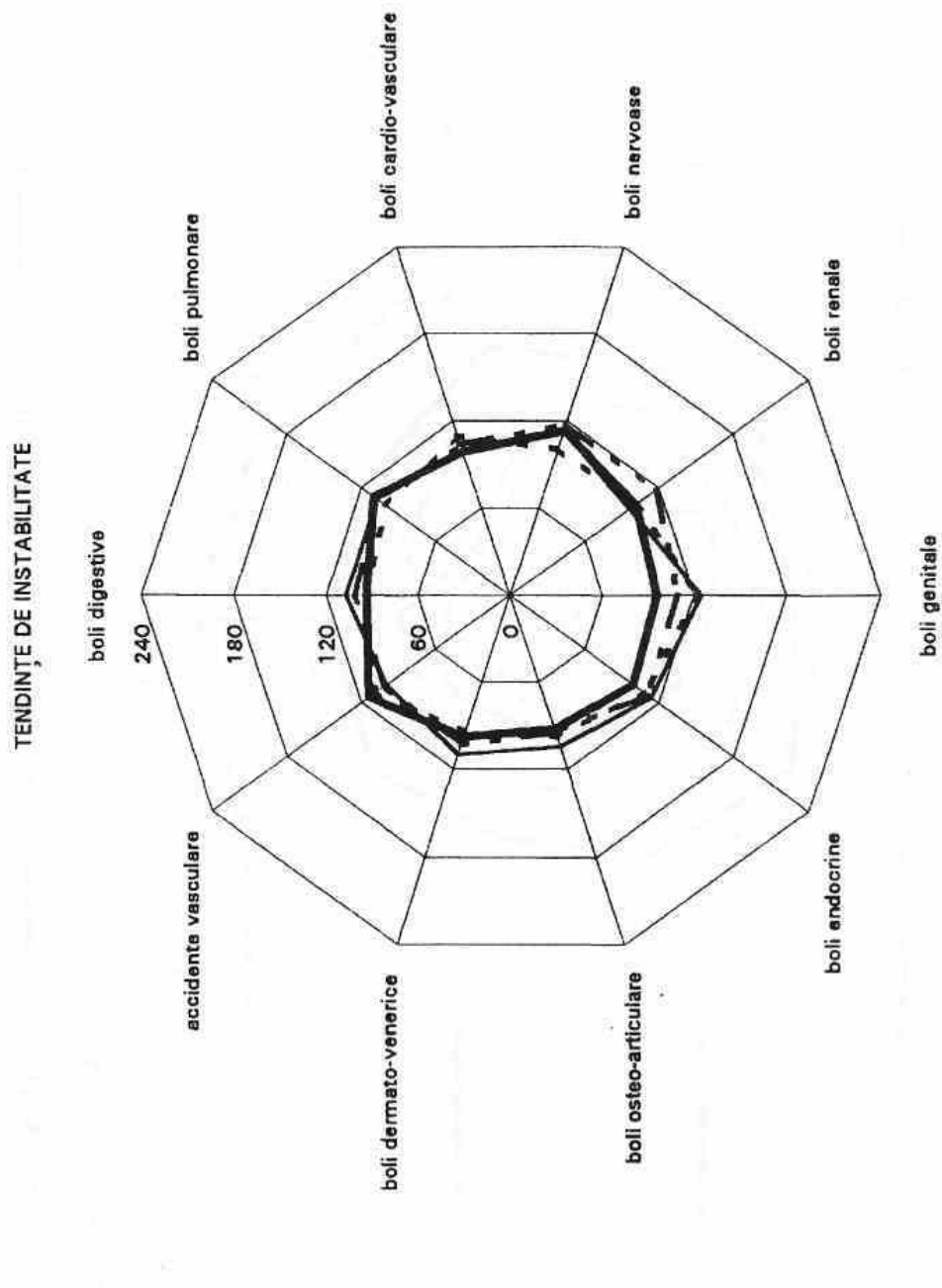


Fig. 7. Variabilitatea tendințelor de instabilitate în bolile psihosomatice, în funcție de tipologia constituțional somatică, la populația masculină și feminină

--- Femei longiline; — Femei breviline; · · · · · Bărbați longilini; - · - · - Bărbați brevilini.

