

nutreau „răzbunare și longivitate”, dar, nu permiteau tratamentul cu DOTS+, și creau atmosfera de ostilitate și ostracizare față de personalul medical.

Aceste persoane, victime al propriului caracter și al tuberculozei rămân tolerate în aspect juridic și în proiectul de lege propus, deoarece nu se preconizează un tratament coercitiv, și condițiile sale, după cum funcționează în Occident, fapt despre care am depus efortul să-l demonstrăm în studiul respectiv.

### **Concluzii**

1. Indicii epidemiologici actuali în privința tuberculozei pulmonare în țara noastră dictează necesitatea suscitării societății în implementarea experienței deja acumulate în anii 80.
2. Tratarea coercitivă existentă a pacienților numai afectați de alcoolism este necesar de a o extinde la pacienții incomplianți afectați de tulburări psihice nepsihotice.
3. Eliberarea pacienților baciliferi din detenție, în special al celor, care evitau tratamentul să fie interzisă, sau trecuți la tratamentul obligatoriu coercitiv, având în vedere limitele discernământului acestor pacienți, psihiatric calificat ca diminuare a responsabilității, cu implicarea exhaustivă a serviciului psihologiei clinice în determinarea algoritmului de conduită al acestora .

### **Bibliografia selectivă**

1. Alexandrescu I, Blumenfeld S, Voloșievici I. *Psihicul bolnavului de tuberculoză pulmonară (aspecte psihologice, psihopatologice și de recuperare socio-profesională)*. Ed. Junimea, Iași, 1981, 289 p.
2. Audisio M. *La psychiatrie de secteur* Privat, Toulouse, 1980, 415 p.
3. Ey H., co. *Manuel de Psychiatrie*. Masson et &, Paris, 1967, p. 1211
4. Ершов А., *Туберкулез и алкоголизм*, Москва, 1966, 98 стр.
5. Fourth Meeting of Național Tuberculosis Programme Manages, Report on a WHO Meeting, Helsinki, Finland, 2000.
6. Gruhle H., Jung R., Mayer-Gross, M. Muller. *Klinische psychiatrie*, 1960, p.828
7. Фрейеров О. *Легкие степени олигофрении* Медицина. 1964, 223 стр.
8. Кернберг О. *Тяжелые личностные расстройства*, Москва, 459 стр.
9. Nacu A.G. Nacu A.A. *Psichiatrie judiciară*, Chișinău 1997 p 340- 346.
10. Пунга В., и др., *Проблемы борьбы с туберкулезом в Российской Федерации*. Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice. Chișinău 2002, 32-33
11. White MC, co. *Strategies for effective education in a jail setting: the Tuberculosis Prevention Project* Department of Community Health Systems, University of California, San Francisco, School of Nursing; USA. Health Promot. Pract. 2003, Oct; 4(4): 422-9.

## **INFLUENȚA COMPORTAMENTULUI PARENTAL ASUPRA SIMPTOMATICII SCHIZOFRENIEI**

**Vadim Aftene, Anatol Nacu**

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală USMF “N. Testemițanu”

### **Summary**

#### **Influence of parenting behaviors on schizophrenia symptoms**

Family education is one of the most influent factors in human personality development, which means the impact of it in psychopathological development of the person. 104 families (from rural and urban residence) that had as a member schizophrenic patient were studied. The PANSS and PARQ questionnaires were used, and the obtained data were analyzed using SPSS for Windows. The results show that parenting style has an evident influence for the behavioural patterns, especially for negative symptoms development and the differences between rural and urban patients and the patient’s gender (that appears in a different correlation levels)

## **Abstract**

Educația familială este unul din cei mai importanți factori, care influențează dezvoltarea personalității umane și are un impact asupra dezvoltării psihopatologice a persoanei. 104 familii cu pacienți afectați de schizofrenie din mediul urban și rural au fost studiați. În studiu au fost folosite chestionarele PARQ și PANSS, și datele obținute au fost analizate cu ajutorul programului SPSS for Windows. Rezultatele demonstrează că, stilul educației parentale are o influență evidentă asupra paternului comportamental la urmași, în special pentru dezvoltarea simptomaticei negative în schizofrenie. De asemenea, sunt specificate diferențe între pacienții din mediul rural și urban, și diferențe între sexe (care apar în niveluri diferite de corelații).

