



عوامل قابل تغییر والدین مرتبط با امتناع کودک و نوجوان از مدرسه

سکینه مختاری^۱

^۱ فوق دیپلم، آموزش ابتدایی، دانشگاه آزاد دزفول اداره آموزش و پرورش شهرستان اندیمشک

E-mail: smokhtari899@gmail.com

چکیده

امتناع از مدرسه یک مشکل پیچیده است که به مشکل در حضور یا ماندن در مدرسه به دلیل پریشانی عاطفی در مورد حضور اشاره دارد. علیرغم اینکه وقوع آن با پیامدهای منفی همراه است، بسیاری از آنها به گزینه های درمانی فعلی پاسخ نمی دهند. در حالی که عوامل والدین نقش کلیدی در امتناع از مدرسه دارند، در درمان های موجود به اندازه کافی به آنها پرداخته نمی شود. تحقیقات بیشتر برای تثبیت درک و اجرای درمان های جدید مورد نیاز است. با استفاده از روش PRISMA^۱، هدف این بررسی شناسایی عوامل قابل تغییر والدین مرتبط با امتناع کودک و یا نوجوان از مدرسه است. هشت مطالعه معیارهای ورود را برآورده کردند که از آنها ۹ عامل شناسایی شد. عوامل مرتبط با امتناع از مدرسه عبارتند از: آسیب شناسی روانی والدین، عملکرد خانواده و حمایت بیش از حد مادر (زیر دامنه ارتباط)، عوامل دیگری مانند محافظت بیش از حد مادر (محبت، کمک و زیر دامنه سفر) و خودکارآمدی والدین نتایج ضعیف یا متناقضی داشتند که تحقیقات بیشتر را ایجاب می کرد. در مجموع، یافته ها نیازمند اقدام در این زمینه است که دارای ادبیات پراکنده و قدیمی است.

واژه های کلیدی: امتناع از مدرسه، عوامل قابل تغییر والدین، کودکان، نوجوانان، اضطراب.

۱- مقدمه

مقدمه در اکثر کشورها، حضور در مدرسه تا سن معینی اجباری است. در حالی که سطح مشخصی از ترس یا اضطراب در مورد حضور در مدرسه طبیعی است، ۱-۲٪ از کودکان در سن مدرسه [۱، ۲] سطوح ناراحت کننده و ناکارآمد این ترس و اضطراب را تجربه می کنند. امتناع از مدرسه نامیده می شود، این شرایط به مشکلات حضور و یا ماندن در مدرسه به دلیل پریشانی عاطفی اشاره دارد. برگ [۳] پنج معیار تعیین کننده برای امتناع از مدرسه را شناسایی کرد که عبارتند از:

الف) بی میلی یا امتناع از حضور در مدرسه

ب) حضور در خانه در ساعات مدرسه با آگاهی والدین؛

ج) پریشانی عاطفی در آینده مدرسه

د) عدم وجود رفتارهای ضد اجتماعی شدید فراتر از مقاومت در برابر تلاش های والدین برای تحمیل حضور در مدرسه

ه) تلاش های معقول و در عین حال بی اثر والدین برای اجبار حضور در مدرسه.



امتناع از مدرسه یک تشخیص روانپزشکی در راهنمای تشخیصی و آماری [۴] نیست، با این حال افراد با امتناع از مدرسه معمولاً تشخیص اولیه اختلالات مربوط به اضطراب و یا خلق و خو دارند. [۵-۷] اگرچه متغیر است، اما دلایل رایجی که باعث می شود کودکان از مدرسه امتناع کنند، عبارتند از: مشکل در جدایی از والدین، تمایل به اجتناب از محرک های بد مرتبط با مدرسه (مانند اتوبوس سواری به مدرسه) و یا داشتن یک اضطراب خاص یا عمومی مرتبط با مدرسه (مثلاً ترس از خواسته شدن صحبت در مقابل کلاس [۵، ۸]) ارائه امتناع از مدرسه ناهمگون است و می تواند شامل عصبانیت در صبح های مدرسه، امتناع از خروج از خانه برای مدرسه، ترک مدرسه در صورت افزایش برانگیختگی، یا ماندن در مدرسه اما خارج از کلاس درس (مثلاً در محوطه بهداری یا کتابخانه) باشد.

