

## Effectiveness of School-Based Cognitive-Behavioral Therapy (Cool Kids) on Attentional Control and Attention bias

Karim Golmohammadi <sup>1✉</sup> 

1. Assistant Professor, Clinical Psychology Department of psychology, University of Shahab Danesh, Qom, Iran.

---

### Article Info

**Article type:**

Research Article

**Article history:**

Received 09 April 2024

Received in revised form

10 May 2024

Accepted 25 May 2024

Available online 27

May 2024

**Keywords:**

School-Based Cognitive-Behavioral Therapy, Attention, Attentional Control, Attention Bias, Anxiety disorders

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of present study was to evaluate the effectiveness of school-based cognitive-behavioral therapy on increasing attentional control and reducing attention bias towards threat in anxious children.

**Method:** The present study was a Single-subject study with Multiple Baseline. The statistical sample of this study included all children aged 9 to 13 referred to the health centers of Qom city and according to the research literature in the field of single subject designs, 3 subjects were considered for the implementation of the treatment protocol. Data was collected using the Kiddie schedule for Affective Disorder and Schizophrenia- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), Attentional Control Scale for Children and Dot Probe Task. The treatment protocol included 8 weekly individual sessions with children and 2 sessions with parents too. Data was analyzed using visual analysis, percentage of improvement and effect size (Cohen's d).

**Results:** The findings show that two subjects had an increasing trend but second subject had decreasing trend in attentional control and all three subjects had a decreasing trend in attention bias, so that the school-based cognitive-behavioral therapy with the effect size ( $d=0/18$ ) had small effect in increasing children's attentional control, but was effective in reducing attention bias with effect size ( $d= 2/93$ ).

**Conclusions:** Based on the results of this research, school-based cognitive-behavioral therapy can be an effective Therapy in reducing attention bias towards threat in children with anxiety disorders, despite the fact that it has a small effect in increasing attentional control.

---

**Cite this article:** Golmohammadi, K [Effectiveness of School-Based Cognitive-Behavioral Therapy (Cool Kids) on Attentional Control and Attention bias. (Persian)]. *Functional Research in Sport Psychology*. 2024; 1(1):62-75. [10.22091/FRS.2024.11183.1008](https://doi.org/10.22091/FRS.2024.11183.1008)



© The Author(s).

DOI: [10.22091/FRS.2024.11183.1008](https://doi.org/10.22091/FRS.2024.11183.1008)

Publisher: University of Qom.

## Extended Abstract

### Introduction

**A**nxiety disorders, with a prevalence of about 5 to 25%, be considered the most common disorders in children and adolescents[2] which, if not treated, will have serious consequences throughout life. then it is necessary to understand the vulnerability factors to these disorders and design treatments to reduce them[4,5]. Cognitive and information processing models emphasize the role of biases in children's cognitive processing as factors related to vulnerability to anxiety. From the point of view of these models, one of these biases is selective attention[7].

On the other hand, cognitive models in the field of anxiety and attention processes usually distinguish between two types of automatic and strategic processes. Automatic processes are uncontrolled, involuntary and fast processes that usually happen outside of consciousness and at the level of the amygdala, and are also called bottom-up or stimulus-influenced processes. On the other hand, strategic processes refer to conscious, voluntary and controllable processes, which are also called top-down or goal-oriented processes and are among the functions of the frontal lobe[11].

While biasing attention towards threat is considered a bottom-up and automatic process, attentional control is considered as a top-down and strategic process, which means the ability to focus and sustain adaptive attention. It has been increasingly mentioned in the theoretical models of anxiety[12].

In the field of treatment, cognitive behavioral therapies have been used as effective treatments for the treatment of children's anxiety and their effectiveness has been proven[14].

Therefore, according to the mentioned issues, the current research aims to investigate whether school-based cognitive behavioral therapy has the ability to increase attentional control and reduce the bias of attention to threats in anxious children.

**Materials and Methods:** The present study was a Single-subject study with Multiple Baseline. The statistical sample of this study included all children aged 9 to 13 referred to the health centers of Qom city and according to the research literature in the field of single subject designs, 3 subjects were considered for the implementation of the treatment protocol.

To conduct the research, first, the attentional control questionnaire in children was translated into Farsi by an English language expert and the researcher of this study using the translation-back-translation method, and then translated into the original language by another English language expert, and at the end, the problems and The differences between the two translations were resolved.

Then, in order to be used in the present research, its psychometric properties were investigated in the students of schools in Qom city. At the same time, coordinations were made with the Deputy of Research and Technology of Qom University of Medical Sciences in order to obtain permission to implement the treatment protocol in children referring to the health centers of Qom city, and 3 anxious children were clinically interviewed and the treatment protocol was based on It was run on them.

Data was collected using the Kiddie schedule for Affective Disorder and Schizophrenia- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), Attentional Control Scale for Children and Dot Probe Task. The treatment protocol included 8 weekly individual sessions with children and 2 sessions with parents too. Data was analyzed using visual analysis, percentage of improvement and effect size (Cohen's d).

**Results:** The amount of change in attention control and attention bias of all three subjects is shown in graphs 1 and 2. The findings indicate that this treatment has slightly increased the amount of attention control in the first and third subjects, so that the first subject had an increase of 5 points and the third subject had an increase of 3 points in attention control. and the second subject has had a decreasing trend.

Attention bias has also started to decrease with the start of treatment in all three subjects, so that the reaction time of the first subject has changed from (44+) to (-41), which indicates a change of attention from stimuli related to threats. It is towards stimuli unrelated to the threat. The second and third subjects also showed this decrease in attention bias towards threat-related stimuli by changing the reaction time from (+27) to (-57) and (+59) to (-49).

Also, the results of Table 1 show that school-based cognitive behavioral therapy with the effect size ( $d=0.18$ ) had little effectiveness in increasing attentional control.

**Conclusion:** The aim of the current study was to investigate the effectiveness of school-based cognitive

behavioral therapy on improving attentional control and reducing attention bias towards threats in children. The results of this study, in line with previous studies [5.14.16.24], showed that this treatment is an effective treatment in increasing attentional control and especially reducing the bias of attention towards the threat and as a result reducing anxiety symptoms.

In explaining the effectiveness of school-based cognitive-behavioral therapy, it can be said that the use of a variety of coping and cognitive restructuring strategies, anxiety surfing and social skills training techniques to identify and change non-adaptive thought patterns that affect emotions and behavior and identify relationships Thinking and feeling as important factors of vulnerability to anxiety disorders are one of the reasons for the effectiveness of this treatment[14].

