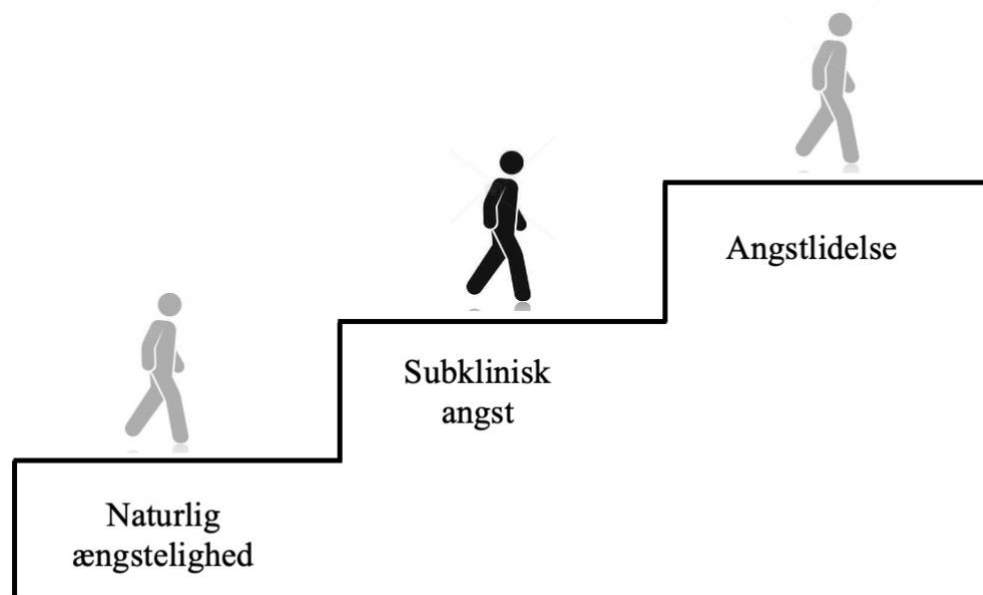


Interventioner på børn med subklinisk angst

Et systematisk review over effekten af interventioner på børn (6-16 år) med subklinisk angst



Rapportens samlede antal tegn
(med mellemrum & fodnoter): 284.060
Svarende til antal normalsider á 2400 tegn: 118,36

Asta Toft Amholt. Studienummer: 20195368
Emilie Friis Johansen. Studienummer: 20195380
Stine Klitgaard Hille. Studienummer: 20195490

**10. Semester, Psykologi,
Speciale**

Aalborg Universitet
13/5-2024

Abstract

Aim: This systematic review aims to investigate the effects of interventions on the reduction of anxiety symptoms in children (age 6-16) with subclinical anxiety. This systematic review therefore only includes interventions where the primary goal is to reduce anxiety symptoms.

Background: Over the past years, the incidence of anxiety disorders has slightly increased making anxiety the most frequently occurring psychiatric disorder in Denmark. There is a need for preventive interventions before subclinical anxiety develops into anxiety disorders. Children with subclinical anxiety have elevated levels of anxiety symptoms but do not meet the criteria for diagnosing anxiety disorder. Knowledge about what characterizes these interventions and the efficacy of these interventions on children with subclinical anxiety is therefore needed.

Method: This systematic review follows the PRISMA (2020) guidelines. PsycNet and PubMed were searched February 21st, 2024, using four search blocks, including 1) area of interest (subclinical anxiety), 2) study design (RCT), 3) treatment (intervention), and 4) treatment group (children). The final search resulted in a total of 9.328 articles eligible for inclusion. The final number of included articles in this systematic review was 16.

Results: The results in the included studies are ambiguous. This systematic review includes interventions that are with both online and physical appearance, in groups and individually, and with intervention duration between 3 and 12 weeks. The included studies vary in their conclusions ranging from none to large effects but either way the anxiety symptoms decrease after intervention. This indicates that there may be other factors that can influence the efficacy of these interventions. We highlight selected elements such as motivation, barriers, and the etiology of anxiety.

Conclusion: The discussion in this systematic review is divided in three main subjects, including results, moderators, and methods. The discussion indicates that no matter the type, length, and theoretical foundation of the interventions, the included studies found a decrease in anxiety symptoms. This indicates that almost no matter what kind of intervention the children received they found a decrease in their anxiety symptoms.

INDHOLDFORTEGNELSE

1.0 INDLEDNING	1
1.1 RATIONALE.....	1
1.1.1 <i>Risici ved ubehandlet angst</i>	1
1.1.1.1 Vinder forebyggelse frem?	2
1.1.2 <i>Hvad er der behov for?</i>	3
1.2 PROBLEMFORMULERING	4
1.2.1 <i>Afgrænsning</i>	4
2.0 TEORI	5
2.1 BØRN ER UNDER UDVIKLING.....	5
2.1.1 <i>Naturlig ængstelighed</i>	7
2.2 ANGST	8
2.2.1 <i>Hvad er angst</i>	8
2.2.1.1 Angst på et kontinuum.....	10
2.2.2 <i>Angst som psykisk lidelse</i>	12
2.2.2.1 Diagnosekriterier	12
2.2.3 <i>Ætiologiske teorier om angst</i>	13
2.2.3.1 Psykologisk sårbarhed	14
2.2.3.2 Biologisk sårbarhed	15
2.2.3.3 Social sårbarhed.....	16
2.2.3.4 Tilknytningens betydning for barnets udvikling	17
2.3 PSYKOLOGISKE INTERVENTIONER	20
2.3.1 <i>Formålet med psykologiske interventioner</i>	21
2.3.2 <i>Forebyggende instanser</i>	22
2.3.2.1 Forskellige former for forebyggende instanser	23
2.3.2.2 Opsporing og barrierer	24
2.3.3 <i>Udførelse af interventioner</i>	25
2.3.3.1 Hvor foregår interventionerne	25
2.3.3.2 Hvem leverer interventionerne	26
2.4 OPSUMMERING	28
3.0 METODE	29
3.1 SYSTEMATISK LITTERATURREVIEW	30
3.2 SØGESTRATEGI	30
3.2.1 <i>Testsøgninger</i>	31
3.2.2 <i>Den endelige søgestreng</i>	32
3.3 SELEKTIONSKRITERIER.....	33
3.3.1 <i>Population</i>	34
3.3.2 <i>Intervention</i>	35
3.3.3 <i>Comparison</i>	36

3.3.4 Outcome	36
3.3.5 Study design	37
3.3.6 Inklusions- og eksklusionskriterier	38
3.4 SELEKTIONSPROCESSEN.....	38
3.4.1 Grovsortering.....	39
3.4.2 Finsortering	40
3.5 DATAINDSAMLING	40
3.5.1 Deskriptiv data.....	41
3.5.2 Effekstørrelser.....	42
3.6 KVALITETSVURDERING.....	43
3.6.1 De seks kategorier.....	44
3.6.1.1 Selektionsbias	44
3.6.1.2 Studiedesign	45
3.6.1.3 Confounders	45
3.6.1.4 Blinding	45
3.6.1.5 Dataindsamlingspraksis.....	46
3.6.1.6 Frafald og tilbagetrækning	46
4.0 RESULTATER	46
4.1 DEL 1	47
4.1.1 Selektion af artikler.....	47
4.1.1.1 Artikler der synes relevante.....	48
4.1.2 Interventionerne i de inkluderede artikler	50
4.1.2.1 Gruppeinterventioner.....	50
4.1.2.2 Individuelle interventioner	55
4.1.2.3 Online interventioner.....	57
4.1.3 Måleredskaber	58
4.1.3.1 Spence Children's Anxiety Scale	59
4.1.3.2 Hospital Anxiety and Depression Scale	59
4.1.3.3 Child Anxiety Impact Scale.....	60
4.1.3.4 Revised Child Anxiety and Depression Scale	60
4.1.3.5 Revised Children's Manifest Anxiety Scale.....	61
4.1.3.6 Multidimensional Anxiety Scale for Children	61
4.2 DEL 2	62
4.2.1 Overblik over de inkluderede artikler.....	62
4.2.1.1 Karakteristika over de inkluderede studier.....	62
4.2.1.2 De inkluderede studiers kontrolgrupper	63
4.2.2 De inkluderede studiers resultater.....	64
4.2.2.1 Interventionsgrupper fra før- til efter intervention	65
4.2.2.2 Interventionsgrupper sammenlignet med kontrolgrupper	72
4.2.2.3 Follow-up resultater.....	83
4.2.3 Kvalitetsvurdering.....	93
4.2.3.1 Selektionsbias	94

4.2.3.2 Studiedesign	95
4.2.3.3 Confounders	95
4.2.3.4 Blinding	96
4.2.3.5 Dataindsamlingspraksis	97
4.2.3.6 Frafald og tilbagetrækning	97
4.2.3.7 Samlet vurdering	98
5.0 DISKUSSION.....	98
5.1 DISKUSSION AF DE INKLUDEREDE STUDIERS RESULTATER	99
5.1.1 <i>Hvad kan vores resultater direkte sige?</i>	99
5.1.1.1 Online versus fysiske interventioner	99
5.1.1.2 Interventionernes varighed	102
5.1.1.3 Hvad sker der ved follow-up målingerne?	104
5.1.2 <i>Er psykologisk intervention nødvendig?</i>	106
5.1.2.1 Teoretisk baggrund for interventionerne	106
5.1.2.2 Brugen af aktive kontrolgrupper	108
5.1.2.3 Individuelle versus gruppeinterventioner	109
5.1.3 <i>Opsummering</i>	111
5.2 MODERATORER	113
5.2.1 <i>Angstens ætiologi</i>	113
5.2.2 <i>Motivation</i>	115
5.2.3 <i>Barrierer</i>	116
5.2.4 <i>Opsummering</i>	119
5.3 METODE.....	119
5.3.1 <i>De inkluderede artiklers metodevalg</i>	120
5.3.1.1 Studiedesign	120
5.3.1.2 Sample size	122
5.3.1.3 Frafald og tilbagetrækning	123
5.3.1.4 Før-, efter- og follow-up målinger.....	124
5.3.1.5 Måleredskaber	125
5.3.2 <i>Dette systematiske review</i>	126
5.3.2.1 Det systematiske review som metode.....	126
5.3.2.2 Kvalitetssikring.....	127
5.3.2.3 Styrker og begrænsninger	127
5.3.3 <i>Opsummering</i>	129
5.4 FREMTIDIG FORSKNING.....	130
6.0 KONKLUSION.....	131
7.0 REFERENCELISTE	135
7.1 HJEMMESIDER.....	148

1.0 Indledning

I dette afsnit er først emnet, nemlig børn og unge med subklinisk angst, introduceret. Efterfølgende er relevansen af problemstillingen beskrevet, hvilket munder ud i en problemformulering med dertilhørende underspørgsmål. Til sidst er fokuset afgrænset for dette speciale.

1.1 Rationale

På verdensplan rapporteres der ifølge World Mental Health Report, som er udgivet af Verdenssundhedsorganisationen (WHO) i 2022, at omkring otte procent af børn i alderen 5 til 9 år og 14 procent af unge i alderen 10 til 19 år er ramt af psykiske lidelser, hvilket udgør et sundhedsmæssigt problem globalt set (Freeman, 2022; Mishu et al., 2023). Dertil vurderes de samfundsmæssige omkostninger ved børn med angstlidelser til at være 21 gange større end ved børn uden angstlidelser (Bodden et al., 2008; Fineberg et al., 2013). Netop angst er en af de psykiske problemstillinger, hvor der er sket den største stigning de seneste år. Der er flere og flere børn og unge, som oplever både angstsymptomer, men også får angstdiagnoser. Ifølge Psykiatrifonden er angst den hyppigst forekommende psykiske lidelse i Danmark (Psykiatrifonden, 2024a). Det er netop denne udvikling af angst, som startede vores interesse for dette speciale. For hvordan kan man komme de høje og stigende tal for angstlidelser til livs? Vores interesse er derfor at undersøge, hvordan man bedst muligt forebygger, at børn og unge med symptomer på angst får en reel angstdiagnose.

1.1.1 Risici ved ubehandlet angst

Netop på grund af den stigende tendens til forekomsten af angst ser vi det relevant at undersøge, hvordan vi bedst muligt forebygger angst. Men hvad gøres der ved de stigende problemer med angstsymptomer og -lidelser i Danmark i dag? Indtil for nylig har der i Danmark været tendens til først at sætte ind med indsatser mod angst, når det er blevet til en egentlig angstdiagnose (Seidenfaden, 2022). Dog ser vi en

række udfordringer ved først at behandle angsten, når den er opstået. En væsentlig udfordring er, at jo længere man venter med at behandle angst, jo større er risikoen for, at angsten forværres samt at der opstår andre udfordringer, der kræver behandling (Fisak et al., 2023). Dette kan for eksempel være øget risiko for at udvikle andre mentale helbredsforstyrrelser såsom selvskade, stofmisbrug og spiseforstyrrelser samt generel nedsat livskvalitet (Pollard et al., 2023). Der er altså større risiko for, at angsten får store konsekvenser, samt risiko for tilbagefald eller at angsten bliver kronisk, hvis der ventes for længe med en indsats mod angst (Alberdi & Möhl, 2017). Yderligere kan der være forskellige akademiske konsekvenser forbundet med angstlidelser. Pollard og kollegaer (2023) har fundet, at angstlidelser er forbundet med lavere uddannelsesniveau og senere i livet ringere beskæftigelsesniveau. Disse risici gælder både for børn og voksne, men hvis formålet er at mindske antallet af individer med angstlidelser, er det netop relevant at kigge på forebyggende instanser til børn og unge. Sætter man ind med en forebyggende instans allerede fra barnet udviser symptomer på angst, formindskes risikoen altså for en lang række konsekvenser. Samtidig giver vi barnet bedre betingelser for en sundere udvikling, mulighed for at fokusere på skolen og dermed mulighed for at få venner. Børn med symptomer på angst har en tendens til at trække sig fra det sociale, idet angsten kan være hæmmende og isolerende, hvilket netop kan få konsekvenser for barnets sociale kompetencer og relationer til jævnaldrende og familiemedlemmer (Fisak et al., 2023).

1.1.1.1 Vinder forebyggelse frem?

Ifølge Seidenfaden (2022) er vi nødt til at forholde os til, at der er et samfundsmæssigt problem, når det kommer til psykisk mistrivsel. Seidenfaden (2022) beskriver, at det samfund, vi har indrettet nu, er et samfund, som børn og unge ikke kan holde til. Hun beskriver dertil, at det ikke blot er behandling, som der er behov for, men at der er behov for forebyggelse. Der er behov for, at børn og unge hjælpes før problemet eller udfordringen vokser sig for stor og bliver til regulær mistrivsel (Seidenfaden, 2022). Der er behov for, at de børn og unge, som er i mistrivsel eller oplever subklinisk angst, får hjælp. Dette understreges med Barnets Lov, som trådte i kraft den 01/01-2024 (Social- & Boligstyrelsen, 2023). Formålet

med Barnets Lov er, at barnet skal have hjælp i tide, større fleksibilitet for sagsforløb og flere rettigheder. Det fokus gør netop, at der sættes nogle konkrete rammer, perspektiver og retninger for, hvordan tilgangen til arbejdet med børn, der har behov for hjælp, skal foregå. Yderligere pointeres behovet for forebyggende instanser af det danske projekt STIME, som netop søger at udfylde tomrummet, hvor børn og unge er i psykisk mistrivsel, men ikke har behov for udredning eller behandling i psykiatrien (STIME, 2022).

Der er altså stigende samfundsmæssig bevågenhed omkring behovet for forebyggende instanser til mental sundhed, herunder symptomer på angst, men behovet bliver stadig beskrevet på et mere generelt og overordnet plan. For eksempel skriver Sundhedsstyrelsen i en udgivelse om en forebyggelsespakke til mental sundhed, at man skal fremme trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2018). Dog bliver det ikke beskrevet, hvordan denne trivsel skal fremmes. Det bliver altså konstateret, at der er et behov, men ikke hvordan dette behov opfyldes samt hvordan de børn, som har behovet, opspores. Vi ser altså ikke en ensartethed i forebyggelsen mod angstlidelser, hvorfor vi ser et behov for at undersøge dette nærmere.

1.1.2 Hvad er der behov for?

Jævnfør ovenstående afsnit er der altså begyndt at være mere fokus på det forebyggende arbejde mod psykisk mistrivsel i Danmark, men vi ser stadig et behov for at undersøge det nærmere. Som nævnt er anbefalingerne på et generelt og overordnet plan, som dækker over det brede term mental sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2018). Mental sundhed er mange ting, og derfor ser vi det relevant at undersøge en gren af mental sundhed, nemlig hos børn med subklinisk angst. Vi ser et behov for at gøre forebyggelsen mod angstlidelser mere velorganiseret og veldefineret, og derfor ser vi det relevant at undersøge effektiviteten af forskellige indikerede forebyggelsesprogrammer til børn med subklinisk angst. Dette kan være med til at give et overblik over, hvad der virker hvornår, og dermed kan det være med til at informere retningslinjer og anbefalinger til kommunerne, så den indikerede forebyggelse bliver ens på tværs af kommuner.

1.2 Problemformulering

Ovenstående rationale har ført til følgende problemformulering:

Hvilken effekt ses i randomiserede kontrollerede forsøg af psykologiske interventioner på angstsymptomer hos børn og unge (6-16 år) med subklinisk angst?

I vores gennemgang vil vi have fokus på de tre følgende underspørgsmål:

1. Hvad karakteriserer de mest anvendte interventioner til behandling af angstsymptomer hos børn?
2. Hvordan måles effekten af disse interventioner, og hvilke resultater er blevet dokumenteret i forskningen?
3. Hvilke faktorer synes at være associeret til behandlingsudbyttet af disse interventioner?

1.2.1 Afgrænsning

Dette speciale afgrænser sig til at fokusere på børn i alderen 6-16 år med subklinisk angst. Subklinisk angst er en tilstand, hvor et individ har symptomer på angst, men ikke opfylder kriterierne for en angstdiagnose (Kwok et al., 2022). Børnene skal altså have et forhøjet angstniveau i forhold til normalen, men de må ikke opfylde kriterierne for en angstdiagnose. Grundet det faktum, at børnene skal udvise symptomer på angst, afgrænses dette projekt også til udelukkende at fokusere på indikeret forebyggelse. Indikeret forebyggelse mod angst refererer til forebyggelsesprogrammer, der gives til børn med subklinisk angst, som er i risiko for at udvikle en angstlidelse (Werner-Seidler et al., 2021). Fokusset for dette projekt er derfor på psykologiske interventioner, som har til formål at reducere forekomsten af angstlidelser blandt børn og unge med subklinisk angst ved at intervenere, når barnet viser milde til moderate angstsymptomer. Dermed er fokusset på problemets omfang, hvor interventionen sættes ind rettidigt, inden problemerne vokser sig større uanset barnets alder. Dette speciale er på dansk, men der vil blive gjort brug af forskellige engelske termer, som løbende defineres.

Dette speciale forventes at bidrage med en dybdegående forståelse af forskellige psykologiske interventioners effektivitet i behandlingen af angstsymptomer hos børn. Resultaterne kan anvendes til at informere klinisk praksis og udvikling af fremtidige interventioner, der bedst imødekommer behovene hos denne målgruppe.

2.0 Teori

Indledningsvis i dette teoretiske afsnit belyses perspektivet på barnet som værende i konstant udvikling. Der tages udgangspunkt i grundlæggende udviklingsmæssige og evolutionære perspektiver fra Peter Fonagy og Urie Bronfenbrenner. Yderligere beskrives her den grundlæggende naturlige ængstelighed, som mennesker har. Her laves der en distinktion mellem en balanceret og sund ængstelighed overfor en hæmmende ængstelighed. I forlængelse af dette beskrives dernæst, hvad angst er. Angst skelnes fra frygt, og vi laver her en distinktion af angst på et kontinuum fra naturlig ængstelighed til angstlidelse. Efterfølgende beskriver vi udvalgte angstsymptomer, og vi peger her på, at disse angstsymptomer kan befinde sig på hele kontinuummet. Dernæst gives en redegørelse af angst som psykisk lidelse, og der præsenteres diagnosekriterier for angstlidelser. Efterfølgende redegøres der for ætiologiske teorier om angst, hvori der tages udgangspunkt i den udviklingspsykopatologiske model og Alan Carrs caseformuleringsmodel. Slutteligt i dette afsnit redegøres der for tilknytningens betydning for oplevelsen af angst. Afslutningsvis redegøres der for psykologiske interventioner samt formålet med disse. I dette afsnit skelner vi mellem primær, sekundær og tertiær forebyggelse og beskriver herunder hvor universel, selektiv og indikeret forebyggelse placerer sig, hvoraf sidstnævnte er essentiel for udgangspunktet i dette systematiske review. Til sidst i dette afsnit redegøres der for faktorer, der spiller ind i forhold til udførelsen af interventioner.

2.1 *Børn er under udvikling*

Fra vugge til grav er individet i udvikling. Udviklingen er et dynamisk samspil mellem biologiske, psykologiske og miljømæssige omstændigheder (Larsen, 2010).

Som Hart og Møhl (2017) skriver: ”Mennesker fødes med et biologisk beredskab til at relatere sig til andre, og igennem interaktion med andre indgår de i kulturen, og ud fra de stimuli, hjernen modtager, formes menneskets personlighed” (p. 65). Således er menneskets udvikling komplekst, da det er en sammenhæng mellem mange forskellige faktorer, der kan påvirke udviklingens retning. Skårderud og kollegaer (2011) pointerer i forlængelse af dette for, at mennesker udvikler sig gennem mødet med andre. Møder finder sted i bestemte sammenhænge og kontekster, hvor vi sanser, føler, tænker og forholder os til os selv og andre. Dette sker fra første dag, og måden hvorpå vi udvikles afhænger dermed af, hvem vi møder, og hvordan vi mødes. Fonagy (2006) peger netop på, at barnet har tre primære socialiseringer: familie, kammerater og daginstitutioner. Det er derfor kvaliteten af disse tidlige relationer, som spiller en afgørende rolle for, hvor robust man bliver senere i livet. Dette pointerer altså, hvordan barnets udvikling også afhænger af, hvilke socialiseringer, og dermed hvilke miljøer, som barnet vokser op i.

Netop dette peger teorien om økologiske systemer af Bronfenbrenner også på. Her ses barnet som værende i konstant udvikling indenfor et komplekst system af relationer. Disse relationer og systemer påvirkes af forskellige niveauer i de omgivende miljøer. Bronfenbrenner inddeler sin teori i tre niveauer af systemer. Først er mikrosystemet, som består af den tætteste familie og institutioner. Yderligere påvirkes barnet også, at det, som kaldes mesosystem, der er relationen mellem familien og institutionerne. Dernæst er exosystemet, der består af venner, sundhedsvæsenet og familien længere ude. Sidst er makrosystemet, som barnet vokser op i. Det består af kulturen, og de værdier og normer i samfundet, som barnet er tvunget til at forholde sig til og påvirkes af (Berk, 2014). En vigtig pointe, som Berk (2014) peger på, er, at alle disse systemer er i konstant ændring, hvilket har betydning for den udvikling, som barnet er i.

Som nævnt er mennesket født med en naturlig biologisk søgen efter andre mennesker, og dertil har mennesker et frygtssystem, som er evolutionært udviklet over mange år (Broberg et al., 2008). Frygtssystemet skal sikre en sund og naturlig afstandtagen til farer og trusler, som skal beskytte individet. Det er netop det frygtssystem, som medvirker til, at barnet fra en tidlig alder knytter sig særligt til de mennesker, som er tættest på. Barnet er altså nødt til at knytte sig til de mennesker,

der kan beskytte det for at sikre sin overlevelse (Workman & Reader, 2008). Det er derfor essentielt, at den potentielle fare, som barnet kan opleve, ikke kommer fra den primære omsorgsperson, da den primære omsorgsperson skal være den trygge havn, barnet altid kan komme til. Det er her barnet får en grundforståelse af, at der er nogen, som passer på det. Så hvis "faren" kommer fra den primære omsorgsperson, så kan det rykke ved barnets grundforståelse af, at der er nogen, som passer på det, og derved skabe utryghed (Broberg et al., 2008).

2.1.1 Naturlig ængstelighed

Mennesker oplever utallige følelser som for eksempel vrede, glæde, nysgerrighed, skyld, skam og tristhed. Alle disse følelser kan nemt forveksles med ængstelighed og angst, hvorfor det kan være komplekst at identificere den reelle oplevelse af angst (Skårderud et al., 2011). Ængstelighed og angst er en essentiel følelse for mennesket, da det er en beskyttende faktor mod farer og potentielle skadelige situationer. Det er derfor naturligt og sundt, at mennesket oplever en vis grad af ængstelighed (Arnold et al., 2022). Set i et evolutionært perspektiv har ængstelighed og angst været med til at sikre overlevelse (Wennerberg, 2011). Det er dermed vigtigt, at barnet udvikler et naturligt forhold og en god balance mellem det at udforske omverdenen og samtidig beskytte sig selv mod farer. Dog er det vigtigt, at denne naturlige ængstelighed ikke tager overhånd og bliver til regulær angst. Hvis ængsteligheden får overtaget, kan det blive hæmmende for individet (Schousboe, 2011). Et eksempel på den sunde og naturlige ængstelighed kan være et barn, som har en naturlig frygt for at blive forladt.

En faktor som kan være beskyttende overfor balancen mellem sund ængstelighed og hæmmende angst, er en tryk tilknytning (Larsen, 2010). En tryk tilknytning kan fungere som en buffer mod psykiske lidelser, da det er med til at give en forsikring om, at der er et sikkerhedsnet og en tro på, at der er nogle at vende tilbage til, hvis barnet oplever farer, udfordringer eller belastninger (Broberg et al., 2008). Har man ikke en tryk tilknytning, er samme sikre havn der ikke, hvorfor der kan være en større risiko for, at udfordringer, belastninger og farer ikke er til at overkomme (Skårderud et al., 2011). For yderligere redegørelse af tilknytning, se afsnit 2.2.3.4.

2.2 Angst

I følgende afsnit redegøres der indledningsvis for, hvordan angst kan betragtes på et teoretisk plan. Først præsenteres definitioner og forståelser af angst. Vi laver her en distinktion mellem angst og frygt. Yderligere beskriver vi, hvordan angst kan ses på et kontinuum fra naturlig ængstelighed til angstlidelse. Derefter præsenteres angstbegrebet som psykisk lidelse og der redegøres overordnet for de enkelte diagnosekriterier med udgangspunkt i ICD-10 og DSM-5. Dernæst redegøres der for ætiologiske teorier om angst. Her tages der udgangspunkt i den udviklingspatologiske model og Carrs caseformuleringsmodel, hvoraf disse anvendes som redskab til at forstå årsagen til angst. I forlængelse af dette tages der udgangspunkt i de psykologiske, biologiske og sociale faktorer, som kan have en betydning for barnets udvikling af angst. Afslutningsvis redegøres der for tilknytningens betydning for barnets udvikling og dets relation til oplevelsen af angst. Dette er gjort med henblik på at forstå, hvilke udviklingsmæssige, personlige og sociale faktorer, der kan få betydning for effekten af interventioner til børn med subklinisk angst.

2.2.1 Hvad er angst

Angst er både en mental og fysisk tilstand, og det kan ofte ikke knyttes til én specifik ting eller situation. Dermed kan angst ofte virke genstandsløst, når det bliver i en sådan grad, at individet ikke længere har kontrol over det. Ofte opleves angst som en følelse af ubehag, frygt eller bekymring i sådan en grad, at det kan blive overvældende (Skårderud et al., 2011). Ved oplevelsen af angst kan individets fysiske tilstand påvirkes ved en aktivering af dets kropssystemer, der kan medføre fysiske reaktioner som hjertebanken, høj puls eller rysten. Angst er dermed oplevelsesmæssigt forbundet til kroppen i form af følelser, tænkning og handling. Følelsesmæssigt giver angst en oplevelse af ubehag, og det sætter kognitive processer i gang, som er med til at indsnævre virkelighedsopfattelsen (Skårderud et al., 2011). Når angst forårsager, at virkelighedsopfattelsen bliver indsnævret, er det med til at vanskeliggøre skelnen mellem reel fare og indbildning (Riemann, 1999).

Ofte siges det, at angst er en naturlig reaktion på fare eller ubehag, og det kan derfor være en vigtig signalfunktion, da det kan være med til at forhindre farer, og dermed skabe en undgående adfærd, som potentielt beskytter individet. Dette er en sund og naturlig grad af angst, men der hvor angst bliver usundt, er, når det bliver hæmmende (Riemann, 1999). Rent evolutionært har angst været med til at udvikle reaktionerne “kæmp, flygt eller frys”, og det er dermed en naturlig del af menneskets natur (Schousboe, 2011). Angst opstår altså for at hjælpe individet med at beskytte sig selv eller andre, som man holder af, hvorfor angst i visse grader og tilfælde kan være produktivt (Larsen, 2010). Derudover spiller angst en central rolle for regulering af både emotioner og relationer, idet det kan være en indikator for, hvorvidt visse følelser skal op- eller nedreguleres i bestemte situationer (Skårderud et al., 2011).

For at definere og afgrænse hvad angst egentlig er eller handler om, er det vigtigt at skelne mellem angst og frygt. Frygt er ofte forbundet med et ydre objekt, hvoraf angst kan være mere genstandsløst (Skårderud et al., 2011). Frygt anses ofte som et sundt tegn, der kan være nyttig i forbindelse med overlevelse og farer. Det kan være en vigtig følelse, da det kan hjælpe individet med at holde sig fra farer, der potentielt kan være skadeligt. Denne form for frygt er den samme, som er beskrevet ved den naturlige ængstelighed, som kan fungere præventivt for mennesket. Derudover kan frygt beskrives som en bevidst følelse, som er fremkaldt af en forestående fare eller trussel (Penninx et al., 2021). Dog er der en risiko for, at frygten kan overtage og miste sit realistiske grundlag. Idet frygt mister sit realistiske grundlag, risikerer man at bevæge sig over i angsttilstande og fobier. Derved er følelsen af frygt blevet et symptom på angst. I disse tilfælde kan angst blive en forventning om mulig fare eller trussel, såvel nutidigt som fremtidigt (Penninx et al., 2021). Det er derfor en balancegang mellem en sund og naturlig frygt for farer og så en hæmmende oplevelse af angst.

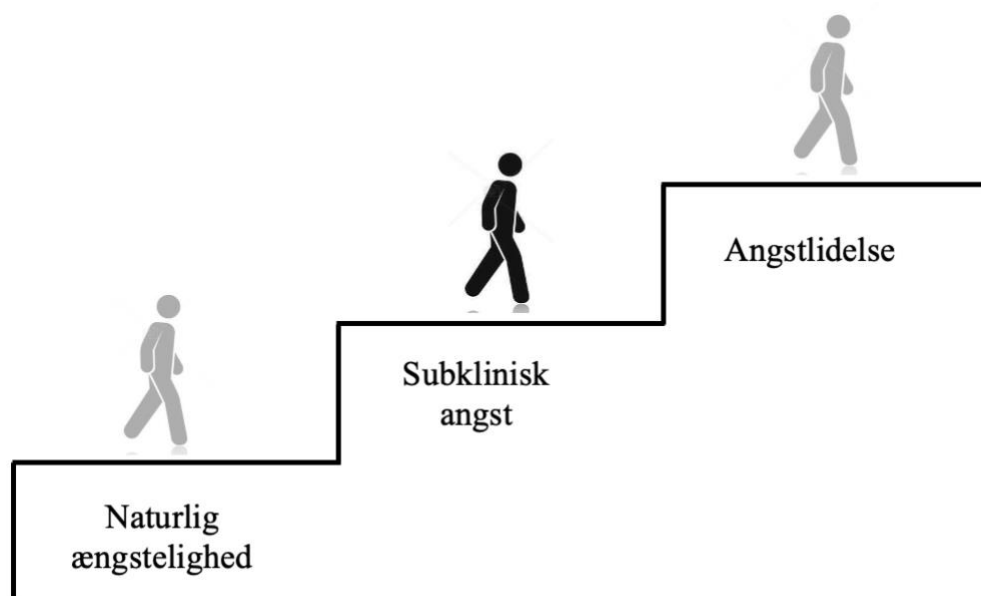
En teoretisk forståelse af angst som præsenteres af Riemann (1999) bygger på, at angst har fire grundelementer. Først og fremmest kan angst opleves som tabet af sit jeg og dermed tabet af en selvforståelse og væren i verden. For det andet kan angst forårsage utryghed og isolation, og derved skabe en undgående adfærd. For det tredje kan der opstå angst for forandring, som opleves ved usikkerhed og manglende kontrol. Til sidst kan angst opstå ved manglende frihed. Denne grundforståelse af

angst, som Riemann (1999) beskriver, lægger sig op ad den eksistentialistiske forståelse af angst, og peger netop på angstens kompleksitet og nuancer. Fælles for ovenstående grundelementer er, at de alle rummer en vis grad af manglende kontrol. Riemann (1999) beskriver derudover, at enhver stræben efter noget, er forbundet med angst for det modsatte.

Som nævnt tidligere er naturlig ængstelighed en helt almindelig følelse eller oplevelse, som alle mennesker har, og det kan opstå på vidt forskellige tidspunkter i ens liv. Alle kommer derved til at opleve angst på et tidspunkt i ens liv, om det er frygt for forladthed, besøg ved lægen, situationer der kræver præstation såsom eksamen, sportskonkurrencer eller jobsamtaler (Penninx et al., 2021). Disse oplevelser af angst kan for nogle mennesker gå hen og opstå i en sådan grad, at det ikke længere kun er centreret om én konkret fremlæggelse eller tandlægebesøg, men nærmere en generel frygt eller angst for fremlæggelser eller tandlægebesøg, hvorfor det går fra naturlig ængstelighed eller angst til en hæmmende usund angst.

2.2.1.1 Angst på et kontinuum

For at forstå hvad angst er, og hvordan det kan være gavnligt eller mindre gavnligt, kan oplevelsen og følelsen af angst og angstsymptomer forstås på et kontinuum. Som beskrevet i afsnit 2.1.1 er naturlig ængstelighed en vigtig følelse at opleve, da det til en vis grad er beskyttende for individets overlevelse. I den ene ende af kontinuummet ses der altså en naturlig ængstelighed. I den anden ende af kontinuummet ses angstlidelser, hvor børnene har udviklet en overdreven frygt for omgivelserne, hvilket kan resultere i funktionsnedsættelse og dermed en reel angstlidelse. På kontinuummet mellem naturlig ængstelighed og angstlidelser ses subklinisk angst, som netop er stadiet før en angstlidelse. Her har man flere og mere funktionsnedsættende angstsymptomer, end man har ved naturlig ængstelighed, men samtidig har man ikke lige så funktionsnedsættende symptomer som ved en angstlidelse. Subklinisk angst befinder sig altså i spændet fra naturlig ængstelighed til en angstlidelse.



Figur 1 - Angst på et kontinuum

Symptomer på angst

Der er utallige symptomer på angst, og det kommer til udtryk på vidt forskellige måder fra menneske til menneske. Man kan inddele angstsymptomer i fire forskellige kategorier; fysiologisk, følelsesmæssigt, kognitivt og adfærdsmæssigt. Fysiologisk kan nogle af symptomerne være alarmberedskab ved hjertebanken og stigende puls. Følelsesmæssigt kan angsten komme til udtryk ved panik, uro og anspændthed. Kognitivt kan det for eksempel være tanker og forestillinger om farer eller lignende. Sidst er der adfærdsmæssigt, som kan resultere i undgående adfærd eller en reaktion på at skulle i "kamp" (Alberdi & Møhl, 2017). Angstsymptomer kan komme til udtryk uanset, om man oplever en naturlig ængstelighed, har subklinisk angst eller har en decideret angstlidelse.

Angstsymptomer kan derudover variere meget alt efter alder. Børn i alderen 0 til 3 år har ofte separationsangst og er bange eller skeptiske overfor fremmede mennesker. Børn i alderen 3 til 6 år er ofte bange for lyn og torden, mørke eller fantasivæsner. Børn i alderen 6 til 12 år, også kaldet skolealderen, kan have præstationsangst eller de kan være bange for bakterier eller naturkatastrofer. Unge i alderen 12 og opefter kan frygte negativ evaluering eller afvisning (Craske & Stein, 2016). Dette er blot eksempler, og det er ikke afgrænset til den enkelte aldersgruppe, men det giver et

billede på, at der kan være forskellige ting på spil, alt efter hvilken alder børnene har. Førnævnte eksempler er noget, som størstedelen af mennesker oplever, og det kan derfor betragtes som normalen. Har barnet eller mennesker generelt angstsymptomer ud over normalen eller i en mere overdreven grad, kan det altså være angstsymptomer på en angstlidelse.

2.2.2 Angst som psykisk lidelse

Angst bliver først et klinisk problem, idet angsten fortsætter på trods af, at de udløsende omstændigheder er overstået (Alberdi & Møhl, 2017). Når angst bliver til en angstlidelse, og det kan diagnosticeres, er det et tegn på, at angstens intensitet bliver hæmmende for individet. Tager angsten over og bliver vedvarende og invaliderende for ens normale hverdag, er det ikke længere angst, men en angstlidelse (Penninx et al., 2021). Angstlidelser er ret almindelige i dag, men er en invaliderende tilstand at være i. Angstlidelser skiller sig ud fra naturlig ængstelighed ved at være vedholdende og markante, altså ude af proportioner med den aktuelle trussel og dermed svække ens daglige gøren (Craske & Stein, 2016). Udover at angsten skal være overdreven og vedvarende for, at det er en angstlidelse, skal den også være forbundet med svækkelser i for eksempel sociale sammenhænge eller andre vigtige funktionsområder i ens liv (Craske & Stein, 2016).