امتناع از مدرسه یکی از شرایط تحت عنوان «مشکلات حضور در مدرسه» است که به هرگونه غیبت مشکل ساز از مدرسه به دلایل توضیح داده شده یا غیرقابل توضیح اشاره دارد. [۹] امتناع از مدرسه از دیگر انواع مشکلات حضور و غیاب متمایز می شود، به ویژه کناره گیری از مدرسه، که در آن والدین به طور فعال عدم حضور در مدرسه را تشویق می کنند [۱۰] و فرار از مدرسه، که در آن کودکان از مدرسه نمی مانند و سعی می کنند این واقعیت را از والدین خود پنهان کنند. [۷-۱۰] این بررسی صرفاً بر روی امتناع از مدرسه تمرکز خواهد کرد که در تحقیقات قبلی به عنوان فویبای مدرسه شناخته می شود.

شواهد تا به امروز در مورد توسعه، نگهداری و درمان امتناع از مدرسه نشان می دهد که مداخلات را می توان در سه سطح هدف قرار داد:

(۱) فرد (کودک - نوجوان)،

(۲) مدرسه،

(۳) خانواده .

در حالی که مداخله به احتمال زیاد در هر سه سطح مورد نیاز است، نقش والدین یا مراقبان (از این پس "والدین") در خانواده به دلایل متعدد تمرکز این مطالعه است .

اولاً، طبق تعریف برگ [۳] والدین ذاتاً در امتناع از مدرسه دخیل هستند، اما بهترین تلاش آنها موفقیت آمیز نبوده است.

دوم، والدین می توانند نقش یکپارچه کننده بین کودک و مدرسه داشته باشند

سوم، کودک برای غلبه بر پریشانی و تجربه امتناع از مدرسه تحت تأثیر رفتارهای والدین قرار می گیرد و به آنها وابسته است .

علاوه بر این، والدین می توانند یک هدف مؤثر و شاید حتی در دسترس تر از کودک برای مداخله ای برای حمایت از کودکانی که از مدرسه امتناع می ورزند [۱۱] .

۲- ماهیت مضر امتناع از مدرسه

ماهیت مضر امتناع از مدرسه امتناع از مدرسه در کوتاه مدت و بلندمدت بر جوانان و خانواده های آنها تأثیر مضر می گذارد . در کوتاه مدت، جوانانی که از مدرسه امتناع می ورزند ممکن است با شکست در روابط خانوادگی و همسالان خود، افزایش تعارضات خانوادگی، کناره گیری اجتماعی، کاهش عملکرد تحصیلی، پریشانی عاطفی بالا به صورت روزانه [۶] و بیماری روانی همزمان مواجه شوند [۱۲ - ۵] . رابطه بین امتناع از تحصیل و بیماری روانی احتمالاً دو طرفه است، با این حال وجود امتناع از مدرسه می تواند منجر به بیماری روانی یا تشدید آن شود . مکانیسم های احتمالی برای این تشدید عبارتند از انزوای اجتماعی، تعارضات خانوادگی، عدم پیشرفت تحصیلی و اجتناب از محرک های اضطراب آور در مدرسه به عنوان مثال تعامل با همسالان پیامدهای بلندمدت مهم امتناع از مدرسه شامل کاهش فرصت های شغلی آینده نگر، روابط بین فردی ضعیف تر، اختلال در رشد اجتماعی، عاطفی و فکری [۳، ۱۳]، و نرخ بالاتر اختلالات روانی در طول زندگی [۱۴، ۱۵] است . علاوه بر این، مدت زمان امتناع از مدرسه، نتایج آینده را پیش بینی می کند . با دوره های طولانی تر با احتمال کمتر مشارکت مجدد موفق در مدرسه [۱۶] و پیامدهای ناراحت کننده و زیانبار تر [۶] همراه است . اکثر موارد امتناع از مدرسه بدون درمان بهبود نمی یابند [۱۷] .

علاوه بر این ، والدین مراقبان نیز در تلاش برای مدیریت این موضوع دچار ناراحتی قابل توجهی می شوند [۱۸] و بنابراین ممکن است ظرفیت برای تسهیل مشارکت مجدد در مدرسه را کاهش دهند [۱۹] .