**Keywords:** School-Based Cognitive-Behavioral Therapy, Attention, Attentional Control, Attention Bias, Anxiety disorders

**Research limitations:** This research was also associated with limitations. First, the results confirm the initial applicability of this treatment in children, but due to the small sample size, the generalization of the results should be done with caution, and more research in clinical samples is necessary to confirm this effectiveness. Also, according to the findings of

this research, it is recommended to use this treatment protocol in order to reduce the mechanisms of cognitive vulnerability in public and private counseling centers.

#### **Ethical Considerations**

##### **Compliance with ethical guidelines**

The ethical principles observed in the article, such as the informed consent of the participants, the confidentiality of information, the permission of the participants to cancel their participation in the research. Ethical approval was obtained from the Research Ethics Committee of the Qom University of Medical Sciences. (IR.MUQ.REC.1400.058).

##### **Funding**

This study was extracted from the Ph.D thesis of Corresponding Author and has no financial support.


##### **Authors' contribution**

Authors contributed equally in preparing this article.

##### **Conflict of interest**

The authors declared no conflict of interest.

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدرسه‌محور (کول کیدز) بر کنترل توجهی و سوگیری توجه

کریم گل محمدی<sup>۱</sup> <sup>۱</sup> استادیار روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شهاب دانش، قم، ایران

## اطلاعات مقاله

## چکیده

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

## هدف

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدرسه‌محور بر افزایش کنترل توجهی و کاهش سوگیری توجه به تهدید کودکان مضطرب بود.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات تک آزمودنی با چند خط پایه و جامعه آماری آن در برگیرنده تمامی کودکان ۹-۱۳ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر قم بود که از این تعداد و متناسب با ادبیات پژوهش در زمینه طرح‌های تک آزمودنی، تعداد ۳ آزمودنی برای اجرای پروتکل درمانی در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌ی تشخیصی نیمه ساختاریافته-ی اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان و نوجوانان، مقیاس کنترل توجهی و آزمایه‌ی رایانه‌ای دانت‌پروب به دست آمدند. پروتکل درمانی نیز شامل ۸ جلسه انفرادی هفتگی با کودکان و ۲ جلسه با والدین بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل دیداری، درصد بهبودی و اندازه اثر (d کوهن)، انجام گرفت.

## یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که آزمودنی اول و سوم در کنترل توجهی روند تغییرات افزایشی ولی آزمودنی دوم، روندی کاهش‌ی داشته و هر سه آزمودنی در سوگیری توجه روند تغییرات کاهش‌ی داشته‌اند، به نحوی که درمان شناختی رفتاری مدرسه-محور با اندازه اثر (d=۰/۱۸)، اثربخشی کمی در افزایش کنترل توجهی کودکان داشت و با اندازه اثر (d=۲/۹۳)، اثربخشی بالایی در کاهش سوگیری توجه داشته است.

## نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش، این درمان علی‌رغم تأثیر محدود آن بر افزایش کنترل توجهی، می‌تواند به عنوان درمانی مؤثر در کاهش سوگیری توجه به تهدید در کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی قلمداد شود.

## کلیدواژه‌ها:

درمان شناختی رفتاری مدرسه‌محور،

توجه، کنترل توجهی،

سوگیری توجه،

اختلالات اضطرابی

استاد: گل محمدی، کریم. اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدرسه‌محور (کول کیدز) بر کنترل توجهی و سوگیری توجه. مطالعات عملکردی در روانشناسی ورزشی،

۱۴۰۳؛ ۱ (۱): ۶۲-۷۵

DOI: [10.22091/FRS.2024.11183.1008](https://doi.org/10.22091/FRS.2024.11183.1008)

© نویسندگان.

ناشر: دانشگاه قم.

## مقدمه

اضطراب سازهای چندوجهی با علائم شناختی، فیزیولوژیک و رفتاری می‌باشد [۱]. اختلالات اضطرابی را با شیوع حدود ۵ تا ۲۵ درصد، می‌توان رایج‌ترین اختلالات در کودکان و نوجوانان دانست [۲] که در صورت عدم درمان، پیامدهای جدی در تمام طول عمر خواهند داشت. برای مثال، این اختلالات با انواع اختلالات عاطفی و بیرونی‌سازی شده مانند افسردگی، سوءمصرف مواد و... ارتباط دارند [۳،۴]. به همین دلیل و با توجه به پیامدهای شدید اضطراب، فهم عوامل آسیب‌پذیری<sup>۱</sup> به این اختلالات و طراحی درمان‌هایی برای کاهش آن، ضروری است [۵،۴]. عوامل آسیب‌پذیری اشاره به مکانیزم‌های علی<sup>۲</sup> نسبتاً ثابتی دارد که در شرایطی معین، خطر ابتلا به اختلالات روانشناختی را افزایش می‌دهند [۶]. مدل‌های شناختی و پردازش اطلاعات، بر نقش سوگیری‌هایی در پردازش شناختی کودکان به عنوان عوامل مرتبط با آسیب‌پذیری به اضطراب، تأکید دارند. از دید این مدل‌ها یکی از این سوگیری‌ها، سوگیری در زمینه توجه انتخابی<sup>۳</sup> می‌باشد. توجه انتخابی به معنای تمایل غالب به توجه به محرک تهدیدآمیز در مقایسه با محرک خنثی و غیر تهدیدآمیز است [۷] و مطالعات تجربی با استفاده از آزمون‌های رایج بررسی سوگیری توجه یعنی آزمون استروپ<sup>۴</sup> و آزمایشی رایانه‌ای دات‌پروب<sup>۵</sup> نیز از وجود این سوگیری در کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی حمایت می‌کنند [۸،۹،۱۰]. برای مثال، در پژوهشی، بر روی ۴۶۳ کودک ۱۰ تا ۱۲ ساله، نتایج نشان داد که کودکان مضطرب، توجه سریع‌تری به محرک‌های تهدیدآمیز نشان می‌دهند [۱۰].

از سویی دیگر، مدل‌های شناختی در زمینه اضطراب و فرآیندهای توجه، به طور معمول بین دو نوع فرآیندهای خودکار<sup>۶</sup> و راهبردی<sup>۷</sup> تمایز قائل می‌شوند. فرآیندهای خودکار، فرآیندهایی کنترل‌نشده، غیرارادی و سریعی هستند که معمولاً خارج از هوشیاری و در سطح آمیگدال اتفاق می‌افتند و فرآیندهای پایین به بالا<sup>۸</sup> یا متأثر از محرک<sup>۹</sup> نیز نامیده می‌شوند. در مقابل، فرآیندهای راهبردی به فرآیندهای آگاهانه، ارادی و قابل کنترل اشاره دارد که فرآیندهای بالا به پایین<sup>۱۰</sup> یا معطوف به هدف<sup>۱۱</sup> نیز نامیده می‌شوند و از عملکردهای لوب پیشانی می‌باشند [۱۱]. در حالی که سوگیری توجه به سمت تهدید<sup>۱۲</sup>، فرآیندی پایین به بالا و خودکار تلقی می‌شود، کنترل توجهی<sup>۱۳</sup> به عنوان فرآیندی بالا به پایین و راهبردی در نظر گرفته می‌شود که به معنی توانایی توجه متمرکز و پایدار انطباقی می‌باشد و به طور فزاینده‌ای در مدل‌های نظری اضطراب مطرح گردیده است [۱۲]. برای مثال، طبق مدل کنترل توجهی، اضطراب نه تنها منجر به افزایش سوگیری توجه به سمت تهدید می‌شود، بلکه به طور همزمان، کنترل توجهی را نیز تضعیف می‌کند [۱۱].