## **Actualitatea temei**

Etiologia polifactorială a schizofreniei urmărește abordarea multimodală a tratamentului. Evidențierea istorică a simptomaticei acute, numite mai târziu pozitive, a urmat metode de tratament specifice eliminării agitației psihomotorii, ideilor delirante și halucinațiilor. Chiar și primele medicamente (neurolepticele clasice – clorpromazina) aveau efect de sedare a pacientului. Restul metodelor terapeutice șocogene (insulinterapie, atropinterapia, ECT) și metodele terapeutice preștiințifice (hidroterapia, terapia giratorie, lobotomia, imobilizarea) erau la fel predestinate anihilării agitației sau denumită recent simptomaticea pozitivă.

Recursul istoric al maladiei după începerea erei neurolepticelor a diferențiat o patomorfoză clinică și evidențierea formelor defectuoase. Astfel, ceea ce prezenta în concepția lui Kraepelin dementia praecox, a devenit stare de defect sau manifestarea simptomaticei negative (sărăcirea veșii afective, lipsa de motivație și interes, sărăcirea proceselor asociative și a limbajului).

Delimitarea în schizofrenie a simptomaticei pozitive și negative, propuse de Crow, pornește de la Jackson, care evidențiază, d.p.d.v. neurologic, un plus sau un minus în funcțiile psihice în dependență de afectarea unor zone corticale și funcționarea compensatorie ale altor zone [10].

Evidențierea simptomaticei negative după cuparea episoadelor psihotice acute, care se manifestă predominant prin simptomaticea pozitivă, și creșterea stărilor defectuoase (pierderea interesului pentru activitățile cotidiene, izolarea socială, sărăcirea limbajului și a funcției comunicaționale, detașarea de realitate și retragerea autistă, pierderea potențialului energetic) au dus la revizuirea tratamentului și a tacticilor terapeutice privind stimularea persoanelor suferinde de schizofrenie, cu implicarea în activități practice și sociale.

Elaborarea instrumentelor necesare pentru aprecierea gradului de afectare patologic de către schizofrenie s-a bazat pe instituirea scalelor ce măsoară gravitatea simptomaticei pozitive și negative (PANSS) [3, 4]. Aceste scale sunt de un mare ajutor în aprecierea funcționalității pacientului și eficacității tratamentului psihofarmacologic administrat [2, 7, 8]. Studiile teoretice și metodologice ale chestionarului PANSS [2] atribuie simptomaticei pozitive ca fiind determinată de procesul patologic endogen, iar simptomaticea negativă este datorată unei dezvoltări patologice a personalității.

În dezvoltarea personalității adulte sunt incriminați 4 factori: ereditari, constituționali, educaționali și sociali [1]. Majoritatea teoriilor psihologice atribuie un rol important relației diadice „părinți-copil” și modelului educațional în dezvoltarea patologică a personalității. Transmiterea modelului comportamental de la părinți la copii și asimilarea sa de către individ, în calitate de matrice funcțională, este punctul culminant al dezbaterilor teoretice. Calitatea modelului de bază și a relațiilor părinte-copil sunt factori hotărâtori în constituirea personalității adulte. Se pare că și aprecierea subiectivă de către copil a relațiilor parentale și a comportamentului adulților față de propria persoană modelează și formează personalitatea adultă [5].

## **Scop**

Scopul lucrării de față este aprecierea rolului comportamentului parental asupra simptomaticei persoanelor ce suferă de schizofrenie.

## **Materiale și metode**

Lotul de studiu a inclus 99 persoane, ce suferă de schizofrenie și rudele acestora. Persoanele incluse în studiu au fost diagnosticate cu schizofrenie cifru F20, conform clasificatorului internațional ICD-10. Lotul de studiu cuprinde persoane, atât din mediul rural (49 familii din raionul Hîncești), cât și urban (50 familii din municipiul Chișinău). Datele au fost colectate pe durata anilor 2006 și 2007.