TENDINȚE ANTISOCIALE

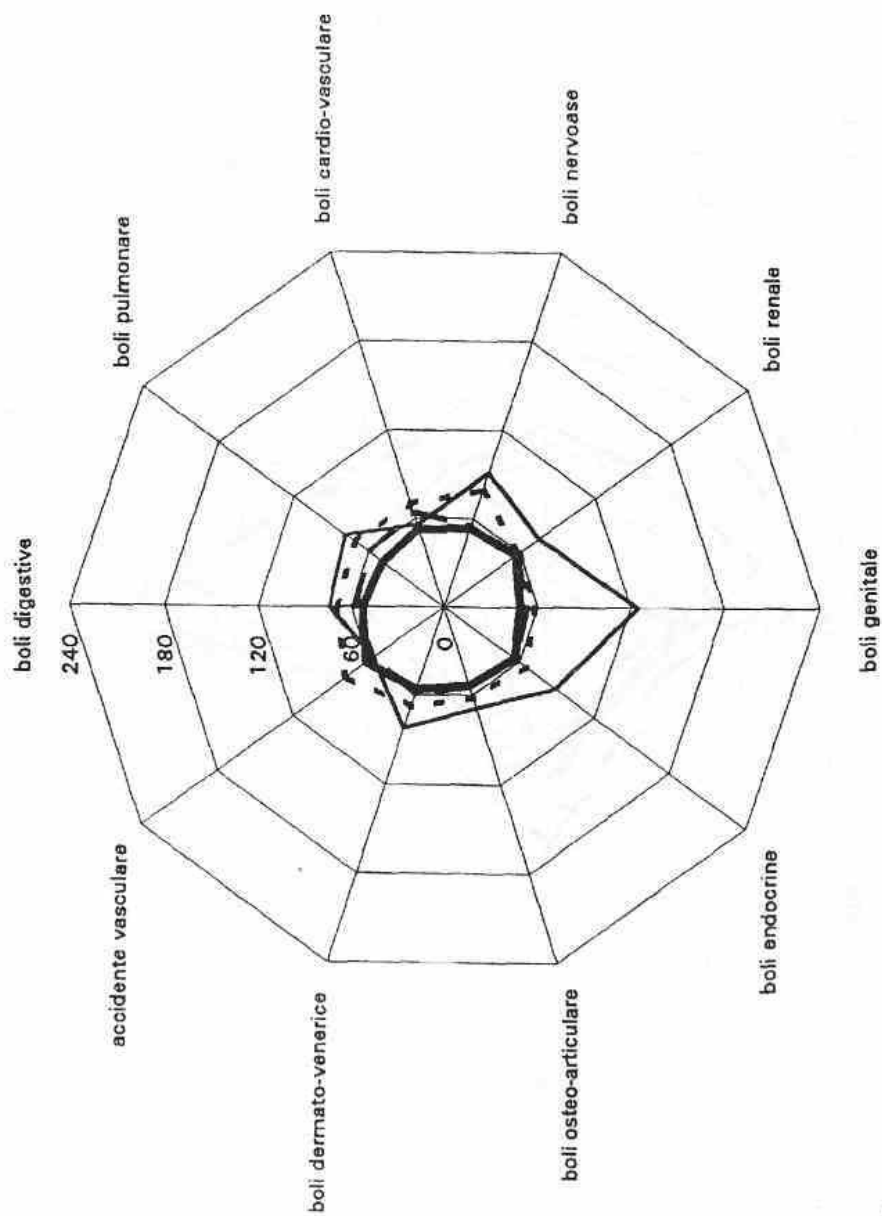


Fig.8. Variabilitatea tendințelor antisociale în bolile psihosomatice, în funcție de tipologia constituțional somatică, la populația masculină și feminină