همپای این مدل‌های نظری، مطالعات تجربی نیز از نقش کنترل توجهی در اضطراب حمایت می‌کنند. برای مثال، مطالعاتی با استفاده از آزمایشی رایانه‌ای دات‌پروب نشان داده‌اند که کودکان با کنترل توجهی ضعیف، افزایش سوگیری در توجه به سمت تهدید یعنی چهره‌های خشم دارند [۱۱،۱۳].

در زمینه درمان نیز، درمان‌های شناختی رفتاری<sup>۱۴</sup> به عنوان درمان‌هایی مؤثر، فراوان برای درمان اضطراب کودکان مورد استفاده قرار گرفته و اثربخشی آنها ثابت شده است [۱۴]. برای مثال، دیجورهایس و بیکیک<sup>۱۵</sup> به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدرسه‌محور (کودکان خونسرد)<sup>۱۶</sup>

1 Vulnerability Factors

2 causal mechanism

3 Selective Attention

4 Stroop

5 dot probe

6 Automatic

7 Strategic

8 Bottom up

9 Stimulus-Driven

10 Top-down

11 Goal-Directed

12 Threat-related Attention Bias

13 Attentional Control

14 Cognitive - Behavioral Therapy (CBT)

15 Djourou &amp; Bikic

16 School-Based Cognitive-Behavioral Therapy (Cool Kids)

بر اضطراب کودکان مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی پرداخته و بیان می‌کنند که این پروتکل اثربخشی قابل ملاحظه‌ای در کاهش علائم بالینی دارد و این کاهش در دوره ۳ ماهه پیگیری نیز تداوم داشته است [۱۵]. همچنین ریندهولد-دان و همکاران [۱۶] در پژوهش خود بر روی ۲۲ کودک مضطرب ۷-۱۲ ساله نشان دادند که درمان شناختی رفتاری، درمانی مؤثر در افزایش کنترل توجهی و کاهش سوگیری توجه به تهدید است.

والکزاک و همکاران [۱۷] در پژوهش خود با عنوان «درمان شناختی رفتاری و درمان فراشناختی: تعدیل کننده‌های پیامدهای درمانی در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر»، به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدرسه محور بر روی کودکان ۷-۱۴ ساله می‌پردازند و نشان می‌دهند که این درمان، درمانی اثربخش در کاهش علائم اضطرابی کودکان می‌باشد. توانا [۱۸] نیز در پژوهش خود در زمینه بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدرسه محور بر روی ۳۰ کودک ۱۰-۱۳ ساله در دو گروه آزمایش و کنترل به این نتیجه رسید که این درمان، قابلیت کاهش علائم اضطرابی در کودکان را دارد.

لذا با توجه به مسائلی که ذکر گردید، پژوهش حاضر در صدد بررسی این مسئله است که آیا درمان شناختی رفتاری مدرسه محور قابلیت افزایش کنترل توجهی و کاهش سوگیری توجه به تهدید کودکان مضطرب را دارد؟

## مواد و روش‌ها

### طرح پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات تک آزمودنی<sup>۱</sup> با چند خط پایه می‌باشد.

### شرکت کنندگان

جامعه آماری پژوهش حاضر در برگزیده تمامی کودکان ۹-۱۳ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر قم بود که از این تعداد و متناسب با ادبیات پژوهش در زمینه طرح‌های تک آزمودنی، تعداد ۳ آزمودنی برای اجرای پروتکل درمانی در نظر گرفته شد. در این پژوهش، درمان شناختی رفتاری مدرسه محور به عنوان متغیر مستقل، کنترل توجهی و سوگیری توجه به سمت تهدید به عنوان متغیرهای وابسته (پیامدهای درمانی) در نظر گرفته شدند.

آزمودنی اول، پسری ۱۱ ساله بود که از فعالیت و بویژه صحبت در جمع اضطراب داشته و همچنین به دلیل دیدن فیلم‌های ترسناکی مانند احضار، دچار ترس شده و نمی‌توانست تنها بخوابد و والدین وی نیز شکایت از بدرفتاری، لجبازی، تحریک‌پذیری و رفتارهای پرخاشگرانه وی داشتند. همچنین این ترس‌ها منجر به مشکلات در خواب به صورت بی‌خوابی یا دیدن خواب‌های ترسناک در وی شده بود که برای رفع این ترس‌ها، از راهبردهایی مانند فرستادن صلوات، وضو گرفتن و... هنگام خواب استفاده می‌کرد و شایان ذکر است که همین مسئله بدخوابی در افزایش تحریک‌پذیری و رفتارهای پرخاشگرانه وی نقش داشت.

آزمودنی دوم نیز پسری ۱۰ ساله و با شکایت اصلی شب‌اداری، ترس از موجودات خیالی مانند زامبی و جن و در نتیجه رفتارهای چسبندگی به والدین بویژه مادر و عدم تنها خوابیدن بود. شکایت‌های مادر نه تنها عدم خوابیدن به صورت تنها و در اتاق خود بلکه شکایت‌هایی از عدم مسئولیت‌پذیری، عدم اهمیت به تکالیف و نامنظم بودن در خانه بود. همچنین کودک دارای هوش مناسب ولی به دلیل ترس‌ها و افکار منفی و همچنین رفتارهایی همانند عدم اهمیت به تحصیل، دچار مشکلاتی در تحصیل نیز شده بود که همین مسئله به تنش وی با مادر، دامن می‌زد. نهایتاً آزمودنی سوم نیز دختری ۱۲ ساله بود که براساس مصاحبه با وی و والدین مشخص شد که احساس خجالت و اضطراب در جمع دارد و همین باعث شده است که از جمع‌های همسالان و خانوادگی اجتناب کرده و در نتیجه هم‌بازی و دوستانی نداشته و بیشتر اوقات خود را صرف بازی با گوشی کند که همین باعث پدیدایی مشکلات دیگری برای وی شده بود. شکایت اصلی کودک، احساس خجالت از جمع و احساس ترس از اینکه او را نپذیرند و یا اینکه مسخره کنند، بود. همچنین از اینکه مادر به دلیل رفتارهای وی مانند بازی با گوشی، وی را سرزنش می‌کند، دچار خشم بود که یکی از عوامل مشکلات بین فردی با مادر و در نتیجه رفتارهای گوشه‌نشینی و پناه بردن به گوشی همراه نیز همین مسئله بود.