**Tablelul №1** Distribuția lotului după reședință, sex și vârstă.

Variabila	Caracteristica	No	%	
Sex	Male	46	46.5%	
	Female	53	53.5%	
Residence	Rural	49	49.5%	
	Urban	50	50.5%	
Age	Mean	44.3 years	Range	20-72 years

În scopul aprecierii la pacienți a sentimentului subiectiv de rejecție (respingere) sau acceptare parentală s-a folosit chestionarul Adult PARQ (Parental Acceptance Rejection Questionnaire). Chestionarul este un instrument elaborat pe baza teoriei „Acceptării-Rejecției Parentale” (Rohner), care explică organizarea personalității adulte pe axa acceptare-respingere conform sentimentului subiectiv resimțit în copilărie în relația cu părinții.

Aprecierea se face pe baza a 4 scale: Căldură / Afețiune (Warmth / Affection), Ostilitate / Agresivitate (Hostility / Aggression), Indiferență / Neglijență (Indifference / Neglect), Respingere nediferențiată (Undifferentiated Rejection), la care se adaugă scala controlului patern, resimțit de către individ în copilărie. Indivizii, care au resimțit mai multă căldură și afețiune din partea părinților în copilărie s-au organizat într-o personalitate mai adaptată la rigorile sociale. Persoanele dezadaptate și cu comportament dependent exprimă mai multă indiferență și neglijență, resimțită în relațiile timpurii cu părinții.

Un alt instrument folosit în studiul de față este reprezentat de către chestionarul PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) (Kay SR, Fiszbein A, Opler LA). Instrumentul este folosit pentru aprecierea gravității simptomatice pozitive (scala sindromologică pozitivă), negative (scala sindromologică negativă) și generale (scala simptomatice psihopatologice generale) din schizofrenie. Simptomatice psihopatologice a persoanei suferinde de schizofrenie a fost apreciată în cadrul discuțiilor cu pacientul și cu rudele acestuia.

Prelucrarea statistică a rezultatelor s-a făcut cu ajutorul programului statistic SPSS for Windows.

### **Rezultate obținute**

În lucrarea de față a fost abordată problema influenței comportamentului parental asupra dezvoltării simptomelor în schizofrenie și receptată reacția pacienților și membrilor familiei asupra lucrului psihoterapeutic.

Aprecierea stării psihopatologice a pacientului s-a efectuat cu ajutorul chestionarului PANSS. Datele necesare pentru evaluarea simptomatice au cuprins discuțiile directe cu persoana suferindă de schizofrenie și anamneza obiectivă oferită de rudele acesteia. Aprecierea corectă și obiectivă a fost justificată de consecutivitatea discuțiilor petrecute cu pacientul și ruda acestuia. În timpul ședințelor se petreceau discuții în comun și separat cu fiecare membru în parte, după care se aprecia starea pacientului, conform instrucțiunii.

Important, din punct de vedere psihiatric, este faptul camuflării simptomatice psihopatologice de către pacient la începutul discuției. Persoanele afectate sunt suspecte față de persoana unui medic-psihiatru necunoscut și răspund formal la întrebări, evitând detaliile. Suspiciunea se datorează în parte fricii de a nu fi învinovățit (pentru prezența simptomatice)

pozitive) și internat. Figura medicului este privită mai cu seamă în calitate de prescriptor de medicamente. Pacienții nu-și imaginează o alternativă medicală nemedicamentoasă eficace. Importanța psihoterapiei este negată și neglijată

**Tabelul nr. 2** PARQ versus PANSS

		Control	Warmth Căldură	Hostility Ostilitate	Indifference Indiferență	Rejection Respingere
<b>Positive Simptomatic</b>	Pearson Correlation	.138	<b>-.236(*)</b>	<b>.216(*)</b>	.095	.140
	Sig. (1-tailed)	.112	.017	.027	.200	.108
	N	79	80	80	80	80
<b>Negative Simptomatic</b>	Pearson Correlation	<b>.271(**)</b>	<b>-.184</b>	<b>.354(**)</b>	<b>.239(*)</b>	<b>.217(*)</b>
	Sig. (1-tailed)	.008	.051	.001	.017	.027
	N	79	80	80	80	80
<b>General Simptomatic</b>	Pearson Correlation	<b>.261(*)</b>	-.045	<b>.301(**)</b>	.109	.134
	Sig. (1-tailed)	.010	.345	.003	.169	.119
	N	79	80	80	80	80