2.2.2.1 Diagnosekriterier

Angstlidelser differentieres i forskellige tilstande såsom fobiske tilstande som for eksempel agorafobi eller socialfobi, selektiv mutisme og andre tilstande som separations-, panik- eller generaliseret angst (Penninx et al., 2021). Disse tilstande har hver sin diagnose og hertil diagnosekriterier. Fælles for disse diagnosekriterier er, at der er nogle psykiske og fysiologiske autonome reaktioner. Det kan være fysiologiske autonome reaktioner såsom rysten, hjertebanken, åndedrætsbesvær, kvælningss fornemmelse eller indre uro. Derudover kan det være psykiske reaktioner som manglende virkelighedsfornemmelse, snæver perception eller frygt for at blive sindssyg. Disse træk er fælles for de fleste af angstlidelserne, men det kan være forskelligt, hvilke af kriterierne der leves op til, og dermed kan angstlidelserne

variere meget både indenfor hver af diagnoserne men også diagnoserne imellem (Alberdi & Møhl, 2017). Dog er der også nogle træk og kriterier, som varierer alt efter, hvilken angstlidelse der er tale om. Dette kan for eksempel være store menneskemængder ved agorafobi, frygt for kritisk opmærksomhed ved socialfobi eller frygt for objekter ved enkelfobi (Alberdi & Møhl, 2017).

Det som gør en angstdiagnose særlig kompleks er, at den ofte er en komponent af flere diagnoser, hvilket gør differentialdiagnostikken svær (Skårderud et al., 2011). Dette kan for eksempel være gældende for stress eller depression, som ofte er komorbide lidelser til angst. Netop derfor er det også vanskeligt at differentiere disse lidelser fra hinanden, da flere symptomer overlapper med hinanden (Alberdi & Møhl, 2017). Det at behandle angst kan derved være komplekst, hvorfor al angstbehandling bør indebære en afgrænsning af den del af angsten, som man ønsker under kontrol (Skårderud et al., 2011).

2.2.3 Ætiologiske teorier om angst

Ser man på angstens ætiologi, er der mange forskellige teorier om, hvad der er årsag til angst, og hvorfor nogle individer får angst. Ætiologien bag angst er altså multifaktoriel og består af genetiske, udviklingsmæssige og sociale faktorer (Alberdi & Møhl, 2017). Der er utallige teoretiske synspunkter på psykopatologi, hvoraf den udviklingspsykopatologiske model og Carrs caseformuleringsmodel er to eksempler på, hvordan psykopatologi kan anskues. Begge disse modeller giver et perspektiv på, hvordan psykiske lidelser, herunder angstlidelser, kan ses som et samspil mellem arv og miljø (Harder & Simonsen, 2017; Carr, 2016). Især den udviklingspsykopatologiske model fremhæver, hvordan den foreløbige udvikling hos barnet er et resultat af afvigende- og normale udviklingsprocesser, der foregår samtidig og dermed påvirker hinanden gensidig. Derfor kan psykopatologi forstås som det foreløbige resultat af barnets løbende udviklingsproces (Harder & Simonsen, 2017).

Både den psykopatologiske model og Carrs caseformuleringsmodel peger på forskellige faktorer, som enten kan være fremmende eller hæmmende for

udviklingen. Disse faktorer kan både være psykologiske, biologiske og sociale faktorer. Psykologiske problemer kan opstå på baggrund af et samspil mellem prædisponerende risikofaktorer, vedligeholdende faktorer og fremskyndende faktorer (Carr, 2016). Risikofaktorer dækker over omstændigheder, som prædisponerer barnet til at udvikle psykiske problemer, hvilket eksempelvis kan være en ængstelig tilknytning eller forældre med angst. Vedligeholdende faktorer kan dertil være faktorer, som forstærker adfærd, der kan vedligeholde angst. Disse vedligeholdende faktorer kan både stamme fra barnet selv eller dens omgivelser. Fremskyndende faktorer dækker over hændelser, der udløser en indtræden eller forværring af psykiske vanskeligheder. Her kan de fremskyndende faktorer blandt andet fremskynde opståen eller forværring af angstproblemer (Trillingsgaard & Elmoose, 2010). Modsat findes beskyttende faktorer, som kan fremme individets normaludvikling og beskytte mod udviklingen af psykopatologi (Harder & Simonsen, 2017). Dette kan være modne forsvarsmekanismer, funktionelle håndteringsstrategier, evnen til at skabe og vedligeholde venskaber, en høj selvværdsfølelse eller et godt støttende socialt netværk (Trillingsgaard & Elmoose, 2010). Dertil kan de beskyttende faktorer være med til at forhindre yderligere forværring af barnets psykologiske problem såsom angst. Disse faktorer kan også have implikationer for prognose og barnets respons på behandling. Derfor kan de beskyttende faktorer fortælle noget om, hvor stor sandsynligheden er for, at barnet tager godt imod behandling og derigennem mindsker dets angstsymptomer (Carr, 2016). I nedenstående afsnit præsenteres eksempler på prædisponerende, vedligeholdende og fremskyndende faktorer.

2.2.3.1 Psykologisk sårbarhed

Af psykologiske prædisponerende risikofaktorer for at udvikle angst kan barnets eller den unges personlighedstræk nævnes (Alberdi & Møhl, 2017). Træk teori, som beskrevet af Costa og McCrae (1992), foreslår, at et højt niveau af egenskaben neuroticisme disponerer mennesker for udvikling af angstlidelser og kan samtidig være med til at vedligeholde disse lidelser, når de først udvikler sig (Carr, 2016). En meta-analyse af Kotov og kollegaer (2010) finder en stærk sammenhæng mellem angstlidelser hos voksne og personlighedstrækket neuroticisme. Dette betyder, at

barnet kan være født med personlighedstrækket neuroticisme i sådan en grad, at det gør dem mere sårbare over for at udvikle angst senere i livet, da neuroticismetrækket er forbundet med større påpasselighed, bekymring og forsigtighed. Samtidig finder Kotov og kollegaer (2010), at nogle af angstlidelserne er forbundet med lav samvittighedsfuldhed og høje niveauer af indadvendthed (Kotov et al., 2010). Derfor kan personlighedsmæssige træk såsom skyhed, forsigtighed eller sårbarhed være prædisponerende faktorer for udviklingen af angst (Alberdi & Møhl, 2017).

En anden teori om psykologiske prædisponerende faktorer ses hos kognitiv bias teorien, som foreslår, at informationsbearbejdningsbias disponerer folk til at udvikle en angstlidelse eller vedligeholde sådan en lidelse, når den først udvikler sig. Som beskrevet af Muris og Field (2013) viser forskning, at børn med angstlidelser udviser en række informationsbearbejdningsbias. De forholder sig selektivt til truende stimuli (opmærksomhedsbias), hvilket vil sige, at de fokuserer på negativ eller truende stimuli i stedet for at rette opmærksomheden mod neutral eller positiv stimuli. I den forbindelse har disse børn også en tendens til at fortolke tvetydige situationer på en truende måde (fortolkningsbias). Det vil sige, at de stimuli de oplever oftest fortolkes negativt. Samtidig har de en tendens til at søge information, der bekræfter, at noget er farligt eller en trussel (bekræftelsesbias) (Carr, 2016; Muris & Field, 2013). På den måde kan individets tænkning være biased og derigennem opfattes virkeligheden mere farlig og truende, end den egentlig er.

2.2.3.2 Biologisk sårbarhed

De nævnte personlighedsmæssige træk, som er beskrevet i ovenstående afsnit, kan bunde i en dybereliggende sårbarhed, der kan have rod i medfødte neurobiologiske forhold såsom et letpåvirkeligt stresssystem (Alberdi & Møhl, 2017). Stresssystemet består blandt andet af HPA-aksen, som er en del af det neuroendokrine system og som kontrollerer kroppens stressreaktioner. Det vil sige, at uregelmæssigheder i HPA-aksen er forbundet med angst, hvorfor den medicinske behandling mod angst netop er rettet mod neurotransmittere i dette system (Carr, 2016; Gökdağ et al., 2023). På den måde kan neurobiologiske forhold i barnet eller den unge være en sårbarhed for udviklingen af angst.

Derudover har angstlidelser en tendens til at samle sig i familier (Arnold et al., 2022). Statistikker viser, at risikoen for at udvikle en angstlidelse, hvis du er barn til forældre med angstlidelser, er op til syv gange højere end hos børn uden forældre med angstlidelser (Hettema et al., 2001). Børns risiko for at få en angstlidelse øges altså, hvis en eller begge forældre har en angstlidelse. Denne risiko er specielt øget for samme angstlidelse som ens forældre, men den er også øget ved angst generelt (Psykiatrifonden, 2024a). Man kan altså arve genanlægget for at udvikle angst, men man kan ikke arve selve angstlidelsen (Psykiatrifonden, 2024a).

2.2.3.3 Social sårbarhed

Selvom nogle børn fødes prædisponeret til angst, kan miljøet de befinder sig i fremme børns udvikling af angst og senere en angstlidelse (Psykiatrifonden, 2024b; Hudson et al., 2019). Miljømæssige risikofaktorer kan blandt andet være forældrekonflikter, diskrimination, lav socioøkonomisk status samt omsorgssvigt eller en utryk tilknytningsstil (Arnold et al., 2022). Derudover kan belastninger, pres udefra og stress være nogle af de faktorer, der kan udløse og fremme børns udvikling af angst. Uforudsigelighed, utryghed eller mistro i barndommen kan også være fremskyndende faktorer til angst hos børn. Vokser et barn for eksempel op med forældre, der ikke viser det kærlighed eller giver barnet nærvær eller stabilitet, kan det øge barnets psykologiske sårbarhed overfor at udvikle angst (Psykiatrifonden, 2024a).

Forældre kan have en stor betydning for, om børn udvikler angst eller ej. Hvis et barn vokser op med ængstelige forældre, kan det fremme angsten hos barnet, da barnet gennem sine ængstelige forældre kan lære, at verden er farlig (Psykiatrifonden, 2024b). Når man har undersøgt forældrene til børn med angst, har man fundet en sammenhæng mellem, at mødre, til børn med angst, viser mere moderlig overkontrol end mødre til børn uden angst (Moore et al., 2004). Moderlig overkontrol kan give barnet en psykologisk sårbarhed, fordi moderen tillærer barnet at stole på hende for at få information om, hvordan det skal føle over for de ting, det udsættes for i livet. Hvordan moderen mener, at en vanskelig situation skal håndteres, tillærer hun barnet, hvorfor barnet kan risikere ikke at få lov eller mulighed for at håndtere

vanskelige situationer selv. Dette kan medføre, at barnet ikke tør at være i vanskelige situationer, og dermed ikke tillære sig at mestre sit eget miljø. Ikke at kunne mestre sit eget miljø er forbundet med kognitiv bias i form af, at man fortolker helt almindelige hverdags begivenheder, som værende udenfor ens egen kontrol (Chorpita, Brown & Barlow, 1998). Derfor er moderlig overkontrol altså problematisk i forhold til børns angst (Palo & Candelari, 2022). Hvis børn er i miljøer, hvor de får lov til at tage deres egne beslutninger, både i nemme og svære situationer, får de mulighed for at tillære at klare sig selv og selvregulere, hvilket kan være faciliterende for deres udvikling af autonomi (Ollendick & Grills, 2016). Det er vigtigt, at børn lærer at selvregulere, da selvregulering i forbindelse med, at man oplever svære følelser, kan lette ens billede af svære situationer, idet man lærer at udfordringer, konflikter og svære situationer kan løses (Palo & Candelari, 2022). Til sidst kan miljøer, hvor børnene lærer, at der er værdi i at løse eller i hvert fald forsøge at løse problematikker, give børnene en oplevelse af øget autonomi. Dette ville kunne lære børnene, at det er bedre at undersøge og afprøve eventuelle løsningsmuligheder på problematikker frem for at undgå dem (Palo & Candelari, 2022).

2.2.3.4 Tilknytningens betydning for barnets udvikling

I forlængelse af ovenstående, der netop peger på flere faktorer, som er altafgørende for barnets udvikling, er det også essentielt at belyse, hvilken betydning barnets tilknytning til dets primære omsorgspersoner, kan have. Tilknytning er særlig interessant i forhold til angst, da barnets grundlæggende tillid og grad af ængstelighed blandt andet udvikles tidligt i samspil med den primære omsorgsperson. Som nævnt tidligere kan en tryk tilknytning fungere som en buffer for angst, og derfor kan det have en stor betydning for graden af oplevet ængstelighed, hvorvidt der er en tryk eller utryk tilknytning.

Tilknytningsteorien er en psykologisk teori, som beskriver relationen mellem barnet og dets primære omsorgsperson. Ifølge Bowlby (1988) er barnets tilknytning til dets primære omsorgsperson biologisk bestemt, da det er en måde at sikre sin overlevelse og beskyttelse på. På den måde er det altså sundt og naturligt for barnet at have en

vis grad af ængstelighed for at sikre sin overlevelse (Workman & Reader, 2008). John Bowlby og Mary Ainsworth argumenterer for, at tilknytning er en varig indre repræsentation af relationen til den primære omsorgsperson samt tendensen til at søge denne ved fare, udfordringer eller lignende (Wennerberg, 2011). Denne indre repræsentation dannes ud fra kommunikationen mellem barn og dets primære omsorgsperson og dennes opførsel overfor barnet. På den måde opbygger barnet nogle indre arbejdsmodeller af tilknytningspersonen og selvet, der ifølge Bowlby (1988) skal ses som kognitive strukturer. Disse indre arbejdsmodeller præger måden, barnet reagerer i forskellige situationer og måden barnet vil indgå i andre relationer (Bowlby, 1988).

Mennesket har altså typisk én person, som det vender sig mod, når der opstår fare, men det er muligt at udvikle flere relationer, hvor man kan søge denne form for tryghed. Tilknytningsadfærd kan altså udvises overfor flere forskellige personer, men en vedvarende tilknytning og et tilknytningsbånd er begrænset til få mennesker (Bowlby, 1988). Broberg og kollegaer (2008) præsenterer to relevante begreber i forhold til tilknytningsbegrebet henholdsvis adfærd og system. Bestemte adfærdsformer hjælper barnet med at skabe og opretholde kontakt. Det kan for eksempel være bestemte måder at søge kontakt såsom gråd eller række ud efter fysisk nærvær. Systemer beskriver derimod, hvordan forskellige adfærdsformer dannes for at opfylde behovet for nærvær og tilknytning. Det kan for eksempel være alle de forskellige adfærdsformer for søgen efter fysisk nærvær, som dannes til et bestemt system for barnet. En vigtig pointe, som Bowlby og Ainsworth også peger på, er, at tilknytning er konstant over tid (Schousboe, 2011). Det vil sige, at når de indre arbejdsmodeller af samspillet mellem omsorgsperson og selvet først er opbygget, er de tilbøjelige til at vare ved og fungere på et ubevidst plan (Bowlby, 1988).

Det er en vigtig distinktion, at tilknytningsteorien beskriver barnets relation til omsorgspersonen og ikke den gensidige relation. Bowlby (1988) beskriver altså, at det er børnene, som udvikler tilknytning og ikke forældrene. Forældrenes tilknytning dannes i deres egne tidlige leveår til deres primære omsorgspersoner (Bowlby, 1988; Schousboe, 2011; Broberg et al., 2008). Det handler derfor ikke om en gensidig tilknytning, men om barnets tilknytning til den primære omsorgsperson. Barnets

tilknytning begynder allerede efter fødslen, hvor barnet langsomt begynder at orientere sig mod omsorgspersonen (Broberg et al., 2008).

Ifølge Bowlby og Ainsworth udvikles barnets relation til den voksne i de første leveår, og derved skal den primære omsorgsperson fungere som en tryk base og sikker havn, som barnet altid kan vende tilbage til. På den måde kan barnet gå ud i verden med en sikker forvisning om, at det kan vende tilbage til basen for at blive beroliget og trøstet, hvis det er bange eller ked af det. Jo ældre barnet bliver, vil det i højere grad vove at bevæge sig længere og længere væk fra basen i længere og længere tid ad gangen (Bowlby, 1988). De børn, som ikke opnår en sikker base ved deres primære omsorgsperson, er derfor nødsaget til at udvikle alternativer for at opnå så god beskyttelse som muligt. Dette resulterer i forskellige tilknytningsmønstre (Broberg et al., 2008).

Tilknytningsmønstre

Når der tales om tilknytningsmønstre, kan det først og fremmest inddeles i tryk kontra utryk tilknytning samt organiseret kontra desorganiseret tilknytning. En tryk tilknytning afspejler, at barnet ikke oplever frygt og ængstelighed udover det sunde og naturlige, netop fordi det har en tryk base i sine primære omsorgspersoner. Barnet stoler altså på, at den voksne og primære omsorgsperson møder, ser og understøtter barnet samt vender tilbage efter separation (Wennerberg, 2011). En utryk tilknytning kan inddeles i tre forskellige mønstre. Først er den ambivalente tilknytning, som er kendetegnet ved en lav tærskel for faresignaler, hvilket maksimerer barnets udtryk for behovet for omsorgspersonen. En ambivalent tilknytningsstil sker typisk på baggrund af tidligere erfaringer med upålidelighed fra den primære omsorgsperson, som gør, at barnet hurtigt og kraftigt signalerer behov (Broberg et al., 2008). En anden utryk tilknytning er den undgående tilknytningsstil, hvor barnet ikke anvender sin primære omsorgsperson som den trykke havn. Barnet reagerer derfor ikke ved separation eller genforening med sin primære omsorgsperson og undgår direkte kontakt med denne. Et tegn på dette kan være, at barnet tidligt har oplevet, at den primære omsorgsperson har afvist eller virket ligeglad, hvorfor barnet tillærer, at muligheden for nærvær ikke afhænger af at udtrykke behov. Det undgående tilknyttede barn udtrykker derfor ikke sit behov for tryk og omsorg (Schousboe, 2011). Fælles for tryk, utryk, ambivalent og undgående tilknytningsstile er, at de alle

er organiserede. Altså hos disse tilknytningsstile har interaktionerne været konstante nok til, at barnet har kunnet udvikle en indre arbejdsmodel og strategi ud fra den primære omsorgspersons adfærd og kommunikation med barnet (Bowlby, 1988; Wennerberg, 2011). Den sidste utrygge tilknytningsstil er den desorganiserede tilknytningsstil, som kendetegnes ved, at samspillet i høj grad bygger på frygt. Der ses derfor ofte aparte adfærdsmønstre, som barnet anvender for bedst muligt at beskytte sig (Broberg et al., 2008). Det vil sige, at barnet udviser en modsatrettet adfærd, hvor det søger tryghed hos den omsorgsperson, det samtidig frygter. Barnet vil altså gerne have kontakt med omsorgspersonen, men det bliver en kamp indeni, hvorfor det for eksempel vil vende sig om, gemme sit ansigt eller gå baglæns væk fra vedkommende (Broberg et al., 2008).

Disse forskellige tilknytningsstile forklarer altså, at der uanfægtet relationen til den primære omsorgsperson, udvikles en tilknytning. Hvilken type af tilknytning afhænger dog af den primære omsorgsperson, hvorfor det ikke er selvsagt, at den primære omsorgsperson kan fungere som en tryk og sikker havn for barnet. Barnets tilknytningsstil dannes altså ved, at barnet danner indre arbejdsmodeller, som er mentale repræsentationer af virkeligheden. Disse indre arbejdsmodeller dannes gennem interaktion med den primære omsorgsperson, og anvendes til at udvikle modeller for andre og sig selv (Schousboe, 2011; Broberg et al., 2008). Det vil sige, at den primære omsorgsperson danner grundlaget for, hvordan modeller af andre individer bliver udviklet senere i barnets liv.

2.3 Psykologiske interventioner

I følgende afsnit vil vi nu rette blikket mod redegørelsen af psykologiske interventioner, hvor der indledningsvis præsenteres og redegøres for, hvad psykologiske interventioner er og hvilket formål disse har. Efterfølgende beskrives forebyggende instanser, og hvilke former for forebyggelse, der findes. Vi skelner her mellem primær, sekundær og tertiær forebyggelse. Løbende i dette afsnit beskrives forskellen mellem universel, selektiv og indikeret forebyggelse, hvoraf sidstnævnte er essentiel for udgangspunktet i dette systematiske review. Efterfølgende gives der et overblik over udvalgte barrierer, såsom logistiske udfordringer og stigmatisering,

som er vigtige at tage højde for, når der interveneres. Afslutningsvis redegøres der for faktorer, der spiller ind i forhold til udførelsen af interventioner.

Det er vigtigt at forholde sig til, at psykologiske interventioner, såvel som angst, findes på et kontinuum. Derfor er det essentielt, at man har formålet for øje, når man udvælger og udfører interventioner. Det kontinuum kan siges at spænde fra forebyggelse for forebyggelsens skyld, hvoraf interventioner udføres, før udfordringen opstår. Næste step er at udføre forebyggende arbejde eller tidlige indsatser, når udfordringen er opstået. Her er formålet altså, at udfordringen ikke vokser sig for stor. Sidste step kan siges at være indsatser eller behandling, når udfordringen har vokset sig til et problem. Ser man så på det, der særligt karakteriserer indsatser til børn og unge, er det især det udviklingsmæssige niveau, der tages højde for. Altså er det vigtigt at tage højde for aldersgruppen og udviklingsniveauet for den målgruppe og deltagere, som man ønsker at intervenere på.

2.3.1 Formålet med psykologiske interventioner

Når et menneske er i mistrivsel, kan der være mange forskellige måder at intervenere på afhængigt af individets problemstilling. Det kan være fysiske interventioner, medicinske interventioner eller psykologiske interventioner (Rickwood et al., 2007). Generelt set for psykologiske interventioner er deres formål at skabe en ændring i en tilstand eller at udvikle og forbedre psykologiske evner. Dette kan eksempelvis være evnen til at emotionsregulere, øvelse i at fokusere på positive følelser eller øvelse i at tage andre menneskers perspektiv. Derudover er det fælles for psykologiske interventioner, at der er et samspil og kommunikation mellem en terapeut og klient. Et eksempel på sådan en intervention er den terapeutiske samtale, som gør sig forskellig fra en almindelig samtale mellem medmennesker ved at danne rammer om terapien. Disse rammer bestemmer, hvor ofte terapisessionerne holdes samt længden på sessionerne. Dertil er der også ramme for en kontrakt mellem terapeut og klient, hvor terapiens form og mål opridses (Jørgensen et al., 2017).

Når det kommer til psykologisk intervention af symptomer på angst, er det ikke formålet, at angstsymptomerne ikke længere skal være der, men det er derimod hensigten at tillære strategier til netop at håndtere angstsymptomerne, så den ikke tager over (Ferdinand et al., 2004). Bliver symptomerne på angst ikke behandlet, har angsten en tendens til at vende tilbage og blive kronisk. Kognitiv adfærdsterapi er den mest empirisk understøttede psykologiske intervention for børn og unge med angstlidelser (Craske & Stein, 2016). Derfor er der mange psykologiske interventioner til behandling af angstsymptomer, der bygger på principper fra kognitiv adfærdsterapi. Dette kan være principper såsom kognitiv omstrukturering, eksponering og afslapningsteknikker (Ferdinand et al., 2004). Af andre interventionsformer, der eksisterer til at behandle angstsymptomer, findes for eksempel mindfulness baseret interventioner og positiv psykologi interventioner. Mindfulness baseret interventioner fokuserer blandt andet på at praktisere selvmedfølelse (compassion) (Monsillion et al., 2023), hvor positiv psykologi fokuserer på kultivering af positive følelser såsom taknemmelighed (Shoshani & Steinmetz et al., 2014).

Psykologiske interventioner mod angstsymptomer kan også have til formål at være forebyggende. Som Izett og kollegaer (2021) beskriver, er forebyggende instanser vigtige, fordi det er i de tidligste stadier af livet, der er størst mulighed for forandring. Vigtigheden af forebyggende instanser og forskellige former for disse vil blive beskrevet i følgende afsnit.

2.3.2 Forebyggende instanser

Angstlidelser begynder for det meste i barn- og ungdommen, og fordi angstlidelsens debut er så tidligt i livet, er identifikation af personer, som er i risiko for at udvikle angst, og tidlig intervention vigtigt (Craske & Stein, 2016). Forebyggende instanser refererer til de tilgange, der anvendes med det formål at forebygge senere vanskeligheder, og derigennem give bedre vilkår til den følelsesmæssige, kognitive, sociale, adfærdsmæssige og fysiske udvikling hos børn og unge (Izett et al., 2021). Ideelt set skal forebyggende tilgange leveres før lidelsens begyndelse, altså helst før et barn eller ung får en psykisk lidelse. Formålet med disse forebyggende tilgange er

at reducere forekomsten af nye tilfælde af psykiske sygdomme ved at forsøge at sænke symptomerne og dermed risikoen for, at en psykisk lidelse opstår (Werner-Seidler et al., 2021).

Der kan interveneres med det formål at forebygge ud fra et ønske om at undgå en bestemt tilstand. Det vil sige, at der er et ønske om at forhindre, at barnet eller den unge oplever angstsymptomer, som kan være hæmmende i den ene eller anden grad. Derudover kan der interveneres med det formål at undgå, at angstsymptomer udvikler sig yderligere og dermed er ønsket at ændre en bestemt tilstand. Det vil sige, at barnet eller den unge allerede oplever hæmmende angstsymptomer, som man forsøger at ændre gennem intervention (Ferdinand et al., 2004). Til sidst kan de også have til formål at afhjælpe aktuelle problemer af forbigående karakter. Det kan for eksempel være angstsymptomer, der er opstået i forbindelse med alvorlig sygdom i familien eller en ulykke (Social- og Boligstyrelsen, 2023).

2.3.2.1 Forskellige former for forebyggende instanser

Der kan skelnes mellem forskellige former for forebyggende instanser, da det skaber overblik over de forskellige muligheder for forebyggelse. Ferdinand og kollegaer (2004) definerer tre forskellige former for forebyggelse, nemlig primær, sekundær og tertiær. Med primær forebyggelse rettes interventionen mod den brede befolkning. Uanset individuelle niveauer af problematikker rettes indsatsen mod alle individer i den pågældende målgruppe, for eksempel alle børn med en bestemt alder, køn eller begge dele. Afhængigt af målgruppen og målet kan interventionen involvere børn, lærere eller forældre og kan være rettet via skoler eller familier (Ferdinand et al., 2004). Denne form for forebyggelse bliver beskrevet som universel forebyggelse af Werner-Seidler og kollegaer (2021), hvor forebyggelsesprogrammet leveres til en hel gruppe. Dette kan for eksempel være til en hel skoleklasse som en del af deres undervisning (Ruttledge et al., 2016). Hvor interventionerne kan foregå og hvem der kan levere interventionerne vil blive uddybet senere i afsnit 2.3.3.1 og 2.3.3.2. I tilfælde af primær forebyggelse mod angst kan interventioner sigte mod at styrke håndteringsstrategier, der kan reducere stress i dagligdagen og derigennem forhindre forekomsten af angstlidelser (Ferdinand et al., 2004).

Sekundær forebyggelse sigter derimod mod intervention, før en bestemt lidelse udvikler sig. Derfor identificeres individer i risikozonen for at udvikle angst og tilbydes intervention. I tidlige sekundære forebyggelsesprogrammer kan børn og unge modtage enkle råd om, hvordan de skal håndtere problemet eller hvor de kan søge hjælp. Ved mere intensive sekundære forebyggelsesprogrammer modtager børn og unge mere omfattende, behandlingsbaserede interventioner såsom en række familieterapi sessioner. Disse interventioner kan være rettet mod børn, der oplever moderate niveauer af angst, og som derfor er i risiko for at udvikle en fuldgældig angstlidelse (Ferdinand et al., 2004). Werner-Seidler og kollegaer (2021) skelner mellem to former for sekundær forebyggelse. Forebyggelsesprogrammer kan leveres som selektiv forebyggelse, hvor interventionen målrettes børn og unge med øgede risikofaktorer, hvilket blandt andet kan være børn af forældre med angst. Et eksempel herpå er studiet af Ginsburg og kollegaer (2015), hvor en intervention tilbydes til børn af forældre med angst, som endnu ikke selv udviser symptomer herpå. Derudover kan de leveres som indikeret forebyggelse, hvor man identificerer de børn og unge, der allerede viser symptomer på angst, men som ikke opfylder alle kriterierne for en psykiatrisk angstdiagnose endnu og tilbyder dem intervention (Werner-Seidler et al., 2021).

Tertiær forebyggelse sigter mod at forhindre tilbagefald hos individer, der er blevet raske efter at have modtaget behandling, eksempelvis børn der er kommet sig over angstsymptomer. Det kan være børn, der har brug for booster sessioner for at hjælpe dem med at anvende ny erhvervede håndteringsstrategier i dagligdagen på lang sigt (Ferdinand et al., 2004).

2.3.2.2 Opsporing og barrierer

I forbindelse med forebyggende instanser er det relevant at overveje, hvordan vi får fat på børnene og de unge. Der kan være en række barrierer, der forhindrer børnene og de unge i at få hjælp. Dette kan være mulighed for transport hen til behandlingsstedet eller det kan være ventelister, der udskyder muligheden for at modtage hjælp. Forskellige løsninger til disse problemstillinger vil blive redegjort for i afsnit 2.3.3.2. Desuden kan der være stigmatisering forbundet med det at modtage

psykisk behandling, hvorfor barnet eller den unge ikke opsøger hjælp selv (Weist et al., 2017). Stigmatiseringen er forbundet med nogle stereotyper for, hvem det er, der modtager psykisk behandling, en risiko for tab af identitet eller tab af status (Link & Phelan, 2001).

Venner og familie er ofte dem, der konsulteres først, når barnet eller den unge oplever et problem, og derfor er det dem, der hjælper barnet eller den unge, videre. Det er også ofte venner og familie, der først erkender tilstedeværelsen af et problem, og på den måde kan de lette adgangen til passende hjælp og modellere passende hjælpssøgende adfærd (Rickwood et al., 2007). Ved erkendelse af et problem er det nødvendige første skridt at søge hjælp fra en passende professionel. Manglende genkendelse af tegn og symptomer, som indikerer psykisk lidelse, vil sandsynligvis forsinke den hjælpssøgende proces, hvilket netop er vigtigt grundet evidensen for, at tidlig intervention kan forbedre langsigtede resultater for dem med psykiske lidelser (Reavly & Jorm, 2011). Der er altså nogle barrierer, der kan forhindre børnene og de unge at modtage den rette hjælp i tide.

2.3.3 Udførelse af interventioner

Når man skal udføre interventioner, er der flere forskellige faktorer, som er vigtige at tage højde for. Først og fremmest er det vigtigt at tage højde for, hvor interventionerne skal udføres, hvem der skal udføre interventionerne og mulige barrierer ved disse valg. I nedenstående afsnit belyses dette.

2.3.3.1 Hvor foregår interventionerne

Interventioner kan foregå mange forskellige steder. De kan foregå i psykiatrien som et led i psykiatrisk behandling, de kan foregå hos privatpraktiserende psykologer og de kan foregå hos kommunerne som et kommunalt tilbud.

Rickwood og kollegaer (2007) beskriver skolen som en ideel kontekst for levering af forebyggelsesprogrammer til børn og unge. Dette pointerer de, da skolerne har rammerne til at nå ud til børn og unge, da skolegang er obligatorisk i op til 16 års

alderen. Yderligere pointerer de, at mange skoler ofte har etablerede måder at håndtere elevers mentale helbredsproblemer. Raniti og kollegaer (2022) beskriver også skolen som en vigtig ressource til at påvirke børn og unges mentale sundhed. De beskriver, hvordan skolens indflydelse på mental sundhed strækker sig ud over leveringen af forebyggelsesprogrammer og interventioner, til at omfatte udviklingen af social-emotionelle færdigheder, tilvejebringelse af sikre og inkluderende miljøer og give en følelse af fællesskab og støtte til elever, forældre og familier (Raniti et al., 2022).

Der ses en tendens i nyere forskning ved, at interventioner mod symptomer på psykisk lidelse foregår online. Dette kan både være internetbaseret terapi og videospil. I internetbaseret terapi, som beskrevet af Clark og kollegaer (2023) præsenteres nøglefærdighederne i kognitiv adfærdsterapi i læringsmoduler, som barnet eller barnets forældre kan få adgang til hjemmefra 24 timer i døgnet. Samtidig omfatter disse former for interventioner typisk også regelmæssig kontakt med en terapeut, som dog er ekstern via SMS, telefon eller videolink og væsentligt kortere end ved standardbehandling. I disse interventionsprogrammer bruges videoer til at illustrere og motivere børnene og de unge til at udføre opgaver, som har en eksponerende karakter. På den måde bruges der ikke tid og ressourcer på, at terapeuter ledsager børnene og de unge i disse opgaver (Clark et al., 2023). Online interventioner kan foregå på mange forskellige måder som for eksempel videospil, apps eller hjemmesider, hvor der kan gives opgaver eller psykoedukation om angst. Online interventioner giver derfor en mulighed på tværs af lokalitet og tid at give interventioner og dermed med mulighed for at nå ud til flere (Schoneveld et al., 2018).

2.3.3.2 Hvem leverer interventionerne

Der er mange forskellige fagfolk, der kan levere interventioner mod angstproblematikker. Traditionelt set blev disse psykologiske interventioner leveret af psykologer som samtaleterapi. Et eksempel herpå er Rogers (1992) personcentreret tilgang til terapi, som foreslår den terapeutiske alliance som værende den helbredende faktor i samtaleterapi. Her ses empatisk forståelse og ubetinget

positiv anerkendelse som miljømæssige betingelser inden for den terapeutiske alliance, der er nødvendige for forandring (Stulmaker & Ray, 2015). Gruppeinterventioner er meget udbredt, hvorfor psykologens arbejde ikke længere er udelukkende individuel samtaleterapi. Udbredelsen af gruppeinterventioner er grundet to vigtige fordele, nemlig et bedre behandlingsmiljø og deres formodede omkostningseffektivitet. Det bedre behandlingsmiljø ses ved, at børnene og de unge har mulighed for at øve deres læring i et trygt og sympatisk miljø, samtidig med at de kan få støtte fra jævnaldrende, der også deltager i gruppeinterventionen (Ferdinand et al., 2004). På den måde bliver barnet eller den unge en del af et fællesskab, hvor andre børn og unge har lignende problemstillinger. Den formodede omkostningseffektivitet muliggør en mere effektiv udnyttelse af terapeutens tid (Ferdinand et al., 2004).

Derudover er der, på grund af stor forskel mellem antallet af børn og unge, der lider af symptomer på angst og antallet, der modtager behandling, kommet et yderligere behov for, at forskellige faggrupper kan levere interventioner (Ginsburg et al., 2021). For at gøre behandlingstilbud mere tilgængelige er det blevet undersøgt, hvordan disse behandlingstilbud bedst muligt kan implementeres i praksis. Levering af behandlingstilbuddene af skolebaserede klinikere såsom socialrådgivere, studievejledere og skolepsykologer anerkendes som en vigtig og potentielt effektiv tilgang til at reducere kløften mellem udbud og efterspørgsel af intervention mod angstsymptomer (Weist et al., 2017). I den forbindelse pointerer Weist og kollegaer (2017), at der er for få ansatte af de skolebaserede klinikere til at udføre disse interventioner til børn med subklinisk angst. Ovenikøbet kæmper de skolebaserede klinikere med begrænsninger i deres stilling, eksempelvis at skolepsykologer primært udfører evalueringer og studievejledere primært udfører akademisk vejledning.

En anden måde at implementere angstbehandling på er at tilbyde forældre-leverede interventioner, som gør disse tilbud mere tilgængelige. Forældre-leveret interventioner er en alternativ måde at facilitere behandling til børn med symptomer på angst. I forældre-leveret interventioner lærer forældrene at implementere strategier fra kognitiv adfærdsterapi i børnenes hverdag. På den måde får forældrene de nødvendige redskaber til at kunne hjælpe deres børn, mens de samtidig modtager personlig støtte fra terapeuter (Creswell et al., 2024; Poetar et al., 2024). Der er altså

forskellige muligheder for intervention, når det kommer til, hvor interventionerne kan foregå og hvem der kan levere disse interventioner.

2.4 Opsummering

Sammenfattende kan det siges, at udviklingen hos alle mennesker er kompleks og påvirkes af mange forskellige faktorer. En konstant faktor som Carr (2016) pointerer, er dog det biologiske beredskab til at relatere sig og socialisere sig med andre, som mennesket besidder. Disse tidlige relationer spiller en afgørende rolle for senere udvikling. Alle børn har typisk en primær omsorgsperson, som danner grundlaget for barnets forståelse af andre relationer og omverdenen generelt. Den primære omsorgsperson er medvirkende til at danne et tilknytningsmønster. En tryk tilknytning kendetegnes blandt andet ved en balanceret naturlig ængstelighed, hvor der er tillid til de primære omsorgspersoner. Hvis barnets frygtssystem eller naturlige ængstelighed bliver ubalanceret, kan den tryk tilknytning virke som en buffer for at genskabe balance. Et sundt frygtssystem er vigtigt for, at barnet kan opretholde en naturlig afstandtagen til fare og trusler. Udfordringer opstår, hvis frygtssystemet kommer ud af balance, hvilket kan resultere i en utryk tilknytning. Hos et utryk tilknyttet barn mangler barnet tillid til de primære omsorgspersoner, hvilket kan skyldes manglende omsorgsadfærd og føre til forskellige utryk tilknytningsstile. Utryk tilknytning er en beskyttelsesmekanisme, men kan føre til øget ængstelighed og frygt, hvilket kan hæmme barnets selvstændighed og udforskning af verden, der i stedet kan virke farlig.

Generelt kan angst betragtes på et kontinuum fra naturlig ængstelighed til subklinisk angst og til sidst angstlidelse. Angst er en både mental og fysisk tilstand og er ofte ikke knyttet til specifikke objekter eller situationer. Angst kan udløses af forskellige faktorer der indbefatter både psykologiske, biologiske og sociale aspekter. Psykologisk kan personlighedstræk som neuroticisme og kognitiv bias påvirke angst. Biologisk set kan genetik og et sensitivt stresssystem spille ind. Genetisk ses der en tendens til, at angst samler sig i familier. Sociale faktorer kan for eksempel være ængstelige forældres adfærd, herunder moderlig overkontrol, som også kan påvirke udviklingen af angst hos børn, idet de lærer, at verden er farlig.