برای انجام پژوهش ابتدا پرسشنامه کنترل توجهی در کودکان با استفاده از روش ترجمه - باز ترجمه توسط متخصص زبان انگلیسی و پژوهشگر این مطالعه، به زبان فارسی ترجمه شد و سپس توسط یک متخصص زبان انگلیسی دیگر به زبان اصلی برگردانده شد و در پایان، مشکلات و تفاوت های حاصل از دو ترجمه برطرف گردید. سپس به منظور کاربرد در پژوهش حاضر، ویژگی های روان سنجی آن در دانش آموزان مدارس دوره ابتدایی شهر قم مورد بررسی قرار گرفت. به طور همزمان، هماهنگی هایی با معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی قم به منظور اخذ مجوز برای اجرای پروتکل درمانی در کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر قم انجام شده و تعداد ۳ کودک مضطرب، مورد مصاحبه بالینی قرار گرفته و پروتکل درمانی بر روی آنها اجرا شد. قبل از اجرای پروتکل درمانی، آزمودنی ها فرم رضایت نامه کتبی آگاهانه را تکمیل کردند. اجرای برنامه درمانی بدین صورت بود که ابتدا سه جلسه خط پایه برای هر آزمودنی به منظور بررسی متغیرهای پژوهش (کنترل توجهی و سوگیری توجه) در نظر گرفته شد (جلسه اول بعد از اتمام مصاحبه و جلسه دوم و سوم نیز به ترتیب در هفته دوم و سوم بعد از مصاحبه) و سپس پروتکل درمانی بر روی آزمودنی ها اجرا شد. در مرحله مداخله نیز در جلسه دوم، چهارم، ششم و هشتم درمان، پرسشنامه ها مجدداً توسط آزمودنی ها تکمیل شده و سپس یک دوره پیگیری دو هفته ای به منظور بررسی تداوم درمان انجام شد. همچنین در این پژوهش، تمامی اصول اخلاقی مرتبط، از جمله محرمانگی، رضایت آگاهانه شرکت کنندگان و اختیار خروج از پژوهش، لحاظ گردید.

### ابزار اندازه گیری

#### مصاحبه ی تشخیصی نیمه ساختار یافته ی اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان و نوجوانان، تشخیص فعلی و طول عمر (K-SADS-PL) ۱

این مصاحبه ی تشخیصی برای ارزیابی دوره های کنونی و پیشین آسیب شناسی روانی در کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ ساله و بر پایه ی معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup> انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۳</sup> تدوین شده است. پرسشنامه شامل ۳ بخش می باشد. در بخش اول، اطلاعات کلی مانند خصوصیات جمعیت شناختی کودک، جمع آوری می گردد. بخش دوم شامل سوالات غربالگری و تعیین معیارهای اختلال های روان پزشکی و نهایتاً بخش سوم شامل یک ارزیابی کلی برای تعیین سطح عملکرد کودک می باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه برای ارزیابی و تشخیص اختلالات روان پزشکی در کودکان و نوجوانان ایرانی تأیید شده است، به نحوی که ضریب همسانی درونی آن برای انواع اختلالات روان شناختی بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۶، ضریب توافق تشخیصی (اعتبار توافقی) برای اختلالات در دامنه ۰/۴۱ تا ۰/۹۲ و نهایتاً ضریب بازآزمایی آن در طول چهار هفته بین ۰/۵۶ برای اختلال تیک تا ۰/۸۱ برای اختلال بیش فعالی نقص توجه بوده است که همگی نشان از روایی و پایایی بالای این ابزار داشته است [۱۹].

#### مقیاس کنترل توجهی کودکان (ACS-C) ۴

مقیاس کنترل توجهی کودکان یک مقیاس خودگزارشی ۲۰ آئمی می باشد که توانایی تمرکز (۹ آئتم) و تغییر توجه (۱۱ آئتم) را ارزیابی می کند. پاسخها بر روی مقیاس لیکرت ۴ گزینه ای از دامنه ی ۱ (تقریباً هیچگاه) تا ۴ (همیشه) نمره گذاری می شود. بعد از معکوس کردن بعضی آئتم ها، نمرات بالاتر به معنای کنترل توجهی بهتر می باشد. آلفای کرونباخ این مقیاس، ۰/۷۴ بیان شده و روایی همزمان آن با برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی<sup>۵</sup> مناسب گزارش شده است [۲۰]. در ایران نیز گل محمدی و همکاران [۲۱]. نشان دادند که تحلیل عامل تأییدی حاکی از برازش خوب مدل بوده و ضریب همبستگی پرسشنامه با پرسشنامه های نگرانی، اضطراب و افسردگی کودکان نیز نشان دهنده ی روایی همگرای خوب آن است.

1 Kiddie schedule for Affective Disorder and Schizophrenia- Present and Lifetime Version

2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)

3 American Psychiatric Association (APA)

4 Attentional Control Scale for Children

5 Anxiety Disorder Interview Schedule Child and Parent Version-IV (ADIS-C/P-IV)



همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه (۰/۶۲) و ضریب بازآزمایی سه هفته‌ای پرسشنامه (۰/۸۳) نیز، حکایت از پایایی خوب پرسشنامه دارد.

### آزمایه‌ی رایانه‌ای دات‌پروپ تصویری

این آزمون، نسخه‌ی اصلاح‌شده‌ی آزمون اصلی است که در آن به جای واژه‌ها از طرح‌هایی در زمینه‌ی چهره‌های هیجانی خشمگین، شاد و خنثی بهره گرفته شده است. آزمودنی به فاصله ۵۰ سانتی‌متر از رایانه قرار می‌گیرد. نخست، کادر خالی و نقطه تثبیت (+) به مدت ۵۰۰ هزارم ثانیه ارائه می‌شوند. سپس دو چهره در چپ و راست نقطه تثبیت صفحه نمایش به مدت ۲۵۰ هزارم ثانیه، ارائه می‌گردند. پس از آن، چهره‌های هیجانی ارائه شده، به مدت ۵۰ هزارم ثانیه، پوشش رو به جلو می‌گردند. پس از فرآیند پوشش رو به جلو، نقطه‌ای جانشین یکی از تصاویر می‌شود. آزمودنی باید با دیدن نقطه، با فشار دادن کلیدهای جهت‌نما بر روی صفحه کلید رایانه، جهت نقطه ظاهر شده را نشان دهد و بر این پایه، رایانه زمان واکنش آزمودنی را نشان می‌دهد. روی هم رفته ۲۰۰ کوشش اصلی و ۱۰ کوشش برای تمرین و آشنایی با آزمون، با هر آزمودنی انجام می‌شود [۲۲].