۳ - نیاز به مداخله هدفمند برای امتناع از مدرسه

مسیر ناراحت کننده و مضر این وضعیت نیاز به مداخلات قوی مبتنی بر شواهد را برجسته می کند . در حال حاضر درمان شناختی رفتاری (CBT) به عنوان موثرترین درمان برای امتناع از مدرسه پیشنهاد می شود . [۲۰] با این حال، هنگام بررسی مطالعات CBT برای درمان امتناع از مدرسه، آشکار



می شود که هنوز نسبت قابل توجهی از کودکانی که از مدرسه امتناع می کنند وجود دارد که به CBT پاسخ نمی دهند. در [۲۱] مطالعه، نرخ حضور در مدرسه پس از درمان برای کودکانی که CBT را به دلیل امتناع از مدرسه دریافت کردند، ۶۷٪ بود، به این معنی که کودکان ۶۷٪ از مواقع در هفته تحصیلی گذشته در کلاس درس بودند. در حالی که ۶۵ درصد از کودکان (۱۳ نفر) که CBT را به دلیل امتناع از مدرسه دریافت کردند به ۹۵ درصد میزان حضور و غیاب رسیدند، که پاسخی به ظاهر خوب بود، در مقایسه با پیشرفت در گروه کنترل، تفاوت زمانی قابل توجهی در گروه X وجود نداشت. این بدان معناست که هیچ مدرکی وجود ندارد که نشان دهد CBT برای امتناع از مدرسه نسبت به گروه کنترلی که درمان آموزشی-حمایتی دریافت می کردند، برتر بود. به طور مشابه، در مطالعه، ملوین و همکاران [۲۲] اگرچه میزان حضور پس از مداخله افزایش یافت برای نوجوانانی که CBT را با یا بدون دارو دریافت کردند، نرخ حضور پس از درمان (۵۲٪) هنوز کمتر از هدف ۸۰٪ بود. این نشان می دهد که کاوش بیشتر در مورد مکانیسم های نهفته در امتناع از مدرسه و اینکه چگونه می توان به بهترین شکل با آن برخورد کرد، مورد نیاز است.

۴ - مشارکت والدین در مداخلات برای امتناع از مدرسه

مداخلات امتناع از مدرسه موجود برای بهبود میزان حضور در سطوح مورد نیاز دیده نشده است. مطالعات نشان می دهد که امتناع از تحصیل بدون نوعی دخالت والدین بسیار دشوار است [۲۴ - ۲۳]. برخی از مطالعات CBT والدین را با برگزاری جلسات جداگانه والدین [۲۲، ۲۵-۲۷] یا مشارکت دادن آنها به عنوان بخشی از جلسات کودک [۲۱، ۲۸] درگیر کرده اند. هر دوی این روش ها در درجه اول بر آموزش آنچه به کودک آموزش داده می شود به والدین تمرکز می کنند. هاین، کینگ [۲۶] نقش مشارکت والدین و معلمان را در تقویت CBT متمرکز بر کودک برای امتناع از مدرسه ارزیابی کرد. همه گروه های درمانی (فقط کودک درمانی، فقط آموزش والدین و معلم و هر دو کودک درمانی و آموزش والدین معلم) پیشرفت های آماری و بالینی معنی داری را در حضور در مدرسه بین زمان های قبل و بعد از درمان نشان دادند. این نشان می دهد که رویکرد درمانی که مستقیماً شامل کودک نمی شود، در مقایسه با درمان فقط کودک، یا ترکیبی می تواند به همان اندازه مؤثر باشد. این یافته در میان کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی منعکس شده است، جایی که یک رویکرد درمانی با هدف قرار دادن والدین صرفاً تأثیری غیرطبیعی نسبت به مداخله CBT هدفمند کودک ایجاد کرد. [۲۹]

والدین نقش مهمی در پیشگیری و درمان مشکلات سلامت روان در کودکان و نوجوانان دارند. [۳۰] در حالی که همه کودکانی که از مدرسه امتناع می کنند از یک بیماری روانی تشخیص داده شده رنج نمی برند، وقوع همزمان زیاد نشان می دهد که درک ادبیات تثبیت شده مرتبط با سلامت روان کودک و فرزند پروری مفید است. مطالعاتی که سلامت روان کودکان و نوجوانان را بررسی می کنند، تعداد بی شماری از عوامل قابل تغییر والدین را شناسایی کرده اند که می توانند خطر اختلالات اضطرابی و افسردگی مانند درگیری بیش از حد، گرما و اعطای خودمختاری را افزایش یا کاهش دهند [۳۱-۳۲]. علاوه بر این، همچنین ثابت شده است که برنامه های فرزندپروری می توانند با هدف قرار دادن رفتارهای والدینی مرتبط، مهارت ها، خودکارآمدی و موانع فرزندپروری مؤثر (مانند آسیب شناسی روانی والدین) نتایج را برای سلامت روان کودک و نوجوان بهبود بخشند. [۳۳-۳۵]