Psykologiske interventioner, såsom dem anvendt ved subklinisk angst, har til formål at ændre tilstanden eller forbedre individets psykologiske evner såsom emotionsregulering. Ved angst er målet ikke at fjerne alle symptomer, men at lære strategier til at håndtere de hæmmende angstsymptomer. Der findes forskellige tilgange til interventionsmetoder, herunder individuel, gruppe, fysisk og online intervention. Disse interventionsformer kan variere i deres teoretiske og metodiske tilgang. Der tages derfor udgangspunkt i ovenstående teori, når vi fortolker og diskuterer de inkluderede studiers resultater.

3.0 Metode

Nedenstående afsnit præsenterer først og fremmest dette systematiske reviews metodiske overvejelser og valg. Dette systematiske review følger PRISMA 2020 guidelines og er derudover udarbejdet med udgangspunkt i PRISMA 2020 checklist (Moher et al., 2011). Dette er gjort med det udgangspunkt at kvalitetssikre vores systematiske review og derigennem sikre gennemsigtighed og transparens af vores fra- og tilvalg. Et systematisk review er en gennemgang af allerede eksisterende empiri på et givent område, og i dette tilfælde en undersøgelse af evidensen for effekten af interventioner, der har til formål at mindske angstsymptomer hos børn og unge (Liberati et al., 2009). Først belyses hvilken søgestrategi der anvendes, og der gives et overblik over den endelige søgestreng. Efterfølgende beskrives selektionsprocessen, hvorved de enkelte in- og eksklusionskriterier præsenteres og argumenteres for. Dernæst gives et overblik over selektionsprocessen, og hvilke metodiske overvejelser der ligger bag. Efterfølgende beskrives hvilke statistiske tal der anvendes til dataindsamlingen. Afslutningsvis beskrives Quality Assessment Tool for Quantitative Studies, som vi anvender til kvalitetsvurdering af de inkluderede studier.

3.1 Systematisk litteraturreview

Et systematisk review er et litteraturreview, som søger at indsamle litteratur, der passer til forudbestemte kriterier for at besvare et specifikt forskningsspørgsmål (Petticrew & Roberts, 2006; Cochrane Training, 2024). Et systematisk review er en gennemgang af litteraturen, der besvarer et forskningsspørgsmål, og det bruges til at holde sig opdateret på forskningen på et specifikt felt (Moher et al., 2011). Det er altså et redskab til, gennem systematisk gennemgang, at syntetisere forskning og information om et specifikt felt for at give et overblik over, hvilke studier og undersøgelser der er lavet på et givent område. Det er en forudsætning, at der allerede eksisterer nok studier og undersøgelser til at kunne give et systematisk overblik (Petticrew & Roberts, 2006). Ved det systematiske review anvendes der eksplicitte og systematiske metoder til at identificere, vurdere og udvælge relevant forskning, hvorefter man indsamler og analyserer data fra de udvalgte studier, der indgår i ens review (Moher et al., 2011). Det følger altså disse metoder for at minimere bias i form af systematiske fejl, da der derved er en standard manual for, hvordan systematiske reviews udføres (Petticrew & Roberts, 2006; Cochrane Training, 2024). Dette gøres blandt andet ved på forhånd at have udvalgt specifikke in- og eksklusionskriterier, som assisterer selektionen af de inkluderede artikler. Dette sikrer, at de inkluderede artikler er relevante for netop det undersøgte område. Dermed er det essentielt, at man ved udarbejdelsen af et systematisk review, er tydelig og klar på, hvad det er, man ønsker at undersøge. Et systematisk review kan altså bruges til at organisere og prioritere den mest relevante information indenfor et felt, samtidig med at det kan bruges til at vurdere, opsummere og kommunikere resultaterne af store mængder af forskning (Petticrew & Roberts, 2006).

3.2 Søgestrategi

I dette systematiske review er der anvendt to søgningsdatabaser; PsycNet og PubMed. Disse to databaser er blevet anvendt med henblik på at få et nuanceret og bredt udvalg af studier på området, idet databaserne hører til forskellige faglige områder. PsycNet er en database indenfor psykologi, adfærdsvidenskab, sundhedsvidenskab samt socialvidenskab (Petticrew & Roberts, 2008). PubMed er en

database, som hører til det biomedicinske og sundhedsfaglige område (Petticrew & Roberts, 2008). I disse databaser er der udført systematiske søgninger for at undersøge, hvad der eksisterer af forskning på området. Søgningerne tager udgangspunkt i: Population, Intervention, Comparison (sammenligning), Outcome (resultat) samt Study Design (forskningsdesign) (PICOS-modellen). Denne model uddybes i afsnit 3.3. Vi har lavet søgninger enkeltvis på nøgleord som for eksempel “anxiety symptoms”, “child”, “intervention” og “RCT”, som gav en indikation af omfanget af empirien. Vi valgte efterfølgende at tage disse synonymer og anvende OpenAI (2024) til at generere andre synonymer. Dette gjorde vi for at sikre os, at vi ikke overså essentielle betegnelser. Efterfølgende er disse søgt på i de to anvendte databaser. Dette er gjort med henblik på at indfange område, alder og design bedst muligt. På PsycNet og PubMed får artiklerne tildelt henholdsvis indekstermer og Medical Subject Headings (MeSH termer). Ved at benytte sig af indekstermer og MeSH termer, kan man gøre sin søgning så præcis som mulig. Nøgleordene, som vi lavede enkeltvis søgninger på, blev også undersøgt for indekstermer og MeSH termer. Disse termer gav ikke flere resultater i søgningen, hvorfor de ikke blev tilføjet til den endelige søgestreng.

3.2.1 Testsøgninger

For at sikre os, at der var relevante studier i vores søgninger, udførte vi forskellige testsøgninger og screenede derefter for brugbare studier. Disse testsøgninger blev udført med søgeord såsom “anxiety”, “anxious”, “anxiety symptoms”, “symptoms of anxiety”, “intervention” samt “RCT”. Udvalgte studier fra testsøgningerne blev gennemlæst for at sikre, at de var relevante og brugbare for dette systematiske review. Af de artikler, vi fandt relevante, sikrede vi os, at de efterfølgende blev indfanget af de endelige søgestreng på både PsycNet og PubMed. Denne sikring af artiklerne fra testsøgningerne skulle netop give en indikation af, at den endelige søgestreng faktisk også indfangede det, som vi ønskede at undersøge.

3.2.2 Den endelige søgestreng

Ovenstående førte til udarbejdelsen af fire søgeblokke. Den første søgeblok skulle indfange den relevante aldersgruppe, den anden søgeblok skulle indfange et fokus på behandling eller forebyggende arbejde, den tredje søgeblok skulle indfange en målgruppe med angstsymptomer og den sidste søgeblok skulle snævre søgestrengen ind til randomiserede kontrollerede studier (RCT). Søgeblokkene kan ses i tabel 1 og tabel 2. Funktionen 'AND' blev brugt mellem de fire søgeblokke for at sikre, at de fremsøgte artikler inkluderede alle fire elementer. Søgningerne blev foretaget gennem titel og abstract. Dette blev besluttet for at indsnævre søgningen yderligere og derigennem undgå, at der blev søgt på søgeordene i titlerne på journaler. Ved at søge i titel og abstract skal artiklerne altså have inkluderet søgeordene i deres titel eller abstract for at komme frem i databaserne ved søgning. Dette betyder, at vi på den måde kunne indfange de artikler, der har det hovedfokus, som vi ønsker at undersøge. Desuden skulle artiklerne være peer-reviewed for at komme videre til selektionsprocessen. Dette sikrer en vis form for kvalitet af artiklerne, da fagfolk har læst og givet forfatterne feedback, før studierne er blevet publiceret (Lefebvre et al., 2019). Det er her vigtigt at tage højde for, at alle artikler i PubMed allerede er peer-reviewed, hvorfor det var et aktivt valg i PsycNet at krydse det af. De beskrevne søgeblokke udgjorde de endelige søgestrengene, og søgningerne blev foretaget d. 21. februar 2024 kl. 12.27. De enkelte søgninger samt de endelige søgninger er vist i tabel 1 og 2. De endelige søgestrengene ser altså ud som følgende:

PsycNet: child* OR kid* OR youth OR youngster OR adolescen* OR teen* OR tween* AND intervent* OR prevent* OR treatment* AND anxi* AND trial* OR RCT OR control group* OR random* (se tabel 1).

PubMed: child OR children OR kid OR kids OR youngster OR youth OR teenager OR teen OR adolescent OR adolescents OR tween AND intervention OR interventions OR prevention OR preventions OR preventive OR treatment OR treatments AND anxiety OR anxious AND trial OR trials OR RCT OR control group OR control groups OR random OR randomized OR randomised OR randomly (se tabel 2).

Tabel 1 - PsycNet

Søgning	Resultater
child* OR kid* OR youth OR youngster OR adolescen* OR teen* OR tween*	1.017.760
intervent* OR prevent* OR treatment*	1.223.824
anxi*	259.930
trial* OR RCT OR control group* OR random*	523.025
Samlet søgning	4.331
Samlet søgning: peer-reviewed	3.700

Tabel 2 - PubMed

Søgning	Resultater
child OR children OR kid OR kids OR youngster OR youth OR teenager OR teen OR adolescent OR adolescents OR tween	1.811.544
intervention OR interventions OR prevention OR preventions OR preventive OR treatment OR treatments	7.124.964
anxiety OR anxious	287.478
trial OR trials OR RCT OR control group OR control groups OR random OR randomized OR randomised OR randomly	2.638.588
Samlet søgning: peer-reviewed	5.628

3.3 Selektionskriterier

Det er som nævnt tidligere essentielt for et systematisk review, at der er opstillet en række klare og tydelige in- og eksklusionskriterier. Disse kriterier skal netop være udgangspunktet for selektionsprocessen, som skal munde ud i de endelige inkluderede studier. For at kunne udarbejde in- og eksklusionskriterier er det vigtigt at være tydelig på, hvad, hvem og hvordan man ønsker at undersøge. In- og eksklusionskriterierne i dette systematiske review er derfor bygget op omkring PICOS. Modellen PICOS anvendes til at strukturere og centrere søgningerne

omkring ens problemformulering. Det er derfor et værktøj til at indkredse området ved at dele problemformuleringen ned i mindre spørgsmål og områder. Derved skabes der en struktur for litteratursøgningen, som centrerer sig om problemformuleringen (Petticrew & Roberts, 2008).

Hvert af bogstaverne i PICOS modellen står altså for hvert sit område og dertilhørende spørgsmål. P'et i PICOS står for population, og spørgsmålet er her; hvilken population er vi interesseret i? I'et står for intervention, og her er spørgsmålet; hvilke interventioner er det præcist, at vi er interesseret i at undersøge? C'et står for sammenligning (comparison), og spørgsmålet er her; hvad skal interventionen sammenlignes med? O'et står for resultater (outcomes), og spørgsmålet her er; hvilke mål ønsker vi resultater på? Det sidste bogstav i PICOS er S, og det står for studiedesign, her er spørgsmålet; hvilken type studiedesign skal inkluderes i dette review? (Petticrew & Roberts, 2008; McKenzie et al., 2019).

3.3.1 Population

Dette systematiske review inkluderer børn og unge i alderen 6-16 år, som oplever angstsymptomer. Studier, der inkluderer yngre eller ældre aldre, kan inkluderes, hvis gennemsnitsalderen er inden for det udvalgte interval. Hvis ikke studierne selv har udregnet en gennemsnitsalder, har vi selv gjort det for at sikre, at studierne deltagere passede i målgruppen for dette systematiske review. Målgruppen er derfor børn og unge i den danske folkeskolealder. Grunden til dette er, at symptomer på senere angstlidelser oftest starter i barn- og ungdommen (Kessler et al., 2007; Belfer, 2008; Pollard et al., 2023), samtidig med at mange forebyggende tilgange til angst oftest foregår på skoler, idet de fleste børn og unge går i skole (Werner-Seidler et al., 2021; Raniti et al., 2022). Man kan altså i denne aldersgruppe nå ud til mange af dem, som senere i livet får en angstlidelse.

Derudover er det et inklusionskriterie, at deltagerne oplever angstsymptomer og ikke har en angstdiagnose. Dette inklusionskriterie er inkluderet, med et ønske om at rette fokus mod almenområdet og undersøge, hvordan børn og unge med angstsymptomer kan hjælpes til at håndtere symptomerne, før de risikerer at nå diagnosekriterier og

ende i psykiatrien. Børnene må altså ikke nå kriterierne for en angstdiagnose, men samtidig skal deres symptomer være hæmmende i en vis grad, hvorfor de ikke blot må opleve naturlig ængstelighed.

Ydermere er det et kriterie, at deltagerne ikke må have andre diagnoser eller være i behandling for eksempelvis selvskade, depressive symptomer eller andet psykiatrisk og/eller psykologisk. Det kriterie er med et argument om, at angstsymptomerne skal være det primære. Angstsymptomer skal altså ikke være sekundært udløst af noget andet. Derved kan der i højere grad kontrolleres for, hvorvidt interventionerne har effekt på netop angst og ikke skyldes andre diagnoser, udfordringer eller behandlinger. Dertil anvendes et eksklusionskriterie på særlige forudsætninger såsom kræft eller større katastrofer, da vi ikke kan kontrollere for påvirkningen af dette, og dermed kan det ikke vides, om det kan generaliseres til den almene gruppe.

3.3.2 Intervention

Dette systematiske review ønsker at undersøge effekten af interventioner, der søger at mindske angstsymptomer, og derfor inkluderes alle typer af interventioner, hvis primære fokus netop er dette. I dette systematiske review bliver interventioner, der varer til og med syv uger, kategoriseret som kortere interventioner, hvoraf interventioner, der varer fra otte uger og op, bliver kategoriseret som længere interventioner.

Derudover anvender vi to inklusionskriterier angående interventioner. Det er et kriterie, at de inkluderede studier udfører en intervention, som går på børnene og udelukkende har fokus på at mindske angstsymptomer. De interventioner, som har fokus på flere elementer, hvoraf angsten blot er ét af elementerne, bliver derfor ekskluderet. Der ønskes altså ikke en multidimensionel intervention, hvis primære fokus er på flere komponenter end angst, som for eksempel en intervention, der både har fokus på angst og depression. Dette er på baggrund af et ønske om at komme så tæt på et generaliserbart resultat for angstsymptomer som muligt. Ydermere har vi et kriterie for, at interventionerne udelukkende skal gives til de børn eller unge, som har behovet. Vi ønsker altså ikke at inkludere studier hvor interventionen leveres

universelt, altså til en hel gruppe som for eksempel en skoleklasse. Vi ønsker derimod at inkludere studier, hvor interventionen er målrettet mod undertærskel symptomer på en angstlidelse, altså indikeret forebyggelse.

Herudover er der ikke noget krav til, hvem der leverer intervention. Det kan altså være alt fra en psykolog til en sundhedsplejerske til børnenes forældre. Dertil inkluderes der også interventioner, der leveres online for eksempel i form af et videospil. Til sidst inkluderes der kun interventionstyper, som er psykologiske, dog er det ikke et krav, at de udelukkende er psykologiske. Dermed bliver interventioner, som udelukkende har et medicinsk fokus, som for eksempel angstmedicin versus placebo, altså ekskluderet.

3.3.3 Comparison

Et inklusionskriterie er, at det er et krav, at de studier som inkluderes i dette systematiske review, skal være RCT studier. Derved er det et krav, at der skal være en eller flere kontrolgrupper. Der er dog ikke nogen krav om, hvilken type kontrolgruppe de enkelte studier, må benytte sig af. De inkluderede studiers kontrolgrupper i dette systematiske review må altså enten have en passiv eller en aktiv kontrolgruppe eller begge dele. Dermed kan kontrolgrupperne være en blanding af venteliste, treatment as usual (TAU) eller kontrolgrupper, der modtager en anden intervention end interventionsgruppen. Det er dog vigtigt, at TAU ikke indebærer behandling for andre udfordringer eller lidelser, idet komorbide lidelser eller multidimensionelle interventioner er et eksklusionskriterie. Studier, som anvender kontrolgrupper, der får forskellige interventionstyper, inkluderes også såfremt interventionsgruppens intervention har deres primære fokus på angst.

3.3.4 Outcome

I dette systematiske review inkluderes der kun studier, hvor de har udført og rapporteret kvantificerede målinger på angstsymptomer hos børnene. Disse målinger skal være udført som minimum, før interventionen leveres, og efter endt intervention. Det er dermed et kriterie, at der laves før- og eftermålinger på både interventions- og

kontrolgruppen. Dertil skal både før- og eftermålingerne afrapporteres for begge grupper. Ydermere er der ikke specifikke krav til måleredskaber udover, at de skal måle angstsymptomer. Derudover er det et krav og dermed inklusionskriterie, at studierne som minimum skal afrapportere både mean (M) og standardafvigelse (SD) for målingerne på angst hos børnene. Afrapporteres M og SD ikke bliver studierne derfor ekskluderet.

3.3.5 Study design

Dette systematiske litteraturreview inkluderer udelukkende RCT studier. Valget om at udelukkende inkludere RCT studier er baseret på, at disse studier placeres højt i evidenshierarkiet kun overgået af systematiske reviews og metaanalyser (Burns et al., 2011). Dette gør de blandt andet, fordi randomisering er den eneste måde at forhindre systematiske forskelle mellem baseline karakteristika af deltagerne i de forskellige interventionsgrupper, både med hensyn til kendte og ukendte confounders. Confounders er altså andre faktorer, udover det undersøgte, som kan være årsag til et vist resultat (McKenzie et al., 2019). Dertil er brugen af kontrolgrupper vigtig, da det kan kontrollere for en række forskellige faktorer, afhængigt af hvilken slags kontrolgruppe det er. Eksempelvis kan en venteliste kontrolgruppe være med til at kontrollere for tid. Dette kan den, fordi den kontrollerer for, at en mulig effekt ikke ses på grund af tiden der går, men nærmere fordi interventionen har haft en virkning. I et studie hvor kontrolgruppen også modtager intervention, kan kontrolgruppen bruges til at undersøge, om en ny intervention er mere effektiv end en anden intervention (Mohr et al., 2009). Grundet brugen af randomisering og kontrolgrupper i RCT studier kan påstande om årsag og virkning baseres på disse studiers resultater med langt mere sikkerhed end næsten enhver anden type undersøgelse (McKenzie et al., 2019). Som McKenzie og kollegaer (2019) beskriver, er RCT studier også det bedste studiedesign til at evaluere effektiviteten af interventioner, som netop undersøges i dette systematiske review.

3.3.6 Inklusions- og eksklusionskriterier

Som nævnt tidligere har dette systematiske review til formål at undersøge effekten af interventioner, som søger at mindske angstsymptomer hos børn og unge i 6-16 års alderen. Nedenstående in- og eksklusionskriterier i tabel 3 tager altså udgangspunkt i PICOS.

Tabel 3 - Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Børn med subklinisk angst	Andre sprog end engelsk og dansk
Børn uden psykiske sygdomme	Reviews, bøger, kapitler og protokoller
Børn der er i folkeskolealderen (6-16 år)	Forsøg med dyr
Intervention der går på børnene	Medicinske studier
Intervention med primært fokus på angst/ -symptomer	Intervention kun på forældre
Før- og eftermålinger	Forældre med angst, uden deres børn har angst
RCT	Studier hvor angst er sekundært
Sprog: engelsk eller dansk	Interventioner der gives til hele klasser hvoraf ikke alle har angstsymptomer
	Interventioner der har fokus på mere end angst/ -symptomer
	Børnene må ikke opfylde kriterierne for en angstdiagnose
	Børn med diagnoser

3.4 Selektionsprocessen

Efter de endelige søgninger var blevet foretaget, blev artiklerne fra både PsycNet og PubMed overført til screeningsværktøjet Rayyan. Rayyan er et kunstigt intelligens (AI) screeningsværktøj som ofte bliver brugt til systematiske litteratur reviews, da

det kan bruges til at opdele og sortere i data, så man opnår et overblik over den indhentede litteratur (Lefebvre et al., 2019; Rayyan Systems, 2024).

Selektionsprocessen blev delt op i forskellige faser for på bedst mulig vis at gennemgå den data, som de to søgninger i PsycNet og PubMed gav. I denne selektionsprocess blev der taget udgangspunkt i de opstillede in- og eksklusionskriterier, og det var essentielt, at der var flere reviewere inde over de forskellige steps for at mindske risikoen for at ekskludere relevante studier.

3.4.1 Grovsortering

Første fase af selektionsprocessen handler om, at der skal identificeres dubletter. Grunden til dette er, at der er søgt i forskellige databaser, hvorfor der kan være flere artikler, som går igen. Dermed anvendes Rayyan til at identificere dubletter, hvorfor vi enkeltvis for hver af de identificerede dubletter, tjekkede for, hvorvidt det var korrekt eller ej. Da denne fase var overstået, var vi tre reviewere, som lavede en grovsortering ud fra overskrift og abstract. I denne fase var der flere studier, som åbenlyst ikke mødte inklusionskriterierne, hvorfor de kunne ekskluderes uden videre læsning. Dette var for eksempel reviews, protokoller, kapitler eller andre sprog end dansk og engelsk. Derudover var der flere studier, som anvendte dyr til medicinske forsøg eller studier, som undersøgte medicinsk virkning. Disse studier blev også frasorteret i grovsorteringsfasen.

I denne grovsortering tog vi en tredjedel hver og ekskluderede kun, når der ingen tvivl var, om studierne levede op til eksklusionskriterierne. Derudover blev alle studier, som der var den mindste smule tvivl om, inkluderet, da vi ikke ville risikere at ekskludere relevante studier ved at være meget restriktive i denne fase. Idet vi i første grovsortering udelukkende ekskluderede de åbenlyse artikler gennem overskrift og abstract, som tydeligt hørte til eksklusionskriterierne, undgik vi bias hos den enkelte reviewer, da denne ikke selv skulle ind og vurdere, hvorvidt den enkelte artikel passede til inklusionskriterierne.

3.4.2 Finsortering

Efterfølgende i selektionsprocessen gik vi fra grovsortering videre til en endelig screening, som indebar fuldtekstlæsning. I denne screeningsfase krævede det derved, at hver af studierne blev læst og vurderet i forhold til in- og eksklusionskriterier, og hvorvidt de levede op til disse. I første del af finsorteringen var det især vigtigt at være opmærksom på, hvorvidt deltagerne havde subklinisk angst eller angstlidelser, da det ikke nødvendigvis var muligt at læse sig frem til gennem abstract. Derudover var andre inklusionskriterier som alder, hvorvidt det var RCT studier samt fokus for interventionerne, essentielle at undersøge grundigt. En anden del af finsorteringen bestod ydermere af at undersøge, hvilket måleredskab der var anvendt, herunder om angstsymptomer var blevet målt specifikt og derefter hvorvidt studierne afrapporterede M og SD. Afrapporterede de ikke M og SD for både før- og eftermålinger på både interventions- og kontrolgruppe, blev de altså ekskluderet.

En tilgang som angik for hele finsorteringsprocessen var, at vi var flere reviewere inde over samme studie. Dette blev gjort med henblik på at undgå bias. Dermed havde mindst to reviewere været inde over hvert enkelt studie for at vurdere. Efterfølgende diskuterede vi hvert enkelt studie i fællesskab. Dermed sikrede vi os mod bias i screeningen af studier, og vi havde samtidig søgt mod at undgå fejl ved at være minimum to til at gennemlæse og minimum tre om at tage en beslutning.

3.5 *Dataindsamling*

Ved afslutningen af selektionsprocessen blev relevante data fra de endelige inkluderede studier overført til en dataekstraktion tabel. I denne tabel præsenteres studiernes individuelle karakteristika som for eksempel type af intervention, måleredskab og demografiske karakteristika. Dette blev gjort for at skabe et overblik over hvert enkelt af de inkluderede studier og præsentere dem i en samlet tabel. Følgende punkter er inkluderet i tabellen; artiklens titel, forfattere og årstal (kolonne 1), interventionens karakteristika (kolonne 2), de anvendte måleredskaber, som er relevante i dette systematiske review (kolonne 3), demografiske karakteristika,

herunder land, antal deltager og alder (kolonne 4) og tidspunkt for målinger (kolonne 5). Der ses et eksempel på denne tabel (tabel 4). Dataene bliver præsenteret i bilag 1.

Derudover blev der trukket relevante data ud fra studierne af rapporterede målinger af angstsymptomer på børnene. Vi tog udelukkende udgangspunkt i totalscore for angstmålinger, og der blev kun inkluderet før-, efter- og follow-up målinger, hvorfor mulige screeningsmålinger eller løbende målinger ikke blev medtaget. Disse data bliver ligeledes præsenteret i en samlet tabel, der viser antal deltagere, M, SD og effektstørrelser. Der ses et eksempel på denne tabel i tabel 5. Denne dataindsamlingsproces blev udført af tre personer. Dataene bliver præsenteret i bilag 2.

Tabel 4 - skabelon for dataekstraktion tabel

Artikel/ forfattere	Intervention	Måleredskab	Demografiske karakteristika	Tidspunkt for målinger

Tabel 5 - skabelon for tabel over resultater

Artikel	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Effektstørrelser

3.5.1 Deskriptiv data

Alle de inkluderede artikler rapporterede måleenhederne M og SD i deres resultater, da dette var et inklusionskriterie fra start. Først og fremmest er der M, som er en gennemsnitsscore for de tal, der i datasættet er målt af studierne måleredskaber. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at M kan være følsom overfor, hvis der er outliers, som ligger langt fra de andre scores. Dermed kan M trækkes i en bestemt retning (Field, 2018). På den måde er M altså et hypotetisk estimat af, hvor høj eller lav en typisk score i det pågældende sample (stikprøve) er. M er dertil et af de mest

anvendte statistiske mål for at opsummere og give overblik over et samlet datasæt (Field, 2018).

SD er derimod et statistisk tal, der beskriver, hvor spredt dataene er omkring gennemsnitsscoren. Det er altså et mål for, hvor tæt på eller langt fra råscorene er fra M . Hvis SD er stor, er ens data mere spredt end hvis SD er lille, og der er altså stor forskel på råscorene. Hvis SD derimod er lille, er råscorene tæt samlet omkring M (Field, 2018). Begge disse statistiske tal; M og SD, giver en bedre forståelse for datasættets generelle tendenser og variationer indenfor det enkelte datasæt. Både M og SD er altså med til at beskrive, hvordan et givent datasæt fordeler sig.

Er der tilfælde hvor de enkelte studier udelukkende rapporterer M og SD for subskalaer på angst, har vi selv beregnet den totale M samt den totale SD ved hjælp af standardiserede formler (Webmatematik, 2024).

3.5.2 Effektstørrelser

Udover ovenstående statistiske tal som M og SD, afrapporterer vi i dette systematiske review effektstørrelsen, Cohens d . Cohens d er et mål, der anvendes til at kvantificere forskellen mellem to gennemsnit i forhold til standardafvigelsen. Cohens d er altså et tal for, hvilken effekt der er mellem to målinger. Værdien kan bruges til at måle forskellen fra før- til eftermålinger af én gruppe, men den kan også bruges til at sammenligne en interventionsgruppe med en kontrolgruppe, for eksempel ved en eftermåling. En Cohens d score på 0 er lig med ingen forskel mellem to målinger eller to grupper. Når værdien er højere end 0, indikerer det, hvor stor forskellen er mellem de to grupper. Er værdien på 0,2 indikerer det en lille effekt, en værdi på 0,5 indikerer en moderat effekt og en værdi på 0,8 indikerer en stor effekt (McGough & Faraone, 2009). Vi har for formidlingens skyld valgt at beskrive de effekter, som ligger mellem 0 og 0,2, som minimale effekter. Effektstørrelserne beregnes altså for at kunne udlede hvor stor en forskel, der er mellem en før- og eftermåling eller for at kunne udlede, hvor stor en forskel der er mellem to grupper. Samtidig betyder det, at resultaterne fra de inkluderede artikler

kan sammenlignes på tværs af studierne, da der bliver taget højde for forskelle i måleredskaber.

Vi brugte de indsamlede M og SD fra de inkluderede artikler til at udregne effektstørrelser ved hjælp af hjemmesiden psychometrica.de. Vi udregnede effektstørrelsen Cohens d , der netop beregnes ud fra to gruppers M og SD. Dette gjorde vi, fordi effektstørrelsen ofte bruges i studier, hvor der laves kontinuerte målinger af outcome, for eksempel målinger ved hjælp af rating scales. Nogle af studierne rapporterede selv effektstørrelser, men vi valgte at beregne vores egne effektstørrelser for bedst muligt at kunne sammenligne effektstørrelserne på tværs af studierne. For eksempel var der stor forskel på, hvilken effektstørrelse som studierne udregnede. Nogle studier af rapporterede effektstørrelser fra før- til eftermålinger i samme gruppe, og andre studier af rapporterede effektstørrelser mellem grupperne. Vi ønskede altså at kunne sammenligne effektstørrelser for både før- og eftermålingerne men også mellem grupperne. Derfor valgte vi på baggrund af M og SD at udregne hver enkelt effektstørrelse selv.

3.6 Kvalitetsvurdering

Når man udarbejder et systematisk litteraturreview, er de inkluderede studiers metode ofte forskellig på diverse områder. I dette systematisk litteraturreview er der kun RCT studier inkluderet, men det er ikke ensbetydende med, at studierne metode er 1:1 den samme. Studierne skiller sig blandt andet ud fra hinanden ved at have forskellige kontrolgrupper, antallet af kontrolgrupper og antallet af deltagere.

Når man skal vurdere hvor meget værdi de enkelte studiers resultater skal tillægges, er det vigtigt at have udarbejdet en kvalitetssikring af alle de inkluderede studier (Page et al., 2021). Der findes mange forskellige værktøjer til at lave en kvalitetssikring (Petticrew & Roberts, 2006). Vi gjorde brug af Quality Assessment Tool for Quantitative Studies, som er udarbejdet af D. Ciliska, S. Miccuci, M. Dobbins og B. H. Thomas til udførelsen af kvalitetsvurderingen af de inkluderede studier (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024a). Quality Assessment Tool er et værktøj, der kan bruges til at vurdere kvaliteten af et eller flere studier.

Den vurderede kvalitet kan spænde mellem svag, moderat og stærk. Kvalitetsvurderingen af et studie er stærk, hvis det ingen svage vurderinger har. Hvis et studie har én svag vurdering, vurderes det til at være af moderat kvalitet, og har det to eller flere svage vurderinger, vurderes studiet til at være af svag kvalitet (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024a). Når man gør brug af Quality Assessment Tool, undersøger man otte kategorier; selektionsbias, studiedesign, confounders, blinding (blindet), dataindsamlingspraksis, frafald og tilbagetrækning, interventionens integritet og analyse, hvoraf de to sidstnævnte ikke scores (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024b). Derfor uddybes kategorierne interventionens integritet og analyse ikke. Den samlede kvalitetsvurdering af dette systematiske review blev udført af alle tre reviewere. For overblik over studierne kvalitetsvurdering, se tabel 21.

3.6.1 De seks kategorier

Nedenfor præsenteres de seks kategorier fra Quality Assessment Tool for Quantitative Studies.

3.6.1.1 Selektionsbias

Selektionsbias omhandler hvorvidt det er sandsynligt, at de individer, der er udvalgt til at deltage i studiet, er repræsentative for den ønskede population (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024b). De inkluderede individer kan for eksempel være repræsentative, hvis de er tilfældigt udvalgt fra en liste over individer i populationen. Hvis de inkluderede individer i et studie for eksempel, er henvist fra en klinik eller er selvhenvist, er de nødvendigvis ikke repræsentative (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024c). Dertil omhandler selektionsbias også hvilken procentdel af de udvalgte individer, som sagde ja til at deltage i studiet, før de enten blev tildelt til at være en del af interventionsgruppen eller kontrolgruppen (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024b).

3.6.1.2 Studiedesign

Studiedesign bliver vurderet ud fra, hvilket studiedesign det enkelte studie har gjort brug af, og om de har beskrevet, hvordan for eksempel randomiseringen er foregået (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024b). For en stærk kvalitetsvurdering på studiedesign, skal studiet være et RCT studie, det vil sige et studie, hvor de inkluderede individer tilfældigt bliver allokeret til enten interventionsgruppen eller kontrolgruppen. Altså studier hvor der er lige stor chance for alle de inkluderede individer modtager interventionen (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024c).

3.6.1.3 Confounders

Confounders omhandler, om der var forskelle mellem de opdelte grupper inden interventionen gik i gang. Det kan for eksempel være race/nationalitet, alder eller scoren på førmålingen (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024c). Studierne bør rapportere, om de har kontrolleret for confounders og hvordan interventionsgruppen og kontrolgruppen er balanceret i forhold til hinanden ved baseline (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024b).

3.6.1.4 Blinding

Blinding vurderes ud fra, om dem der vurderede resultaterne fra de forskellige målinger, var klar over deltagernes interventions status, altså om de var klar over, hvilke individer der modtog interventionen, og hvilke individer der var i kontrolgruppen (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024b). Grunden til, at denne form for blinding er vigtig, er at beskytte resultaterne mod detektionsbias fra vurderingerne (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024c). Derudover handler blinding også om deltagernes viden om forskningsspørgsmålet til undersøgelsen (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024b). Deltagerne i studiet bør ikke vide hvad studiets forskningsspørgsmål er for at undgå rapporteringsbias (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024c).

3.6.1.5 Dataindsamlingspraksis

Dataindsamlingspraksis bliver vurderet ud fra dataindsamlingsværktøjernes gyldighed samt pålidelighed (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024b). Altså om de måleredskaber, studierne har valgt at gøre brug af, er valideret og pålidelige. Det vil sige, at måleredskaberne faktisk måler det, de har til hensigt at måle (validitet), og at man ville kunne genskabe resultaterne igen med samme måleredskab på et andet tidspunkt (reliabilitet).

3.6.1.6 Frafald og tilbagetrækning

Frafald og tilbagetrækning omhandler hvorvidt frafald og tilbagetrækninger blev rapporteret i form af antal og/eller årsager, samt om der er blevet angivet en procentdel af deltagere, der fuldfører hele undersøgelsen, både i interventionsgruppen og i kontrolgruppen (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024c; Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024b).

4.0 Resultater

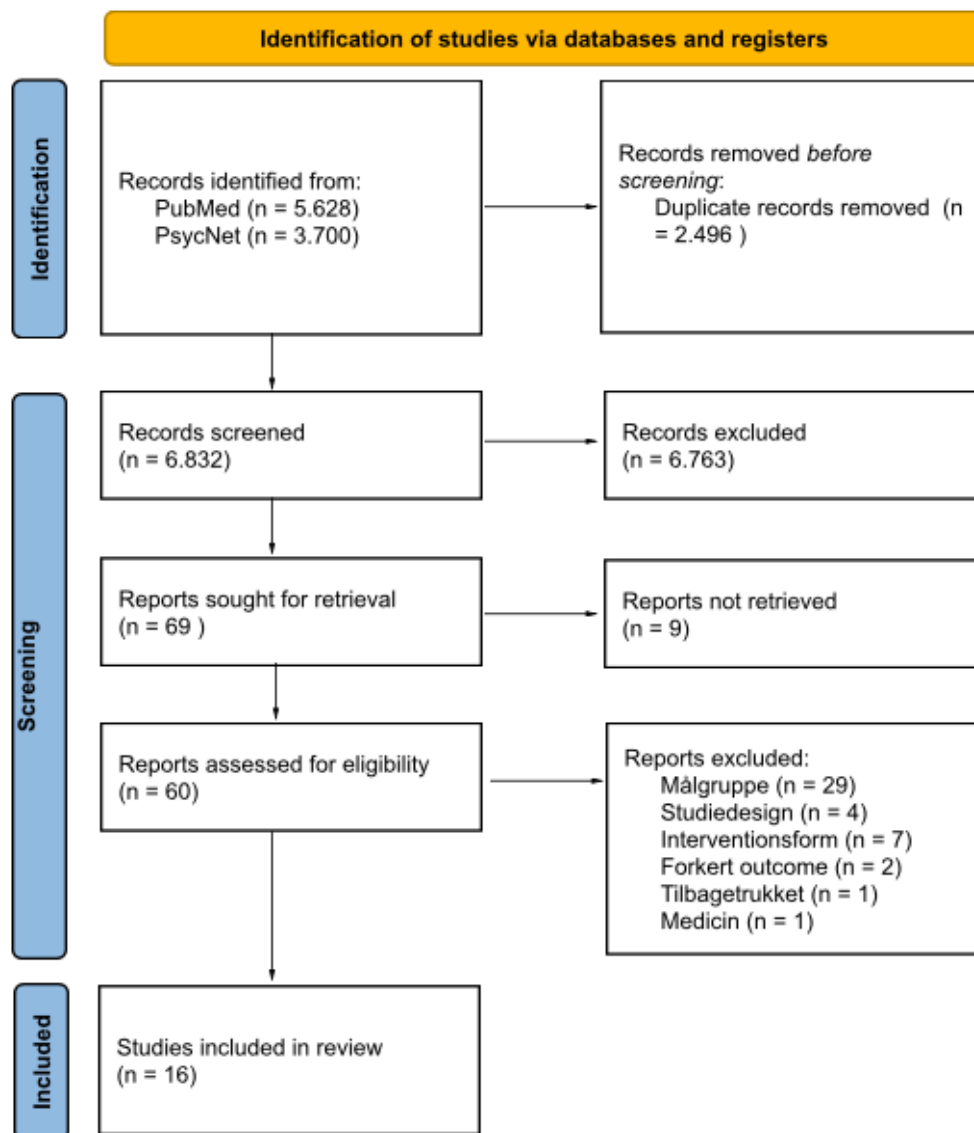
Dette resultatafsnit er inddelt i to dele. Del 1 har et teoretisk fokus. Først beskrives selektionen af de enkelte artikler, hvoraf vi præsenterer vores flowchart samt giver eksempler på artikler, som er ekskluderet. Efterfølgende gives et overblik over de inkluderede artiklers interventioner. Disse inddeles i henholdsvis gruppe-, individuelle- og online interventioner. Afslutningsvis i del 1 beskrives de måleredskaber, som de inkluderede studier anvender til at måle angstsymptomer. Del 2 har et resultatorienteret udgangspunkt. Først er der et fokus på studienes karakteristika, efterfølgende præsenteres resultaterne for de inkluderede studier, og afslutningsvist er der udført en kvalitetsvurdering for hver af de enkelte studier.