**Tabelul nr.3** PARQ versus PANSS în funcție de sex.

Gender Sex			Control	Hostility Ostilitate	Warmth Căldură	Indifference Indiferența	Rejection Respingere
Females Femei	Positive Simptomatic	Correlation Coefficient	.316(*)	.237	-.257	-.052	.149
		Sig. (1-tailed)	.022	.065	.050	.372	.173
		N	41	42	42	42	42
	Negative Simptomatic	Correlation Coefficient	<b>.390(**)</b>	<b>.405(**)</b>	<b>-.457(**)</b>	.225	.177
		Sig. (1-tailed)	.006	.004	.001	.076	.132
		N	41	42	42	42	42
	General Simptomatic	Correlation Coefficient	.345(*)	.243	-.248	-.074	-.060
		Sig. (1-tailed)	.014	.060	.057	.320	.353
		N	41	42	42	42	42
Males Barabati	Positive Simptomatic	Correlation Coefficient	.032	.158	-.190	.209	.231
		Sig. (1-tailed)	.423	.172	.127	.104	.081
		N	38	38	38	38	38
	Negative Simptomatic	Correlation Coefficient	.225	.025	.127	.070	.057
		Sig. (1-tailed)	.088	.442	.224	.339	.366
		N	38	38	38	38	38
	General Simptomatic	Correlation Coefficient	.069	.025	-.001	.091	.059
		Sig. (1-tailed)	.340	.440	.499	.294	.363
		N	38	38	38	38	38

Evocator pentru membrii „sănătoși” ai familiei este faptul de a accentua gravitatea simptomaticei, atribuindu-și rolul de martir sau, din contra, de a făuri alianțe (mamă-copil) împotriva tuturor și de a atenua simptomaticele psihopatologice. În special, rudele atrag atenția asupra lipsei de inițiativă a persoanei afectate, lipsa interesului pentru activități practice, neascultarea și conflictualitatea. În mare parte, simptomaticele pozitive (halucinații, idei delirante, agresivitate, excitație) nu este specificată, decât în contextul accesului psihotic și în legătură cu sentimentul de insecuritate, datorat fricii de boala psihică (neînțelegerea producției inconștientului).

**Tabelul nr.4** PARQ versus PANSS în funcție de reședință.

Reședința			Control	Hostility Ostilitate	Warmth Căldură	Indifference Indiferență	Rejection Respingere
<b>Rural</b>	<b>Positive Simptomatic</b>	Correlation Coefficient	.208	.258	-.269	.053	.156
		Sig. (1-tailed)	.115	.065	.057	.380	.182
		N	35	36	36	36	36
	<b>Negative Simptomatic</b>	Correlation Coefficient	<b>.361(*)</b>	.221	<b>-.307(*)</b>	.020	-.016
		Sig. (1-tailed)	.017	.098	.034	.454	.464
		N	35	36	36	36	36
	<b>General Simptomatic</b>	Correlation Coefficient	<b>.413(**)</b>	.179	-.107	-.118	-.078
		Sig. (1-tailed)	.007	.148	.266	.246	.325
		N	35	36	36	36	36
<b>Urban</b>	<b>Positive Simptomatic</b>	Correlation Coefficient	.061	.172	-.098	.099	.242
		Sig. (1-tailed)	.348	.133	.264	.262	.056
		N	44	44	44	44	44
	<b>Negative Simptomatic</b>	Correlation Coefficient	<b>.254(*)</b>	<b>.277(*)</b>	-.071	<b>.281(*)</b>	<b>.265(*)</b>
		Sig. (1-tailed)	.048	.034	.323	.032	.041
		N	44	44	44	44	44
	<b>General Simptomatic</b>	Correlation Coefficient	.115	.165	-.090	.035	.087
		Sig. (1-tailed)	.229	.142	.280	.411	.287
		N	44	44	44	44	44

Paralel cu îndeplinirea chestionarelor s-a pus accentul pe autoevaluarea de către pacient a stării sale de sănătate, a recunoașterii simptomelor psihopatologice, a depistării problemelor cheie și fixarea de obiective. În privința rudelor preponderent s-a fixat atenția asupra relației cu pacientul, alianțelor familiale și informarea corectă referitor la maladie și manifestările ei.