### ملاحظات اخلاقی

همچون توجه به مشارکت آزادانه آزمودنی، اخذ رضایت آگاهانه، توانایی برقراری ارتباط دو ستانه و توأم با صداقت، محرمانه بودن و حساسیت محقق به چگونگی انتشار اطلاعات و عدالت در مورد این تحقیق انجام گردید و این طرح پژوهشی دارای کد اخلاق به شماره IR.MUQ.REC.1400.058 می‌باشد.

### پروتکل آزمایشی

برنامه‌ی کول کیدز یک راهنمای درمانی گروهی ۸ جلسه‌ای دو ساعته بر اساس درمان شناختی - رفتاری برای اختلالات اضطرابی در کودکان ۶-۱۸ ساله می‌باشد که توسط ربی و همکاران طراحی شده است. درمان شامل، ارتباط مستقیم درمانگر با کودک و والدین می‌باشد. درمان بر آموزش کودکان برای شناسایی هیجانات، بازسازی افکار خودکار منفی و مواجهه تدریجی با موقعیت‌های ترس‌آور، آموزش روانی، بازسازی شناختی، مواجهه تدریجی و... تمرکز دارد و والدین نیز آموزش داده می‌شوند که چگونه اضطراب کودکان خود در زندگی روزمره را مدیریت کنند [۱۴]. در این پژوهش به دلیل اجرای انفرادی آن، طول هر جلسه یک ساعت و به صورت هفته‌ای یک جلسه در نظر گرفته شد.

### محتوای جلسات:

جلسه اول: برقراری رابطه درمانی، صحبت پیرامون ماهیت، علائم و دلایل اضطراب، تمرین حباب فکر به منظور آشنایی کودک با تأثیر افکار بر روی احساس و رفتار، تمرین حباب فکر به عنوان تکلیف خانگی

جلسه دوم: مرور تکلیف خانگی، آشنایی با تفکر کارآگاهی به منظور چالش با افکار، تمرین تفکر کارآگاهی به عنوان تکلیف خانگی

جلسه سوم: مرور تکلیف خانگی، تمرین تفکر کارآگاهی بر روی دو نگرانی بزرگ، تمرین تفکر کارآگاهی روی نگرانی‌های افراد دیگر مانند مادر و...، آموزش پاداش دهی به خود، تمرین تفکر کارآگاهی به عنوان تکلیف خانگی و پاداش به خود

جلسه چهارم: مرور تکلیف خانگی، آشنایی با مفهوم مواجهه و نردبان ترس و مراحل آن، انجام مراحل از نردبان ترس برای یکی از ترس‌ها به عنوان تکلیف خانگی

جلسه پنجم: مرور تکلیف خانگی و رفع اشکالات احتمالی در نردبان ترس، تمرین موج‌سواری نگرانی، طراحی نردبان‌های ترس برای سایر نگرانی‌ها، انجام مرحله نردبان ترس و تفکر کارآگاهانه درباره آن به عنوان تکلیف خانگی

جلسه ششم: مرور تکلیف خانگی، آموزش حل مسئله، تمرین مواجهه در داخل جلسه، ایفای نقش متناسب با نگرانی‌ها و ترس‌های کودک، انجام حل مسئله برای یکی از مسائل خود به عنوان تکلیف خانگی

جلسه هفتم: مرور تکلیف خانگی، آموزش جرئت‌ورزی، ادامه تمرین مواجهه با توجه به ترسها و نگرانی‌های کودکان با ایفای نقش یا حتی مواجهه واقعی و انجام تفکر کارآگاهانه پیرامون آن، تکلیف خانگی



جلسه هشتم: مرور تکالیف خانگی جلسه قبل و رفع مشکلات احتمالی، تمرین کاربرد جرئت‌ورزی در مواجهه با کودکان قلدر، آموزش نحوه مقابله با رفتارهای قلدرانه، ادامه تمرین نردبان ترس، تفکر کارگاهی و جرئت‌ورزی در منزل بر روی مسائل باقی‌مانده به عنوان تکلیف خانگی جلسه اول با والدین: بیان ماهیت و علل اضطراب به والدین، ماهیت پروتکل درمانی، آشنایی با تمرین‌های انجام شده با کودکان مانند تفکر کارگاهی و حباب فکر و بیان منطبق آنها، تشویق والدین به همراهی با کودک در انجام این تمرین‌ها

جلسه دوم با والدین: گفتگو پیرامون میزان پیشرفت کودک و مشکلات احتمالی، بیان تأثیر رفتار والدین مانند اطمینان دهی، کمال‌گرایی و رفتار قهری با کودک بر رفتار کودک و تداوم مشکل، آشنایی با مفهوم مواجهه و تمرین نردبان ترس و منطبق آن، تشویق والدین به همراهی کودک در انجام این تمرین‌ها

### تحلیل داده‌ها

به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل دیداری<sup>۱</sup> به منظور بررسی روند<sup>۲</sup> و تغییرپذیری<sup>۳</sup> داده‌ها و همچنین «میانگین کاهش از خط پایه»<sup>۴</sup> و اندازه d کوهن به منظور محاسبه درصد بهبودی و اندازه اثر<sup>۵</sup> استفاده شد.

### یافته‌ها

میزان تغییر در کنترل توجهی و سوگیری توجه هر سه آزمودنی در نمودارهای ۱ و ۲ بیان شده است. یافته‌ها حاکی از آن است که این درمان، میزان کنترل توجهی را در دو آزمودنی اول و سوم به میزان کمی افزایش داده است، به نحوی که آزمودنی اول، ۵ نمره افزایش و آزمودنی سوم، ۳ نمره افزایش در کنترل توجهی را داشته‌اند و آزمودنی دوم روندی کاهشی داشته است. سوگیری توجه نیز با شروع درمان در هر سه آزمودنی، روند کاهشی را شروع کرده است، به نحوی که زمان واکنش آزمودنی اول از (+۴۴) به (-۴۱) تغییر کرده است که نشان دهنده تغییر توجه از محرک‌های مرتبط به تهدید به سوی محرک‌های نامرتب به تهدید می‌باشد. آزمودنی دوم و سوم نیز، این کاهش در سوگیری توجه به سوی محرک‌های مرتبط با تهدید را با تغییر زمان واکنش از (+۲۷) به (-۵۷) و (+۵۹) به (-۴۹) نشان داده‌اند.