4.1 Del 1

I nedenstående afsnit gives først og fremmest et overblik over selektionen af artiklerne, hvilket munder ud i et flowchart. Dernæst gives der tre eksempler på artikler, som synes relevante, men af forskellige årsager, er blevet ekskluderet. Efterfølgende beskrives hver af de interventioner, som de inkluderede studier, gør brug af. Dette afsnit inddeles i henholdsvis gruppeinterventioner, individuelle interventioner og online interventioner. Afslutningsvis beskrives de måleredskaber, som de inkluderede studier gør brug af for at måle angstsymptomer.

4.1.1 Selektion af artikler

Da de endelige søgninger i PsycNet og PubMed var gennemført, blev der overført 9.328 artikler til Rayyan. Efter Rayyan havde identificeret mulige dubletter, gennemgik vi hver enkelt artikel, hvorefter 2.496 artikler blev identificeret som dubletter. Vi endte derfor med 6.832 artikler, som gik videre til grovsorteringen. I denne proces blev der sorteret 6.763 artikler fra, hvilket betyder, at 69 artikler blev forsøgt hentet ned. Det var ikke muligt at få adgang til ni af artiklerne, hvorfor 60 artikler blev fuldttekst læst. Af disse blev 44 artikler sorteret fra af forskellige årsager, hvilket kan ses i figur 2. Dette resulterede i, at vi inkluderede 16 artikler i dette systematiske review, som alle undersøger interventioner til børn og unge med subklinisk angst, og som alle laver før- og eftermålinger og har en kontrolgruppe.



Figur 2 – Flowchart

4.1.1.1 Artikler der synes relevante

I løbet af selektionsprocessen, hvor vi fuldtæst læste artiklerne, stødte vi på studier, der levede op til en række af vores inklusionskriterier, men som samtidig på et eller flere punkter ikke gjorde. Disse blev ekskluderet af forskellige årsager, som kan ses i figur 2, der giver et overblik over selektionsprocessen. Et eksempel er studiet af Schoneveld og kollegaer (2020), som undersøger videospil-interventionen MindLight sammenlignet med kognitiv adfærdsterapi. Studiet synes umiddelbart relevant, da deltagerne skal udvise symptomer på angst, ikke må have psykiatriske

diagnoser og de måler deltagernes angstsymptomer ved hjælp af måleredskabet Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) (Schoneveld et al., 2020). Dog blev artiklen ekskluderet, da den ikke afrapporterede gennemsnittene og standardafvigelserne for de målte angstsymptomer ved før- og eftermålingerne, hvilket var et inklusions-/eksklusionskriterie for dette systematiske review.

Et andet eksempel på en artikel, som synes relevant, men som er blevet ekskluderet, er studiet af Martinsen og kollegaer (2019). Dette studie undersøger effektiviteten af det transdiagnostiske program EMOTION, der er rettet mod symptomer på angst og depression hos skolebørn. Studiet inkluderer børn i den rette alder (8-12 år) og screener børnene for symptomer, inden de bliver inviteret til at deltage i studiet. Samtidig har de både før- og eftermålinger og en kontrolgruppe (Martinsen et al., 2019). Dermed opfylder studiet mange af inklusionskriterierne for dette systematiske review, men studiet lever også op til et eksklusionskriterie. Interventionen i studiet fokuserer nemlig på mere end symptomer på angst. Studiet blev altså ekskluderet fordi interventionen også fokuserer på symptomer på depression. Da studiet ikke deler børnene op i en gruppe med angstsymptomer og en gruppe med depressive symptomer, var det ikke muligt kun at trække tallene ud fra de elever, der viser symptomer på angst, hvorfor studiet blev ekskluderet.

Et sidste eksempel på en artikel, som synes relevant, er studiet af Bernstein og kollegaer (2005), der undersøger effektiviteten af skolebaserede interventioner til ængstelige børn. De deltagende børn har den rette alder (7-11 år), og de bliver screenet for angstsymptomer, inden de bliver inviteret til at deltage i studiet. Samtidig er studiet randomiseret, kontrolleret og har før- og eftermålinger af interventions- og kontrolgrupperne. Dog skal børnenes angstsymptomer leve op til enten et, flere eller alle kriterierne for DSM-IV angstdiagnoser (Bernstein et al., 2005). Dette er imod vores inklusionskriterier, idet børnene ikke må have psykiatriske diagnoser eller leve op til nogle af kriterierne herpå, hverken angstdiagnoser eller andre psykiatriske diagnoser. Studiet blev altså ekskluderet, da børnenes angstsymptomer er nået et stadie, hvor de opfylder et eller flere kriterier for en angstdiagnose.

4.1.2 Interventionerne i de inkluderede artikler

Nedenstående giver et overblik over interventionerne i de inkluderede artikler. Der gøres i alt brug af 16 forskellige interventioner. Der gøres brug af både individuelle og gruppebaserede interventioner, hvoraf alle gruppeinterventioner foregår fysisk, og de individuelle interventioner foregår både fysisk og online. Nedenstående præsenterer først de gruppebaserede interventioner, dernæst præsenteres de individuelle interventioner med fysisk tilstedeværelse og afslutningsvis præsenteres de online interventioner.

4.1.2.1 Gruppeinterventioner

Nedenstående giver en beskrivelse af hver af de ni gruppebaserede interventioner, som de inkluderede studier anvender. Alle disse interventioner foregår ved fysisk tilstedeværelse. Interventionerne præsenteres i følgende rækkefølge: Multicomponent positive psychology intervention (MPPI), Positiv psykologi med elementer af musikterapi, Cognitive Behavioural Therapy (CBT), Coping Cat, Cool Kids, Vaag, FRIENDS, Mindfulness-based Cognitive Therapy for Anxious Children (MBCT-C) samt Super Skills for Life (SSL).

Multicomponent positive psychology interventions

Multicomponent positive psychology intervention (MPPI) består af syv sessioner bestående af 90 minutter hver. Da det er en multikomponent intervention, består den af flere evidensbaserede tilgange som for eksempel PERMA-modellen bestående af komponenter som relationer, positive emotioner og mening. En anden tilgang er "Synergetic Change Model", der inkorporerer komponenter såsom emotioner, mål og vaner (Hendriks et al., 2020). I den inkluderede artikel af Kwok og kollegaer (2022) udføres interventionen af tre socialrådgivere, som har børn med angstsymptomer i grupper af fem til seks børn. MPPI foregår fysisk, og det er udelukkende børnene, som deltager i interventionen. Tre af sessionerne fokuserer på at øge deltagernes bevidsthed og udtryk af taknemmelighed, de næste tre sessioner fokuserer på at forbedre deltagernes evne til at vurdere og regulere egne og andres følelser, og den sidste session fokuserer på at vedligeholde det lærte efter interventionen.

Positiv psykologi med elementer af musikterapi

Interventionen af positiv psykologi med elementer af musikterapi har til formål at øge følelsesmæssig kompetence og øge følelsen af håb for at øge subjektiv lykke og mindske angst hos unge med angstsymptomer. Interventionen består af otte sessioner af cirka 90 minutters varighed en gang om ugen og udføres af en terapeut med træning i positiv psykologi. Derudover foregår interventionen i grupper af cirka seks børn (Kwok, 2019). Interventionen har fire formål. Første formål er at øge deltagernes forståelse af og følsomhed over for egne følelser. Andet formål er at udvikle passende måder at forstærke positive følelser og udtrykke følelser på. Tredje formål er at øge følelsen af handlekraft og udvikle målsætningsevner. Fjerde og sidste formål er at fremme problemløsningskompetencer (Kwok, 2019). Af de inkluderede artikler gør Kwok (2019) brug af positiv psykologi med elementer af musikterapi.

Cognitive Behavioural Therapy

Cognitive Behavioural Therapy (CBT) er udviklet af Aaron Beck i 1960'erne og er den mest anvendte intervention til børn med angstsymptomer og har til formål at ændre børnenes tankemønstre (Rosenberg et al., 2012). CBT har fokus på følelser, adfærd og kognition, hvor tre aspekter af kognition er i fokus; underliggende skemaer eller overbevisninger, kognitive forvrængninger og automatiske tanker (Rosenberg et al., 2012).

CBT anvendes af den inkluderede artikel af Wong og kollegaer (2020), hvor de har kulturelt tilpasset interventionen til kinesiske børn. I den CBT intervention Wong og kollegaer (2020) anvender, baseres interventionen på Coping Cat. CBT interventionen består af forskellige sessioner, hvoraf de handler om at genkende psykiske og fysiske symptomer på angst, udvikling af copingmekanismer og lære adaptive håndteringsstrategier for angstsymptomer. Det er skolens socialarbejdere, som udfører interventionen med grupper af seks til ti børn med angstsymptomer. Der gives en session ugentlig af to timers varighed, og der gives otte sessioner i alt (Wong et al., 2020). Udover CBT gør studiet af Wong og kollegaer (2020) også brug af CBT med forældreinvolvering (CBT-PI). CBT-PI interventionen giver samme sessioner til børnene som ved CBT uden forældreinvolvering, men derudover gives

der yderligere fem to timers sessioner til børnenes forældre. Sessionerne til forældrene tager udgangspunkt i psykoedukation (Wong et al., 2020).

Coping Cat

Coping Cat er en intervention udviklet af Philip Kendall i 1994, som er baseret på kognitiv adfærdsterapi. Coping Cat består af forskellige elementer, såsom forståelse for og genkendelse af psykiske og fysiske angstsymptomer, identificere disse symptomer i givne situationer og udvikling af copingmekanismer til at kunne håndtere angstsymptomerne. Coping Cat leveres til grupper og består af tolv ugentlige sessioner (Kehn, 2012). Af de inkluderede artikler gør van Starrenburg og kollegaer (2017) brug af Coping Cat.

Cool Kids

Cool Kids er en intervention udviklet af Ronald Rapee, Heidi Lyneham, Carolyn Schniering, Viviana Withrich, Maree Abbott, Jennifer Hudson og Ann Wignall, og den er baseret på kognitiv adfærdsterapi. Cool Kids interventionen består af flere elementer herunder psykoedukation for at kunne genkende både psykiske og fysiske symptomer på angst samt genkende de emotioner, som er knyttet hertil. Derudover består det af sessioner med træning i realistisk tænkning, eksponering og håndteringsstrategier. Cool Kids kan leveres på flere forskellige måder, som nogle af vores inkluderede artikler viser. Af de inkluderede artikler gør McLoone og Rapee (2012) brug af Cool Kids School Based, som leveres på skolen af studievejledere. Her gives interventionen til grupper af fem med en times ugentlige sessioner over ti uger. Derudover anvender McLoone og Rapee (2012), Cool Kids Home Based, som består i, at børnenes forældre oplæres i Cool Kids manualen, og derved skal forældrene understøtte deres børn i at forstå og håndtere angstsymptomer. Igen består Cool Kids Home Based af ti sessioner. Ydermere anvender endnu en inkluderet artikel af Haugland og kollegaer (2020) interventionen Cool Kids School Based. Haugland og kollegaer (2020) giver denne intervention til grupper af fem til otte børn og unge, hvoraf sessionerne varer 90 minutter ad gangen og strækker sig over ti uger. Af de inkluderede artikler gør McLoone og Rapee (2012) samt Haugland og kollegaer (2020) altså brug af Cool Kids.

Vaag

Vaag interventionen er baseret på kognitiv adfærdsterapi, men det er en kortvarig version. Den blev udarbejdet til det formål at undersøge forskellen på Cool Kids, som er sædvanlig længde og så Vaag, som er en korttidsterapeutisk intervention. Den bygger på de samme principper som Cool Kids, hvor børnene hjælpes til at forstå og genkende både psykiske og fysiske angstsymptomer samt udvikle håndteringsstrategier til at håndtere netop angstsymptomerne. Vaag interventionen består af fem kognitive adfærdsterapi sessioner. Hver session har en varighed på 45-90 minutter i grupper, hvor der gives en session om ugen de første fire uger, og den sidste session gives efter fem uger. Af de inkluderede artikler er det Haugland og kollegaer (2020), som gør brug af Vaag.

FRIENDS

FRIENDS er en skolebaseret forebyggelsesintervention, der består af en kognitiv adfærdsprotokol, som er baseret på kognitiv adfærdsterapi. FRIENDS interventioner foregår i grupper, og formålet er reduktion og forebyggelse af angstsymptomer hos børn i skolealderen (Miller et al., 2011). FRIENDS er udviklet i Australien af Paula Barrett, Hayley Webster og Cynthia Turner i år 1998 (Filges et al., 2023; The Psychology Tree, 2024). FRIENDS står for F: feelings, R: remember to relax, have quiet time, I: I can do it, I can try my best, E: explore solutions and coping step plans, N: now reward yourself, you've done your best, D: don't forget to practice og S: smile, stay calm, and talk to your support networks (The Psychology Tree, 2024).

Børnene modtager ni ugentlige sessioner af en times varighed af undervisere på skolen, som er blevet trænet til at facilitere en FRIENDS intervention. Sessionerne går ud på at identificere og forstå angst signaler, tanker og maladaptiv adfærd, samt at tillære børnene coping- og problemløsningsstrategier. Af de inkluderede studier gør studiet af Miller og kollegaer (2011) brug af interventionen FRIENDS.

Mindfulness-based Cognitive Therapy for Anxious Children

Mindfulness-based Cognitive Therapy for Anxious Children (MBCT-C) er baseret på den voksne version af Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) samt Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) (Syeda & Andrews, 2021). MBCT-C er udviklet af Randy Semple og Jennifer Lee (Felver, 2011). MBCT-C adskiller sig

fra blandt andet kognitiv adfærdsterapi, idet ændrede tanker ikke er målet med interventionen. Formålet med interventionen er derimod nærmere at lære måder at forholde sig på mere løsrevne måder til angstfrembringende tanker for at ophæve angsten. For at opnå dette, forsøger man med MBCT-C at udvikle en større accept og bevidsthed om kropsfornemmelser, tanker og følelser for at reducere angsten (Paul, 2012).

MBCT-C består af 11 ugentlige gruppe sessioner af 90 minutter, som udføres af en terapeut samt en 12. opfølgningssession (Paul, 2012; Syeda & Andrews, 2021). De første tre sessioner består af psykoedukation om mindfulness, etablering af forventninger til programmet samt undervisning i åndedrætsøvelser. De næste seks sessioner omhandler sansebaseret praksis, forskellen mellem at dømme og blot at være bevidst samt valget mellem de forskellige svar, der ligger foran barnet. De næste to sessioner fokuserer på integration af mindful bevidsthed i dagligdagen. Derudover er der en tre-måneders opfølgning, som har fokus på opmærksomt nærvær (Paul, 2012). Af de inkluderede studier i dette systematiske review gør studiet af Syeda og Andrews (2021) brug af interventionen MBCT-C.

Super Skills for Life

Super Skills for Life (SSL) er en transdiagnostisk intervention til forebyggelse af depressions- og angstlidelser (de la Torre-Luque et al., 2020). SSL er udviklet af Cecilia Essau og Thomas Ollendick. SSL kan leveres til børn og unge i alderen 6 til 18 år og er tilgængelig i to versioner; en til børn i alderen 6 til 11 år (SSL-C) og en til unge i alderen 12 til 18 år (SSL-A). SSL er baseret på adfærdsaktivering og kognitiv adfærdsterapi principperne, og derudover anvender SSL kognitiv forberedelse samt video-feedback som en del af behandlingen (Super Skills for Life, 2024). SSL har fokus på fem temaer; 1) almindelige risikofaktorer for internalisering af lidelser (for eksempel lav selvtillid), 2) håndtering af stressende situationer, 3) sociale færdigheder, 4) fremme sund livsstil samt 5) forbedre selvopfattelsen (de la Torre-Luque et al., 2020). SSL består af otte sessioner, som bliver leveret en til to gange om ugen. Det kan være forskelligt, hvem der udfører interventionen. Det kan enten være lærere på skolen eller konsulenter, som bliver trænet (Super Skills for Life, 2024). Deltagerne bliver inddelt i grupper af tre til ni unge, og de modtager interventionen en gang om ugen af cirka en times varighed over en periode på otte

uger. Af de inkluderede studier i dette systematiske review gør studiet af de la Torre-Luque og kollegaer (2020) brug af interventionen SSL.

4.1.2.2 Individuelle interventioner

Nedenstående præsenteres de fire individuelle interventioner, der har fysisk tilstedeværelse, som de inkluderede studier gør brug af. Interventionerne præsenteres i følgende rækkefølge: Child Anxiety Learning Modules (CALM), Modular Cognitive Behavioral Therapy (MCBT), Cognitive Behavioral Hypnotherapy (CHBT) samt Child-Centered play therapy (CCPT).

Child Anxiety Learning Modules

Child Anxiety Learning Modules (CALM) er en intervention, som er baseret på kognitive adfærdsterapeutiske strategier. Den er udviklet af Golda Ginsburg og Kelly Drake. CALM består af seks moduler, som bliver leveret af skolesygeplejersker. Hver af sessionerne består af 15-30 minutter og foregår over en otte-ugers periode. Modulerne gives individuelt til hvert enkelt barn, og dermed foregår interventionen 1:1 mellem skolesygeplejersken og barnet, hvorfor der er mere fleksibilitet og større tilpasningsmuligheder til den enkelte (Muggeo et al., 2017). CALM består af elementer som psykoedukation, afslapningsteknikker, eksponering og kognitiv omstrukturering (Ginsburg et al., 2021). Af de inkluderede artikler er det Ginsburg og kollegaer (2021), som gør brug af CALM interventionen.

Modular Cognitive Behavioral Therapy

Modular Cognitive Behavioral Therapy (MCBT) er baseret på kognitiv adfærdsterapi, men den modulære tilgang bygger på en mere fleksibel og tilpasset tilgang end den traditionelle manualiserede interventionstilgang (Becker, Becker & Ginsburg, 2012). MCBT består af forskellige eksponeringstrin, som kan tilpasses til den individuelle. Terapeuten er altså ikke tvunget til at følge bestemte trin i en bestemt rækkefølge, men de kan tage de steps, som giver bedst mening for det givne barn. Terapeuten arbejder individuelt med børnene, hvoraf de første steps handler om at identificere frygten og efterfølgende arbejde på eksponering og håndteringsstrategier. MBCT består af en session på 45 minutter ugentligt, og det

foregår over ti uger (Ebesutani et al., 2016). Af de inkluderede artikler er det Ebesutani og kollegaer (2016), der gør brug af MCBT interventionen.

Cognitive-Behavioral Hypnotherapy (CBHT)

Cognitive-Behavioral Hypnotherapy (CHBT) kombinerer kognitiv adfærdsterapi med hypnose og er baseret på Dr. Assen Alladin's Adult Cognitive Hypnotherapy Manual (Alladin, 2015). Formålet med CBHT er at give individet redskaberne til at håndtere og eventuelt overvinde følelser af angst og daglig stress. Sessionerne i CBHT består blandt andet af psykoedukation, hypnose, kognitiv omstrukturering samt adfærdsaktivering (Ebesutani et al., 2016). At sætte hypnose sammen med kognitiv adfærdsterapi blev valgt på baggrund af at hypnotiske teknikker kan lære om opmærksomhedskontrol og emotionsregulerings færdigheder, som supplerer traditionel kognitiv adfærdsterapi godt. Sessionerne udføres af en terapeut, som følger en manual. Hver session består af 45 minutter ugentlig i ti uger. Det er en individuel intervention, som dertil foregår fysisk, og det er udelukkende børnene, som deltager (Ebesutani et al., 2016). Af de inkluderede artikler er det Ebesutani og kollegaer (2016), som gør brug af CBHT.

Child-Centered Play Therapy

Child-Centered play therapy (CCPT) er blevet udviklet af Virginia Axline ud fra Carl Rogers Client-Centered Therapy, og er baseret på personcentreret teori og bygger på den antagelse, at relationen mellem terapeuten og barnet med angstsymptomer, er det essentielle for reduktionen af netop angstsymptomer (Sweeney & Landreth, 2011). CCPT er en intervention, der foregår i et rum fyldt med legetøj. Legetøjet skal altså hjælpe barnet med at udtrykke overbevisninger, emotioner og vise adfærd. Formålet er at udvikle barnets selvforståelse ved at skabe en ramme uden trusler, så barnet oplever det frit at udforske og udtrykke sig. CCPT gives individuelt, børnene deltager i 12-16 sessioner af en varighed af 30 minutter pr. session, og det foregår over otte uger (Stulmaker & Ray, 2015). Af de inkluderede artikler er det Stulmaker og Ray (2015), som gør brug af CCPT interventionen.

4.1.2.3 Online interventioner

Nedenstående præsenteres de tre online interventioner, som de inkluderede studier gør brug af. Disse online interventioner er alle individuelle. Interventionerne præsenteres i følgende rækkefølge: MindLight, Dojo og Online Support and Intervention (OSI).

MindLight

MindLight er en online intervention, som består af et videospil. Interventionen er udviklet af GainPlay Studio, The PlayNice Institute. Den bygger på evidensbaserede strategier fra kognitiv adfærdsterapi. MindLight er et neurofeedback videospil, som består af forskellige afslapningsteknikker, eksponering og opmærksomhedsbias modifikation. Interventionen har til formål at hjælpe barnet med at håndtere angstsymptomer, når de opleves. Derved skal de ikke kun psykoedukeres, men de skal opleve at få håndteringsstrategier. MindLight består af fem sessioner af en time, og den foregår to gange om ugen, hvor børnene sidder individuelt og spiller videospillet (Schoneveld et al., 2016). I den inkluderede artikel af Schoneveld og kollegaer (2016), som anvender MindLight, måler de børnenes fysiske reaktioner ved hjælp af ElektroEncephaloGram (EEG), mens de spiller videospillet. En anden artikel der gør brug af MindLight er Schoneveld og kollegaer (2018). De anvender MindLight i grupper af fem til ti børn, som derved sidder individuelt og spiller sammen i seks uger af en times sessioner om ugen. Af de inkluderede artikler er det altså Schoneveld og kollegaer (2016) samt Schoneveld og kollegaer (2018), som gør brug af MindLight.

Dojo

Interventionen Dojo er et online videospil, som inkorporerer kognitiv adfærdsterapi principper, for at hjælpe barnet eller den unge med at udvikle håndteringsstrategier (Schuurmans et al., 2015). Dojo er udviklet af Gamedesk. Spillet træner spilleren i emotionsregulering ved for eksempel dybe vejtrækninger, muskelafslapning eller positiv tænkning. Derved hjælpes spilleren til ikke blot at kende angstsymptomer, men faktisk også at håndtere disse i forskellige situationer. Spilleren følger en ung person i spillet, som går gennem en svær tid, og de skal derfor lære at hjælpe personen i spillet. Hver af børnene i interventionen får målt hjerterytme, da

interventionen er en træning i at reducere fysiologisk arousal. Interventionen foregår over tre uger med to sessioner pr. uge af en times varighed (Scholten et al., 2016). Af de inkluderede artikler er det Scholten og kollegaer (2016), som gør brug af interventionen Dojo.

Online Support and Intervention

Online Support and Intervention (OSI) er en intervention baseret på kognitiv adfærdsterapi, og den er udviklet af eksperter i at behandle børn med angst og er finansieret af National Institute for Health and Care Research (NIHR). Det er en online terapeut-støttet forældre-ledet kognitiv adfærdsterapi til børn i alderen 7 til 12 år med angstsymptomer (Hill, 2022). OSI har til formål at hjælpe børn med at håndtere angstsymptomer. Forældre oplæres af terapeuter, så forældrene selv kan give deres børn interventionen. Det er en online platform, som forældrene får adgang til og derudover får de hjælp af en terapeut, som superviserer på sidelinjen. Modulerne består af quizzet, videoer og interaktive opgaver, som skal hjælpe barnet med at udvikle håndteringsstrategier. OSI består af et ugentligt modul på 20 minutter, og der er syv moduler i alt. Når hvert af modulerne er frigjort, følger det en samtale mellem forældrene og terapeuten, som guider ugens modul (Creswell et al., 2024). Af de inkluderede artikler er det Creswell og kollegaer (2024), der gør brug af OSI interventionen.

4.1.3 Måleredskaber

I dette systematiske review gør de inkluderede studier tilsammen brug af seks forskellige måleredskaber, som måler på angst. Der er flere studier, som anvender flere forskellige måleredskaber, men vi tager udelukkende udgangspunkt i de måleredskaber, som måler angst. De måleredskaber der præsenteres nedenfor, er derfor kun dem, som måler på angst. De præsenteres i følgende rækkefølge: Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Child Anxiety Impact Scale (CAIS), Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS), Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) samt Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC).

4.1.3.1 Spence Children's Anxiety Scale

Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) er udviklet af Susan Spence, og er et 44-item selvrapporterings spørgeskema, hvoraf de 38 items går specifikt på angst, og de resterende seks positive spørgsmål rettet mod at reducere negativ respons bias. Derfor er der nogle studier, som anvender hele spørgeskemaet og andre, som kun bruger de 38 items til angst. SCAS måler angstsymptomer på seks DSM-IV definerede angstlidelser; separationsangst (6 items), socialfobi (6 items), panikangst (6 items), agorafobi (3 items), frygt for fysiske skader (5 items), generaliseret angst (6 items) og OCD (6 items). Hver item scores på en 4-point skala fra 0 = aldrig, 1 = nogle gange, 2 = ofte og 3 = altid. Det er vigtigt at pointere, at de seks positive spørgsmål ikke scores med. En højere total score indikerer højere niveauer af angst, og der kan maksimalt scores 114 (Spence, 1998). En total score på >60 indikerer en "normal" score, hvorimod en score på <60 indikerer højere end normal ængstelighed (SCAS, 2024). SCAS er udviklet i flere versioner, hvoraf der er en børneversion (SCAS-C) og en forældreversion (SCAS-P). SCAS-C bliver derfor rapporteret af barnet selv, hvoraf SCAS-P bliver afrapporteret af forældrene på vegne af barnet. SCAS er valideret af Galán-Luque og kollegaer (2023). I dette systematiske review gør syv inkluderede studier brug af SCAS henholdsvis Schoneveld og kollegaer (2016), Scholten og kollegaer (2016), Wong og kollegaer (2020), McLoone og Rapee (2012), van Starrenburg og kollegaer (2017), Haugland og kollegaer (2020) og Schoneveld og kollegaer (2018).

4.1.3.2 Hospital Anxiety and Depression Scale

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) er et spørgeskema udviklet af A. S. Zigmond og R. P. Snaith, som kan opdeles i en angst subskala (HADS-A) og en depression subskala (HADS-D). De inkluderede studier, der gør brug af HADS, gør kun brug af angst-subskalaen i vurderingen af deres deltagere. HADS-A består af syv items, der scores på en 4-point skala fra 0-3. Et eksempel på en item er: "Jeg får en slags bange fornemmelse, som om noget forfærdeligt er ved at ske" (Kwok et al., 2022). HADS er et pålideligt og validt måleredskab for vurdering af børns angstsymptomer (Bjelland et al., 2002). Den totale subskala score rangerer fra 0-21, hvor en højere score repræsenterer et højere niveau af angst (Wong et al., 2020). De

tre inkluderede studier, der gør brug af HADS-A, gør alle brug af en kinesisk udgave af subskalaen. Dette gør sig gældende for følgende studier; Kwok (2019), Kwok og kollegaer (2022) og Wong og kollegaer (2020).

4.1.3.3 Child Anxiety Impact Scale

Child Anxiety Impact Scale (CAIS) er et 27-item selvrapporterings spørgeskema, som både eksisterer i en forældreversion (CAIS-P) og en børneversion (CAIS-C). Spørgsmålene i spørgeskemaet er med til at vurdere indvirkningen af angstsymptomer på børn og unges psykosociale funktion. Respondenten af spørgeskemaet, enten barnet selv eller en forælder, skal altså vurdere, hvor svært barnet har det ved at gennemføre en række aktiviteter på grund af hans eller hendes angstsymptomer inden for den sidste måned. Dette kan for eksempel være aktiviteter såsom at lave lektier, være hjemme ved en ven/veninde, besøge familie og sove om natten. Hver item scores på en 4-point Likert skala fra 0 = slet ikke, 1 = en lille smule, 2 = meget til 3 = rigtig meget (Langley et al., 2014). CAIS er et pålideligt og validt måleredskab til vurdering af børns angstsymptomer (Langley et al., 2014). I dette systematiske review gør to inkluderede studier brug af CAIS henholdsvis Ginsburg og kollegaer (2021) og Creswell og kollegaer (2024).

4.1.3.4 Revised Child Anxiety and Depression Scale

Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) er et 47 item selvrapporterings spørgeskema. RCADS måler både angst og depression, hvoraf der er subskalaer til både angst og depression. De subskalaer som måler på angst er separationsangst, socialfobi, generaliseret angst, panikangst og OCD. I RCADS er der derfor skabt en "Total Anxiety Scale", som er en total score for udelukkende subskalaerne, der måler angst. Denne totalscore er derfor et gennemsnit af de fem subskalaer (Child Outcomes Research Consortium, 2024). Derudover er der udviklet en forældreversion, RCADS-P, hvoraf det er forældrene, som scorer barnet. Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) er et pålideligt og validt måleredskab for vurdering af børns angstsymptomer (Kósters et al., 2015). I dette systematiske

review gør to inkluderede studier brug af RCADS henholdsvis Ebesutani og kollegaer (2016) og de la Torre-Luque og kollegaer (2020).

4.1.3.5 Revised Children's Manifest Anxiety Scale

Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) er et 37 item selvrapporterings spørgeskema, og den er ideel til aldersgruppen 6-19 årige. Det er udviklet af C. R. Reynolds og B. O. Richmond, og senere hen er der lavet en nyere revidering af måleredskabet (RCMAS-2). Der er udviklet en totalscore på 28 items, som består af tre subskalaer. Først er der fysiologisk angst bestående af 10 items, hvor der er spørgsmål til somatiske angstsymptomer såsom søvnbesvær, kvalme og urolighed i kroppen. Dernæst er der bekymring og oversensitivitet på 11 items, som går på generelle bekymringer, for eksempel frygt for at slå sig, komme til skade eller lignende. Den sidste er social bekymring på 7 items, som spørger til bekymring eller frygt vedrørende sociale relationer. De resterende 9 items er en lyveskala. En høj score på RCMAS indikerer højt niveau af angst, hvoraf en lav score indikerer en naturlig grad af ængstelighed. RCMAS er et validt og pålideligt måleredskab for vurdering af børns angstsymptomer (Varela & Biggs, 2006). I dette systematiske review gør to inkluderede studier brug af RCMAS henholdsvis Ebesutani og kollegaer (2016) og Stulmaker og Ray (2015).

4.1.3.6 Multidimensional Anxiety Scale for Children

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) er et 39 item selvrapporterings spørgeskema, som findes i en første (MASC) og anden udgave (MASC-2). MASC er udviklet af John S. March, og den findes i både en børne- og forældreversion. Den består af fire subskalaer, der måler på fysiske symptomer (12 items), social angst (9 items), separationsangst/panikangst (9 items) og undgåelse (9 items). MASC scores på en 4-point Likert skala rangerende fra 0 = aldrig til 3 = ofte. Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC), hvilket er et validt og pålideligt måleredskab for vurdering af børns angstsymptomer (March et al., 1997). I dette systematiske review gør to inkluderede studier brug af MASC henholdsvis Miller og kollegaer (2011) og Syeda og Andrews (2021).

4.2 Del 2

I nedenstående afsnit gives først og fremmest et overblik over de enkelte studiers karakteristika. Her beskrives henholdsvis alder, køn, sample size (stikprøvestørrelse) samt udgivelsesår- og lande. Efterfølgende præsenteres de inkluderede studiers resultater. Resultaterne beskrives i følgende rækkefølge: før- og eftermålinger af interventionsgrupperne, sammenligning mellem interventions- og kontrolgrupper og follow-up målinger. Afslutningsvis er der lavet en kvalitetsvurdering af hver af de inkluderede studier.

4.2.1 Overblik over de inkluderede artikler

Nedenstående præsenteres først og fremmest de inkluderede studiers karakteristika med henholdsvis alder, køn, sample size samt udgivelsesår- og lande. Derefter gives der en beskrivelse af de forskellige typer af kontrolgrupper, som der gøres brug af i de inkluderede studier.

4.2.1.1 Karakteristika over de inkluderede studier

Som nævnt er der inkluderet 16 forskellige studier i dette systematiske review, og de adskiller sig alle fra hinanden på alder, køn, nationalitet, sample size og udgivelsesdato. Nedenstående giver derfor et overblik over de forskellige studiers karakteristika. Se bilag 1.

Først og fremmest er der et bredt aldersspænd i de inkluderede artiklers deltagere. Deltagerne i de inkluderede studier i dette systematiske review spænder fra alderen 5 år (Ginsburg et al., 2021; Creswell et al., 2024) til 19 år (Wong et al., 2020). Som nævnt tidligere er det et inklusionskrav at aldersspændet er 6 til 16 år, hvorfor gennemsnitsalderen skal svare til dette. Af de inkluderede studier er den yngste gennemsnitsalder på 6,4 år (Stulmaker & Ray, 2015) og den ældste gennemsnitsalder på 15,7 år (Wong et al., 2020).

Derudover er der variation i de inkluderede studier i forhold til, hvorvidt de gør brug af både piger og drenge eller kun ét af kønnene. Der er to inkluderede studier, som gør brug af henholdsvis kun drenge (de la Torre-Luque et al., 2020) eller kun piger (Ebesutani et al., 2016). De resterende 14 studier har inkluderet både drenge og piger i deres studie.

En anden forskel på studiernes individuelle karakteristika er sample size, som varierer en del. Af de inkluderede studier er det mindste sample size på 25 deltagere, som er studiet af Syeda og Andrews (2021). Studiet med det største sample size er af Creswell og kollegaer (2024), som har et sample size på 419 deltagere.

Af de inkluderede studier i dette systematiske review spænder udgivelsesåret fra 2011 til 2024. I dette systematiske review er studiet af Miller og kollegaer (2011) det ældste og dermed udgivet i 2011. Studiet af Creswell og kollegaer (2024) er det seneste og er dermed udgivet i 2024.

De inkluderede studier i dette systematiske review er blevet udgivet i ni lande, herunder Holland (Schoneveld et al., 2018; van Starrenburg et al., 2017; Scholten et al., 2016; Schoneveld et al., 2016), Canada (Syeda & Andrews, 2021; Miller et al., 2011), Kina (Kwok, 2019, Wong et al., 2020; Kwok et al., 2022), Spanien (de la Torre-Luque et al., 2020), Norge (Haugland et al., 2020), Irland (Creswell et al., 2024), Australien (McLoone & Rapee, 2012), USA (Stulmaker & Ray, 2015; Ginsburg et al., 2021) samt Iran (Ebesutani et al., 2016).

4.2.1.2 De inkluderede studiers kontrolgrupper

Som nævnt i metodeafsnittet var det et krav, at de inkluderede studier havde mindst én kontrolgruppe, men der var ikke et krav til, hvilken slags kontrolgruppe de skulle have. De inkluderede studier i det systematiske review er en blanding af aktive kontrolgrupper, venteliste kontrolgrupper, treatment as usual (TAU) kontrolgrupper, interventions kontrolgrupper samt no-treatment kontrolgrupper. Der gøres derfor brug af flere forskellige typer af kontrolgrupper i dette systematiske review.

Flere af studierne gjorde brug af aktive kontrolgrupper, som fik en anden indsats end interventionsgruppen. Dette gør sig for eksempel gældende for kontrolgrupperne i studierne af Schoneveld og kollegaer (2016) og Scholten og kollegaer (2016), der skulle spille videospil, henholdsvis Max and the Magic Marker og Rayman. Derudover gav studierne af Ginsburg og kollegaer (2021) og Schoneveld og kollegaer (2018) deres kontrolgrupper en intervention for angst og angstsymptomer, henholdsvis Child Anxiety Learning Modules - Relaxation (CALM-R) og Coping Cat. Herudover gjorde studiet af Creswell og kollegaer (2024) brug af en TAU kontrolgruppe, som modtager behandling for angstproblematikker.

Studierne af Stulmaker og Ray (2015), Wong og kollegaer (2020), de la Torre-Luque og kollegaer (2020), Miller og kollegaer (2011) samt Kwok og kollegaer (2022) gjorde brug af aktive kontrolgrupper uden et fokus på angstsymptomer. Det var blandt andet aktive kontrolgrupper, som havde fokus på sociale aktiviteter, træning i sociale færdigheder eller historieoplæsning.

Studierne af Ebesutani og kollegaer (2016), McLoone og Rapee (2012), Syeda og Andrews (2021), van Starrenburg og kollegaer (2017) samt Haugland og kollegaer (2020) gjorde alle brug af venteliste kontrolgrupper. Studiet af de la Torre-Luque og kollegaer (2020) gør udover brug af en aktiv kontrolgruppe, også brug af en venteliste kontrolgruppe. Til sidst modtog kontrolgruppen i studiet af Kwok (2019) ingen intervention (no-treatment).

4.2.2 De inkluderede studiers resultater

I nedenstående afsnit præsenteres de inkluderede studiers resultater. Disse bliver præsenteret i tre hoveddele. Først beskrives interventionsgrupperne resultater fra før-til eftermålingerne. De inddeles yderligere i gruppeinterventioner, individuelle interventioner og online interventioner. Efterfølgende beskrives interventionsgrupperne som sammenlignes med kontrolgruppernes resultater. De inddeles også i gruppeinterventioner, individuelle interventioner og online interventioner. Herunder i de enkelte afsnit beskrives, hvorvidt det er venteliste kontrolgruppe, aktiv kontrolgruppe eller to interventionsgrupper sammenlignet med

venteliste kontrolgruppe. Afslutningsvis præsenteres follow-up resultaterne, og disse inddeles i henholdsvis mellem grupperne samt eftermåling til follow-up måling. Det er vigtigt at bemærke, at når Cohens d er negativ, så viser det en positiv udvikling med reducere af angstsymptomer.

4.2.2.1 Interventionsgrupper fra før- til efter intervention

I følgende afsnit vil artiklernes resultater af interventionsgrupperne fra før- til eftermålingerne blive præsenteret. Disse resultater indikerer, hvordan de enkelte individer gennemsnitligt forbedre sig fra før interventionens start til efter endt intervention.