Primar în relația cu pacientul, care suferă de schizofrenie, și membrii familiei sale este stabilirea unei relații de încredere și redarea unui sentiment de stabilitate. Suspiciunea față de persoana medicului nu este specifică doar persoanei afectate, ci și celorlalți membri „sănătoși” ai familiei. Se pare că nucleul autist este specific familiei în întregime și nu doar persoanei cu schizofrenie.

În intenția de a depista și a rezolva pe viitor conflictele familiale s-au fixat întâlniri repetate, care vizau, ședințe comune de abordare a problemelor cheie și elaborarea de soluții de compromis. Specifică s-a arătat reacția rudelor persoanelor cu schizofrenie, care apreciind, ca negativă și conflictuală starea pacientului, totuși nu intenționau să participe la aceste ședințe. Se credea impresia, că familia cu persoane afectate de schizofrenie în dificultatea ei de a rezolva stările conflictuale și situația socio-familială precară, era mulțumită cu starea lucrurilor actuale.

Presiunea din sistemul familial era descărcată prin intermediul vizitelor unice la medicul psihiatru sau când persoana suferindă de schizofrenie era internată în spital. Persoana afectată de schizofrenie este privită de către membrii familiei, ca un lucru care împovărează familia și totodată este scuza tuturor nereușitelor.

Pentru persoanele afectate, elementul principal, în vizitele la psihoterapeut consta în găsirea unui punct de reper, în figura psihoterapeutului, ce ar reprezenta o punte de legătură între lumea sa (fantasmatică) și lumea reală (realitatea). Elaborarea unor acțiuni concrete, de către persoana în cauză, se face la un nivel primitiv, prin solicitarea acordului psihoterapeutului.

Suplinirea datelor culese din observarea directă și convorbirea cu persoana afectată și membrii familiei se face cu ajutorul unor descrieri statistice. Contrapunerea celor două chestionare (PANSS vs. PARQ) efectuate de către pacient ne relatează următoarele rezultate.

Prin intermediul analizei statistice PARQ versus PANSS (Tabelul nr.2) se constată prezența corelațiilor la nivel de simptomatice negativă cu controlul resimțit în copilărie de către individ din partea părinților și ostilitatea prezentă la nivel subiectiv în relație cu părinții, la individul afectat de schizofrenie.

La distribuirea grupului de studiu pe sexe importante corelații se obțin la nivel de control perceput de femei din partea părinților. Importante pentru dezvoltarea simptomatice negative sunt ostilitatea prezentă în relațiile primare părinte-copil și lipsa de căldură oferită de părinte copilului. Toate aspectele corelaționale se referă la poziția subiectivă a adultului afectat de schizofrenie referitor la sentimentul subiectiv de natură inconștientă în relația sa primară cu părinții.

Ulterior, distribuirea grupului pe mediul de trai (rural și urban) au evidențiat (Tabelul nr.4) controlul excesiv perceput de subiecții din mediul rural din partea părinților, posibil datorită factorului etno-cultural și tradiției, implicate ca forme educative în dezvoltarea personalității.

### **Discuții**

1. Datele asigură o justificare puternică, că stilul sau comportamentul parental are o influență asupra personalității adultului.
2. Sursele literare asupra scalei PANSS susțin că scalele simptomatice Negative și Generale sunt rezultatul personalității pacientului, în timp ce simptomatice Pozitivă este mai mult rezultatul procesului patologic datorat schizofreniei.
3. Scalele PARQ (Parental Acceptance/Rejection) arată o corelație moderată cu ambele scale ale simptomatice Negative și Generale.
4. Ambele confirmă teoria conform căreia scalele PANSS sunt cu adevărat influențate de către personalitate, în aceeași măsură cum mediul familial poate influența natura schizofreniei.
5. Descoperirea surprinzătoare a fost, că aceste influențe parentale sunt îndreptate către copiii de sex feminin și nu cei de sex masculin. Aceasta semnifică că diferite comportamente parentale sunt antrenate la cele două sexe diferite, astfel că terapii separate necesită să fie dezvoltate pentru pacienții de sex feminin cu schizofrenie.
6. În final, am notat diferențe între pacienții de origine urbană și rurală, care necesită să fie explorată pe viitor.