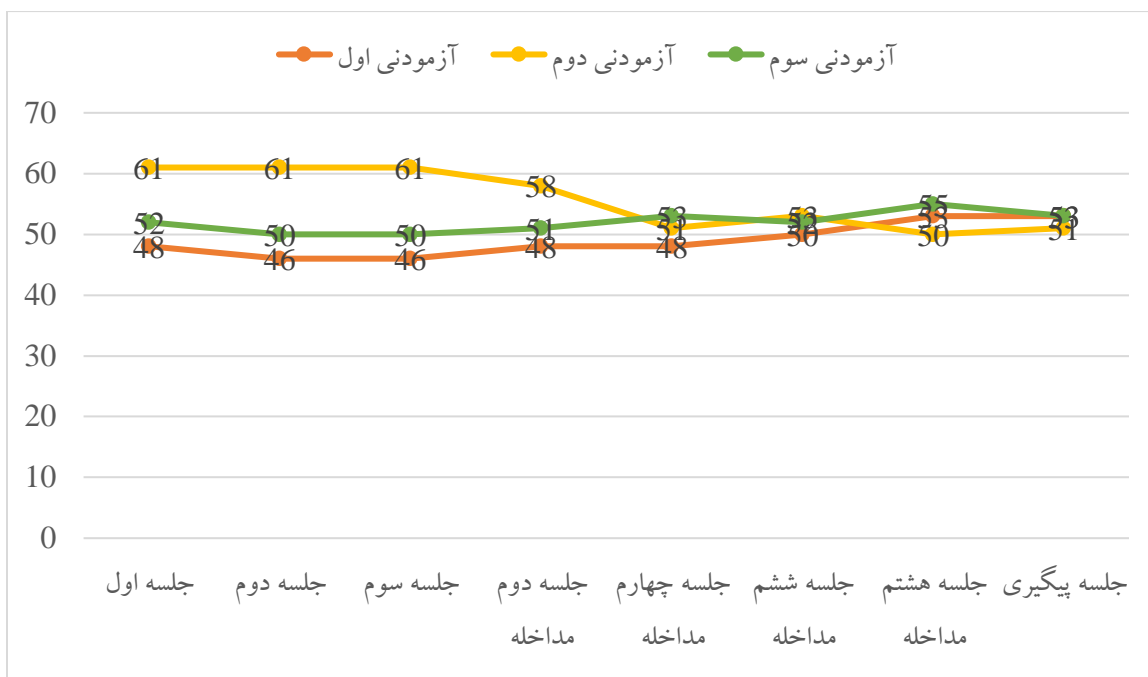
1 visual analysis

2 trend

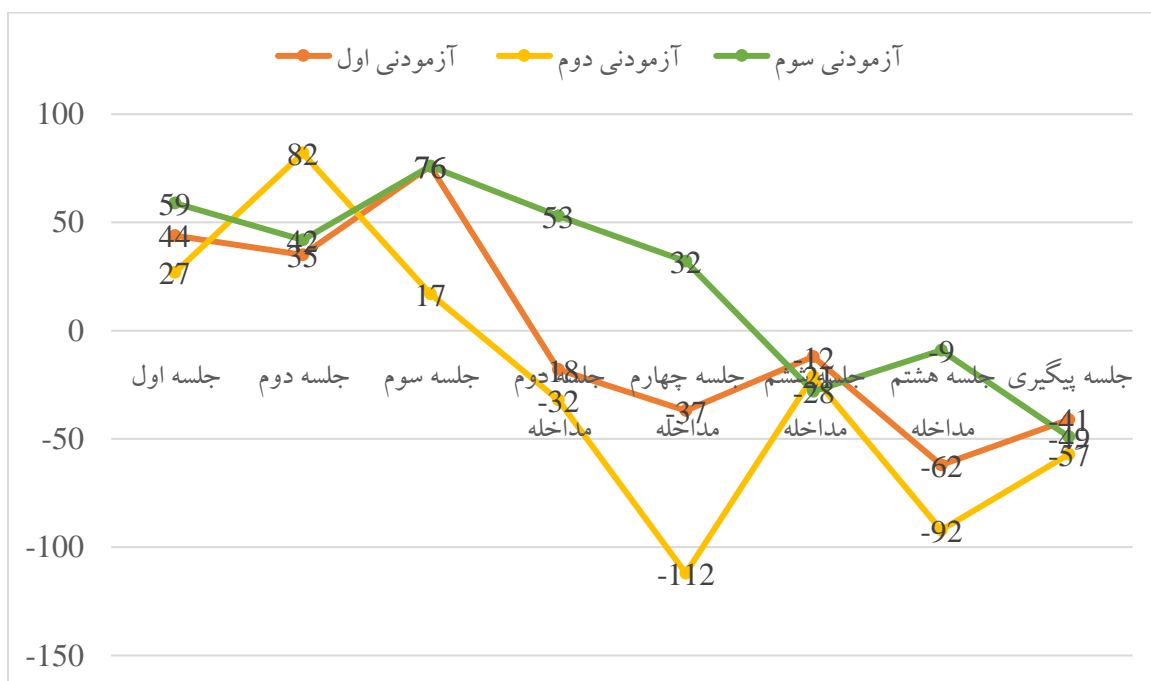
3 stability

4 Mean Baseline Reduction (MBLR)

5 effect size



نمودار ۱. نمرات آزمودنی‌ها در کنترل توجهی



نمودار ۲. نمرات آزمودنی‌ها در سوگیری توجه

همچنین نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری مدرسه محور با اندازه اثر ( $d=0/18$ )، اثربخشی کمی در افزایش کنترل توجهی داشته است. در زمینه مقادیر  $d$  کوهن، مقادیر بالاتر از  $0/80$  نشانگر اثر قوی، بین  $0/50$  تا  $0/80$  اثر متوسط و بین  $0/20$  تا  $0/50$  و کمتر از آن، نشانه اثر ضعیف می‌باشد [۲۳].

جدول ۱. درصد بهبودی و اندازه اثر در متغیر کنترل توجهی

اندازه اثر (d کوهن)	درصد بهبودی		آزمودنی‌ها
	پیکیری	مداخله	
۰/۱۸	-۱۳/۷۰	-۶/۶۲	آزمودنی اول
	۱۶/۴۰	۱۳/۱۰	آزمودنی دوم
	-۴/۶۰	-۴/۱۲	آزمودنی سوم

طبق یافته‌های جدول ۲ نیز این درمان با اندازه اثر ( $d = ۲/۹۳$ ) به صورتی اثربخش، قابلیت کاهش سوگیری توجه به تهدید را نیز دارد.