Gruppeinterventioner

I dette review er der ni artikler, der gjorde brug af en gruppeintervention, og som rapporterede før- og eftermålinger af interventionsgruppen. Dette gør sig gældende for følgende artikler; Kwok (2019), Kwok og kollegaer (2022), van Starrenburg og kollegaer (2017), Wong og kollegaer (2020), McLoone og Rapee (2012), Haugland og kollegaer (2020), Miller og kollegaer (2011), Syeda og Andrews (2021), samt de la Torre-Luque og kollegaer (2020).

Tabel 6 - Gruppeinterventioner fra før- til efter intervention

Studier	Måleredskaber	Før M (SD)	Efter M (SD)	Effektstørrelse d
Kwok (2019)	HADS	11,79 (3,95)	9,01 (4,12)	-0,69
Kwok et al. (2022)	HADS	10,22 (3,69)	6,76 (4,07)	-0,89
van Starrenburg et al. (2017)	SCAS-C	0,75 (0,34)	0,62 (0,32)	-0,39
	SCAS-P	0,51 (0,21)	0,43 (0,16)	-0,43
Wong et al. (2020)	HADS-A CBT-PI	10,96 (3,18)	9,64 (3,64)	-0,39
	SCAS CBT-PI	49,91 (19,79)	46,6 (21,26)	-0,16
	HADS-A CBT	10,79 (3,31)	9,4 (3,73)	-0,39
	SCAS			

	CBT	47,05 (18,96)	49,54 (21,29)	0,12
McLoone & Rapee (2012)	SCAS-C Skole	38,51 (15,11)	32,02 (15,66)	-0,42
	SCAS-P Skole	26,98 (14,29)	22,71 (3,18)	-0,41
	SCAS-C Hjemme	40,50 (17,83)	32,62 (20,56)	-0,41
	SCAS-P Hjemme	25,02 (10,98)	19,99 (10,64)	-0,47
Haugland et al. (2020)	SCAS Vaag	42 (18)	35,02 (18,26)	-0,39
	SCAS Cool Kids	42,46 (19,04)	32,01 (18,31)	-0,56
Miller et al. (2011)	MASC	59,50 (16,44)	53,64 (16,84)	-0,35
Syeda & Andrews (2021)	MASC-2- P	74,36 (7,90)	63,09 (11,07)	-1,17
	MASC-2 -C	63,09 (9,95)	57,36 (8,74)	-0,61
de la Torre-Luque et al. (2020)	RCADS	21,05 (10,40)	21,08 (9,86)	0

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS-A: angst subskala af HADS, SCAS: Spence Children's Anxiety Scale, MASC: Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC-2: Multidimensional Anxiety Scale for Children 2nd edition, RCADS: Revised Child Anxiety and Depression Scale, C: child, P: parent(s), CBT: Cognitive Behavioural Therapy, CBT-PI: Cognitive Behavioural Therapy with parental involvement

Studiet af Kwok og kollegaer (2022) fandt en stor effekt ($d = -0,89$) målt med måleredskabet HADS fra før- til eftermålingen hos interventionsgruppen, der modtog en positiv psykologi intervention. Lignende fandt studiet af Kwok (2019) en moderat effekt ($d = -0,69$) fra før- til eftermålingen hos interventionsgruppen, der modtog en kombination af en positiv psykologi intervention og musikterapi. Det vil sige, at deltagernes angstsymptomer i studierne af Kwok og kollegaer (2022) og Kwok (2019) reduceres med moderat til stor effekt fra før intervention til efter intervention, som følge af en intervention med musikterapi og/eller positiv psykologi. Studiet af Syeda og Andrews (2021), som leverede en mindfulness baseret kognitiv adfærdsterapi intervention, fandt en stor effekt ($d = -1,17$) målt fra før til efter interventionen ved hjælp af et spørgeskema besvaret af barnets forældre. Da spørgeskemaet blev besvaret af barnet, fandt de en moderat effekt ($d = -0,61$). Det vil sige, at barnets forældre vurderede en større forskel i barnets angstsymptomer fra før til efter endt intervention, end barnet selv gjorde.

Studiet af Haugland og kollegaer (2020) undersøgte to interventioner, som begge var baseret på kognitiv adfærdsterapi, henholdsvis Cool Kids og Vaag, hvoraf Vaag er en forkortet version af Cool Kids. Målt ved hjælp af måleredskabet SCAS fandt Haugland og kollegaer (2020) henholdsvis en lille effekt ($d = -0,39$) for interventionen Vaag, og en moderat effekt ($d = -0,56$) for interventionen Cool Kids. Det vil sige, at i studiet af Haugland og kollegaer (2020) fandt de en større reduktion af børnenes angstsymptomer ved interventionen Cool Kids, end ved den forkortede version Vaag.

Wong og kollegaer (2020) undersøgte to kognitive adfærdsterapi grupper, hvoraf forældrene også modtog intervention i den ene gruppe, og i den anden gruppe modtog kun børnene intervention. Målt ved hjælp af måleredskabet HADS-A fandt studiet en lille effekt ($d = -0,39$) både for gruppen med forældre inkluderet og for gruppen uden. Derimod fandt de minimal effekt fra før- til eftermålingen, når barnets angstsymptomer blev målt ved hjælp af måleredskabet SCAS, både ved interventionsgruppen med forældre ($d = -0,16$) og uden forældre ($d = 0,12$). Det vil sige, at i studiet af Wong og kollegaer (2020), fandt de minimal til lille effekt fra før- til eftermålingen af børnenes angstsymptomer og dermed forskellige effekter afhængig af, hvilket måleredskab angstsymptomerne blev målt med.

McLoone og Rapee (2012) undersøgte den kognitive adfærdsterapi baseret intervention Cool Kids i en hjemmebaseret- og skolebaseret version. Målt fra før- til eftermålingen ved hjælp af SCAS-C fandt de en lille effekt for både skolebaseret ($d = -0,42$) og hjemmebaseret Cool Kids ($d = -0,41$). Det vil sige, at ud fra effektstørrelserne, var der ikke forskel på den hjemmebaserede og skolebaserede version af Cool Kids, når reduktion af angstsymptomer blev vurderet af barnet selv. Lignende fandt de en lille effekt for både skolebaseret ($d = -0,41$) og hjemmebaseret ($d = -0,47$) Cool Kids, når reduktion af angstsymptomer blev vurderet af barnets forældre.

Studiet af Miller og kollegaer (2011) fandt en lille effekt ($d = -0,35$) målt med måleredskabet MASC fra før- til eftermålingen af deres interventionsgruppe, der modtog den kognitive adfærdsterapi baseret intervention FRIENDS. Lignende fandt studiet af van Starrenburg og kollegaer (2017), der tilbød interventionen Coping Cat,

små effekter af deres interventionsgruppe målt med måleredskabet SCAS fra før- til eftermålingen. Da angstsymptomer blev målt ved hjælp af spørgeskemaet SCAS besvaret af barnet selv fandt de en lille effekt ($d = -0,39$), samt en lille effekt, da spørgeskemaet blev besvaret af en forælder ($d = -0,43$). Det vil sige, at angstsymptomerne hos børnene i studierne af Miller og kollegaer (2011) og van Starrenburg og kollegaer (2017) kun reduceres lidt fra før interventionens start til efter endt intervention.

Til sidst har vi studiet af de la Torre-Luque og kollegaer (2020), som undersøgte den kognitiv baserede intervention SSL, og som målte børnenes angstsymptomer med måleredskabet RCADS. Studiet fandt ingen effekt ($d = 0$) fra før- til eftermålingen. Det vil sige, at i studiet af de la Torre-Luque og kollegaer (2020) ændrede børnenes angstsymptomer sig ikke fra før interventionens start til efter endt intervention hos interventionsgruppen.

Opsamlende indikerer ovenstående, at tre ud af ni studier fandt moderate til store effekter ved før- til eftermålingerne af interventionsgrupperne. Et studie fandt små til moderate effekter, hvor de resterende fem studier fandt ingen til små effekter ved deres før- til eftermålinger af interventionsgrupperne. Dette peger altså på, at størstedelen af de studier, der anvender en gruppeintervention, fandt små til moderate effekter ved før- til eftermålingerne af deres interventionsgrupper.

Individuelle interventioner

I dette review er der tre artikler, der gjorde brug af en individuel intervention, og som rapporterede før- og eftermålinger af interventionsgruppen. Dette gør sig gældende for følgende artikler; Ginsburg og kollegaer (2021), Ebesutani og kollegaer (2016), samt Stulmaker og Ray (2015).

Tabel 7 - Individuelle interventioner fra før- til efter intervention

Studier	Måleredskaber	Før M (SD)	Efter M (SD)	Effektstørrelse d
Ginsburg et al. (2021)	CAIS-C	19,6 (13,53)	10,73 (6,22)	-0,84
	CAIS-P	16,11 (7,97)	12,34 (8,63)	-0,45

Ebesutani et al. (2016)	RCADS MCBT	49,18 (11,74)	25,82 (8,09)	-2,32
	RCMAS MCBT	21,36 (2,16)	13,09 (4,18)	-2,49
	RCADS CBHT	56,64 (18,29)	21,91 (8,77)	-2,42
	RCMAS CBHT	19,55 (1,37)	9 (2,06)	-6,03
Stulmaker & Ray (2015)	RCMAS-2	53,40 (9,77)	49,36 (10,52)	-0,4

CAIS: Child Anxiety Impact Scale, RCADS: Revised Child Anxiety and Depression Scale, RCMAS: Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS-2: Revised Children's Manifest Anxiety Scale 2nd edition, C: child, P: parent(s), MCBT: Modular Cognitive Behavioral Therapy, CBHT: Cognitive Behavioral Hypnotherapy

Studiet af Ginsburg og kollegaer (2021), som tilbød interventionen CALM, fandt en stor effekt ($d = -0,84$) fra før- til eftermålingen af interventionsgruppen, målt ved hjælp af spørgeskemaet CAIS udfyldt af barnet selv. Derimod fandt de en lille effekt ($d = -0,45$), når spørgeskemaet udfyldes af barnets forældre. Det vil sige, at i studiet af Ginsburg og kollegaer (2021) vurderede børnene, at niveauet af deres angstsymptomer var faldet mere fra før starten af interventionen til efter endt intervention i forhold til, hvordan deres forældre vurderede niveauet af deres angstsymptomer over samme periode.

Ebesutani og kollegaer (2016) undersøgte to interventionsgrupper, hvoraf den ene gruppe modtog modulær kognitiv adfærdsterapi (MCBT) og den anden modtog kognitiv adfærdsterapi med hypnose (CBHT). Ved interventionsgruppen, der modtog MCBT, fandt de store effektstørrelser fra før- og eftermålinger både målt ved hjælp af måleredskabet RCADS ($d = -2,32$) og RCMAS ($d = -2,49$). Ved interventionsgruppen, der modtog CBHT, fandt de også store effektstørrelser fra før- og eftermålingerne målt ved hjælp af RCADS ($d = -2,42$) og RCMAS ($d = -6,03$). Det vil sige, at i studiet af Ebesutani og kollegaer (2016) faldt niveauet af børnenes angstsymptomer en del fra før interventionens start til efter endt intervention, lige meget om de modtog intervention MCBT eller CBHT.

Studiet af Stulmaker og Ray (2015) fandt en lille effekt ($d = -0,4$) målt med måleredskabet RCMAS fra før- til eftermålingen af interventionsgruppen, som modtog personcentreret legeterapi. Dette indikerer, at niveauet af børnenes angstsymptomer reduceres en smule fra før- til eftermålingen.

Opsamlende indikerer ovenstående, at to ud af tre studier, der gør brug af en individuel intervention, fandt store effekter ved før- til eftermålingerne af interventionsgrupperne. Derudover fandt det sidste studie en lille effekt ved deres før- til eftermålinger af interventionsgruppen. Dette peger altså på, at de studier, der gør brug af en individuel intervention, hovedsageligt fandt store effekter ved deres før- til eftermålinger af interventionsgruppen.

Online interventioner

I dette review er der fire artikler, der gjorde brug af online intervention, og som rapporterede før- og eftermålinger af interventionsgruppen. Dette gør sig gældende for følgende artikler; Schoneveld og kollegaer (2016), Schoneveld og kollegaer (2018), Scholten og kollegaer (2016), samt Creswell og kollegaer (2024).

Tabel 8 - Online interventioner fra før- til efter intervention

Studier	Måleredskaber	Før M (SD)	Efter M (SD)	Effektstørrelser <i>d</i>
Schoneveld et al. (2016)	SCAS-C	0,88 (0,34)	0,75 (0,40)	-0,27
	SCAS-M	0,45 (0,24)	0,39 (0,22)	-0,26
	SCAS-F	0,38 (0,21)	0,32 (0,19)	-0,30
Schoneveld et al. (2018)	SCAS	0,98 (0,41)	0,74 (0,39)	-0,60
Scholten et al. (2016)	SCAS	0,83 (0,33)	0,74 (0,33)	-0,27
Creswell et al. (2024)	CAIS-P	26,87 (15,26)	19,64 (16)	-0,46
	CAIS-C	26,13 (14,44)	19,27 (15,13)	-0,47

SCAS: Spence Children's Anxiety Scale, CAIS: Child Anxiety Impact Scale, C: child, M: mother, F: father, P: parent(s)

Studiet af Scholten og kollegaer (2016) fandt en lille effekt ($d = -0,27$) målt med måleredskabet SCAS fra før- til eftermålingen af interventionsgruppen, som modtog videospil-interventionen Dojo. Lignende fandt studiet af Schoneveld og kollegaer (2016), som tilbød videospil-interventionen MindLight, også små effektstørrelser målt med måleredskabet SCAS fra før- til eftermålingerne af deres interventionsgruppe. Rapportet af barnet selv fandt de en lille effekt på ($d = -0,27$),

rapporteret af moderen fandt en lille effekt på ($d = -0,26$) og rapporteret af faderen fandt de en lille effekt på ($d = -0,3$). Det vil sige, at både moderen, faderen og barnet rapporterede samme reduktion af angstsymptomer hos barnet fra før til efter interventionen. Studiet af Creswell og kollegaer (2024), som undersøgte internetbaseret kognitiv adfærdsterapi, fandt en lille effekt målt med måleredskabet CAIS fra før- til eftermålinger af interventionsgruppen. Når reduktionen af angstsymptomer blev vurderet af barnet selv, fandt de en lille effekt på ($d = -0,47$), og da vurderingen blev lavet af forældrene, fandt de en lille effekt på ($d = -0,46$). Børnene og børnenes forældre var altså i dette studie mere eller mindre enige i, hvor stor en reduktion i niveauet af angstsymptomer, der havde været hos børnene. Ud fra effektstørrelserne i studierne af Scholten og kollegaer (2016), Schoneveld og kollegaer (2016) samt Creswell og kollegaer (2024) ses det, at niveauet af børnenes angstsymptomer falder lidt fra før intervention start til efter endt intervention.

Studiet af Schoneveld og kollegaer (2018), hvor interventionsgruppen også modtog videospil-intervention MindLight, ligesom i studiet af Schoneveld og kollegaer (2016), fandt de en moderat effekt ($d = -0,6$) målt med måleredskabet SCAS fra før- til eftermålinger af deres interventionsgruppe. Det vil sige, at studiet af Schoneveld og kollegaer (2018) fandt en større effekt af interventionen MindLight end studiet af Schoneveld og kollegaer (2016) gjorde. Ud fra disse effektstørrelser faldt niveauet af børnenes angstsymptomer altså mere i studiet af Schoneveld og kollegaer (2018) end i studiet af Schoneveld og kollegaer (2016).

Opsamlende indikerer ovenstående, at størstedelen af de studier, der gjorde brug af en online intervention, fandt små effekter fra før- til eftermålingerne af interventionsgrupperne. Det vil sige, at tre ud af fire studier fandt små effekter, hvorimod et studie fandt en moderat effekt ved før- til eftermålingerne af interventionsgruppen.

4.2.2.2 Interventionsgrupper sammenlignet med kontrolgrupper

I følgende afsnit vil resultaterne fra interventionsgrupperne sammenlignet med kontrolgrupperne blive præsenteret. Afhængigt af hvilken kontrolgruppe de forskellige studier gør brug af, kan der udledes noget forskelligt. Hvis interventionsgruppen sammenlignes med en kontrolgruppe, der sættes på en venteliste, kontrolleres der for den almene udvikling over tid. Altså om der sker en større forskel ved at tilbyde interventionen end ikke at tilbyde en intervention. Hvis interventionsgruppen derimod sammenlignes med TAU eller en anden intervention, undersøges det, om en intervention er mere effektiv end en anden intervention, eller om de er lige effektive.

Gruppeinterventioner

I følgende afsnit er artiklerne, der gør brug af en gruppeintervention, blevet delt op efter hvilken slags kontrolgruppe, de gør brug af. Først vil resultaterne fra studierne, der gør brug af en venteliste kontrolgruppe, blive præsenteret. Dernæst vil resultaterne fra studierne, der gør brug af en aktiv kontrolgruppe, blive præsenteret. Til sidst vil resultaterne fra studierne med to interventionsgrupper og en venteliste kontrolgruppe og en interventionsgruppe og to kontrolgrupper blive præsenteret.

Studier med venteliste kontrolgruppe

I dette review er der fire artikler, der gjorde brug af en gruppeintervention, og som gjorde brug af en venteliste kontrolgruppe. Dette gør sig gældende for følgende artikler; Kwok (2019), Kwok og kollegaer (2022), Syeda og Andrews (2021), samt van Starrenburg og kollegaer (2017).

Tabel 9 - Gruppeinterventioner sammenlignet med venteliste kontrolgruppe

Studier	Måleredskaber	Før	Effektstørrelse	Efter	Effektstørrelse
		M (SD)	<i>d</i>	M (SD)	<i>d</i>
Kwok (2019)	HADS	11,79 (3,95)	-0,12	9,01 (4,12)	0,21
	HADS Kontrol	11,33 (3,92)		9,88 (4,18)	

Kwok et al. (2022)	HADS	10,22 (3,69)	-0,12	6,76 (4,07)	0,47
	HADS Kontrol	9,76 (3,92)		8,54 (3,51)	
Syeda & Andrews (2021)	MASC-2-P	74,36 (7,90)	-0,11	63,09 (11,07)	1,1
	MASC-2-P Kontrol	73,46 (8)		75,64 (11,72)	
	MASC-2-C	63,09 (9,95)	0,06	57,36 (8,74)	0,98
	MASC-2-C Kontrol	63,77 (12,28)		68 (13,40)	
van Starrenburg et al. (2017)	SCAS-C	0,75 (0,34)	0,46	0,62 (0,32)	0,58
	SCAS-C Kontrol	0,91 (0,36)		0,85 (0,45)	
	SCAS-P	0,51 (0,21)	0,09	0,43 (0,16)	0,23
	SCAS-P Kontrol	0,53 (0,25)		0,49 (0,26)	

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, MASC-2: Multidimensional Anxiety Scale for Children 2nd edition, SCAS: Spence Children's Anxiety Scale, C: child, P: parent(s)

Studiet af Kwok (2019) fandt en lille effekt ($d = 0,21$) målt med måleredskabet HADS mellem interventions- og kontrolgruppe ved eftermålingen, hvor studiet af Kwok og kollegaer (2022) fandt en lille effekt ($d = 0,47$) også målt med måleredskabet HADS mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen ved eftermålingen. Det vil sige, at interventionsgrupperne rapporterede færre angstsymptomer end kontrolgrupperne ved tidspunktet for endt intervention. Begge studier gjorde brug af interventioner, der var baseret på positiv psykologi, hvoraf interventionen i studiet af Kwok (2019) kombinerede det med musikterapi. Dette tyder altså på, at effekten ses på grund af interventionen og ikke på grund af tiden, der går. De fandt minimal forskel mellem grupperne ved førmålingen ($d = -0,12$) i både studiet af Kwok (2019) og Kwok og kollegaer (2022), hvilket indikerer, at interventions- og kontrolgrupperne havde samme udgangspunkt i angstsymptomer.

Studiet af van Starrenburg og kollegaer (2017), som undersøgte en kognitiv adfærdsterapi baseret intervention, fandt en moderat effekt ($d = 0,58$) målt med måleredskabet SCAS ved eftermålingen mellem interventions- og kontrolgruppen vurderet af barnet selv. Dog fandt de også en lille forskel mellem grupperne ved førmålingen ($d = 0,46$), hvilket indikerer, at der har været forskel på børnenes

angstsymptomer ved interventionens start. Blev angstsymptomerne vurderet af barnets forældre, fandt de en lille effekt ($d = 0,23$) mellem grupperne ved eftermålingen, hvor de ved førmålingen fandt en minimal forskel mellem grupperne ($d = 0,09$). Studiet af Syeda og Andrews (2021), som undersøgte en mindfulness baseret kognitiv adfærdsterapi intervention, fandt store effekter ved eftermålingen målt med måleredskabet MASC mellem interventions- og kontrolgruppen på henholdsvis ($d = 1,1$) vurderet af barnets forældre og ($d = 0,98$) vurderet af barnet selv. De fandt minimale forskelle mellem grupperne ved førmålingen på henholdsvis ($d = -0,11$) og ($d = 0,06$), hvilket indikerer, at børnene scorede nogenlunde ens på angstsymptomer ved interventionens start. De fandt altså en større effekt ved den mindfulness baseret kognitiv adfærdsterapi intervention mellem interventions- og kontrolgruppen i forhold til interventionen, der kun var baseret på kognitiv adfærdsterapi.

Studier med aktive kontrolgrupper

I dette review er der to artikler, der gjorde brug af en gruppeintervention, og som gjorde brug af aktive kontrolgrupper. Dette gør sig gældende for følgende artikler; Wong og kollegaer (2020) og Miller og kollegaer (2011).

Tabel 10 - Gruppeinterventioner sammenlignet med aktive kontrolgruppe

Studier	Måleredskaber	Før	Effektstørrelse	Efter	Effektstørrelse
		M (SD)	d	M (SD)	d
Wong et al. (2020)	HADS-A CBT-PI	10,96 (3,18)	-0,19	9,64 (3,63)	-0,01
	HADS-A CBT	10,79 (3,31)	-0,13	9,40 (3,73)	0,06
	HADS-A Kontrol	10,41 (2,45)		9,60 (2,95)	
	SCAS CBT-PI	49,91 (19,79)	-0,16	46,60 (21,26)	-0,02
	SCAS CBT	47,05 (18,96)	0,01	49,54 (21,29)	-0,16
	SCAS Kontrol	47,22 (14,45)		46,23 (21,10)	

Miller et al. (2011)	MASC	59,50 (16,44)	-0,21	53,64 (16,84)	-0,08
	MASC Kontrol	55,95 (17,57)		52,17 (17,80)	

HADS-A: angst subskala af HADS, SCAS: Spence Children's Anxiety Scale, MASC: Multidimensional Anxiety Scale for Children, CBT: Cognitive Behavioural Therapy, CBT-PI: Cognitive Behavioural Therapy with parental involvement

I studierne af Miller og kollegaer (2011) og Wong og kollegaer (2020) fandt de minimale effekter mellem interventions- og kontrolgruppen ved eftermålingen. Begge studier gjorde brug af interventioner baseret på kognitiv adfærdsterapi og sammenlignede med en aktiv kontrolgruppe. Studiet af Miller og kollegaer (2011) fandt en minimal effekt på ($d = -0,08$) målt med måleredskabet MASC mellem grupperne ved eftermålingen. Dette indikerer, at der ikke var forskel på gruppernes rapporterede angstsymptomer efter endt intervention. Dog fandt de en lille effekt ($d = -0,21$) mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen ved førmålingen. Ud fra effektstørrelsen ved eftermålingen tyder det på, at det har været lige så effektivt at levere kognitiv adfærdsterapi som at få fortalt en historie (storytelling). Men tager man effektstørrelsen ved førmålingen med i betragtning, tyder det på, at interventionsgruppen rykkede sig mere end kontrolgruppen fra før interventionens start til efter endt intervention. Den faktiske reduktion er derfor værd at bemærke, da interventionsgruppen har rykket sig mere ($M = 59,50$ til $M = 53,64$) end kontrolgruppen ($M = 55,95$ til $M = 52,17$). Dette tyder altså på, at børnenes angstsymptomer er faldet mere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Studiet af Wong og kollegaer (2020) undersøgte to interventionsgrupper CBT og CBT-PI med en kontrolgruppe, der deltog i sociale aktiviteter. De fandt minimale effekter mellem CBT og kontrolgruppen ved eftermålingerne på henholdsvis ($d = 0,06$) målt med måleredskabet HADS og ($d = -0,16$) målt med måleredskabet SCAS. Derudover fandt de også minimale effekter mellem CBT-PI og kontrolgruppen ved eftermålingerne på henholdsvis ($d = -0,01$) målt med måleredskabet HADS og ($d = -0,02$) målt med måleredskabet SCAS. Dette indikerer, at ingen af de to interventionsgrupper har været mere effektive end kontrolgruppen. Der var ingen forskel mellem grupperne ved førmålingerne, hvilket indikerer, at alle grupper havde nogenlunde samme niveau af angstsymptomer før interventionens start. Samtidig fandt de minimale forskelle mellem de to interventionsgrupper ved eftermålingerne på henholdsvis ($d = -0,07$) og ($d = 0,14$), hvilket indikerer, at de to interventioner har

været lige effektive. Studierne af Wong og kollegaer (2020) og Miller og kollegaer (2011) fandt altså minimale forskelle mellem deres interventionsgrupper og kontrolgrupper, dog indikerer mean scorerne i studiet af Miller og kollegaer (2011), at interventionsgruppen rykkede sig mere end kontrolgruppen.

Studier med to interventionsgrupper og venteliste kontrolgruppe

I dette review er der tre artikler, som gjorde brug af en gruppeintervention, og som havde to interventionsgrupper og en venteliste kontrolgruppe. Dette gør sig gældende for følgende artikler; McLoone og Rapee (2012), samt Haugland og kollegaer (2020)

Tabel 11 - Gruppeinterventioner med to interventionsgrupper sammenlignet med venteliste kontrolgruppe

Studier	Måleredskaber	Før	Effektstørrelse	Efter	Effektstørrelse
		M (SD)	<i>d</i>	M (SD)	<i>d</i>
McLoone & Rapee (2012)	SCAS-C Skole	38,51 (15,11)	0,49	32,02 (15,66)	0,43
	SCAS-C Hjemme	40,50 (17,83)	0,35	32,62 (20,56)	0,34
	SCAS-C Kontrol	47,55 (24,46)		40,03 (23,63)	
	SCAS-P Skole	26,98 (14,29)	-0,37	22,71 (3,18)	0,26
	SCAS-P Hjemme	25,02 (10,98)	-0,28	19,99 (10,64)	0,41
	SCAS-P Kontrol	21,94 (11,54)		28,84 (13,75)	
Haugland et al. (2020)	SCAS Vaag	42 (18)	-0,03	35,02 (18,26)	0,08
	SCAS Cool Kids	42,46 (19,04)	-0,06	32,01 (18,31)	0,24
	SCAS Kontrol	41,41 (18,57)		36,39 (18,13)	

SCAS: Spence Children's Anxiety Scale, C: child, P: parent(s)

Studiet af McLoone og Rapee (2012) fandt små effekter mellem interventions- og kontrolgruppen ved eftermålingerne målt med måleredskabet SCAS. Studiet undersøgte to interventionsgrupper som henholdsvis var en skole- og hjemmebaseret

version af kognitiv adfærdsterapi og sammenlignede disse med en venteliste kontrolgruppe. De fandt små effekter mellem den skolebaserede intervention og kontrolgruppen ved eftermålingen på henholdsvis ($d = 0,43$) vurderet af børnene selv og ($d = 0,26$) vurderet af børnenes forældre. Lignende effekter fandt de mellem den hjemmebaserede intervention og kontrolgruppen ved eftermålingen på henholdsvis ($d = 0,34$) vurderet af børnene selv og ($d = 0,41$) vurderet af børnenes forældre. Når de to interventioner blev sammenlignet med hinanden ved eftermålingen, fandt de en minimal effekt ($d = 0,03$) mellem de to grupper, når vurderingen blev lavet af børnene, hvorimod de fandt en lille effekt ($d = -0,36$), når vurderingen blev lavet af børnenes forældre. Det vil sige, at den hjemmebaserede intervention af kognitiv adfærdsterapi ser ud til at være en smule mere effektiv end den skolebaserede intervention, når vurderingen laves af børnenes forældre. Udover dette peger ovenstående på, at uanfægtet hvilken af de to interventioner der gives, har det større effekt på reduktion af børnenes angstsymptomer, end hvis man er tildelt en plads i en kontrolgruppe.

Studiet af Haugland og kollegaer (2020) gjorde også brug af to interventionsgrupper; Cool Kids og Vaag, samt én kontrolgruppe. Studiet fandt en minimal effekt ($d = -0,03$) mellem interventionsgruppen Vaag og kontrolgruppen ved førmålingen samt en minimal effekt ($d = 0,08$) ved eftermålingen. Dertil fandt de en minimal effekt ($d = -0,06$) mellem interventionsgruppen Cool Kids og kontrolgruppen ved førmålingen samt en lille effekt ($d = 0,24$) ved eftermålingen. Disse resultater tyder på, at interventionen Vaag umiddelbart ikke er mere effektiv end kontrolgruppen i forhold til at mindske børnenes angstsymptomer. Dertil ses det, at interventionen Cool Kids umiddelbart er lidt mere effektiv i forhold til at behandle børnenes angstsymptomer end kontrolgruppen.

Studier med en interventionsgruppe og to kontrolgrupper

I dette review er der et studie, som gjorde brug af en interventionsgruppe samt to kontrolgrupper. Det gør sig gældende for studiet af de la Torre-Luque og kollegaer (2020).

Tabel 12 - Gruppeinterventioner sammenlignet med to kontrolgrupper

Studier	Måleredskaber	Før	Effektstørrelse	Efter	Effektstørrelse
		M (SD)	<i>d</i>	M (SD)	<i>d</i>
de la Torre-Luque et al. (2020)	RCADS-IG	21,05 (10,40)		21,08 (9,86)	
	RCADS-PG Kontrol	25,15 (7,43)	0,44	24,43 (7,99)	0,36
	RCADS-WG Kontrol	21,01 (5,75)	-0,01	19,64 (6,37)	-0,18

RCADS: Revised Child Anxiety and Depression Scale, IG: Intervention Group, PG: Placebo Group, WG: Waitlist Group

Studiet af de la Torre-Luque og kollegaer (2020) gjorde brug af interventionen SSL og to kontrolgrupper; en placebo kontrolgruppe og en venteliste kontrolgruppe. Når børnenes angstsymptomer blev målt med måleredskabet RCADS fandt de en lille effekt ($d = 0,44$) mellem interventionsgruppen og placebo kontrolgruppen ved førmålingen samt en lille effekt ($d = 0,36$) ved eftermålingen. Det vil sige, at der var større forskel på angstsymptomerne mellem grupperne ved førmålingen end ved eftermålingen, hvilket indikerer, at interventionen i interventionsgruppen ikke er mere effektiv end interventionen i placebo kontrolgruppen. Dertil fandt studiet ingen effekt ($d = -0,01$) mellem interventionsgruppen og venteliste kontrolgruppen ved førmålingen, samt en minimal effekt ($d = -0,18$) ved eftermålingen. De fandt altså en lidt større forskel mellem interventionsgruppen og venteliste kontrolgruppen end mellem interventionsgruppen og placebo kontrolgruppen. Dog var forskellen mellem interventionsgruppen og venteliste kontrolgruppen ved eftermålingen minimal, hvilket indikerer, at interventionen i interventionsgruppen ikke var mere effektiv til at reducere angstsymptomer end indsatserne i de to kontrolgrupper.

Opsamlende indikerer ovenstående altså, at der ses større effekter ved de studier, som anvendte en venteliste kontrolgruppe, da der ses alt fra minimale til store effekter mellem grupperne ved eftermålingen. Derimod ses der minimale til små effekter mellem grupperne ved eftermålingen i de studier, som anvendte en aktiv kontrolgruppe.

Individuelle interventioner

I dette review er der tre artikler, der gjorde brug af en individuel intervention, hvoraf to af dem gjorde brug af en aktiv kontrolgruppe henholdsvis Ginsburg og kollegaer (2021) og Stulmaker og Ray (2015). Den sidste artikel af Ebesutani og kollegaer (2016) gjorde brug af en venteliste kontrolgruppe og to interventionsgrupper.

Tabel 13 - Individuelle interventioner sammenlignet med kontrolgruppe

Studier	Måleredskaber	Før	Effektstørrelse	Efter	Effektstørrelse
		M (SD)	<i>d</i>	M (SD)	<i>d</i>
Ginsburg et al. (2021)	CAIS-C	19,60 (13,53)	0,38	10,73 (6,22)	0,72
	CAIS-C Kontrol	25,38 (16,34)		21,27 (17,87)	
	CAIS-P	16,11 (7,97)	0	12,34 (8,63)	0,04
	CAIS-P Kontrol	16,09 (10,98)		12,72 (10,59)	
Stulmaker & Ray (2015)	RCMAS-2	53,4 (9,77)	0,11	49,36 (10,52)	0,66
	RCMAS-2 Kontrol	54,54 (11,79)		56,54 (11,29)	
Ebesutani et al. (2016)	RCADS MCBT	49,18 (11,74)	0,20	25,82 (8,09)	2,94
	RCADS CBHT	56,64 (18,29)	-0,13	21,91 (8,77)	3,19
	RCADS Kontrol	53,50 (28,41)	-0,16	62,2 (15,86)	1,25
	RCMAS MCBT	21,36 (2,16)		13,09 (4,18)	
	RCMAS CBHT	19,55 (1,37)		9 (2,06)	2,82
	RCMAS Kontrol	21 (2,26)		18,4 (4,33)	

CAIS: Child Anxiety Impact Scale, RCMAS-2: Revised Children's Manifest Anxiety Scale 2nd edition, RCADS: Revised Child Anxiety and Depression Scale, C: child, P: parent(s), MCBT: Modular Cognitive Behavioral Therapy, CHBT: Cognitive Behavioral Hypnotherapy

Studier med aktive kontrolgrupper

I studiet af Stulmaker og Ray (2015) fandt de en minimal effekt ($d = 0,11$) målt med måleredskabet RCMAS mellem interventions- og kontrolgruppen ved førmålingen, hvorfor der ikke var forskel på de to grupper ved starttidspunktet. Derimod fandt de

en moderat effekt ($d = 0,66$) mellem de to grupper ved eftermålingen. Det vil sige, at interventionsgruppen rapporterede færre symptomer på angst efter endt intervention sammenlignet med den aktive kontrolgruppe, som modtog en ugentlig aktivitetsgruppe. Dette indikerer, at interventionen CCPT var mere effektiv i forhold til at reducere angstsymptomer end en ugentlig aktivitetsgruppe. Lignende fandt studiet af Ginsburg og kollegaer (2021) en moderat effekt ($d = 0,72$) målt med måleredskabet CAIS ved eftermålingen mellem interventionsgruppen og den aktive kontrolgruppe vurderet af barnet selv. Dog fandt de en lille forskel ($d = 0,38$) mellem de to grupper ved førmålingen. Derimod fandt de ingen forskel ($d = 0,04$) mellem de to grupper ved eftermålingen, når vurderingen blev lavet af barnets forældre. Samtidig fandt de ingen forskel ($d = 0$) mellem de to grupper ved førmålingen, vurderet af barnets forældre. Dette indikerer, at barnet i interventionsgruppen selv vurderede en reduktion af symptomer på angst sammenlignet med den aktive kontrolgruppe, hvorimod forældrene ikke så denne forskel.

Studier med to interventionsgrupper og venteliste kontrolgruppe

Studiet af Ebesutani og kollegaer (2016) fandt store effektstørrelser mellem interventionsgrupperne og venteliste kontrolgruppen. For interventionen MCBT fandt de en stor effekt ved eftermålingen mellem interventions- og kontrolgruppen på henholdsvis ($d = 2,94$) målt ved hjælp af RCADS og ($d = 1,25$) målt ved hjælp af RCMAS. Forskellen mellem disse to grupper ved førmålingen var henholdsvis ($d = 0,2$) målt ved hjælp af RCADS og ($d = -0,16$) målt ved hjælp af RCMAS, hvilket indikerer, at der var en minimal til en lille forskel mellem grupperne før interventionens start. Lignende store effektstørrelser ved eftermålingen mellem grupper fandt de for interventionen CBHT sammenlignet med kontrolgruppen på henholdsvis ($d = 3,19$) målt ved hjælp af RCADS og ($d = 2,82$) målt ved hjælp af RCMAS. Dog fandt de en stor forskel ($d = 0,79$) mellem grupperne ved førmålingen målt ved hjælp af RCMAS og en minimal forskel ($d = -0,13$) målt ved hjælp af RCADS. Dette indikerer altså, at der var forskel i interventionsgruppen CBHT og kontrolgruppens rapporterede angstsymptomer ved interventionens start målt med måleredskabet RCMAS. Når de to interventionsgrupper; MCBT og CBHT, sammenlignes med hinanden, fandt studiet en moderat effekt ($d = -0,46$) ved eftermålingen målt ved hjælp af RCADS. Dog fandt de også en moderat effekt ($d = 0,49$) ved førmålingen mellem de to grupper, hvilket indikerer, at der var samme

forskel mellem grupperne ved før- og eftermålingerne. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at det ene tal er negativt og det andet positivt. Meanscore for interventionsgruppens MCBT før- og eftermålinger er således ($M = 49,18$ & $M = 25,82$), hvoraf før- og eftermålinger for CBHT er ($M = 56,64$ & $M = 21,91$). Dette indikerer altså, at begge grupper rykkede sig væsentligt, men at CBHT rykkede sig mest fra før- til eftermålingen. Samme resultat ses mellem de to interventionsgrupper, når angstsymptomerne vurderes ved hjælp af måleredskabet RCMA. Dette peger altså på, at deltagerne i CBHT gruppen rapporterede færre angstsymptomer ved eftermålingen.