### **Bibliografie**

1. Nacu A, Boderscova L, Chihai J, Spinei L. Ghid pentru Servicii comunitare de sănătate mentală. Chișinău 2007.
2. Bell M, Milstein R, Beam-Goulet J, Lysaker P, Cicchetti D. The Positive and Negative Syndrome Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale. Reliability, comparability, and predictive validity. J Nerv Ment Dis. 1992 Nov; 180 (11): 723-8
3. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987; 13:261-27.
4. Reine G, Lancon C, Simeoni MC, Duplan S, Auquier P. [Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments]. Encephale. 2003 Mar-Apr;29(2):137-47.

5. Rohner, R.P. The Parental "Acceptance-Rejection Syndrome": Universal Correlates of Perceived Rejection. November 2004: 830-840.
6. Rohner, RP, Khaleque, A. (Eds.) (2005a). Handbook for the study of parental acceptance and rejection (4th Edition). Storrs, CT: Rohner Research Publications.
7. Santor DA, Ascher-Svanum H, Lindenmayer JP, Obenchain RL. Item response analysis of the Positive and Negative Syndrome Scale. BMC Psychiatry. 2007 Nov 15;7:66.
8. Vidal M, Cortés M, Valero J, Gutiérrez-Zotes A, Labad A. Family environment and expressed emotion in patients with schizophrenia or other psychoses and in their first-degree relatives. Actas Esp Psiquiatr. Psiquiatr 2008 Jun 3; 36(0):00-00.
9. Боуэн М. Теории семейных систем. М.: Когито-Центр, 2005. 496 с
10. Мэй М., Сарториус Н. Шизофрения / Пер. с англ. – К.: Сфера, 2005. – 488 с.

## **RESPINGEREA PĂRINTEASCĂ PERCEPUTĂ ÎN COPILĂRIE ȘI ROLUL EI ÎN DEZVOLTAREA TULBURĂRILOR DEPRESIVE LA VÂRSTA ADULTĂ**

**Vladimir Sterpu**

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală  
USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### **Parental rejection perceived in the childhood and its role in the development of depressive disturbances in the adulthood**

In this article the parental rejection perceived in the childhood by the depressive patients is studied. 21 patients with diagnosis of affective disturbances (chapters F.30-F.39 from ICD-10) were included in experimental group. The correlation between parental rejection perceived in the childhood and development of pathological symptoms in adulthood was estimated, using comparison of Hamilton scale score and scores of PAQ and PARQ questionnaires. The role of hostile/aggressive parenting as etiological factor in the development of depressive disturbances in the adulthood is estimated.

### **Rezumat**

În articol sunt prezentate rezultatele studiului consecințelor fenomenului respingerii părintești, percepute în copilărie de pacienții cu tulburărilor depresive. A fost studiat lotul de 21 pacienți care conform clasificării ICD – 10 au cifrul F.30 - F.39. Estimarea corelației între respingerea părintească percepută în copilărie și dezvoltarea simptoamelor patologice la adulți sa efectuat prin comparare scorului obținut prin completarea scalei Hamilton și scalelor chestionarelor PARQ și PAQ. Rolul stilului ostil/agresiv în educație este apreciat ca un factor etiologic în dezvoltarea tulburărilor depresive în vârsta adultă.

### **Actualitatea**

Depresia, caracterizată prin tristețe și scăderea interesului în activitățile altădată aducătoare de bucurie, este azi a 4 cauză majoră a cheltuielilor și handicapului la nivel mondial. Cu circa 340 milioane de suferinzi în întreaga lume, ocupă locul I la femei și locul II la bărbați (15-44 ani) în ce privește costurile și handicapul. În anul 2020 depresia va trece de pe locul 4 pe locul 2 (pentru toate vârstele) după afecțiunile cardiovasculare, avertizează Organizația Mondială a Sănătății (OMS).

Depresia este o manifestare a dezadaptării individului legată cel mai des de viața lui socială. Pentru evaluarea socializării persoanei adulte, dereglărilor comportamentale, chiar și psihice asociate cu influența familială și atitudinea părinților față de copiii lor sunt elaborate mai multe teorii. Una dintre ele este Teoria acceptării-respingerii părintești (TARP) formulate de Ronald P. Rohner