به طور کلی، نیاز به درمان موثرتر در مورد امتناع از مدرسه وجود دارد. اگرچه برنامه های موجود والدین را شامل می شود، اما آن طور که در چارچوب سندلر و همکاران [۳۵] پیشنهاد شده است، به اندازه کافی عوامل سطح والدین را مورد توجه قرار نمی دهند و هدف قرار نمی دهند. این چارچوب پیشنهاد می کند که برای ایجاد اثرات بلندمدت در پیامدهای فرزندپروری و جوانان، والدین باید به طور فعال در استفاده از مهارت های فرزندپروری، ایجاد خودکارآمدی والدین و کاهش موانع فرزندپروری مؤثر مشارکت داشته باشند. [۳۵] این تغییرات فرزندپروری با تأثیرگذاری بر فرآیندهای اجتماعی، شناختی، بیولوژیکی و رفتاری خود والدین و فرزندشان، تأثیرات بلندمدت مؤثری ایجاد می کند [۳۵]. این امکان وجود دارد که هدف قرار دادن بیشتر این عوامل به تقویت درمان های موجود (یعنی هدفمند کردن کودک) یا به خودی خود رویکردهای درمانی مؤثر (یعنی بدون دخالت کودک) کمک کند. تا به امروز، تحقیقات محدود و درک تلفیقی در مورد اینکه چه عواملی در سطح والدین به طور خاص با امتناع از تحصیل در کودکان و نوجوانان مرتبط است، وجود داشته است.

۵ - مراحل بعدی و تمرکز بررسی

مداخلات فعلی برای امتناع از مدرسه، همانطور که در بالا توضیح داده شد، در درجه اول شامل والدین با آموزش آنچه به فرزندشان آموزش داده می شود، می شود. برخلاف مداخلات هدفمند والدین، چنین مداخلاتی ممکن است به اندازه کافی عوامل قابل تغییر والدین را که در امتناع از مدرسه دخیل هستند، هدف قرار ندهند. نشان داده شده است که مداخلات والدین نه تنها عوامل والدین را بهبود می بخشد، بلکه تغییرات معناداری را در مشکلات رفتاری و عاطفی کودک و نوجوان نشان داده است [۳۷-۳۵]. به منظور اطلاع از مداخلات والدین برای جلوگیری یا رسیدگی به امتناع از مدرسه، باید درک کنیم که چه عوامل قابل تغییر والدینی به طور خاص با امتناع از مدرسه مرتبط است. با گسترش تعریف یاپ و همکاران [۳۲، ۳۸،



[۳۹] عوامل والدین قابل تغییر به آنهایی اشاره دارد که در ظرفیت والدین برای تغییر یا تأثیرگذاری بر خود (مانند رفتارهای والدینی، ارتباطات و عملکرد خانواده) یا آنهایی که می‌توانند به حمایت برای تغییر دسترسی داشته باشند، اشاره دارد. به عنوان مثال آسیب شناسی روانی فعلی والدین (این در تضاد با عوامل والدینی است که تغییر آنها در سطح خانوادگی یا فردی دشوار یا غیرممکن است (مانند قومیت، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و سابقه خانوادگی آسیب شناسی روانی). تا به امروز، هیچ بررسی سیستماتیکی از ادبیات برای ادغام درک فعلی از عوامل والدین مرتبط با امتناع از مدرسه وجود نداشته است. هدف این مرور متون سیستماتیک شناسایی عوامل قابل تغییر والدین با امتناع کودک و یا نوجوان از مدرسه.

نتیجه گیری:

به طور کلی، این بررسی با هدف گردآوری ادبیات موجود و شناسایی عوامل قابل تغییر والدین که با امتناع کودک و نوجوان از مدرسه مرتبط است، انجام شد. امتناع از مدرسه به عنوان دشواری در حضور یا ماندن در مدرسه به دلیل ناراحتی عاطفی در مورد حضور در مدرسه تعریف می‌شود که علیرغم تلاش والدین برای اجبار حضور در مدرسه رخ می‌دهد. این بررسی مهم و مرتبط است زیرا گزینه‌های درمانی موجود برای امتناع از مدرسه (که عمدتاً بر استراتژی‌ها و تکنیک‌های هدفمند کودک متمرکز است) فقط برای برخی کارآمد است و بخش قابل توجهی از کودکانی که از مدرسه امتناع می‌کنند بدون گزینه درمانی مؤثر باقی می‌ماند. از آنجایی که والدین نقشی کلیدی در توسعه و حفظ امتناع از مدرسه دارند، داشتن درک بهتر از نقش والدین می‌تواند منجر به استراتژی‌ها یا تکنیک‌های هدفمندتر والدین شود که برای تقویت مداخلات استفاده می‌شوند. این مرور با استفاده از موارد گزارش برگزیده برای بررسی‌های سیستماتیک و متاآنالیز روش (PRISMA)، هشت مطالعه را شناسایی کرد که معیارهای ورود را برآورده می‌کردند، که از میان آنها ۹ عامل والد قابل تغییر شناسایی و در تحلیل کمی و سنتز روایت ارائه شدند. عواملی که به طور قابل اعتمادی با امتناع از مدرسه مرتبط هستند شامل آسیب شناسی روانی والدین، عملکرد خانواده و محافظت بیش از حد مادر (زیر دامنه ارتباطی) بود. سایر عوامل شناسایی شده، محافظت بیش از حد مادر - محبت، زیردامنه‌های مساعدت و سفر و خودکارآمدی والدین، نتایج ضعیف یا متناقضی داشتند که مستلزم بررسی بیشتر است. محدودیت‌های کلیدی شامل ماهیت پراکنده و تاریخ‌دار ادبیات است و از این رو نویسندگان اذعان می‌کنند که ارتباط‌های شناسایی شده مقدماتی هستند و ممکن است عوامل دیگری مرتبط باشند اما هنوز به‌طور تجربی مورد مطالعه قرار نگرفته‌اند و از این رو در این بررسی ذکر نشده‌اند. یافته‌ها پایه‌ای برای تحقیقات آینده در این زمینه فراهم می‌کنند، اما همچنین با صدای بلند در تجمع برای اقدام بیشتر در این زمینه صحبت می‌کنند.



منابع:

- [1] Egger HL, Costello EJ, Angold A (2003) School refusal and psychiatric disorders: A community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(7):797–807
- [2] Heyne D, King NJ (2004) Treatment of school refusal. *Handbook of interventions that work with children and adolescents. Prevention and treatment* 243 – 72
- [3] Berg I (2002) School avoidance, school phobia, and truancy. M. Lewis edn. *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins, Sydney, Australia
- [4] American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub
- [5] McShane G, Walter G, Rey JM (2001) Characteristics of adolescents with school refusal. *Aus N Z J Psychiatry* 35(6):822–826
- [6] King NJ, Bernstein GA (2001) School Refusal in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40(2):197–205
- [7] Berg I (1997) School refusal and truancy. *Arch Dis Child* 76(2):90–91
- [8] Kearney C, Silverman W (1991) Assessing the Determinants of School Refusal Behavior 1–28
- [9] Heyne D, Gren-Landell M, Melvin G, Gentle-Genitty C (2019) Differentiation between school attendance problems: Why and how? *Cogn Behav Pract* 26(1):8–34 10.
- [10] Kearney CA (2001) What is school refusal behavior? School refusal behavior in youth: A functional approach to assessment and treatment 3–24 11.
- [11] Heyne D, King NJ, Tonge BJ, Cooper H (2001) School refusal: epidemiology and management. *Paediatr drugs* 3(10):719–732 12.
- [12] Egger HL, Costello JE, Angold A (2003) School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(7):797–807
- [13] Place M, Hulsmeier J, Davis S, Taylor E (2002) The coping mechanisms of children with school refusal. *J Res Spec Educ Needs* 2(2):No–Specified
- [14] Kearney CA, Silverman WK (1999) Functionally based prescriptive and nonprescriptive treatment for children and adolescents with school refusal behavior. *Behav Ther* 30(4):673–695
- [15] Flakierska-Praquin N, Lindstrom M, Gillberg C (1997) School phobia with separation anxiety disorder: A comparative 20- to 29-year follow-up study of 35 school refusers. *Compr Psychiatry* 38(1):17–22
- [16] King N, Tonge BJ, Heyne D, Ollendick TH (2000) Research on the cognitive-behavioral treatment of school refusal: A review and recommendations. *Clin Psychol Rev* 20(4):495–507
- [17] King NJ, Tonge BJ, Heyne D, Pritchard M, Rollings S, Young D et al (1998) Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: A controlled evaluation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(4):395–403
- [18] Kearney CA, Bensaheb A (2006) School absenteeism and school refusal behavior: A review and suggestions for school-based health professionals. *J Sch Health* 76(1):3–7
- [19] King N, Ollendick TH, Tonge BJ (1995) *School Refusal: Assessment and Treatment*. Allyn & Bacon, Boston
- [20] Elliott JG, Place M (2019) Practitioner Review: School refusal: developments in conceptualisation and treatment since 2000. *J Child Psychol Psychiatry* 60(1):4–15
- [21] Last CG, Hansen C, Franco N (1998) Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(4):404–411