Opsamlende for de tre studier, der gjorde brug af en individuel intervention, ses det, at redueringen af angstsymptomer var højere hos interventionsgrupperne end ved kontrolgrupperne, da der ses moderate til store effekter mellem disse grupper ved eftermålingerne. Det vil sige, at interventionerne var mere effektive end ikke at tilbyde en intervention, samt mere effektive end de pågældende aktive kontrolgrupper.

Online interventioner

I dette review er der fire artikler, der gjorde brug af en online intervention, hvoraf alle fire gjorde brug af en aktiv kontrolgruppe. Dette gør sig gældende for følgende artikler; Schoneveld og kollegaer (2016), Schoneveld og kollegaer (2018), Scholten og kollegaer (2016), samt Creswell og kollegaer (2024).

Tabel 14 - Online interventioner sammenlignet med kontrolgruppe

Studier	Måleredskaber	Før M (SD)	Effektstørrelse <i>d</i>	Efter M (SD)	Effektstørrelse <i>d</i>
Schoneveld et al. (2016)	SCAS-C	0,88 (0,34)	0,25	0,75 (0,40)	0,43
	SCAS-C Kontrol	0,97 (0,39)		0,92 (0,40)	
	SCAS-M	0,45 (0,24)	0	0,39 (0,22)	0
	SCAS-M Kontrol	0,45 (0,23)		0,39 (0,21)	
	SCAS-F	0,38 (0,21)		0,32 (0,19)	

	SCAS-F Kontrol	0,41 (0,24)	0,13	0,37 (0,25)	0,22
Schoneveld et al. (2018)	SCAS	0,98 (0,41)	0,02	0,74 (0,39)	0,02
	SCAS Kontrol	0,99 (0,42)		0,75 (0,34)	
Scholten et al. (2016)	SCAS	0,83 (0,33)	0,09	0,74 (0,33)	0,11
	SCAS Kontrol	0,86 (0,31)		0,78 (0,37)	
Creswell et al. (2024)	CAIS-P	26,87 (15,26)	-0,06	19,64 (16)	-0,05
	CAIS-P Kontrol	25,96 (14,63)		18,89 (14,54)	
	CAIS-C	26,13 (14,44)	-0,03	19,27 (15,13)	-0,10
	CAIS-C Kontrol	25,75 (15,06)		20,73 (14,50)	

SCAS: Spence Children's Anxiety Scale, CAIS: Child Anxiety Impact Scale, C: child, P: parent(s), M: mother, F: father

Studierne af Schoneveld og kollegaer (2018), Creswell og kollegaer (2024) og Scholten og kollegaer (2016) fandt alle minimale effekter (hhv. $d = 0,02$, $d = -0,05$ & $0,10$, og $d = 0,11$) mellem interventions- og kontrolgruppe ved eftermålinger mellem grupperne. Det vil sige, at førnævnte studier peger på, at videospil interventionerne MindLight og Dojo ikke er mere effektiv til at reducere angstsymptomer end henholdsvis kognitiv adfærdsterapi interventionen Coping Cat og videospillet Rayman (Schoneveld et al., 2018; Scholten et al., 2016). Samtidig var online leveret kognitiv adfærdsterapi, ifølge disse målinger, ikke mere effektiv end TAU til børn med angstproblematikker (Creswell et al., 2024). Sagt med andre ord var interventionerne i interventionsgrupperne og interventionerne i kontrolgrupperne lige effektive i redueringen af angstsymptomer. Derimod fandt studiet af Schoneveld og kollegaer (2016) små effekter mellem interventions- og kontrolgruppe ved eftermålingen på henholdsvis ($d = 0,43$) vurderet af børnene selv og ($d = 0,22$) vurderet af børnenes fædre. Vurderet af børnenes mødre, fandt de ingen forskel ($d = 0$) mellem grupper ved eftermålingen. Der ses minimale til små forskelle ($d = 0,25$, $d = 0$ og $d = 0,13$) mellem grupperne ved førmålingerne. Dette indikerer, at børnene, som modtog interventionen MindLight, reducerede deres angstsymptomer mere end børnene i kontrolgruppen, som spillede spillet Max and the Magic Marker, når det blev vurderet af børnene selv eller fædrene.

Opsamlende fra ovenstående har interventionsgrupperne i tre ud af fire studier, der modtog en online intervention, ikke større effekt end de kontrolgrupper, de blev sammenlignet med. Dog ses en lille effekt ved interventionen MindLight sammenlignet med den aktive kontrolgruppe, der spillede spillet Max and the Magic Marker.

4.2.2.3 Follow-up resultater

I nedenstående afsnit præsenteres follow-up resultaterne fra de af studierne, som udfører sådanne. Først præsenteres resultaterne mellem interventions- og kontrolgrupperne ved eftermålingen, hvilket giver en indikation af, om der efter en vis tid er forskel på, hvorvidt deltagerne har fået en intervention eller ej. Afslutningsvis præsenteres resultaterne mellem eftermålingerne til follow-up-målingerne for interventionsgrupperne i de enkelte studier. Disse målinger kan altså sige noget om, hvorvidt redueringen af angstsymptomerne fortsætter efter endt intervention.

Mellem grupperne

I dette afsnit beskrives resultaterne for follow-up-målingerne mellem interventions- og kontrolgruppen. Dette afsnit er inddelt efter gruppeinterventioner, individuelle interventioner og online interventioner.

Gruppeinterventioner

Af de ni artikler, der gjorde brug af en gruppeintervention, var der fire artikler, som rapporterede follow-up målinger af deres interventions- og kontrolgruppe. Dette gør sig gældende for følgende artikler; Wong og kollegaer (2020), McLoone og Rapee (2012), van Starrenburg og kollegaer (2017), samt Miller og kollegaer (2011).

Tabel 15 - Gruppe interventioner med follow-up målinger

Studier	Måleredskaber	Efter	Effektstørrelse	Follow-up	Effektstørrelse
		M (SD)	<i>d</i>	M (SD)	<i>d</i>
Wong et al. (2020)	HADS-A CBT-PI	9,64 (3,63)	-0,01	8,39 (3,45)	0

	HADS-A CBT	9,40 (3,73)	0,06	8,89 (2,63)	-0,15
	HADS-A Kontrol	9,60 (2,95)		8,41 (3,75)	
	SCAS CBT-PI	46,60 (21,26)	-0,02	41,09 (20,84)	-0,03
	SCAS CBT	49,54 (21,29)	-0,16	42,32 (17,61)	-0,10
	SCAS Kontrol	46,23 (21,10)		40,59 (18,95)	
McLoone & Rapee (2012)	SCAS-C Skole	32,02 (15,66)	0,43	29,92 (15,97)	0,27
	SCAS-C Hjemme	32,62 (20,56)	0,34	30,43 (20,08)	0,21
	SCAS-C Kontrol	40,03 (23,63)		34,48 (18,88)	
	SCAS-P Skole	22,71 (3,18)	0,26	21,90 (13,63)	0,20
	SCAS-P Hjemme	19,99 (10,64)	0,41	20,04 (12,04)	0,35
	SCAS-P Kontrol	28,84 (13,75)		24,71 (15,14)	
van Starrenburg et al. (2017)	SCAS-C	0,62 (0,32)	0,58	0,53 (0,35)	0,65
	SCAS-C Kontrol	0,85 (0,45)		0,77 (0,39)	
	SCAS-P	0,43 (0,16)	0,23	0,39 (0,21)	0,28
	SCAS-P Kontrol	0,49 (0,26)		0,46 (0,28)	
Miller et al. (2011)	MASC	53,64 (16,84)	-0,08	42,5 (16,42)	0,11
	MASC Kontrol	52,17 (17,80)		44,31 (16,80)	

HADS-A: angst subskala af Hospital Anxiety and Depression Scale, SCAS: Spence Children's Anxiety Scale, MASC: Multidimensional Anxiety Scale for Children, C: child, P: parent(s), CBT: Cognitive Behavioural Therapy, CBT-PI: Cognitive Behavioural Therapy with parental involvement

Studierne af Wong og kollegaer (2020) og Miller og kollegaer (2011) fandt minimale effekter mellem interventions- og kontrolgrupperne ved follow-up målingerne. Det vil sige, at der ikke var forskel på angstsymptomer mellem grupperne ved tidspunktet for follow-up målingen. Derudover ses det, at studiet af Wong og kollegaer (2020) og Miller og kollegaer (2011) fandt minimale effekter ved deres eftermålinger

mellem interventions- og kontrolgruppen. Dette indikerer, at på trods af tid var der stadig minimale forskelle på, hvorvidt børnene havde modtaget interventionen eller ej.

McLoone og Rapee (2012) fandt en lille effekt ($d = 0,35$) mellem interventionsgruppen, der modtog en hjemmebaseret version af Cool Kids og kontrolgruppen ved follow-up målingen vurderet af børnenes forældre. Denne forskel mellem disse grupper var en smule mindre end forskellen mellem grupper ved eftermålingen ($d = 0,41$). Dette tyder altså på, at de forældre, som leverede versionen af Cool Kids til deres børn, rapporterede lavere grad af angstsymptomer hos deres børn, end forældrene til børnene i kontrolgruppen ved follow-up målingen, men at grupperne nærmede sig hinanden mere med tiden. Dog fandt de ingen forskel mellem interventionsgruppen, der modtog en skolebaseret version af Cool Kids og kontrolgruppen, ved follow-up målingen ($d = 0,20$) vurderet af børnenes forældre. Dette var et lille fald fra eftermålingen mellem disse grupper, hvor effekten var ($d = 0,26$). Dette viser, at forskellen mellem interventions- og kontrolgrupperne var mindre ved follow-up målingerne end ved eftermålingerne. Det gør sig altså gældende for både hjemme- og skolebaseret Cool Kids, at der efter længere tid var en mindre forskel mellem dem og kontrolgruppen.

Studiet af van Starrenburg og kollegaer (2017) fandt en moderat effekt ($d = 0,65$) mellem interventions- og kontrolgruppen ved follow-up målingen, når angstsymptomerne vurderes af børnene selv. Dette var en større forskel mellem disse grupper end ved eftermålingen, hvor effekten var ($d = 0,58$). Lignende fandt de en større forskel mellem grupperne ved follow-up målingen ($d = 0,28$) end ved eftermålingen ($d = 0,23$), når angstsymptomerne blev vurderet af børnenes forældre. Dette indikerer altså, at forskellen mellem grupperne stadig ses efter noget tid, er gået, samt at forskellen bliver en smule større. Det kan derfor tyde på, at børnene som havde deltaget i interventionsgruppen stadig, formåede at reducere angstsymptomerne i højere grad end børnene i kontrolgruppen efter endt intervention.

Individuelle interventioner

Tabel 16 - Individuelle interventioner med follow-up målinger

Studier	Måleredskaber	Efter	Effektstørrelse	Follow-up	Effektstørrelse
		M (SD)	<i>d</i>	M (SD)	<i>d</i>
Ginsburg et al. (2021)	CAIS-C	10,73 (6,22)	0,72	12,09 (10,13)	0,38
	CAIS-C Kontrol	21,27 (17,87)		16,71 (13,61)	
	CAIS-P	12,34 (8,63)	0,04	8,92 (8,20)	0,21
	CAIS-P Kontrol	12,72 (10,59)		10,52 (7,50)	

CAIS: Child Anxiety Impact Scale, C: child, P: parent(s)

Ginsburg og kollegaer (2021) er det eneste studie, der gjorde brug af en individuel intervention, som også rapporterede follow-up målinger af interventions- og kontrolgruppen. Mellem grupperne ved follow-up målingen fandt de en lille effekt ($d = 0,38$) vurderet af børnene selv og en lille effekt ($d = 0,21$) vurderet af børnenes forældre. Dette peger altså på, at både børnene i kontrolgruppen og forældrene til børnene i kontrolgruppen rapporterede højere grad af angstsymptomer end interventionsgruppen ved follow-up målingen. Når forældrene vurderede angstsymptomerne hos børnene, ses der, som nævnt ovenfor, en lille effekt ved follow-up målingen ($d = 0,21$) og en minimal effekt ved eftermålingen ($d = 0,04$). Dette indikerer, at der var større forskel mellem grupperne ved follow-up målingen end ved eftermålingen. Dog ses der en mindre forskel mellem grupperne ved follow-up målingen ($d = 0,38$) end ved eftermålingen ($d = 0,72$), når angstsymptomerne blev vurderet af børnene selv. Samtidig ses samme forskel ($d = 0,38$) mellem grupperne ved førmålingen og ved follow-up målingen vurderet af børnene selv. Dette indikerer altså, at interventionen i interventionsgruppen ikke var mere effektiv end den intervention, kontrolgruppen modtog. Yderligere tyder det altså på, at børnene i interventionsgruppen rapporterede en stigning i angstsymptomer fra eftermålingen til follow-up målingen, hvor kontrolgruppen rapporterede et fald i angstsymptomer over samme periode.

Online interventioner

Af de fire artikler, som gjorde brug af en online intervention, rapporterede alle fire artikler follow-up målinger af deres interventions- og kontrolgruppe. Dette gør sig gældende for følgende artikler; Schoneveld og kollegaer (2016), Schoneveld og kollegaer (2018), Scholten og kollegaer (2016) samt Creswell og kollegaer (2024).

Tabel 17 - Online interventioner med follow-up målinger

Studier	Måleredskaber	Efter M (SD)	Effektstørrelse <i>d</i>	Follow-up M (SD)	Effektstørrelse <i>d</i>
Schoneveld et al. (2016)	SCAS-C	0,75 (0,40)	0,43	0,70 (0,36)	0,23
	SCAS-C Kontrol	0,92 (0,40)		0,78 (0,34)	
	SCAS-M	0,39 (0,22)	0	0,35 (0,21)	0,18
	SCAS-M Kontrol	0,39 (0,21)		0,39 (0,24)	
	SCAS-F	0,32 (0,19)	0,22	0,27 (0,18)	0,43
	SCAS-F Kontrol	0,37 (0,25)		0,37 (0,27)	
Schoneveld et al. (2018)	SCAS	0,74 (0,39)	0,02	0,67/0,58 (0,42/0,34)	-0,05/0,17
	SCAS Kontrol	0,75 (0,34)		0,65/0,64 (0,39/0,38)	
Scholten et al. (2016)	SCAS	0,74 (0,33)	0,11	0,72 (0,30)	-0,03
	SCAS Kontrol	0,78 (0,37)		0,71 (0,35)	
Creswell et al. (2024)	CAIS-P	19,64 (16)	-0,05	17,99 (15,39)	0,01
	CAIS-P Kontrol	18,89 (14,54)		18,08 (15,08)	
	CAIS-C	19,27 (15,13)	-0,10	17,03 (15,83)	0,18
	CAIS-C Kontrol	20,73 (14,50)		19,89 (16,64)	

SCAS: Spence Children's Anxiety Scale, CAIS: Child Anxiety Impact Scale, C: child, P: parent(s), M: mother, F: father

Studierne af Schoneveld og kollegaer (2018), Scholten og kollegaer (2016) og Creswell og kollegaer (2024) fandt minimale effekter mellem interventions- og kontrolgruppen ved follow-up målingen (hhv. $d = -0,05$ & $0,17$, $d = -0,03$ og $d = 0,01$

& 0,18). Det vil sige, at der ligesom ved før- og eftermålingerne ikke ses nogen forskel mellem interventions- og kontrolgruppen ved follow-up målingerne. Dette indikerer, at interventionerne i interventionsgrupperne ikke var mere effektive til at reducere symptomer på angst end de interventioner, der blev givet til kontrolgrupperne, men at interventionerne derimod var lige effektive.

Studiet af Schoneveld og kollegaer (2016) fandt minimale til små effekter mellem interventions- og kontrolgruppen målt ved follow-up målingen. Hvis angstsymptomerne blev vurderet af barnet selv, ses en lille effekt på ($d = 0,23$), vurderes de af moderen ses en minimal effekt på ($d = 0,18$) og vurderes de af faderen ses en lille effekt på ($d = 0,43$). Sammenlignet med eftermålingen faldt effekten fra ($d = 0,43$) til ($d = 0,23$) ved follow-up målingen, da angstsymptomerne blev vurderet af barnet. Dog steg effekten fra eftermålingen ($d = 0,22$) til follow-up målingen ($d = 0,43$), når faderen lavede vurderingen. Idet mean falder uanfægtet, hvorvidt børnene modtog intervention eller ej, indikerer det altså, at begge grupper mindskede angstsymptomer med tiden, men børnene i interventionsgruppen, vurderet af dem selv, mindskede angstsymptomerne mest.

Opsamlende indikerer ovenstående altså, at der ved størstedelen af studierne, der lavede en follow-up måling, var minimale til små forskelle mellem interventions- og kontrolgrupperne ved tidspunktet for follow-up måling.

Eftermåling til follow-up måling

I dette afsnit beskrives resultaterne fra eftermålingerne til follow-up målingerne i interventionsgrupperne. Dette afsnit er inddelt efter gruppeinterventioner, individuelle interventioner og online interventioner.

Gruppeinterventioner

Som nævnt tidligere er der fire studier med gruppeinterventioner, som afrapporterede follow-up målinger; Wong og kollegaer (2020), McLoone og Rapee (2012), van Starrenburg og kollegaer (2017), Haugland og kollegaer (2020) samt Miller og kollegaer (2011).

Tabel 18 - Gruppeinterventioner med follow-up målinger

Studier	Måleredskaber	Efter M (SD)	Follow-up M (SD)	Effektstørrelse <i>d</i>
Wong et al. (2020)	HADS-A CBT-PI	9,64 (3,63)	8,39 (3,45)	-0,35
	SCAS CBT-PI	46,60 (21,26)	41,09 (20,84)	-0,26
	HADS-A CBT	9,40 (3,73)	8,89 (2,63)	-0,16
	SCAS CBT	49,54 (21,29)	42,32 (17,61)	-0,37
McLoone & Rapee (2012)	SCAS-C Skole	32,02 (15,66)	29,92 (15,97)	-0,13
	SCAS-P Skole	22,71 (3,18)	21,90 (13,63)	-0,08
	SCAS-C Hjemme	32,62 (20,56)	30,43 (20,08)	-0,11
	SCAS-P Hjemme	19,99 (10,64)	20,04 (12,04)	0
van Starrenburg et al. (2017)	SCAS-C	0,62 (0,32)	0,53 (0,35)	-0,27
	SCAS-P	0,43 (0,16)	0,39 (0,21)	-0,21
Miller et al. (2011)	MASC	53,64 (16,84)	42,50 (16,42)	-0,67
Haugland et al. (2020)	SCAS Vaag	35,02 (18,26)	33,34 (15,05)	-0,1
	SCAS Cool Kids	32,01 (18,31)	29,04 (17,52)	-0,17

HADS-A: angst subskala af Hospital Anxiety and Depression Scale, SCAS: Spence Children's Anxiety Scale, MASC: Multidimensional Anxiety Scale for Children, CBT: Cognitive Behavioural Therapy, CBT-PI: Cognitive Behavioural Therapy with parental involvement

Studiet af Wong og kollegaer (2020) lavede en follow-up måling 6 måneder efter endt intervention. Her fandt de fra eftermålingen til follow-up målingen minimale til små effekter ved begge måleredskaber og for begge interventioner. CBT-interventionen viste minimal effekt ($d = -0,16$) og CBT-PI viste en lille effekt ($d = -0,35$) målt med måleredskabet HADS-A. Når angstsymptomerne blev målt med måleredskabet SCAS, fandt Wong og kollegaer (2020) små effekter for henholdsvis CBT ($d = -0,37$) og CBT-PI ($d = -0,26$). Dette indikerer altså, at fra efter endt intervention til follow-up målingen blev angstsymptomerne mindsket en smule.

Både studiet af van Starrenburg og kollegaer (2017) lavede en follow-up måling efter 3 måneder og Miller og kollegaer (2011) lavede en follow-up måling efter 17 måneder. De fandt små til moderate effekter mellem deres eftermåling og follow-up måling. van Starrenburg og kollegaer (2017) fandt en lille effekt ($d = -0,27$), når børnene selv vurderede, og ligeledes en lille effekt ($d = -0,21$), når forældrene vurderede børnene. Miller og kollegaer (2011) fandt en moderat effekt ($d = -0,67$) målt ved hjælp af måleredskabet MASC. Ligeledes peger dette på, at børnenes angstsymptomer fortsat mindskes efter endt intervention.

Studierne af McLoone og Rapee (2012) og Haugland og kollegaer (2020) fandt ingen til minimale effekter fra deres eftermåling til follow-up måling efter 12 måneder. Når børnene selv vurderede deres angstsymptomer, fandt McLoone og Rapee (2012) for Cool Kids Skolebaseret en minimal effekt på ($d = -0,13$) og for Cool Kids Hjemmebaseret en minimal effekt på ($d = -0,11$). Ved forældrenes vurdering af børnenes angstsymptomer fandt de ved Cool Kids Skolebaseret en minimal effekt på ($d = -0,08$) og ved Cool Kids Hjemmebaseret ingen effekt ($d = 0$). Det tyder altså på, at børnenes angstsymptomer ikke mindskes yderligere efter endt intervention. I studiet af Haugland og kollegaer (2020) fandt de en minimal effekt ($d = -0,17$) for interventionsgruppen, der modtog Cool Kids og en minimal effekt ($d = -0,1$) for gruppen, der modtog interventionen Vaag. Der ses altså minimale effekter fra efter-til follow-up målingen, men begge grupper reducerede stadig angstsymptomerne.

Individuelle interventioner

Af de individuelle interventioner er det kun Ginsburg og kollegaer (2021), som afrapporterede follow-up målinger.

Tabel 19 - Individuelle interventioner med follow-up målinger

Studier	Måleredskaber	Efter M (SD)	Follow-up M (SD)	Effektstørrelse d
Ginsburg et al. (2021)	CAIS-C	10,73 (6,22)	12,09 (10,13)	0,17
	CAIS-P	12,34 (8,63)	8,92 (8,20)	-0,41

CAIS: Child Anxiety Impact Scale, C: child, P: parent(s)

Ginsburg og kollegaer (2021) er som sagt det eneste studie, der gjorde brug af en individuel intervention, som også afrapporterede follow-up målinger, der blev lavet efter 3 måneder. Fra eftermålingen til follow-up målingen fandt Ginsburg og kollegaer (2021) minimal til lille effekt med måleredskabet CAIS. Når børnene selv vurderede angstsymptomerne, fandt Ginsburg og kollegaer (2021) en minimal effekt ($d = 0,17$). Idet effekten er positiv, indikerer dette, at børnene selv vurderede, at der var minimalt flere angstsymptomer ved follow-up i forhold til efter endt intervention. Var det derimod forældrene, der vurderede børnenes angstsymptomer, viste det en lille effekt ($d = -0,41$). Det tyder på, at forældrene vurderede børnenes angstsymptomer lavere end børnene selv ved follow-up målingen.

Online interventioner

Af de online interventioner afrapporterede fire studier follow-up målinger; Schoneveld og kollegaer (2016), Schoneveld og kollegaer (2018), Scholten og kollegaer (2016) samt Creswell og kollegaer (2024).

Tabel 20 - Online interventioner med follow-up målinger

Studier	Måleredskaber	Efter M (SD)	Follow-up M (SD)	Effektstørrelse d
Schoneveld et al. (2016)	SCAS-C	0,75 (0,40)	0,70 (0,36)	-0,13
	SCAS-M	0,39 (0,22)	0,35 (0,21)	-0,19
	SCAS-F	0,32 (0,19)	0,27 (0,18)	-0,27
Schoneveld et al. (2018)	SCAS	0,74 (0,39)	0,67 (0,42)	-0,17
			0,58 (0,34)	-0,44
Scholten et al. (2016)	SCAS	0,74 (0,33)	0,72 (0,30)	-0,06
Creswell et al. (2024)	CAIS-P	19,64 (16)	17,99 (15,39)	-0,11
	CAIS-C	19,27 (15,13)	17,03 (15,83)	-0,16

SCAS: Spence Children's Anxiety Scale, CAIS: Child Anxiety Impact Scale, C: child, P: parent(s), M: mother, F: father

Studiet af Schoneveld og kollegaer (2016) fandt minimale til små effekter ved deres follow-up måling efter 3 måneder i forhold til eftermålingen. Når angstsymptomerne blev vurderet af barnet selv med måleredskabet SCAS, fandt de en minimal effekt ($d = -0,13$) fra eftermåling til follow-up måling. Når mødrene vurderede børnenes

angstsymptomer, fandt de ligeledes en minimal effekt ($d = -0,19$). Var det derimod fædrene, der vurderede børnenes angstsymptomer, fandt de en lille effekt ($d = -0,27$). Effekterne fra eftermålingerne til follow-up målingerne af Schoneveld og kollegaer (2016) indikerer, at fædrene vurderede den største nedgang af angstsymptomerne fra efter interventionen til follow-up målingen.

Schoneveld og kollegaer (2018) lavede follow-up målinger efter henholdsvis 3 måneder og 6 måneder med måleredskabet SCAS. Fra eftermålingen til follow-up målingen på 3 måneder fandt Schoneveld og kollegaer (2018) en minimal effekt ($d = -0,17$), men derimod fandt de en lille effekt ved follow-up målingen efter 6 måneder ($d = -0,44$). Med disse effekter giver det en indikation af, at deltagerne i interventionsgruppen mindsker deres angstsymptomer efter endt intervention yderligere desto længere tid, der er gået.

Studiet af Scholten og kollegaer (2016) lavede en follow-up måling efter 3 måneder og Creswell og kollegaer (2024) lavede en follow-up måling efter 6 måneder. De fandt begge minimale effekter. Studiet af Scholten og kollegaer (2016) fandt ved hjælp af måleredskabet SCAS en minimal effekt ($d = -0,06$) fra eftermålingen til follow-up målingen. Creswell og kollegaer (2024) fandt en minimal effekt ved måleredskabet CAIS for både børnene selv CAIS ($d = -0,16$) og forældrene CAIS ($d = -0,11$). De minimale effekter peger altså på, at eftermålingen og follow-up målingen var tæt på hinanden, hvorfor angstsymptomerne var mindsket, men minimalt.

Opsamlende indikerer dette altså, at størstedelen af de studier, der lavede follow-up målinger, fandt minimale til små forskelle i børnenes rapporterede angstsymptomer fra eftermålingen til follow-up målingen. Dette peger på, at der sker en lille reducere i angstsymptomer fra tidspunktet fra eftermålingen til follow-up målingen.

4.2.3 Kvalitetsvurdering

De 16 inkluderede studier i dette systematiske review blev vurderet ud fra Quality Assessment Tool for Quantitative Studies (Effective Public Healthcare Panacea Project, 2024a) af alle tre reviewere. I de følgende afsnit gennemgås kvalitetsvurdering af selektionsbias, studiedesign, confounders, blinding, dataindsamlingspraksis samt frafald og tilbagetrækning for de inkluderede studier.

Tabel 21 - Kvalitetsvurdering

Inkluderede studier	Selektions bias	Studiedesign	Confounders	Blinding	Data Indsamlings praksis	Frafald og tilbagetrækning	Samlet kvalitets vurdering
Kwok et al., 2022	Stærk	Stærk	Stærk	Stærk	Stærk	Stærk	Stærk
Schoneveld et al., 2016	Moderat	Stærk	Stærk	Moderat	Stærk	Stærk	Stærk
Ginsburg et al., 2021	Moderat	Stærk	Stærk	Moderat	Stærk	Stærk	Stærk
Ebesutani et al., 2016	Stærk	Stærk	Stærk	Moderat	Stærk	Stærk	Stærk
Scholten et al., 2016	Svag	Stærk	Stærk	Moderat	Stærk	Stærk	Moderat
Stulmaker & Ray, 2015	Stærk	Stærk	Svag	Moderat	Stærk	Stærk	Moderat
Wong et al., 2020	Svag	Stærk	Stærk	Moderat	Stærk	Stærk	Moderat
McLoone & Rapee, 2012	Svag	Stærk	Stærk	Moderat	Stærk	Svag	Svag
Creswell et al., 2024	Stærk	Stærk	Stærk	Moderat	Stærk	Moderat	Stærk
van Starrenburg et al., 2017	Moderat	Stærk	Stærk	Moderat	Stærk	Stærk	Stærk
Haugland et al., 2020	Stærk	Stærk	Stærk	Moderat	Stærk	Moderat	Stærk

de la Torre-Luque et al., 2020	Stærk	Stærk	Stærk	Moderat	Stærk	Moderat	Stærk
Miller et al., 2011	Svag	Stærk	Moderat	Moderat	Stærk	Moderat	Moderat
Kwok, 2019	Stærk	Stærk	Stærk	Moderat	Stærk	Stærk	Stærk
Syeda & Andrews, 2021	Stærk	Stærk	Stærk	Svag	Stærk	Moderat	Moderat
Schoneveld et al., 2018	Stærk	Stærk	Stærk	Moderat	Stærk	Moderat	Stærk

4.2.3.1 Selektionsbias

Af de inkluderede artikler har ni ud af 16 artikler en stærk kvalitetsvurdering, hvad angår kategorien, selektionsbias. Det gør sig gældende for (de la Torre-Luque et al., 2020; Creswell et al., 2024; Kwok et al., 2022; Syeda & Andrews, 2021; Kwok, 2019; Haugland et al., 2020; Schoneveld et al., 2018; Ebesutani et al., 2016; Stulmaker & Ray, 2015). Disse studier har en deltagelsesprocent fra 85% til 100% af de inviterede deltagere, og studierne har repræsentative samples, som er rekrutteret bredt. Dette er vurderet på baggrund af, at rekrutteringerne primært foregår på skoler, og at studierne har rekrutteret fra tre (Kwok, 2019) og op til 20 forskellige skoler (Ebesutani et al., 2016).

Derudover var der tre ud af de 16 artikler, som har en moderat kvalitetsvurdering i kategorien selektionsbias. Det gør sig gældende for (van Starrenburg et al., 2017; Schoneveld et al., 2016; Ginsburg et al., 2011). Disse to har først og fremmest en deltagelsesprocent på henholdsvis 61% (Ginsburg et al., 2011) og 74% (Schoneveld et al., 2016). Derudover rekrutterer de, ligesom ovenstående artikler, gennem flere forskellige skoler. De to artikler har dermed fået en moderat kvalitetsvurdering baseret på deres deltagelsesprocent.

Der er fire artikler, som har en svag kvalitetsvurdering af de inkluderede artikler. Det gør sig gældende for (Scholten et al., 2016; Wong et al., 2020; Miller et al., 2011;

McLoone og Rapee, 2012). Alle fire artikler rekrutterer, ligesom ovenstående, gennem flere forskellige skoler. Dog spænder deltagelsesprocenten fra 38% (Wong et al., 2020) til 59% (Miller et al., 2011). Dermed baseres den svage kvalitetsvurdering på deltagelsesprocenten.

4.2.3.2 Studiedesign

Alle 16 inkluderede studier blev vurderet i kategorien studiedesign til at have stærk kvalitet, idet alle studierne er RCT. Det gør sig dermed gældende for samtlige inkluderede studier i dette systematiske review (de la Torre-Luque et al., 2020; Creswell et al., 2024; Kwok et al., 2022; Syeda & Andrews, 2021; Kwok, 2019; Haugland et al., 2020; Schoneveld et al., 2018; Ebesutani et al., 2016; Stulmaker & Ray, 2015; van Starrenburg et al., 2017; Schoneveld et al., 2016; Scholten et al., 2016; Wong et al., 2020; Miller et al., 2011; McLoone & Rapee, 2012; Ginsburg et al., 2011).

4.2.3.3 Confounders

Af de 16 inkluderede studier blev 14 vurderet med en stærk kvalitetsvurdering i kategorien confounders (Scholten et al., 2016; Wong et al., 2020; Kwok et al., 2022; Syeda & Andrews, 2021; de la Torre-Luque et al., 2020; Haugland et al., 2020; Schoneveld et al., 2016; McLoone & Rapee, 2012; Ginsburg et al., 2021; Kwok, 2019; van Starrenburg et al., 2017; Schoneveld et al., 2018; Ebesutani et al., 2016; Creswell et al., 2024). Dette er på baggrund af, at førnævnte artikler alle udfører tests for forskelle, og alle rapporterer ingen signifikante forskelle mellem grupperne på nær af Haugland og kollegaer (2020) og McLoone og Rapee (2012). Haugland og kollegaer (2020) fandt en mindre forskel på alderen mellem interventions- og kontrolgruppen, udover dette fandt de ingen signifikante forskelle mellem grupperne. McLoone og Rapee (2012) fandt en forskel på køn, da der var signifikant flere mænd i de to interventionsgrupper i forhold til kontrolgruppen. Dog fandt de ingen yderligere forskelle mellem grupperne, hvorfor alle de nævnte studier fik en stærk kvalitetsvurdering i kategorien confounders.

Der er et enkelt af de inkluderede studier, som får en moderat kvalitetsvurdering (Miller et al., 2011). Dette er på baggrund af, at de rapporterer forskelle mellem grupperne ved køn og klassetrin. De forskelle forsøger Miller og kollegaer (2011) dog at kontrollere for i studiet.

Derudover får et enkelt af de inkluderede studier en svag kvalitetsvurdering (Stulmaker & Ray, 2015). Dette gives på baggrund af, at de ikke afrapporterer test for confounders, og det beskrives ikke i selve studiet.

4.2.3.4 Blinding

Det eneste af de inkluderede studier, som har en stærk kvalitetsvurdering i blinding, er Kwok og kollegaer (2022). Dette er på baggrund af, at de både har blindet forskere og deltagere for tildelingen til henholdsvis interventions- eller kontrolgruppe.

Af de inkluderede studier har størstedelen en moderat kvalitetsvurdering hvad angår blinding. Det gør sig gældende for 14 ud af 16 inkluderede studier (Schoneveld et al., 2016; Ginsburg et al., 2021; Ebesutani et al., 2016; Scholten et al., 2016; Stulmaker & Ray, 2015; Wong et al., 2020; McLoone & Rapee, 2012; Creswell et al., 2024; van Starrenburg et al., 2017; Haugland et al., 2020; de la Torre-Luque et al., 2020; Miller et al., 2011; Kwok, 2019; Schoneveld et al., 2018). Af disse studier nævner studierne af Scholten og kollegaer (2016), Schoneveld og kollegaer (2016), de la Torre-Luque og kollegaer (2020), van Starrenburg og kollegaer (2017), Schoneveld og kollegaer (2018), Ebesutani og kollegaer (2016), Stulmaker og Ray (2015), McLoone og Rapee (2012) og Ginsburg og kollegaer (2021) intet om blinding, hverken for forskerne/dem der skulle vurdere resultaterne eller for deltagerne. Derfor får disse studier en moderat kvalitetsvurdering på kategorien om blinding. Derudover beskriver Wong og kollegaer (2020), Creswell og kollegaer (2024), Kwok (2019) og Miller og kollegaer (2011), at forskerne var blindet i forhold til deltagerne tildeling til henholdsvis interventions- og kontrolgruppe, men at deltagerne ikke var blindet. Ydermere beskriver studiet af Haugland og kollegaer (2020), at forskerne var blindet for tildeling, men de beskriver ikke, hvorvidt deltagerne var blindet. På baggrund af dette får Haugland og kollegaer (2020) en moderat kvalitetsvurdering for blinding.

Studiet af Syeda og Andrews (2021) beskriver, at hverken forskere eller deltagere var blindet. På baggrund af dette får dette studie en svag kvalitetsvurdering hvad angår blinding kategorien.

4.2.3.5 Dataindsamlingspraksis

Ud af de 16 inkluderede artikler blev de alle vurderet til en stærk kvalitet i forhold til dataindsamlingspraksis. Alle de inkluderede studier gør brug af måleredskaber, som er valide og pålidelige. Dette er netop baggrund for en stærk kvalitetsvurdering for alle de inkluderede studier i kategorien dataindsamlingspraksis. For yderligere beskrivelse af måleredskaberne, se afsnit 4.1.3.

4.2.3.6 Frafald og tilbagetrækning

Af de inkluderede artikler har ni ud af 16 studier en stærk kvalitetsvurdering, hvad angår frafald og tilbagetrækning. Det gør sig gældende for (Scholten et al., 2016; Ginsburg et al., 2011; Wong et al., 2020; Kwok et al., 2022; Kwok, 2019; van Starrenburg et al., 2017; Schoneveld et al., 2018; Ebesutani et al., 2016; Stulmaker og Ray, 2015). Disse studier har en lav frafaldsprocent. Flere af studierne har en frafaldsprocent på 0% (Kwok et al., 2022; Kwok, 2019; Ebesutani et al., 2016) og studiet med den højeste frafaldsprocent, som stadig er lav nok til en stærk kvalitetsvurdering er på 19% (van Starrenburg et al., 2017).

Derudover har seks ud af de 16 inkluderede artikler en moderat kvalitetsvurdering, hvad angår frafald og tilbagetrækning. Det gør sig gældende for (Schoneveld et al., 2016; Creswell et al., 2024; Syeda og Andrews, 2021; de la Torre-Luque et al., 2020; Haugland et al., 2020; Miller et al., 2011). Af disse studier er den laveste frafaldsprocent på 21% (Creswell et al., 2024; Schoneveld et al., 2018; Miller et al., 2011) og den højeste frafaldsprocent på 35% (Haugland et al., 2020). På baggrund af frafaldsprocenten vurderes disse studier af moderat kvalitetsvurdering på frafald- og tilbagetrækningskategorien.

Derudover er det et enkelt studie, som har en svag kvalitetsvurdering. Det er studiet af McLoone og Rapee (2012). Dette er på baggrund af en frafaldsprocent på 55%.

4.2.3.7 Samlet vurdering

Af de inkluderede artikler er der 10 ud af 16, som har en stærk samlet kvalitetsvurdering. Det gør sig gældende for følgende (Kwok et al., 2022; Schoneveld et al., 2016; Ginsburg et al., 2021; Ebesutani et al., 2016; Creswell et al., 2024; van Starrenburg et al., 2017; Haugland et al., 2020; de la Torre-Luque et al., 2020; Kwok, 2019; Schoneveld et al., 2018). Der er fem ud af 16 artikler, som har en moderat samlet kvalitetsvurdering. Det gør sig gældende for følgende (Scholten et al., 2016; Stulmaker & Ray, 2015; Wong et al., 2020; Miller et al., 2011; Syeda & Andrews, 2021). Der er en ud af 16 artikler, som har en svag samlet kvalitetsvurdering. Det gør sig gældende for følgende (McLoone & Rapee, 2012). Se tabel 21.