جدول ۲. اندازه اثر در متغیر سوگیری توجه

اندازه اثر (d کوهن)	آزمودنی‌ها	
	آزمودنی اول	آزمودنی دوم
۲/۹۳	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم

## بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدرسه‌محور بر بهبود کنترل توجهی و کاهش سوگیری توجه به تهدید در کودکان بود. نتایج این پژوهش همسو با پژوهش‌های پیشین [۵، ۱۴، ۱۶، ۲۴] نشان داد که این درمان، درمانی مؤثر در افزایش کنترل توجهی و بویژه کاهش سوگیری توجه به سمت تهدید و در نتیجه کاهش علائم اضطرابی می‌باشد. برای مثال، جیمز و همکاران [۲۴] در فراتحلیلی بر روی ۸۷ مطالعه، به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری، درمانی مؤثر در کاهش علائم اضطرابی در کودکان می‌باشد. همچنین ریندهولد-دان و همکاران [۱۶] در پژوهش خود بر روی ۲۲ کودک مضطرب ۷-۱۲ ساله نشان دادند که درمان شناختی رفتاری، درمانی مؤثر در فرآیندهای توجهی مانند سوگیری توجه به تهدید است.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدرسه‌محور، می‌توان گفت که به کارگیری انواع راهبردهای بازسازی شناختی و مواجهه، موج سواری نگرانی<sup>۱</sup> و تکنیک‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی برای شناسایی و تغییر الگوهای فکری غیرانطباقی مؤثر بر هیجان و رفتار و شناسایی رابطه فکر و احساس به عنوان عوامل مهم آسیب‌پذیری به اختلالات اضطرابی، از علل اثربخشی این درمان است [۱۴].

همچنین مطالعات نشان می‌دهند که افزایش کنترل توجهی باعث کاهش سوگیری توجه به سمت تهدید در افراد مضطرب می‌شود و مداخلاتی که قادر به بهبود کنترل توجهی هستند، در کاهش سوگیری توجه و علائم اضطراب نیز مؤثر می‌باشند [۲۵، ۲۶] و مطالعات نشان می‌دهند که درمان شناختی رفتاری قابلیت بهبود کنترل توجهی و در نتیجه کاهش سوگیری توجه به تهدید به عنوان مکانیسم‌های آسیب‌پذیری به اختلالات اضطرابی و در نتیجه کاهش علائم اضطرابی را دارد [۲۷، ۲۸].

همچنین براساس شواهد، بین فرآیندهای توجهی و افکار منفی یعنی نگرانی نیز در اختلالات اضطرابی رابطه وجود دارد و افراد با کنترل توجهی بالا و سوگیری توجه پایین، قادر به تغییر توجه از محرک‌های درونی و بیرونی اضطراب‌زا مانند نگرانی و افکار منفی و در نتیجه کاهش علائم اضطرابی هستند [۲۹]. به همین دلیل این درمان نیز با افزایش کنترل توجهی ولو به میزان اندک باعث کاهش آسیب‌پذیری به علائم اضطرابی می‌شود.

وجود تکنیک مواجهه<sup>۲</sup> در درمان شناختی رفتاری نیز از دیگر علل اثربخشی این درمان است [۱۴]. زیرا همانطور که هیگا مک-میلیان و

1 worry surfing

2 exposure

همکاران [۳۰] بیان می‌کنند، درمان‌هایی که مبتنی بر مواجهه<sup>۱</sup> هستند، از اثربخشی بالایی در درمان کودکان مضطرب برخوردارند. و نهایتاً انتقال کنترل و مدیریت اضطراب کودکان از درمانگر به والدین، نقش مهمی در اثربخشی و تداوم روان درمانی کودکان دارد [۳۱] و این مهم در درمان شناختی رفتاری مدرسه محور نیز با برگزاری جلساتی با والدین و درگیر کردن آنها در فرآیند درمان اتفاق می‌افتد.

### توجه به محدودیت‌ها پژوهش و طرح مسیر پژوهشی آتی

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز همراه بود. ابتدا اینکه نتایج، قابلیت کاربرد اولیه این درمان در کودکان را تأیید می‌کند ولی به دلیل حجم نمونه پایین، تعمیم نتایج بایستی با احتیاط صورت گیرد و همچنین پژوهش‌های بیشتری در نمونه‌های بالینی به منظور تأیید این اثربخشی، ضرورت دارد، این پژوهش تنها به بررسی کنترل توجهی و سوگیری توجه به عنوان مکانیسم‌های آسیب‌پذیری شناختی در اختلالات اضطرابی کودکان پرداخته و پژوهش‌های بعدی می‌توانند به بررسی سایر مکانیسم‌های شناختی همانند حافظه و حتی مکانیسم‌های آسیب‌پذیری مزاجی و شخصیتی در این اختلالات بپردازند. همچنین با توجه به یافته‌های این پژوهش، استفاده از این پروتکل درمانی به منظور کاهش مکانیسم‌های آسیب‌پذیری شناختی بویژه سوگیری توجه در مراکز مشاوره دولتی و خصوصی و همچنین مراکز بهداشت و ایستگاه‌های علوم پزشکی توصیه می‌شود.

### نتیجه‌گیری

در مجموع، نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری مدرسه‌محور، علیرغم تأثیرات کم آن بر کنترل توجهی، درمانی مؤثر بر کاهش سوگیری توجه به تهدید در کودکان مضطرب می‌باشد.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در اجرای پژوهش ملاحظات اخلاقی مطابق با دستورالعمل کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قم در نظر گرفته شده است و کد اخلاق به شماره IR.MUQ.REC.1400.058 دریافت شده است.

#### مشارکت نویسندگان

مشارکت نویسندگان در مقاله مستخرج از پایان‌نامه تقریباً به شکل زیر باشد:  
نویسنده اول: طراحی پژوهش، تهیه و آماده‌سازی نمونه‌ها، انجام آزمایش و گردآوری داده‌ها، انجام محاسبات، تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها، تحلیل و تفسیر اطلاعات و نتایج، تهیه پیش‌نویس مقاله، نهایی‌سازی مقاله

#### حامی مالی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده مسئول بوده و حامی مالی نداشته است.

#### تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند، هیچگونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

#### سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری نویسنده مسئول می‌باشد و از همه عزیزانی که ما را در نوشتن این مقاله علمی یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### References

1. Weissman AS. Attentional Bias in Anxious Youth: Clinical Applications. *Psychology Research*. 2020; 10(12): 465-479. [Link]
2. 2. Rey JM. *Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012. [Link]