- [22] Melvin GA, Dudley AL, Gordon MS, Klimkeit E, Gullone E, Taffe J et al (2017) Augmenting Cognitive Behavior Therapy for School Refusal with Fluoxetine: A Randomized Controlled Trial. *Child Psychiatry and Hum Dev* 48(3):485–497
- [23] Maynard BR, Brendel KE, Bulanda JJ, Heyne D, Thompson AM, Pigott TD (2015) Psychosocial interventions for school refusal with primary and secondary school students: A systematic review. *Campbell Syst Reviews* 11(1):1–76
- [24] Elliott JG, Place M (2019) Practitioner review: school refusal: developments in conceptualisation and treatment since 2000. *J Child Psychol and Psychiatry* 60(1):4–15
- [25] Hannan S, Davis E, Morrison S, Gueorguieva R, Tolin DF (2019) An open trial of intensive cognitive-behavioral therapy for school refusal. *Evidence-Based Prac in Child and Adolesc Ment Health* 4(1):89–101
- [26] Heyne D, King NJ, Tonge BJ, Rollings S, Young D, Pritchard M et al (2002) Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(6):687–695
- [27] Heyne D, Sauter FM, Van Widenfelt BM, Vermeiren R, Westenberg PM (2011) School refusal and anxiety in adolescence: Non-randomized trial of a developmentally sensitive cognitive behavioral therapy. *J Anxiety Disord* 25(7):870–878
- [28] Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR, Crosby RD, Kushner MG, Thuras PD et al (2000) Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(3):276–283
- [29] Lebowitz ER, Marin C, Martino A, Shimshoni Y, Silverman WK (2019) Parent-Based Treatment as Efficacious as Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety: A Randomized Noninferiority Study of Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 59(3):362–372
- Emotions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 59(3):362–372
- [30]. Yap MB, Lawrence KA, Rapee RM, Cardamone-Breen MC, Green J, Jorm AF (2017) Partners in Parenting: A Multi-Level Web-Based Approach to Support Parents in Prevention and Early Intervention for Adolescent Depression and Anxiety. *JMIR Ment Health* 4(4):e59
- [31] Yap MBH, Pilkington PD, Ryan SM, Kelly CM, Jorm AF (2014) Parenting strategies for reducing the risk of adolescent depression and anxiety disorders: A Delphi consensus study. *J Affect Disord* 156:67–75
- [32] Yap MBH, Jorm AF (2015) Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 175:424–440
- [33]. Schleider JL, Weisz JR (2016) Family process and youth internalizing problems: A triadic model of etiology and intervention. *Dev and Psychopathol* 29(1):273–301
- [34] Yap MB, Morgan AJ, Cairns K, Jorm AF, Hetrick SE, Merry S (2016) Parents in prevention: A meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. *Clin Psychol Rev* 50:138–158
- [35] Sandler IN, Schoenfelder EN, Wolchik SA, MacKinnon DP (2011) Long-Term Impact of Prevention Programs to Promote Effective Parenting: Lasting Effects but Uncertain Processes. *Annu Rev of Psychol* 62(1):299–329
- [36] Yap MB, Cardamone-Breen MC, Rapee RM, Lawrence KA, Mackinnon AJ, Mahtani S et al (2019) Medium-Term Effects of a Tailored Web-Based Parenting Intervention to Reduce Adolescent Risk of Depression and Anxiety: 12-Month Findings From a Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 21(8):e13628



- [37] Yap MB, Mahtani S, Rapee RM, Nicolas C, Lawrence KA, Mackinnon A et al (2018) A Tailored Web-Based Intervention to Improve Parenting Risk and Protective Factors for Adolescent Depression and Anxiety Problems: Postintervention Findings From a Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 20(1):e17
- [38]. Yap MB, Cheong TW, Zaravinos-Tsakos F, Lubman DI, Jorm AF (2017) Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Addiction* 112(7):1142–1162
- [39] Yap MB, Pilkington PD, Ryan SM, Jorm AF (2014) Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 156:8–23