5.0 Diskussion

Indledningsvist præsenteres en diskussion af de inkluderede studiers resultater. Der diskuteres både ud fra studier, som direkte sammenligner forskelle såsom varighed af interventionerne eller forskel på online versus fysisk tilstedeværelse samt på tværs af studier. Efterfølgende diskuteres nødvendigheden af psykologiske interventioner. Der tages udgangspunkt i den teoretiske baggrund for interventionerne, brugen af aktive kontrolgrupper samt indflydelsen på, hvorvidt interventionerne foregår individuelt eller i grupper. Dernæst tager vi udgangspunkt i udvalgte temaer, som vi ser, at de inkluderede studier selv, peger på kan have indflydelse på interventionernes effekt. Her præsenteres først angstens ætiologi, herefter betydningen af motivation og afslutningsvis hvilke barrierer, der kan have indflydelse på studierne resultater. Dette afsnit har et teoretisk udgangspunkt, og der tages derfor kun udgangspunkt i indirekte evidens, da der kun diskuteres på tværs af studier. Afslutningsvis præsenteres en metodisk diskussion, som er opdelt i henholdsvis de inkluderede studiers metode og vores egne metodiske valg i dette systematiske review.

5.1 *Diskussion af de inkluderede studiers resultater*

Nedenstående afsnit er inddelt i to hoved diskussionspunkter. Indledningsvist diskuteres de resultater, som vi kan sige noget direkte om. Først præsenteres diskussionen om, hvorvidt der er forskel på de inkluderede studiers resultater alt efter, om de udfører interventionerne online eller ved fysisk tilstedeværelse. Her diskuteres fordele og ulemper, hvoraf der tages udgangspunkt i de inkluderede studiers resultater. Afslutningsvis i første del af denne diskussion diskuteres hvilken betydning varighed af interventionen samt tid for follow-up målingerne kan have for studierne resultater. I anden del af diskussionen tages der udgangspunkt i sammenligninger på tværs af studierne. Først diskuteres interventionernes teoretiske afsæt for at belyse, hvorvidt dette har en betydning for interventionernes effekt. Derefter diskuteres, hvorvidt der også ses effekt ved de aktive kontrolgrupper. Afslutningsvis belyses diskussionen om individuel versus gruppeinterventioner.

5.1.1 Hvad kan vores resultater direkte sige?

Dette afsnit tager udgangspunkt i de konkrete studier, som direkte selv undersøger forskelle på faktorer som online versus fysisk tilstedeværelse, varighed på interventionerne samt udfører follow-up målinger. Vi anvender derfor hovedsageligt studier, som kan sige noget direkte om disse forskelle. Yderligere suppleres disse diskussioner af resultater på tværs af forskellige studier.

5.1.1.1 **Online versus fysiske interventioner**

I forbindelse med bearbejdningen af resultaterne fra de inkluderede artikler, har vi set en tendens til, at flere af de nyere inkluderede studier gør brug af online interventioner til behandling af børn med subklinisk angst. Som Creswell og kollegaer (2024) skriver, er det ud fra det argument at gøre disse interventioner mere let tilgængelige, mere omkostningseffektive og nemmere at nå ud til flere ved at gøre dem online. Vi vil derfor diskutere, hvorvidt disse online interventioner er lige så effektive som interventionerne med fysisk tilstedeværelse. Hvis vi skal kunne sige noget om, hvorvidt online eller fysisk tilstedeværelse er mest effektivt i forhold til

interventioner, er det essentielt at have studier, som har lavet en direkte sammenligning af en intervention, der foregår online og en der foregår med fysisk tilstedeværelse.

Her er særligt Schoneveld og kollegaer (2018) samt Creswell og kollegaer (2024) egnet til at undersøge, hvorvidt det kan have en betydning. De sammenligner netop deres online interventionsgrupper med kontrolgrupper, som modtager en intervention med fysisk tilstedeværelse. Her ses minimale effekter på henholdsvis ($d = 0,02$) ved eftermålingen mellem grupper i studiet af Schoneveld og kollegaer (2018) og ($d = -0,05$ & $0,10$) ved eftermålingen mellem grupper i studiet af Creswell og kollegaer (2024). Dette indikerer, at online interventionerne er lige så effektive som interventionerne med fysisk tilstedeværelse. Sammenlignes vores resultater fra før-til eftermålingerne af interventionsgrupperne på tværs af alle de inkluderede studier, ses det, at de studier, der gør brug af fysisk tilstedeværelse, har minimale til store effekter, hvoraf online interventioner fandt små til moderate effekter. Vi kan på baggrund af vores resultater ikke udlede noget entydigt om, hvorvidt online eller fysisk tilstedeværelse er mest effektivt. Dog peger resultaterne på tværs af studierne på, at der er flere interventioner med fysisk tilstedeværelse, der fandt moderate og store effekter.

Men hvad er så fordelene og ulemperne ved henholdsvis online interventioner og interventioner med fysisk tilstedeværelse? En generel udfordring, der ses ved kontekster for interventioner, er børnenes evne til at overføre det lærte fra interventionerne til andre kontekster i deres daglige liv (Schoneveld et al., 2016). På den ene side argumenterer Schoneveld og kollegaer (2016) for, at videospil kan give en emotionel kontekst til interventionen, som de netop mener, interventioner med fysisk tilstedeværelse kan mangle. Videospillet kan altså være med til at give en kontekst, hvori børnene kan se, hvordan brugen af strategier kan udspille sig. På den anden side fandt Schoneveld og kollegaer (2018) dog, at børnene vurderede interventionerne med fysisk tilstedeværelse som mere relevante for deres daglige liv, da børnene blev spurgt til dette. Så selvom Schoneveld og kollegaer (2016) argumenterer for, at online interventioner kan give en kontekst som interventionerne med fysisk tilstedeværelse mangler, bliver den fysiske intervention i studiet af Schoneveld og kollegaer (2018) vurderet mere relevant af børnene. Ifølge

Schoneveld og kollegaer (2018) kan dette skyldes, at der ved interventionerne med fysisk tilstedeværelse er nogle gruppefacilitatorer, som minder børnene om at øve de færdigheder, de lærer i løbet af interventionen i deres daglige liv. De argumenterer derfor for, at selvom videospillene kan give kontekst til det lærte, er der nogle andre fordele ved intervention med fysisk tilstedeværelse, som børnene selv vurderer, er mere relevante. Selvom børnene i studiet af Schoneveld og kollegaer (2018) vurderede den fysiske intervention som mere relevant end den online intervention, ses det dog i resultaterne fra de inkluderede studier, at online interventioner var lige så effektive til at reducere angstsymptomer som interventionerne med fysisk tilstedeværelse. Der ses altså en diskrepans mellem resultaterne og så det, børnene selv vurderer som relevant i studiet af Schoneveld og kollegaer (2018), da de vurderer interventionen med fysisk tilstedeværelse som mere relevant.

Noget andet der er vigtigt at tage højde for i diskussionen om, hvorvidt online eller fysisk tilstedeværelse har størst effekt, er relationen til facilitatoren eller de andre børn, som kan gå tabt ved online interventioner. Stulmaker og Ray (2015) pointerer på den ene side, at fysisk tilstedeværelse kan give større mulighed for at skabe et trygt rum for barnet, hvor det tør at udforske og udtrykke sig anderledes. Netop det teoretiske grundlag, vi har præsenteret tidligere, peger også på, at mennesket udvikler sig i relation til andre. Dette understøtter altså vigtigheden af, at barnet har direkte kontakt til facilitatoren eller andre børn. På den anden side peger Schoneveld og kollegaer (2018) på, at online interventioner også er et trygt rum, som barnet kan træde ind i. Der kan yderligere argumenteres for, at det trygge rum, som online interventioner også kan skabe, medvirker til at barnet oplever mindre præstationsangst og pres. Dermed kan barnet i sit eget tempo deltage i interventionen uden frygt for, hvordan andre måtte agere eller reagere.

Der er altså fordele ved både online interventioner og interventioner med fysisk tilstedeværelse, så hvad er deres ulemper? Creswell og kollegaer (2024) argumenterer for, at en internet leveret intervention giver betydelige besparelser i terapeutens kontakttid med børnene, hvorfor vi ser en ulempe ved interventionerne med fysisk tilstedeværelse, hvor det kræver flere ressourcer af terapeuten. På den ene side kan terapeutens tid og ressourcer blive en barriere for tilgængeligheden af interventioner mod angst, hvor online interventioner netop gør behandling let

tilgængeligt og omkostningseffektivt (Weist et al., 2017; Creswell et al., 2024). Disse barrierer vil blive uddybet i afsnit 5.2.3. På den anden side ser vi, at der kan være en ulempe ved manglende kontakt til terapeuten. Netop dette understøttes af Haugland og kollegaer (2020), som peger på, at desto længere tid terapeuterne har til at skabe kontakt til børnene, desto mere tilfredse er børnene også med interventionen. Dog kan dette kontaktskabende element være med til at gøre interventionerne længere, hvilket kan være mere tidskrævende for børnene. Med dette argumenterer Schoneveld og kollegaer (2018) for, at der vil være færre, som dropper ud af videospil-interventionen MindLight i forhold til kognitiv adfærdsterapi med fysisk tilstedeværelse, da disse interventioner netop ikke er lige så tidskrævende for børnene. Dog understøtter resultaterne af vores kvalitetsvurdering af de inkluderede studier ikke denne påstand. Kigger vi på kategorien frafald og tilbagetrækning i studiernes kvalitetsvurdering (se afsnit 4.2.3), ses det, at to ud af fire studier, der gjorde brug af en online intervention, fik en stærk kvalitetsvurdering og de resterende to studier fik en moderat kvalitetsvurdering. Kigger vi på studierne med interventioner med fysisk tilstedeværelse fik disse også en blanding af stærke og moderate kvalitetsvurderinger i kategorien frafald og tilbagetrækning. Diskussionen om, hvorvidt der er forskel på frafaldsprocenten i de online interventioner, peger altså på, at der ikke ses en markant forskel mellem online og fysiske interventioner, hvad frafaldsprocent angår. Dette kan derfor indikere, at det ikke nødvendigvis er, hvorvidt interventionen foregår online eller fysisk, som påvirker frafaldsprocenten, men at det også kan være andre faktorer såsom motivation, relation til terapeuten eller andre livsomstændigheder.

Ovenstående indikerer dermed, at resultaterne peger på, at der er større effekter ved intervention med fysisk tilstedeværelse i forhold til online intervention. Dog er resultaterne tvetydige, hvorfor vi ikke endegyldigt kan sige noget om dette.

5.1.1.2 Interventionernes varighed

Når man undersøger effektiviteten af interventioner til børn med subklinisk angst, er det vigtigt at have interventionernes varighed for øje, da dette kan få betydning for den effekt, interventionerne har på redueringen af angstsymptomer. Altså har tiden

en indflydelse på resultaterne af studierne interventioner? Dette spørgsmål gør sig både gældende for længden af interventionen, altså hvor lang tid varer interventionen, men det gør sig også gældende for udviklingen efter endt intervention. Først og fremmest opstår der en diskussion om, hvorvidt kortere eller længere interventioner har størst indflydelse på redueringen af angstsymptomer. Som nævnt tidligere er der et skel mellem naturlig ængstelighed og reelle angstsymptomer, og hvis angstsymptomer ikke arbejdes med, kan det risikere at udvikle sig til en angstlidelse. Dette incitament for at lave en intervention for at forebygge, at angstsymptomer bliver til en angstlidelse, understreger altså vigtigheden af at gøre det på bedst mulig vis.

Vi har i dette systematiske review valgt at skelne kortere og længere interventioner mellem syv og otte uger, hvoraf seks af interventionerne er af kortere varighed (tre til syv uger), og hvor 14 af interventionerne er af længere varighed (otte til 12 uger). Af de interventioner som vi kategoriserer, som kortere interventioner fandt fire af studierne små effekter fra før- til eftermålingen, et af studierne fandt en moderat effekt fra før- til eftermålingen og et studie fandt en stor effekt fra før- til eftermålingen. Der ses dermed en hovedvægt af små effekter fra før- til eftermålingerne ved interventioner, vi kategoriserer som kortere interventioner. I de interventioner vi kategoriserer som længere interventioner, ses der i studierne alt fra ingen til store effekter fra før- til eftermålingerne. Dog ses der igen flest små effekter. Ud fra effekterne i vores inkluderede studier kan vi derfor ikke sige noget om, hvorvidt længden af interventionerne spiller en afgørende rolle for resultaterne.

Dog beskriver de inkluderede artikler både fordele og ulemper ved henholdsvis kortere og længere interventioner. Først og fremmest argumenterer Haugland og kollegaer (2020) for, at kortere interventioner er mere omkostningseffektive. Dette gør det altså muligt for de samme ressourcer at nå ud til flere, set i forhold til hvis der skulle gives en længerevarende intervention. Derudover peger for eksempel Stulmaker og Ray (2015) samt Scholten og kollegaer (2016) på, at fordelene ved kortere interventioner også kan være, at der kan være større intensitet i forløbet, hvilket kan bidrage til, at barnet i højere grad bliver holdt i hånden i den intense periode. Dette kan netop være en fordel, i de tilfælde hvor barnets forældre ikke har evnerne til at hjælpe til, hvilket kan medvirke til at tage noget af byrden fra

forældrene. På den anden side peger Haugland og kollegaer (2020) også på, at længere interventioner har større effekt, fordi det kan kræve tid at oparbejde en forståelse for egne angstsymptomer, reaktioner og dertil kunne udarbejde håndteringsstrategier. Det kan derfor tage en vis rum tid, før barnet får forståelsen ind under huden og er i stand til at anvende håndteringsstrategierne i de kontekster, hvor angstsymptomerne opstår. Derfor valgte Haugland og kollegaer (2020) at undersøge både en kort og lang version af en CBT-intervention for angstsymptomer. De fandt, at deltagerne i både den korte og lange version reducerede deres angstsymptomer ved både eftermålingerne og deres follow-up målinger. Dog fandt de, at den største reduktion af angstsymptomerne fandt sted hos deltagerne i den længere version af CBT-interventionen. Dette understøtter derfor Haugland og kollegaers (2020) hypotese om, at længerevarende interventioner har større effekt end de kortere og mere omkostningseffektive interventioner. Ser vi på tværs af de inkluderede studiers resultater, ses der effekt ved både kortere og længere interventioner. Det peger altså på, at uanfægtet hvor lang tid interventionen varer, ses der effekt på redueringen af angstsymptomerne hos børnene. Ovenstående indikerer dermed, at der kan være andre faktorer end tid, som har en betydning for resultatet af interventionen.

5.1.1.3 Hvad sker der ved follow-up målingerne?

Efter at have undersøgt betydningen af interventionernes varighed for resultaterne, er det interessant at kigge på, hvad der så sker med resultaterne ved follow-up målingerne. Her har vi et enkelt studie af Haugland og kollegaer (2020), som nævnt både lavede en kortvarig og langvarig intervention, og som yderligere lavede follow-up målinger. Der opstår derved en diskussion om, hvorvidt længden af interventionerne også kan have en indflydelse på redueringen af angstsymptomer på længere sigt. Haugland og kollegaer (2020) fandt nemlig, at der var større forskel på interventionsgrupperne ved follow-up målingen et år efter endt intervention end ved eftermålingen. Først kan der argumenteres for, at tiden for længden af interventionen har en afgørende betydning, mens deltagerne modtager en intervention, idet deltagerne i den lange intervention rykker sig mere end deltagerne i den korte intervention. Resultaterne for eftermålingerne viser dermed at desto længere tid

deltagerne får hjælp og arbejder på deres angstsymptomer, desto større effekt har det på redueringen af angstsymptomerne. Dertil kan resultaterne for follow-up målingen indikere, at længden af interventionerne også har en betydning efter endt intervention, i det der ses en endnu større forskel mellem grupperne ved follow-up målingen. Med udgangspunkt i resultaterne fra studiet af Haugland og kollegaer (2020) ses der altså en større effekt ved den længere intervention end ved den korte intervention.

En anden spændende diskussion for betydningen af tid, er, hvorvidt angstsymptomerne mindskes grundet intervention eller blot fordi børnene bliver bedre til at håndtere angstsymptomerne, desto længere tid der går. Både van Starrenburg og kollegaer (2017), som anvender en venteliste kontrolgruppe, samt Miller og kollegaer (2011), som anvender en aktiv kontrolgruppe, fandt nemlig, at angstsymptomerne både før-, efter- og follow-up målingen gradvist faldt for både interventions- og kontrolgrupperne. Ifølge van Starrenburg og kollegaer (2017) samt Miller og kollegaer (2011) kan vi argumentere for, at uanfægtet, om børnene modtager intervention eller ej, mindskes angstsymptomerne med tiden. Dog ser vi, at der er større effekt på redueringen af angstsymptomer for børnene i interventions- og aktive kontrolgrupper end for børnene i venteliste kontrolgrupperne. Reduceringen af angstsymptomerne for børnene i venteliste kontrolgruppen var altså minimal for både før-, efter- og follow-up målinger. Dette indikerer altså, at angstsymptomer ikke blot reduceres som tiden går, men at det kræver en aktiv indsats, hvis der skal ses tydelig effekt på redueringen af angstsymptomer hos børn med subklinisk angst.

Spørgsmålet er dog, om grunden til at angstsymptomerne faldt i kontrolgrupperne, kan skyldes at børnene var bevidste om, at de var med i et studie for angstsymptomer. Det kan være vigtigt at tage højde for, hvorvidt det at børnene er bevidste om, at de er med i et studie om angstsymptomer, kan have en påvirkning på resultaterne. Som van Starrenburg og kollegaer (2017) pointerer, kan øget opmærksomhed på barnets angst under assessment øge barnets åbenhed overfor og bevidsthed om angst og dens konsekvenser. Dette kan muligvis være en del af forklaringen bag, at børnenes angstsymptomer, i venteliste kontrolgruppen, falder, selvom de ikke modtager en decideret intervention rettet mod deres angstsymptomer.

Det er dog vigtigt at bemærke at trods angstsymptomerne mindskes med tiden i studierne af van Starrenburg og kollegaer (2017) samt Miller og kollegaer (2011), så falder niveauet af børnenes angstsymptomer mere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Dertil ses der en generel tendens i vores inkluderede studier, at interventionsgrupperne scorer lavere på angstsymptomer end kontrolgrupperne ved follow-up målingerne. Ved syv ud af de ni studier med follow-up målinger scorede interventionsgruppen nemlig lavere på angstsymptomer end kontrolgruppen. Dette peger altså på, at selvom tiden medvirker til mindsket angstsymptomer, så har det en betydning, hvorvidt man modtager en intervention eller ej, for hvor meget angstsymptomerne mindskes.

5.1.2 Er psykologisk intervention nødvendig?

Ovenstående diskussion af de direkte resultater viser et tvetydigt billede af, hvad der har effekt for interventionerne, og samtidig viser det, at det ikke kun er børnene i interventionsgrupperne, som mindsker angstsymptomer men også børnene i enkelte af de aktive kontrolgrupper. Vi ser det derfor relevant at diskutere, hvorvidt det er nødvendigt med en psykologisk intervention, eller om blot det at modtage en indsats kan afhjælpe angstsymptomer.

5.1.2.1 Teoretisk baggrund for interventionerne

Størstedelen af de inkluderede studier gør brug af kognitiv adfærdsterapi til interventioner, hvoraf enkelte kombinerer kognitiv adfærdsterapi med for eksempel mindfulness og hypnose. De resterende studier har en anden teoretisk baggrund, hvor de tager udgangspunkt i positiv psykologi, musik- og legeterapi. Idet ingen af studierne laver en direkte undersøgelse af interventioner med forskellige teoretiske afsæt, kan vi derfor ikke diskutere resultaterne direkte. Ser man dog på tværs af studierne, kan vi se et mønster der går igen.

Generelt set fandt de studier, der udelukkende gjorde brug af kognitiv adfærdsterapi ingen til små effekter, hvorimod studierne af Ebesutani og kollegaer (2016) og Syeda og Andrews (2021) som kombinerer kognitiv adfærdsterapi med henholdsvis

hypnose og mindfulness, fandt store effekter. Dog kan det diskuteres, om resultaterne ses på grund af tilføjelsen af henholdsvis hypnose, mindfulness eller en tredje faktor. I forhold til tilføjelsen af hypnose til kognitiv adfærdsterapi beskriver Ebesutani og kollegaer (2016) på den ene side, at de hypnotiske teknikker er med til at lære børnene færdigheder i emotionsregulering og opmærksomhedskontrol. På den anden side er disse teknikker overlappende med teknikker i klassisk kognitiv adfærdsterapi, hvorfor det er svært at udlede fra resultaterne, om tilføjelsen af hypnose resulterede i større effekter eller om effekten ses på grund af andre elementer såsom eksponering og afslapning. Når det kommer til tilføjelsen af mindfulness til kognitiv adfærdsterapi, pointerer Syeda og Andrews (2021), at mindfulness aktiviteter tilføjer strategier, der kan hjælpe med at lære børnene at bringe deres opmærksomhed til nuet. Disse strategier kan være med til at reducere den ruminering, der ofte ses hos børn med angstsymptomer, hvilket betyder, at grubleriet over potentielt faretruende stimuli reduceres. Ser man derimod på studierne af Kwok (2019) og Kwok og kollegaer (2022), der gør brug af positiv psykologi, fandt de moderate til store effekter ved før- til eftermålingen af interventionsgrupperne. Kwok og kollegaer (2022) beskriver, at den store effekt kan ses på grund af, at positiv psykologi resulterer i højere subjektiv glæde, da fokuset er på emotionsregulering, hvilket kan medvirke til, at angstsymptomerne opleves mindre intensivt.

Det kan dog diskuteres, hvorvidt de store effekter også kan skyldes de små sample sizes, der ses i de ovennævnte studier, som fandt moderate til store effekter. Dette betyder, at resultaterne fra disse studier bliver usikre, da der er stor chance for, at individuel variation kan påvirke gennemsnittet og dermed kan enkelte børns resultater få stor betydning for det samlede resultat (Akobeng, 2016). Det er netop i disse tilfælde, at der er større risiko for type I og type II fejl, hvilket vil blive uddybet i afsnit 5.3.1.2.

Til sidst ses der en lille effekt fra før- til eftermålingen af interventionsgruppen i studiet af Stulmaker og Ray (2015), som gør brug af legeterapi. Dette peger på, at der ikke kun ses effekt ved interventionerne, der gør brug af kognitiv adfærdsterapi. Dette tyder altså på, at uanfægtet, hvilken form for intervention, der gives, har det en positiv indvirkning på børnenes angstsymptomer. Det spændende er altså derfor at se

på, hvorvidt der ville ses samme effekter, hvis børnene modtager en indsats, som ikke er en psykologisk intervention.

5.1.2.2 Brugen af aktive kontrolgrupper

Som beskrevet i afsnit 4.6.2.1 er der forskel på, hvad der kan udledes af resultaterne, alt afhængig af, hvilken slags kontrolgruppe, studiet gør brug af. For at udlede om interventionerne i interventionsgrupperne har større effekt end andre interventioner, har otte ud af 16 studier brugt en aktiv kontrolgruppe. Brugen af disse aktive kontrolgrupper kan derved i højere grad gøre det nemmere at kontrollere for, hvorvidt det er selve interventionen, der har effekt, eller om det blot er det at modtage et program, som giver effekten. Dette rejser spørgsmålet, om psykologisk intervention er nødvendigt til behandling af børn og unge med subklinisk angst? Vi ser det derfor relevant at diskutere, hvorvidt det er selve den psykologiske intervention, der giver effekt, eller om det blot er det at modtage en indsats, som giver effekt. Yderligere diskussion af fordelene og ulemperne ved de forskellige kontrolgrupper ses i afsnit 5.3.1.1.

Interessant har studierne af Wong og kollegaer (2020) og Miller og kollegaer (2011), som begge gør brug af gruppeinterventioner, fundet ingen til minimale effekter mellem interventionsgrupperne og de aktive kontrolgrupper ved eftermålingen. Deres kontrolgrupper modtager henholdsvis en social aktivitetsgruppe og historiefortælling. Wong og kollegaer (2020) beskriver selv, at deltagelse i sociale aktiviteter er befordrende for unges tilpasning og kan generere social støtte til de unge. Dette peger i retning af, at blot det at modtage en indsats kan have en effekt på redueringen af angstsymptomer hos børn med subklinisk angst. Det kan altså derfor diskuteres, hvorvidt det er nødvendigt med særlige psykologiske interventioner til behandling af børn i denne målgruppe. Netop her peger Wong og kollegaer (2020) samt Miller og kollegaer (2011) på, at der ikke er forskel på, hvorvidt deltagerne får en intervention rettet mod angstsymptomer eller om de er i en social aktivitetsgruppe eller får historiefortælling. Det kan altså derfor diskuteres, hvorvidt det er nødvendigt med særlige psykologiske interventioner til behandling af børn og unge med subklinisk angst.

Dog har Stulmaker og Ray (2015) fundet moderate forskelle mellem deres interventionsgrupper og aktive kontrolgrupper ved eftermålingen. Dette indikerer altså, at 1:1 kontakt med en terapeut i den psykologiske intervention er mere effektiv til at reducere angstsymptomer end en ugentlig aktivitetsgruppe. Modsat fandt Wong og kollegaer (2020), som beskrevet ovenfor, ikke nogen forskel mellem interventionsgruppen og deres aktive kontrolgruppe. Vi mener derfor, at dette kan give en indikation af, at der kan have været nogle nonspecifikke faktorer ved udførelsen af interventionerne og kontrolgruppe indsatserne, der har haft betydning for interventionens effekt. Dette kan for eksempel være kontakttid med terapeuten, social støtte eller det faktum, at studiet af Stulmaker og Ray (2015) gør brug af en individuel intervention og Wong og kollegaer (2020) gør brug af en gruppeintervention. Ud fra dette er det altså spændende at belyse, hvorvidt det har betydning, om interventionerne udføres i grupper eller individuelt.

5.1.2.3 Individuelle versus gruppeinterventioner

Der er utallige argumenter for både individuelle og gruppebaserede interventioner, og det er derfor vigtigt at have for øje, hvad formålet med interventionen er samt hvilken målgruppe, der arbejdes med (Ferdinand et al., 2004). Som nævnt tidligere er der flere afgørende faktorer for barnets udvikling, herunder tryk tilknytning, relationer til både primære omsorgspersoner og venner samt institutioner. Tages der udgangspunkt i den præsenterede teori, beskrives det, hvilken betydning andre mennesker har for barnets udvikling, og dermed kan gruppeinterventioner give netop det relationelle element deltagerne imellem. Tales der på den ene side om gruppeinterventioner ses det altså, at der tilføjes et element af, at barnet ikke blot kan arbejde med sig selv, men også kan arbejde med sig selv i forhold til andre. Dermed tilføjes et psykodynamisk element i gruppekontekster. På den anden side kan det siges, at individuelle interventioner sætter individet i fokus, og giver derfor mulighed for udelukkende at have ens egne følelser og udfordringer i fokus (Ferdinand et al., 2004). Vi ser det derfor relevant at diskutere, hvorvidt der er forskel på resultaterne, om de inkluderede studiers interventioner, udføres individuelt eller i grupper. Det er dog vigtigt at understrege, at ingen af de inkluderede studier både udfører en

individuel- og en gruppeintervention. Nedenstående diskussion tager derfor udgangspunkt i indirekte evidens, da der sammenlignes på tværs af studierne.

Hvis man sammenholder de individuelle og gruppebaserede interventioner, ses det, at studierne med de individuelle interventioner viser små til store effekter ved før- til eftermålingerne af interventionsgruppen. Derimod viser studierne med gruppeinterventioner alt fra ingen til store effekter ved før- til eftermålingerne af interventionsgruppen, hvoraf syv ud af ni studier viser ingen til små effekter. Samlet set ser vi, at studierne med individuelle interventioner har større effekter. Det er dog med forbehold for, at når online interventionerne tages fra, er der henholdsvis tre individuelle og ni gruppebaserede interventioner samt at de tre individuelle med fysisk tilstedeværelse har små sample sizes. Det er dog svært at udlede, om denne forskel i effekter skyldes forskellen i, om studiet gør brug af en fysisk individuel- eller gruppeintervention eller om der er andre potentielle faktorer, der spiller ind. Derfor vil nedenstående diskussion tage udgangspunkt i teoretiske fordele og ulemper ved henholdsvis individuelle- og gruppeinterventioner.

Jævnfør resultaterne i afsnit 5.1.2.2 ses det, at den aktive kontrolgruppe, som modtager en social aktivitetsgruppe, har lige så stor effekt på reducere af angstsymptomer som interventionsgruppen, der også modtager en gruppeintervention. Dette peger altså på, at der er nogle faktorer ved gruppekonteksten, som gør, at børn med subklinisk angst reducerer deres angstsymptomer, der ikke nødvendigvis er relateret til det faktum, at interventionen er psykologisk. Som beskrevet i teoriafsnittet udvikler barnet sig i samspil med andre, herunder både voksne og jævnaldrende. Derfor kan der ud fra dette perspektiv argumenteres for, at gruppekonteksten netop kan understøtte denne udvikling, hvor barnet skal lære strategier til at håndtere angstsymptomer. Samtidig kan gruppekonteksten give barnet mulighed for at spejle sig i andre børn med lignende problemstillinger og dermed skabe et fællesskab for børnene (Carr, 2016). På den anden side beskriver vi i teoriafsnittet, hvordan der kan være grundlæggende individuelle forskelle for udviklingen af angst, hvorfor der netop kan være forskellige behov for, hvad interventionen skal indebære. Her pointerer Ebesutani og kollegaer (2016), at det kan være nemmere at tilpasse en intervention til den enkelte, når interventionen leveres individuelt. De argumenterer for, at terapeuten dermed

nemmere kan gå i dybden med det enkelte barn og tilpasse interventionen alt efter barnets behov. Lignende argumenterer Stulmaker og Ray (2015) for, at individuelle interventioner skaber ramme for et trygt rum med barnet, hvor det kan udforske og ændre ængstelige mønstre. Et eksempel herpå, ser vi i studiet af Scholten og kollegaer (2016), hvor børn med symptomer på social angst rapporterede, at de ikke følte sig frie til fuldt ud at engagere sig i interventionen på grund af tilstedeværelsen af jævnaldrende. Dette kan indikere, at den tryghed og anerkendelse, der gives i en 1:1 kontekst, kan øge individuelle gevinster af interventionen. Dog sætter vi spørgsmålstegn ved, om skabelsen af dette trygge rum og muligheden for at ændre ængstelige mønstre ikke også kan ske under en gruppeintervention.

Vi ser altså, at der kan være forskel på, hvad det enkelte barn med subklinisk angst har behov for. På den ene side kan nogle af disse børn have større behov for en individuel intervention, der kan skræddersys til den enkelte og dennes udviklingsniveau. Dog er det ikke udelukket, at interventionen også kan tilpasses den enkelte i en gruppeintervention. Som studiet af Kwok (2019), der gør brug af en gruppeintervention, pointerer, er det fordelagtigt, at terapeuten kan have forskellige tilgange til interventioner mod angstsymptomer. Dette er vigtigt, så interventionen netop kan tilpasses til det enkelte barn og dets behov. På den anden side kan andre af disse børn med subklinisk angst have et større behov for social støtte og mulighed for at spejle sig i andre børn, hvorfor en gruppeintervention vil være mere relevant. Denne støtte og mulighed for at spejle sig i andre børn kan netop være det, børnene i de aktive kontrolgrupper får ud af indsatserne. Dermed kunne det være interessant for fremtidig forskning at undersøge, om psykologisk intervention er nødvendig for børn med subklinisk angst eller blot det at være i en gruppekontekst er tilstrækkeligt for de børn, der drager mest nytte af en gruppeintervention.

5.1.3 Opsummering

Opsummerende kan det altså siges, at der ses stor variation i resultaterne for de inkluderede studier. Ser vi på de resultater, som vi kan udtale os direkte om, tyder ovenstående først og fremmest på, at der findes større effekter ved interventioner med fysisk tilstedeværelse i forhold til online interventioner. I studierne af

Schoneveld og kollegaer (2018) samt Creswell og kollegaer (2024), som udfører både fysisk og online intervention, fandt de begge minimale effekter mellem grupperne. Dette peger altså på, at online interventioner og interventioner med fysisk tilstedeværelse er lige effektive til at reducere angstsymptomer. Derudover indikerer ovenstående, at længden af interventionerne i de inkluderede studier ikke har en tydelig effekt på resultaterne, idet der ses samme effekter, når interventionerne bliver delt op i kortere og længere interventioner. Hertil kan det siges, at kortere interventioner er mere omkostningseffektive, hvor længere intervention kan tilbyde den ekstra tid, det kan tage børnene at opnå forståelse for egne angstsymptomer og reaktioner og dertil udarbejde håndteringsstrategier. Dertil ses det, at angstsymptomerne hos børnene også reduceres efter endt intervention (ved follow-up målinger), uanfægtet længden af interventionen.

Kigger vi derimod på, hvorvidt psykologiske interventioner er nødvendige for redueringen af angstsymptomer, peger ovenstående på, at studierne med kognitiv adfærdsterapi kombineret med et andet element viser større effekter end kognitiv adfærdsterapi alene. Dertil ses der moderate til store effekter ved interventionerne baseret på positiv psykologi med eller uden musikterapi. Dog ses der små sample sizes ved disse studier. Derudover fandt vi, at der også ses effekter ved de aktive kontrolgrupper. Det peger derfor på, at der uanfægtet om der gives en psykologisk intervention eller blot en indsats, ses der effekt på redueringen af angstsymptomer. Derudover fandt de inkluderede studier alt fra ingen til store effekter for både individuelle og gruppebaserede interventioner. Dette peger altså på, at der er flere nonspecifikke faktorer, som kan have en indflydelse på resultatet, hvilket uddybes i afsnit 5.2. Interessant er det dog, at tager man udelukkende udgangspunkt i interventioner med fysisk tilstedeværelse, fandt studierne med individuelle interventioner større effekter end dem med gruppeinterventioner. I forlængelse af dette opstod diskussionen med fordele og ulemper for henholdsvis individuelle og gruppeinterventioner. På den ene side kan det siges, at de individuelle interventioner har en fordel ved mere tid til den enkelte og tilpasningsmuligheder. På den anden side kan gruppeinterventioner skabe et fællesskab og give børnene nogle andre at spejle sig i. Det er derfor essentielt, at der tages højde for hvilken målgruppe indenfor børn med subklinisk angst, der skal have interventionen.

5.2 Moderatorer

I dette diskussionsafsnit diskuteres moderatorer, som studierne umiddelbart ikke tager højde for i deres studier, men som stadig kan have indvirkning på effekterne af interventionerne, og dermed børnenes resultater. Temaer, vi er stødt på gennem vores udarbejdelse af dette systematiske review, og som vi mener kan have indflydelse på effekterne af interventionerne, er angstens ætiologi, motivation samt barrierer. Disse moderatorer er særligt nogle, som de inkluderede studier selv, peger på som mulige årsager til interventionernes effekter. Det er derfor ikke en udtømmende liste, men enkelte udvalgte, som vi ser som særligt relevante. Derfor kan vi ikke direkte sammenligne resultater for disse moderatorer, men vi kan sige noget generelt om dem med udgangspunkt i de inkluderede studier og vores egen præsenterede teori. Først diskuteres ætiologien bag angstsymptomernes betydning for børnenes udbytte af en intervention mod angstsymptomer. Herefter diskuteres motivationens betydning for effekten af interventioner mod angstsymptomer. Først kommer vi ind på børnenes motivation, og herefter kommer vi ind på motivation hos de individer, der implementerer og leverer interventionerne. Afslutningsvis i dette diskussionsafsnit diskuteres, hvilke barrierer man kan støde på, når man skal levere interventioner mod angstsymptomer.

5.2.1 Angstens ætiologi

Når man skal undersøge effekterne af interventioner mod angstsymptomer, er det vigtigt at have øje for angstens ætiologi, da det kan have betydning for, hvilken intervention børnene skal tilbydes. Vi har tidligere været omkring de ætiologiske teorier bag angst, tilknytningens betydning og sårbarheder (se afsnit 2.2.3). Som nævnt kan der være utallige faktorer i spil, når børn og unge får angstsymptomer ud over den naturlige ængstelighed. En af disse faktorer er blandt andet en utryg tilknytning, som kan have en stor betydning for angstens udvikling. Idet en tryk tilknytning særligt fungerer som en buffer for angst, oplever børn med en utryk tilknytning altså ikke samme buffer og sikkerhed. Yderligere, som beskrevet i afsnit 2.2.3.4, er der altså en sammenhæng mellem grad af oplevet angst og utryk tilknytning. Der opstår derfor en spændende diskussion ved, i hvor høj grad den

oplevede angst skyldes utryg tilknytning eller andet. Dermed kan det diskuteres, hvilken betydning en utryg tilknytning har, for hvordan der skal interveneres på børn med angstsymptomer. På den ene side kan der argumenteres for, at når barnet grundlæggende er utrygt tilknyttet, vil barnet oftere risikere at opleve en inkongruens mellem barnet selv og miljøet omkring barnet (Wennerberg, 2011). Angsten kan altså komme til udtryk som en uoverensstemmelse mellem det, som barnet selv har behov for eller mærker, og det som omgivelserne repræsenterer. Her peger Stulmaker og Ray (2015) på, at en rigid legeform hos barnet vil være et udtryk for netop denne inkongruens. Ifølge Stulmaker og Ray (2015) er det altså vigtigt, at der skabes et trygt rum, som giver barnet mulighed for at udforske og udtrykke sig på nye måder. Dermed hjælper det barnet med at leve i nuet, føle en form for kontrol og mindske angstsymptomerne den vej igennem. På den anden side kan der argumenteres for, hvorvidt det ville have bedre effekt at hjælpe barnet til at udvikle trygge relationer, og derfor ikke udelukkende fokusere på angstsymptomerne (Broberg et al., 2008). Dog er utryg tilknytning ikke ensbetydende med angstsymptomer, hvorfor utryg tilknytning kan anvendes som en indikator, man kan være opmærksom på, men det kan ikke alene angives som en årsagsforklaring (Skårderud et al., 2011).