3. Köcher LM, Pflug V, Schneider S, Christiansen, H. Do Metacognitions of Children and Adolescents with Anxiety Disorders Change after Intensified Exposure Therapy?. *Children*. 2022; 9(168). <https://doi.org/10.3390/children9020168>
4. Walczak M, Reinholdt-Dunne ML, Normann N, Christiansen BM, Esbjørn BH. Mothers' and children's metacognitions and the development of childhood anxiety: a longitudinal investigation of transmission. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021; 30: 451-459. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01531-6>
5. Normann N, Lønfeldt NN, Reinholdt-Dunne ML, Esbjørn BH. Negative Thoughts and Metacognitions in Anxious Children Following CBT. *Cognitive Therapy Research*. 2016; 40: 188-197. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9740-2>
6. Hankin BL, Abela JRZ. *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. New York: Sage Publication; 2005. [Link]
7. Segal SC, Gobin KC. Threat-biased attention in childhood anxiety: A cognitive-affective developmental model. *Journal of Affective Disorders*. 2022; 8. [Link]
8. Fu X, Pérez-Edgar K. Threat-related attention bias in socioemotional development: A critical review and methodological consideration. *Developmental Review*. 2019; 51: 31-57. [PMID]
9. Capriola-Hall NN, Ollendick T, White SW. Gaze as an Indicator of Selective Attention in Adolescents with Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2020; 44(1): 145-155. [Link]
10. Oar EL, Johnco CJ, Waters AM, Fardouly J, Forbes MK, Magson N, et al. Eye-tracking to assess anxiety-related attentional biases among a large sample of preadolescent children. *Behavior Research and Therapy*. 2022; 153(44). [PMID]
11. Mogg K, Bradley BP. Anxiety and attention to threat: Cognitive mechanisms and treatment with attention bias modification. *Behavior Research and Therapy*. 2016; 87: 76-108. [Link]
12. Bose D, Vaclavik D, Buitron V, Rey Y, Silverman WK, Pettit JW. Attentional Control and Threat-Related Attention Bias Partially Explain the Association Between Maternal Psychological Control and Youth Anxiety Severity. *Cognitive Therapy and Research*. 2019; 43: 427-437. [Link]
13. Susa G, Pitică I, Benga O, Miclea M. The self-regulatory effect of attentional control in modulating the relationship between attentional biases toward threat and anxiety symptoms in children. *Cognition and Emotion*. 2012; 26(6). [PMID]
14. Walczak M, Ollendick T, Ryan S, Esbjørn BH. Does comorbidity predict poorer treatment outcome in pediatric anxiety disorders? An updated 10-year review. *Clinical Psychology Review*. 2018; 60: 45-61. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9740-2>
15. Djurhuus ID, Bikic A. Is the Cool Kids program working in outpatient psychiatric clinics? A Danish naturalistic effectiveness study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2019; 73(2): 141 - 148. [Link]
16. Reinholdt-Dunne ML, Mogg K, Vangkilde SA, Bradley BP & Esbjørn BH. Attention Control and Attention to Emotional Stimuli in Anxious Children Before and After Cognitive Behavioral Therapy. *Cognitive Therapy Research*. 2015; 39: 785-796. [Link]
17. Walczak, M., Breinholst, S., Ollendick, T. & Esbjørn, B. H. Cognitive Behavior Therapy and Metacognitive Therapy: Moderators of Treatment Outcomes for Children with Generalized Anxiety Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*. 2018; 50(3), 458-449. doi: 10.1007/s10578-018-0853-1
18. Tavana, Z. Evaluate the Effectiveness of School-based Cognitive-Behavioral Group Therapy on Reduction of Anxiety in Children [dissertation]. [Tehran]: Shahed University, 2014. [Persian]. [Link]
19. Zarghami F, Heidari Nasab L, Shairi MR, Shahrivar Z. Effectiveness of Coping Cat-Based Cognitive Behavioral Therapy on Reducing anxiety in in 8-10-Year-Old Children with Anxiety. *Clinical Psychology Studies*. 2015; 5(19): 183-202. [Persian]. [Link]

20. Melendez R, Bechor M, Rey Y, Pettit JW, Silverman WK. Attentional Control Scale for Children: Factor Structure and Concurrent Validity Among Children and Adolescents Referred for Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Psychology*. 2017; 73(4): 489-499. [[Link](#)]
21. Golmohammadi K. Effectiveness of the Group Metacognitive Therapy (MCT-C) on Children with Anxiety Disorders: Cognitive and Metacognitive Outcomes[thesis]. [Shiraz]: Shiraz University, 1401. [Persian]. [[Link](#)]
22. Shafiee H, Sheghaghi F. The Influence of Facial Processing on Attentional Bias toward Emotional Faces. *Journal of Clinical Psychology and Personality*. 2011; 5: 1-12. [Persian]. [[Link](#)]
23. Parker RI, Hagan-Burke S, Vannest KJ. Percent of all non-overlapping data PAND: An alternative to PND. *Journal of Special Education*. 2007; 40: 194-204. [[Link](#)]
24. James AC, Reardon T, Soler A, & James G. Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020; 11. doi: [10.1002/14651858.CD013162.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013162.pub2).
25. Campbell M, & Kertz S. Brief report: Attentional Control Moderates the Relationship Between Attentional Bias and Anxiety in Children. *Child & Family Behavior Therapy*. 2019; 41(1): 11-15. [[Link](#)]
26. Nelson AL, Quigley L, Carriere J, Kalles E, Smilek D, Purdon C. Avoidance of mild threat observed in generalized anxiety disorder (GAD) using eye tracking. *Journal of Anxiety Disorder*. 2022; 88. [[PMID](#)]
27. Klumpp H, Fitzgerald DA, Angstadt M, Post D, & Phan KL. Neural response during attentional control and emotion processing predicts improvement after cognitive behavioral therapy in generalized social anxiety disorder. *Psychological Medicine*. 2014; 44(14): 3109-3121. doi: [10.1017/S0033291714000567](https://doi.org/10.1017/S0033291714000567)
28. Tobon JI, Ouimet AJ, & Dozois DJ. Attentional Bias in Anxiety Disorders Following Cognitive Behavioral Treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2011; 25: 114-129. doi: [10.1891/0889-8391.25.2.114](https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.2.114)
29. Thomas KN, Bardeen JR. The buffering effect of attentional control on the relationship between cognitive fusion and anxiety. *Behavioral Research Therapy*. 2020; 132. [[PMID](#)]
30. Higa-McMillan CK, Francis SE, Rith-Najarian L, Chorpita BF. Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*. 2016; 45: 91-113. [[PMID](#)]
31. Manassis K, Lee TC, Bennett K, Zhao XY, Mendlowitz S, Duda S, et al. Types of parental involvement in CBT with anxious youth: a preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2014; 82(6): 1163-1172. [[PMID](#)]