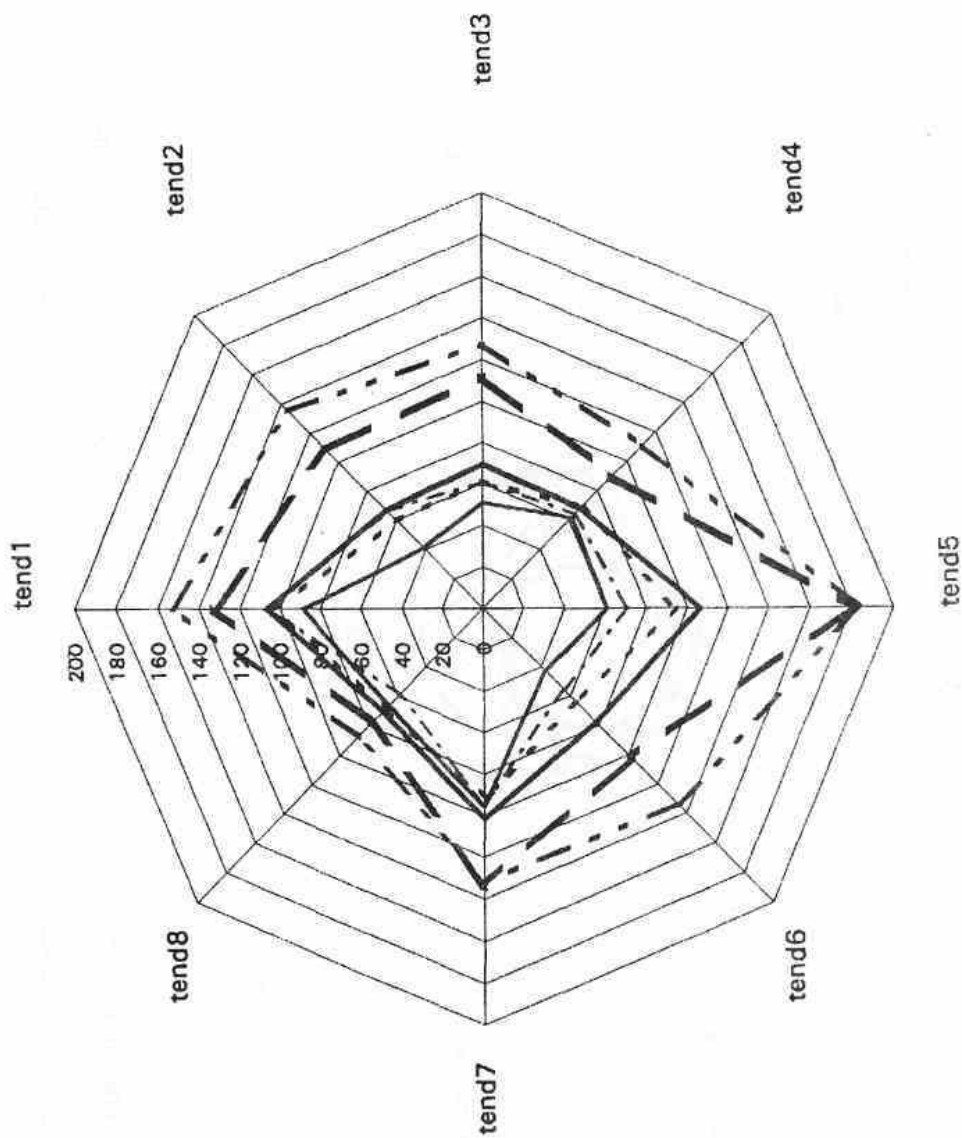


Fig.9. Variabilitatea tendințelor psihosomatice la populația masculină

— Bărbați longilini normali; ···· Bărbați brevilini normali; - - - Bărbați longilini cu tulburări neurotice; - · - · Bărbați brevilini cu tulburări neurotice; - - - Bărbați longilini cu boli psihosomatice; - · - · Bărbați brevilini cu boli psihosomatice.

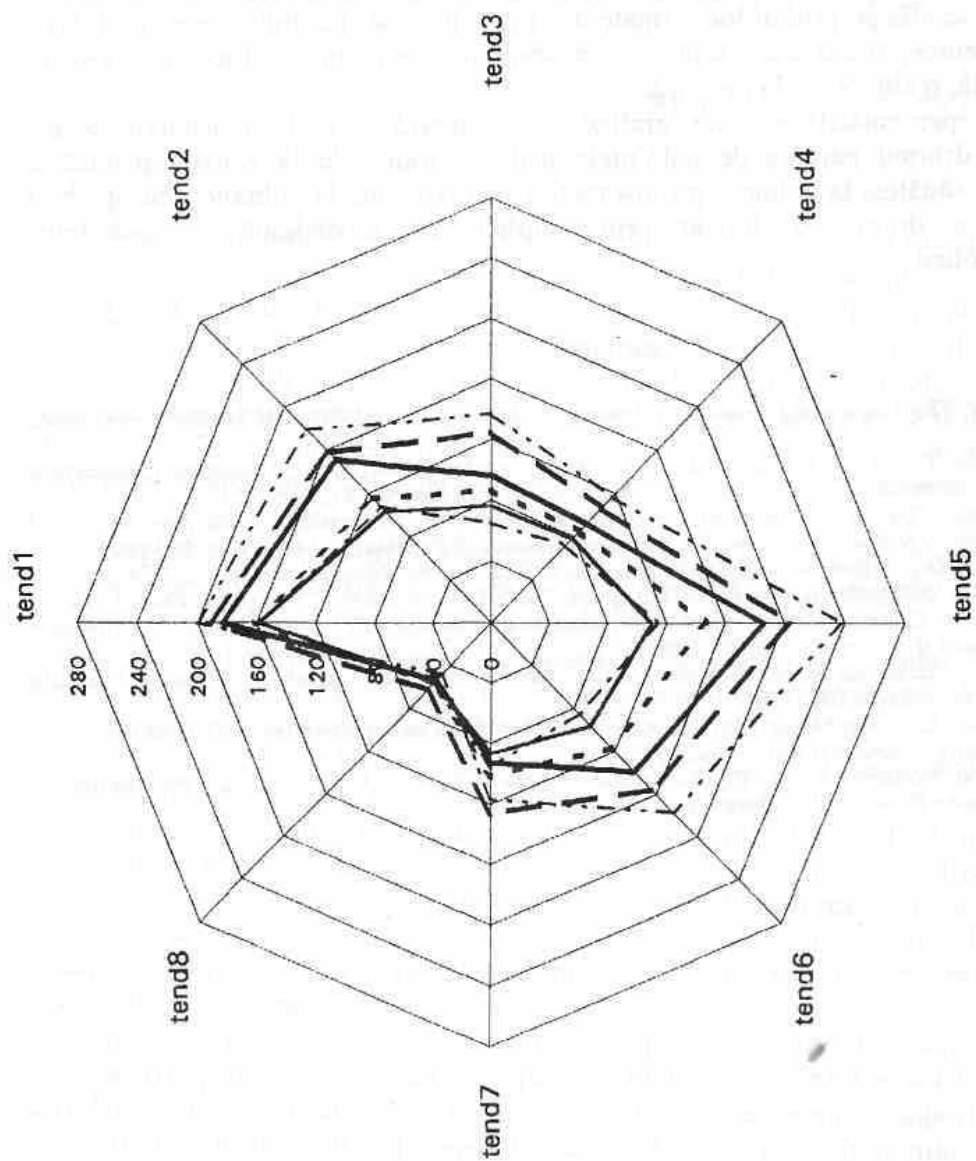


Fig.10. Variabilitatea tendințelor psihonevrotice la populația feminină

— Femei longiline normale; - - - - Femei breviline normale; - · - · Femei longiline cu tulburări neurotice; · · · · Femei breviline cu boli psihosomatice; - · - · Femei longiline cu boli psihosomatice; — Femei breviline cu boli psihosomatice.

La populația cu tulburări neuropsihice constatăm un fel de „invadare” a încărcăturii negative psihopatologice pentru majoritatea tendințelor psihonevrotice, un fel de „derapare” psihonevrotică pe toate palierele vieții psihice.

Acest derapaj psihonevrotic are o ecuație complexă în care tendințele depresive se află pe primul loc, urmate de emotivitate, de tendințe obsesivo-fobice și psihastenice, triadă care semnifică o spoliere a energiei psihice, o oboseală existențială, o alunecare în nevroză.

În reprezentările noastre grafice, ce urmează, această constatare apare evidentă, drumul parcurs de tendințele psihonevrotice de la ecuația psihică a oamenilor sănătoși la bolnavii psihosomatici și finalmente la bolnavii neuropsihici – este un drum caracterizat prin amplificarea ascendentă a tendințelor psihonevrotice .

BIBLIOGRAFIE

1. S. Fischer, *The Causes and Control of Anxiety*, în *British Journal Hôpital Medicine*, 44, Sept., 1990.
2. T.B. Karasu, *Toward a Clinical Model of Psychotherapy for Depression, I, Systematic Comparison of Three Psychotherapies*, în *American Journal of Psychiatry*, 147, 2, Feb., 1990.
3. T.B. Karasu, *Toward a Clinical Model of Psychotherapy for Depression, II. An Integrative and Selective Treatment Approach*, în *American Journal of Psychiatry*, 147, 3 March, 1990.
4. P. Kielholz, *Depression in Everyday Practice*, în *British Journal Hôpital Medicine*, 1974.
5. E.D. Pamfil, D. Ogodescu, *Nevrozele*, Timișoara, Facla 1974; *Psihozele*, Timișoara, Facla 1976..
6. Elena Radu, Ecaterina Morar, *Recherches somato-psychiques en antropologie*, în *Annuaire Roumain d'Anthropologie*, 28, 1991.
7. Elena Radu, Ecaterina Morar, *Neurotic as a Critical Formula of Existan*, în *Annuaire Roumain d'Anthropologie*, 28, 1991.
8. Elena Radu, Ecaterina Morar, *Neuropsychic Disorders from an Antropological Perspective (I)*, în *Annuaire Roumain d'Anthropologie*.
9. Elena Radu, Ecaterina Morar, *Psychosomatic Disorders from an Anthropological Perspective*, în *Annuaire Roumain d'Anthropologie*, 30, 1993.