Når man undersøger angstens ætiologi, kan miljøet have stor betydning for, om man udvikler angstsymptomer eller ej (Hudson et al., 2019). Derfor mener vi, at der opstår en diskussion om, hvorvidt fokuset skal være på børnenes angstsymptomer, eller om det nærmere skal være på deres miljø. Hvis angsten hos barnet er opstået på baggrund af dets miljø, vil vi mene at intervention af angstsymptomerne muligvis ikke er tilstrækkeligt. Hvis barnets miljø ikke ændrer sig, kan barnet blive ved med at blive påvirket af dets miljø (Carr, 2016). Derfor mener vi, at man på den ene side burde have miljøet med som en faktor, når man forsøger at hjælpe børnene, da angsten kan stamme fra barnets miljø. Yderligere kan der argumenteres for, at miljøer, hvor børn har medbestemmelse over egne beslutninger, medvirker til, at de i højere grad kan regulere angstens intensitet (Ollendick & Grills, 2016). Netop dette understreger altså, at miljøer, der understøtter denne medbestemmelse, er fordrende for børnenes niveauer af angstsymptomer. På den anden side er angstsymptomer ofte abstrakte og genstandsløse (Skårderud et al., 2011), hvorfor miljøet omkring barnet måske ikke er det primære fokus for interventionerne. Når man intervenserer på børnenes angstsymptomer, vil det altså give mening at undersøge, hvorvidt angsten

er genstandsløs eller om den er opstået på baggrund af barnets miljø. Når man ikke ved, hvor angsten stammer fra, og om den overhovedet stammer fra noget specifikt, kan det altså være vanskeligt at vurdere, hvorvidt den bedste indsats hos den enkelte går direkte på angstsymptomerne eller om den skal rettes mere mod miljøet.

5.2.2 Motivation

En anden faktor, som kan være afgørende for, hvilket resultat studierne finder for deres interventioner, er motivation. Motivation medvirker til at vedligeholde, opretholde og frembringe en bestemt adfærd (Ebesutani et al., 2016; Syeda & Andrews, 2021). Det er derfor essentielt, at børnene i interventionsgrupperne og de aktive kontrolgrupper er motiverede for at deltage. Først og fremmest argumenterer Schoneveld og kollegaer (2016) for, at motivationen for at spille videospil er en vigtig faktor for, at børnene faktisk spiller spillet. På den ene side peger Schoneveld og kollegaer (2016) altså på, at mange børn gerne vil spille videospil, hvorfor motivationen bør være i top ved denne form for intervention. Ifølge Schoneveld og kollegaer (2016) er det netop motivationen for videospillet, som skal medvirke til, at børnene får det optimale ud af interventionen ved reducere af angstsymptomer. Modsat fandt Scholten og kollegaer (2016), at deltagerne beskrev, at videospillet Dojo havde for lange sessioner, og at børnene havde svært ved at holde motivationen og koncentrationen efter fjerde session. Netop her peger Schoneveld og kollegaer (2018) på, at ikke-motiverende interventioner kan resultere i, at børnene ender med at droppe ud af interventionen, simpelthen fordi de ikke er motiveret til at gennemføre interventionen.

En anden faktor, som kan have indflydelse på motivationen for deltagelsen i interventionerne, er sværhedsgraden. Der kan altså både være udfordringer, hvis deltagerne oplever interventionen for let, eller hvis de oplever interventionen alt for svær. Schoneveld og kollegaer (2018) argumenterer for, at hvis børnene oplever interventionen for svær, kan de opleve præstationsangst og blot blive endnu mere presset af at deltage. Samtidig argumenterer de for, at hvis interventionen er for let, vil børnene kede sig hurtigt og miste interessen, hvorfor de ikke får det optimale ud af interventionen. Altså hvis interventionerne enten er for lette eller for svære, er der

risiko for en større frafaldsprocent. Det kan derfor siges, at det er essentielt, at interventionerne finder en balance mellem at udfordre børnene, men samtidig have et niveau, hvor børnene også oplever succes.

En tredje faktor, der er interessant at belyse i forhold til dette systematiske review, er betydningen af den motivation og entusiasme, som dem der implementerer og udfører interventionerne har. Først pointerer McLoone og Rapee (2012), at de individer, som for eksempel skoleledere, der er med til at implementere interventioner, skal være motiverede for at få interventioner op at køre samt have en tro på, at de vil virke, for at implementeringen skal være succesfuld. Interventionernes succes kan altså allerede påvirkes ved implementeringen. Derudover kan det have en stor betydning, hvorvidt dem, der udfører interventionerne, selv er motiverede og engagerede i at udføre interventionerne, da dette kan smitte af på deltagerne. Her peger Miller og kollegaer (2011) på, at de egenskaber lærerne har, kan have påvirket børnenes læring. For at interventioner bliver succesfulde, kan det derfor være vigtigt, at de individer som implementerer interventionerne samt dem der leverer dem, er motiverede og engagerede for at få interventionerne til at virke. Dertil peger Creswell og kollegaer (2024) på, at terapeutens erfaring har en stor betydning for kvaliteten af interventionen, da det er afgørende for deltagernes resultater. Idet terapeutens erfaring kan have indflydelse på kvaliteten af interventionen, mener vi derfor også det kan have indflydelse på, hvor meget børnene føler de får ud af interventionen, og dermed hvor motiveret børnene er for at fortsætte interventionen. Vi vurderer derfor, at terapeutens erfaring kan have indflydelse på børnenes motivation til at fortsætte med en intervention mod angstsymptomer. Det kan derfor være essentielt, at terapeuterne får nok træning, supervision og støtte til at udføre interventionerne på bedst mulig vis.

5.2.3 Barrierer

En faktor, som er værd at bemærke, er de forskellige barrierer, som studierne kan støde på, når interventionerne skal udføres. Disse barrierer kan for eksempel være logistik, forældreinvolvering eller kognitiv bias. Først og fremmest kan der være flere praktiske udfordringer, som der skal tages højde for. Her peger McLoone og

Rapee (2012) på, at især logistiske vanskeligheder og tidsbegrænsning, kan have en betydning for implementering af interventionerne i klinisk praksis. De argumenterer altså for, at der kan være større udfordringer for deltagere, som bor langt væk eller som skal fragte sig efter skole, i at deltage i interventionen. Det er derfor vigtigt at tage højde for, hvor og hvornår interventionen udføres, hvis flest mulige børn og familier skal kunne inkluderes. Dertil tilføjer McLoone og Rapee (2012), at terapeuternes tid og ressourcer kan have indflydelse på succesen af implementeringen og udførelsen af en intervention. I deres studie fandt de nemlig ud af, at skolevejlederne fra private skoler havde mere tid og flere ressourcer til at udføre interventionen end skolevejlederne fra offentlige skoler. Vi mener derfor, at det kan være vigtigt at have de enkelte skolars ressourcer for øje, når man skal vælge hvilken intervention, der skal implementeres på de enkelte skoler. For at komme disse praktiske udfordringer til livs argumenterer Schoneveld og kollegaer (2016), Schoneveld og kollegaer (2018) samt Scholten og kollegaer (2016) for, at online interventioner kan gøre behandling mere let tilgængeligt. De peger altså på, at uanfægtet om online interventionen foregår i skoletiden eller derhjemme, er der en større fleksibilitet for deltagerne. Dertil vil vi også mene, at man med online interventioner ikke behøver i lige så høj grad at tage højde for de enkelte skolars ressourcer for at sikre succesfulde interventioner. Fordelene og ulemperne ved online interventioner diskuteres yderligere i afsnit 5.1.1.1.

Ydermere er det vigtigt at være opmærksom på, hvilken rolle forældrene kan spille for resultatet af interventionen. Som nævnt tidligere kan moderlig overkontrol spille en stor rolle for, hvad barnet bliver eksponeret for. Har moren en bestemt måde at fortolke, percipere og håndtere situationer på, er det med til at skabe en bestemt form for kognitiv bias hos barnet. Tangerer moren til det nervøse eller ængstelige, er det netop det, der overføres til barnet (Palo & Candelari, 2022). Yderligere kan der argumenteres for, at hvis moren ikke er i stand til at frigive barnet, kan det være en barriere for, hvor meget barnet kan få ud af interventionerne. Dermed kan moren have indflydelse både for udviklingen af angstsymptomer, men også udbyttet af mulige interventioner mod angstsymptomer.

Det kan derfor diskuteres, hvorvidt forældrene kan agere som gatekeepere til behandling. På den ene side kan der argumenteres for, at forældrene har en stor indflydelse på, hvordan børnenes forhold til at tale om angst og arbejde med det er. Det er netop her, at kognitiv bias kommer i spil, idet den måde barnet vokser op på er med til at skabe en bestemt måde, hvorpå barnet tænker, perciperer og fortolker (Muris & Field, 2013). Altså bor børnene i et hjem, hvor de ikke har mulighed for at tale om angstsymptomerne eller få hjælp til at arbejde med de redskaber, der udvikles i interventionerne og derved anvende dem, kan det være svært for barnet at udvikle håndteringsstrategier til at mindske angstsymptomerne (Carr, 2016). I forlængelse af dette fandt Creswell og kollegaer (2024), at manglende data i deres studie kunne skyldes, at interventionen var en større byrde for de enlige forældre set i forhold til de forældre, som var i par. På den anden side kan stor forældreinvolvering, -støtte og -engagement være medvirkende til, at barnet med hjælp fra interventionerne kan rykke sig betydeligt. Her fandt Wong og kollegaer (2020) en lille forbedring i den intervention, som inddrog forældrene i forhold til den intervention, som kun bestod af børnene. Dette peger altså på, at forældrenes involvering og opbakning kan have en betydning for resultatet på børnenes angstsymptomer.

På den ene side kan forældrene altså hjælpe ved at skabe et hjemmemiljø, hvor børnene kan udvikle og øve det, de lærer og får med sig fra interventionerne. Dog kan forældrene på den anden side også være med til at skabe et hjemmemiljø, hvor børnene ikke kan udvikle det, de lærer i interventionerne. Vi mener derfor, at det er vigtigt at have forældrene for øje, når man tilbyder børn interventioner mod angstsymptomer. Hvorvidt børnene kan videreudvikle det, de har lært i interventioner derhjemme eller ej, mener vi muligvis kan have indflydelse på, hvilken intensitet de har behov for, når de modtager en intervention. Det er derfor essentielt, at der er øje for børnenes hjemmemiljø, når man udfører interventioner for angstsymptomer.

5.2.4 Opsummering

Ovenstående peger derfor på, at der er flere faktorer, som kan have en betydning for og indflydelse på resultaterne af interventionerne. Først og fremmest kan det siges, at en faktor som utryk tilknytning kan spille en rolle for, hvordan angstsymptomerne kommer til udtryk. Stulmaker og Ray (2015) peger på, at opstår der inkongruens mellem barnet selv og dets miljø, kan det være en medvirkende årsag til udviklingen af angstsymptomer. Det er derfor essentielt, at der skabes et trygt rum, der giver barnet mulighed for at udforske og udtrykke sig på ny. Netop denne pointe indikerer altså også, at barnets miljø og omgivelser er en vigtig faktor at have øje for, når der interverneres ved subklinisk angst. Ydermere fandt flere af de inkluderede studier motivation som en essentiel moderator for resultaterne af interventionerne. Først og fremmest kan deltagernes motivation være afgørende for, hvorvidt interventionerne er effektive eller ej. Et element såsom sværhedsgrad kan påvirke, hvorvidt deltagerne forbliver motiverede. Yderligere kan terapeuternes motivation for udførelsen af interventionen være afgørende for kvalitet og succes. Afslutningsvis peger ovenstående på flere barrierer, som for eksempel logistik, forældrenes rolle og opbakning, tidsbegrænsning samt terapeutens tid og ressourcer. Disse barrierer kan altså være en udfordring. Dog peger de af studierne, der udfører online interventioner på, at netop det at gøre interventionerne online kan være en måde hvorpå flere af disse barrierer kan tilgodeses.

5.3 Metode

I dette diskussionsafsnit diskuteres og gennemgås forskellige metodiske faktorer for både de inkluderede studier og dette systematiske review i forhold til deres styrker og begrænsninger. Først diskuteres styrker og begrænsninger ved de inkluderede artiklers metodevalg. Her diskuteres fordele og ulemper ved studierne forskningsdesign og sample size først. Derefter diskuteres betydningen af studierne frafaldsprocent, hvorefter vi sætter fokus på vigtigheden af før-, efter- og follow-up-målinger. Til sidst diskuteres styrker og begrænsninger ved studierne valg af måleredskaber. Dernæst er det de metodiske overvejelser for dette systematiske review, som er i fokus. Her diskuteres først det systematiske review som metode,

hvorefter der kommenteres på fordele og ulemper ved vores kvalitetssikring. Afslutningsvis diskuteres udvalgte inklusions- og eksklusionskriterier og dermed styrker og begrænsninger ved disse.

5.3.1 De inkluderede artiklers metodevalg

Når man laver et systematisk review, er det vigtigt at have de inkluderede studiers metode for øje, da det kan have betydning for kvaliteten samt muligheden for heraf at fortolke på deres resultater. Selvom der i dette studie kun er inkluderet RCT studier, er det ikke ensbetydende med, at alle studierne har gjort brug af de samme metodiske valg. I følgende afsnit diskuteres fordele, ulemper, begrænsninger og styrker ved de inkluderede studier. Denne diskussion tager udgangspunkt i relevante punkter fra den udarbejdede kvalitetsvurdering af de inkluderede studier, som er blevet præsenteret i afsnit 4.3.1.

5.3.1.1 Studiedesign

Alle studierne i dette review er RCT studier, som anses som værende placeret på det højeste niveau i evidenshierarkiet, grundet det faktum at de er designet til at undgå bias og systematiske fejl. For eksempel ved at randomisere studiets deltagere randomiseres også confounders, såsom alder, køn og etnicitet, der kan påvirke resultaterne, samtidig med at kontrolgrupper kan kontrollere for faktorer såsom tid eller andre moderatorer (Burns et al., 2011).

Randomisering

Randomisering kan foretages på individuelt niveau, som det gøres i vores inkluderede studier. Det kan dog også gøres på tværs af grupper, hvilket kaldes klynge randomisering. Denne form for randomisering bruges for at undgå kontaminering på tværs af behandlingsarme, så grupperne ikke har mulighed for at snakke med hinanden om interventionen (Haugland et al., 2020). Ulempen ved kontaminering er netop, at det kan påvirke studiets validitet og pålidelighed, idet børnene kan kommunikere på tværs af interventions- og kontrolgruppen (Rethinking Clinical Trials, 2024). Ingen af de inkluderede studier gør brug af klynge

randomisering, hvilket er en begrænsning for studierne, som de også selv kommenterer på. Flere af studierne peger på, at børnene har været bevidste om tildelingen af behandlingsarm, hvilket studierne ikke har kunnet kontrollere for, om det har haft en betydning. Dog kommenterer de ikke på, hvorfor de har valgt at lave randomisering på individuelt niveau fremfor klynge randomisering, for eksempel på skoleniveau. Grunden til, at de ikke laver klynge randomisering kan være, at der ikke har været nok deltagere i studierne til denne form for randomisering, eller at der har været forskel på, hvor mange børn der viser symptomer på angst på tværs af skolerne, hvis deltagerne er blevet rekrutteret fra skoler.

Kontrolgrupper

En anden grund til, at RCT studier placerer sig højt i evidenshierarkiet, er brugen af kontrolgrupper. Ved brugen af aktive kontrolgrupper, kan disse på den ene side bruges til at kontrollere for placeboeffekter (Kwok et al., 2022), såsom opmærksomhed eller social støtte (van Starrenburg et al., 2017). På den anden side kan de studier, der kun gør brug af en aktiv kontrolgruppe, ikke kontrollere for, hvorvidt det at få en intervention i sig selv har hjulpet (Scholten et al., 2016), eller om det er moderatorer som for eksempel tid, der har haft indflydelse på resultatet (Schoneveld et al., 2016). Samtidig kan typen af aktiv kontrolgruppe få betydning for resultatet, hvis den aktive kontrolgruppe modtager en intervention, der på nogle punkter minder for meget om interventionen, der gives i interventionsgruppen. Et eksempel herpå er studierne af Schoneveld og kollegaer (2016) og Schoneveld og kollegaer (2018). Begge studier undersøger videospil-interventionen MindLight, hvoraf Schoneveld og kollegaer (2016) sammenligner med en aktiv kontrolgruppe, som modtog videospillet Max and the Magic Marker, og Schoneveld og kollegaer (2018) sammenligner med en aktiv kontrolgruppe, som modtager interventionen Coping Cat med fysisk tilstedeværelse. Interventionen MindLight og Coping Cat minder om hinanden, idet begge interventioner er baseret på strategier og teknikker fra kognitiv adfærdsterapi, såsom afslapningsteknikker og eksponering, og har til formål at reducere barnets angstsymptomer. Derimod er videospillet Max and the Magic Marker ikke specifikt designet til at gøre brug af evidensbaseret teknikker til reducere af angst. Derfor er det ikke overraskende, at de fandt større forskel mellem interventions- og kontrolgruppen i studiet af Schoneveld og kollegaer (2016), hvor kontrolgruppen modtog Max and the Magic Marker, end i studiet af Schoneveld

og kollegaer (2018), hvor de fandt ingen forskel mellem interventions- og kontrolgruppen.

Hvor aktive kontrolgrupper kan kontrollere for placeboeffekter og andre eventuelle confounders, gør det omvendte sig gældende for brugen af passive kontrolgrupper såsom venteliste kontrolgrupper, hvor der derimod kan kontrolleres for tid. Det skaber altså nogle begrænsninger i studiernes mulighed for at kontrollere for placeboeffekter og confounders, hvis de kun gør brug af én slags kontrolgruppe (de la Torre-Luque et al., 2020). Ud fra ovenstående vil det altså være en fordel for fremtidige studier at inkludere både en aktiv kontrolgruppe og en passiv kontrolgruppe og på den måde både kontrollere for placeboeffekter og moderatorer. Dette ses i studiet af de la Torre-Luque og kollegaer (2020), hvor de netop både inkluderer en placebo kontrolgruppe og venteliste kontrolgruppe, hvilket er en styrke for studiet.

Ovenstående peger altså på, at nogle af styrkerne ved RCT studier er, at studierne er randomiseret og kontrolleret, hvilket betyder, at der er mindre risiko for bias og systematiske fejl. Derudover er de designet til at teste, om en bestemt intervention er effektiv, hvorfor disse studier netop er relevante til at besvare forskningsspørgsmålet for dette systematiske review.

5.3.1.2 Sample size

Som nævnt i afsnit 4.2.1 er der stor variation i de inkluderede studiers sample size. Studiet af Syeda og Andrews (2021) har det mindste sample size på 25 deltagere, og studiet af Creswell og kollegaer (2024) har det største sample size på 419 deltagere. Årsagen til, at det er relevant at komme omkring sample size, er, at størrelsen på det enkelte studies sample kan have betydning for studiets generaliserbarhed af dets resultater. På den ene side er der med et stort sample size større sandsynlighed for, at studiets sample repræsenterer den population, som studiet undersøger (Field, 2018). På den anden side kan der med et lille sample size være større risiko for type I eller type II fejl. En type I fejl sker, når man på baggrund af sine målinger forkaster nulhypotesen, selvom den faktisk er sand. Det vil sige, at man konkluderer, at der ses

en forskel mellem målinger, selvom der faktisk ikke var nogen forskel. Med andre ord, at variableerne eller grupperne adskiller sig, selvom de faktisk ikke gør. En type II fejl er det modsatte af en type I fejl. Her accepterer man nulhypotesen, selvom den måske burde være blevet forkastet. Det vil sige, at man konkluderer, at der ikke ses en forskel mellem målinger, selvom der faktisk var en. Med andre ord, at variableerne eller grupperne ikke adskiller sig, selvom de faktisk gør (Akobeng, 2016). Fordelen ved store sample sizes er altså, at der er mindre risiko for at begå type I og type II fejl, men ulempen er derimod, at større sample sizes kan kræve mere tid og flere ressourcer afhængig af, hvilken slags undersøgelse, der laves. Kigger vi på de inkluderede studier i dette review, beskriver syv ud af 16 studier selv, at det er en begrænsning, at de har små sample sizes, netop fordi der er risiko for type I og type II fejl. Dog er studierne af Ginsburg og kollegaer (2021) samt Ebesutani og kollegaer (2016) pilotstudier, hvilket kan forklare deres små sample sizes på henholdsvis 54 og 32 deltagere. De resterende ni ud af 16 studier beskriver, at deres undersøgelser har haft tilstrækkelig power til at opdage en effekt, hvilket er en styrke for disse studier.

5.3.1.3 Frafald og tilbagetrækning

Det er vigtigt at kigge på studiernes frafaldsprocent, fordi det kan give indikationer, om interventionerne er for krævende eller om der har været andre årsager til, at nogle deltagere er droppet ud af interventionen eller ikke har taget imod en invitation til deltagelse. Dermed er det en styrke, hvis studierne har lave frafaldsprocenter, da det indikerer, at flest muligt har fuldført interventionen. Når vi ser på de inkluderede studiers frafaldsprocent, er der stor variation; 0 til 55 procent. Dog har ni ud af 16 studier en frafaldsprocent under 19 procent, hvilket svarer til en stærk vurdering i vores kvalitetsvurdering og er dermed en styrke for disse studier. Derved tyder det altså på, at det giver mening for børn med subklinisk angst at deltage i interventioner mod angstsymptomer, da de fuldfører interventionerne. Kun ét studie i dette systematiske review får en svag vurdering i vores kvalitetsvurdering, da der ses en høj frafaldsprocent på 55 procent. I dette studie af McLoone og Rapee (2012) leveres både en skolebaseret og hjemmebaseret version af Cool Kids. I gennemsnit gennemførte børnene i den hjemmebaserede version 6,1 ud af 10 sessioner, hvor de i

gennemsnit gennemførte 8,5 ud af 10 sessioner i den skolebaserede version. Dette peger altså på, at det kan have været for krævende for forældrene at levere den hjemmebaserede version af Cool Kids og er et eksempel på hvorfor det er vigtigt at have studiernes frafaldsprocenter for øje.

5.3.1.4 Før-, efter- og follow-up målinger

Alle studierne i dette review har foretaget før- og eftermålinger af deres interventions- og kontrolgrupper. Dette er en styrke, da førmålingerne kan indikere, om der har været forskel mellem gruppen allerede fra interventionens start. Hvis der har været forskel mellem grupperne ved førmålingen, har det betydning for fortolkningen af resultaterne ved eftermålingerne. Dertil har ni af studierne inkluderet follow-up målinger, hvilket er en styrke ved disse studier, hvorimod det er en begrænsning for de resterende syv studier, at de ikke har inkluderet en follow-up måling. Fordelen ved at foretage follow-up målinger er nemlig, at der ikke kun fokuseres på øjeblikks virkninger af en intervention. Follow-up målinger kan altså bruges til at give en indikation, om en intervention kun har virket lige efter endt intervention eller om effekten vedligeholdes, forbedres eller forværres efter et givent antal måneder (Schoneveld et al., 2018).

Hvornår de inkluderede studier i dette systematiske review, foretager follow-up målingen varierer fra studie til studie, og spænder fra 1 måned efter endt intervention op til 17 måneder efter endt intervention. Fordelen ved at lave follow-up målinger kort tid efter endt intervention er, at det kan være nemmere at få svar fra deltagerne i forhold til et år efter endt intervention (van Starrenburg et al., 2017). Derimod er fordelen ved at lave follow-up målinger længere tid efter endt intervention, at studierne bedre kan udtale sig, om hvorvidt behandlingseffekterne er vedvarende (Wong et al., 2020; van Starrenburg et al., 2017). Dermed er det altså en styrke, at ni ud af 16 studier har foretaget follow-up målinger. Yderligere har to af de inkluderede studier valgt at lave to follow-up målinger, da det både kan være med til at undersøge, om der er en forsinket interventionseffekt, samt hvornår den største effekt er, og om den fortsætter ved flere måletidspunkter (Miller et al., 2011).

Udover follow-up målinger har tre af de inkluderede studier valgt at lave en screening før førmålingen. Styrken ved at have flere målinger med i studiets design er, at det tillader undersøgelse af det naturlige forløb af angstsymptomer ved at inkludere to vurderingspunkter, før interventionen leveres (de la Torre-Luque et al., 2020). Dog kan dette også blive en begrænsning for studierne, da denne screening kan øge deltagernes bevidsthed om og åbenhed over for angst og dens konsekvenser, hvilket kan føre til et fald i deltagernes angstniveauer fra screening til førmålingen (van Starrenburg et al., 2017). Generelt set kan det at besvare det samme spørgeskema om angstsymptomer flere gange medføre en måleinduceret forbedring, hvilket kan påvirke resultaterne (van Starrenburg et al., 2017).

5.3.1.5 Måleredskaber

Der er utallige måder at måle børns angstsymptomer på. Flere af studierne i dette systematiske review gør brug af både selvrapportering og rapportering udført af børnenes forældre. Fordelen ved at inkludere målinger af både børnene og deres forældre kan være, at man kan få flere syn på børnenes angstsymptomer. På den ene side kan det være nødvendigt at inkludere målinger fra børnenes forældre om børnenes angstsymptomer, da børnespecifikke faktorer såsom alder kan have begrænset børnenes evne til at rapportere om deres følelser og bekymringer retrospektivt (Syeda & Andrews, 2021). Dertil ses der en udbredt tendens til, at der er uenighed mellem børns og forældres rapportering, når det kommer til internaliserende symptomer (McLoone & Rapee, 2012). Derfor kan forældres målinger være med til at gøre forskeren opmærksom på, om der er en diskrepans, der eventuelt skal undersøges yderligere. På den anden side kan forældres målinger være påvirket af bias. Når forældrene ikke er blinde over for hvilken gruppe (interventions- eller kontrolgruppe) barnet er tildelt, kan det skabe bias hos forældrene, hvilket kan underminere validiteten af forældrenes målinger (McLoone & Rapee, 2012; Creswell et al., 2024). Derudover kan forældre med mentale helbredsproblemer være overfølsomme over for deres børns mulige angst udfordringer, hvilket kan føre til mere alvorlige vurderinger af deres børns angstsymptomer (Syeda & Andrews, 2021). Derved kan dette også føre til en diskrepans mellem børnenes og forældrenes målinger. Det er altså en begrænsning, at

studierne udelukkende gør brug af selvrapporteringsmål og spørgeskemaer besvaret af barnet selv og barnets forældre, da det bliver en subjektiv vurdering af barnets angstsymptomer.

5.3.2 Dette systematiske review

Lige så vel som det er essentielt at have de inkluderede studiers metode for øje, lige så vigtigt er det, at vi forholder os til vores egne metodiske valg. Det systematiske review som metode, kvalitetssikring samt begrænsninger og styrker ved vores metodiske valg vil derfor blive diskuteret i dette afsnit.

5.3.2.1 Det systematiske review som metode

I toppen af evidenshierarkiet af forskning findes det systematiske review (Burns et al., 2011). Derfor kan det argumenteres, at dette systematiske review befinder sig i toppen af evidenshierarkiet. Som nævnt tidligere i afsnit 3.1 er der flere styrker og fordele ved det systematiske review, men det er vigtigt at være opmærksom på, at det også kan have begrænsninger. Dette kan være begrænsninger såsom heterogenitet, altså forskellighed på tværs af de inkluderede studier (Petticrew & Roberts, 2006), hvilket også ses i vores systematiske review. Grunden til dette er, at der kun er få studier, der undersøger samme intervention. Ud over interventionerne MindLight og Cool Kids, bliver hver af de resterende interventioner kun undersøgt i et inkluderet studie. Dette betyder derfor, at der er heterogenitet på tværs af de inkluderede studier, når det kommer til de interventioner, som studierne anvender. På trods af denne heterogenitet vil vi dog mene, at da mange af interventionerne minder om hinanden og er baseret på samme terapiform, nemlig kognitiv adfærdsterapi, kan man godt undersøge om for eksempel kognitiv adfærdsterapi interventioner skiller sig ud fra de andre interventionsformer, som er inkluderet i dette systematiske review. Disse forskelle er blevet diskuteret i afsnit 5.1.3.

5.3.2.2 Kvalitetssikring

Under udførelsen af dette systematiske review har vi været tre reviewere til at søge efter relevante studier, samt udvælge de endelige inkluderede artikler. Vi har alle tre været inde over disse processer for at undgå bias, og derved kvalitetssikre vores review (Petticrew & Roberts, 2006). Hertil anbefales det også af PRISMA guidelines, at flere reviewere er inde over selektionsprocessen af studier, for at sikre at inkludere relevante studier og dertil reducere risikoen for, at relevante studier ekskluderes (Liberati et al., 2009). En styrke ved dette systematiske review er derfor, at vi har været tre personer til at vurdere de studier, vi har søgt frem under finsorteringen. En svaghed kan på den anden side være, at vi kun har været en person til at vurdere hver artikel i grovsorteringen af studierne. Beslutningen om kun at være en person om hver artikel i grovsorteringen, er dog blevet taget på baggrund af den tidsbegrænsning, vi har været underlagt.

5.3.2.3 Styrker og begrænsninger

I følgende afsnit diskuteres udvalgte inklusions- og eksklusionskriterier, som er blevet anvendt i dette systematiske review. Først præsenteres fordele og ulemper ved udelukkende at inkludere RCT studier. Dernæst diskuteres vores valg om at fokusere på børn i alderen 6-16 år med subklinisk angst og indikerede forebyggelsesprogrammer.

RCT studier

En styrke ved dette systematiske review er, at der kun er inkluderet RCT studier. Grunden til at dette er en styrke er, at desto mere ensartet de inkluderede studiers forskningsdesign er, des lettere kan interventionernes effekter sammenlignes. Dertil er RCT studier designet til at undersøge effektiviteten af interventioner, hvorfor det var relevant kun at inkludere disse studier i vores systematiske review. Samtidig rangeres RCT studier på højeste niveau i evidenshierarkiet, fordi de er designet til at undgå bias og dermed har mindre risiko for systematiske fejl (Burns et al., 2011). Derimod er der samtidig en svaghed ved, at vi kun har inkluderet RCT studier, i og med relevante studier, som ikke er RCT studier, er blevet ekskluderet, og derfor kan der være gået relevant viden tabt. For eksempel har vi i vores selektionsfase

ekskluderet flere studier, som har lavet lignende interventioner på børn med angstsymptomer, men grundet manglende randomisering er disse ekskluderet.

Subklinisk angst

I dette systematiske review har vi valgt at have fokus på børn med subklinisk angst, og vi har dermed fravalgt at fokusere på børn med angstdiagnoser. På den ene side er dette fokus på børn med subklinisk angst vigtigt, fordi vi ser en stigende tendens til at fokusere på forebyggelsesinterventioner til netop denne population (Werner-Seidler et al., 2021). Derfor er det vigtigt, at effektiviteten af disse forebyggelsesinterventioner er kendt, da det er med til at informere klinisk praksis, om hvilke interventioner der er mest effektive til at reducere angstsymptomer hos børn med subklinisk angst. Dog er der på den anden side nogle udfordringer ved studier, hvor fokuset er på subklinisk angst, idet opsporingen kan være en gråzone. Da der ingen faste grænser er, for hvornår angstsymptomerne er for lave eller for høje til at modtage disse former for interventioner, kan det give en udfordring i klinisk praksis.

Indikeret forebyggelse

Yderligere har vi valgt at fokusere på indikeret forebyggelse af angst og dermed forebyggelsesinterventioner, der kun gives til børn, der viser symptomer på angst. Fordelen ved denne type forebyggelse er på den ene side, at der ikke bliver brugt unødvendig tid og ressourcer på børn, der ikke har behov for intervention mod angstsymptomer. På den anden side kan man argumentere for, at et universelt forebyggelsesprogram, som leveres til for eksempel hele skoleklasser, kan gavne alle børn på den ene eller anden måde. Selvom angstsymptomer ikke er et aktuelt problem for alle børn, kan det at lære håndteringsstrategier og få viden om tankemønstre bidrage til udvikling af evnen til emotionsregulering (Rosenberg et al., 2012). Samtidig undgår man ved universelle forebyggelsesprogrammer at skulle rekruttere børn med den ”rette” mængde angstsymptomer, hvorfor risikoen for at misse nogle børn, der reelt set kunne have brug for intervention mod angstsymptomer, mindskes (Ferdinand et al., 2004). Ulemperne ved universel forebyggelse er dog, at muligheden for, at børnene med subklinisk angst kan spejle sig i de andre børn, der også har subklinisk angst, mindskes. På den måde kan det blive mere intimiderende at deltage i en gruppeintervention, der leveres som

universel forebyggelse, i og med at der både deltager børn med og uden angstsymptomer (Ferdinand et al., 2004). Eksempelvis kan et barn med symptomer på social angst have sværere ved at tale om sin angst blandt en hel skoleklasse fremfor en mindre gruppe. Derudover er grunden til, at vi kun har valgt at inkludere studier, der undersøger indikeret forebyggelse, at vi ønskede at inkludere både individuelle og gruppeinterventioner. Universelle forebyggelsesprogrammer leveres oftest i grupper, hvorimod indikerede forebyggelsesprogrammer både leveres individuelt og i gruppe kontekster.

Aldersgruppe

Ydermere har vi valgt at fokusere på børn i den danske folkeskole alder, hvilket vi har defineret som 6 til 16 år. Dette har vi blandt andet gjort ud fra det argument, at jo før der interverneres på barnets angstsymptomer, jo mindre bliver risikoen for at udvikle andre former for trivselsproblemer (Fisak et al., 2023). Skolen er netop også blevet identificeret som en passende kontekst, hvori forebyggelsesprogrammer kan leveres til børn, hvorfor folkeskolealderen 6 til 16 år anses som relevant (Werner-Seidler et al., 2021). Dog kan det diskuteres, om vi har valgt at inkludere et for stort aldersspænd og derimod skulle have fokuseret på en mere specifik aldersgruppe. Som Stulmaker og Ray (2015) pointerer, kan der være forskel på hvilken slags intervention, der er effektiv for yngre end ældre børn, da avancerede kognitive processer ofte er involveret i interventioner til ældre børn. Derfor kan der være nogle udviklingsmæssige overvejelser, der skal tages hensyn til i interventionen til yngre børn.

5.3.3 Opsummering

Opsamlende ses der både styrker og begrænsninger ved studierne metodevalg. Generelt er det en styrke, at studierne gør brug af randomisering og kontrolgrupper. Dog kan denne type studiedesign ikke informere os om, hvilke mekanismer, der er årsag til, at interventionerne har effekt. Dertil er det en begrænsning, at syv ud af 16 studier har få deltagere, da det øger risiko for type I og type II fejl. Yderligere ses en styrke ved studierne, i og med alle studierne gør brug af før- og eftermålinger, samt en styrke ved de ni studier, der anvender follow-up målinger. Disse kan indikere, om

effekten af en intervention vedligeholdes, forbedres eller forværres efter et givent antal måneder. Der ses en begrænsning ved studierne valg af måleredskaber, da de udelukkende anvender selvrapportering eller rapporteringer udført af børnenes forældre og dermed mangler objektive vurderinger af børnenes angstsymptomer. I forhold til vores egne metodiske valg ser vi det som en styrke, at vi udarbejder et systematisk review, da det er med til at kortlægge viden om effekten af intervention til børn med subklinisk angst. Dertil er det en styrke, at vi har været tre reviewere i selektionsprocessen, da det reducerer risikoen for at ekskludere relevante studier. Dog ser vi det som en begrænsning, at vi ikke har været tre reviewere inde over alle artiklerne i hele selektionsprocessen. På grund af det stigende fokus på børn med subklinisk angst, ser vi det relevant, at vi i dette systematiske review netop har undersøgt effektiviteten af interventioner til denne population og derfor udelukkende fokuseret på indikeret forebyggelse. Vi ser en styrke ved valget af aldersgruppen 6 til 16 år, da skolen er blevet identificeret som en passende kontekst, hvori disse forebyggelsesprogrammer kan foregå. Dog er vi klar over, at dette er et stort aldersspænd, hvorfor det er vigtigt at have udviklingsmæssige overvejelser i implementeringen af disse forebyggelsesprogrammer.

5.4 Fremtidig forskning

Vi har løbende i dette speciale nævnt interessante perspektiver, som fremtidig forskning kunne fokusere på. Selvom der i mange år har været fokus på interventioner til angst, har størstedelen af studierne fokus på angstlidelser, og ikke på subklinisk angst. Dette ses blandt andet ved, at der ikke er specielt mange studier, som er fokuseret på interventioner, der retter sig mod børn og unge, der endnu ikke har en angstlidelse, men stadig er præget af angstsymptomer. Dertil ses det, at de studier som kun fokuserer på interventioner til angstsymptomer, der har mange af dem små sample sizes. Derfor mener vi, at der i fremtiden bør laves studier, som har et større sample size, så man blandt andet bedre kan undgå at støde ind i type I og type II fejl. Det kan dog være svært at få fat i mange deltagere, hvilket også ses i store frafaldsprocenter inden interventionsstart. En måde at tilgodese dette på, kunne være at gennemføre en kort psykoedukativ kampagne til forældre. Dette kan i hvert

fald være et skridt mod mere bevidsthed om interventioner til angstsymptomer, i hvert fald på et skoleniveau.

Udover større sample sizes i fremtidige studier, kunne det også være relevant både at inkludere flere målinger før interventionens start og efter endt intervention. Disse målinger kunne også være interessante i forhold til at undersøge, om det vil være relevant at tilbyde booster sessioner efter endt intervention. Booster sessioner vil kunne bruges, hvis det vurderes, at der er behov for, at de redskaber, man giver deltagerne med fra interventionerne, skal opretholdes. Dertil vil det også være relevant for fremtidige studier at inkludere grupper, der modtager booster sessioner samtidig med, at man inkluderer grupper, der ikke modtager booster sessioner. På den måde vil man kunne undersøge, om booster sessioner kan have en effekt på angstsymptomer hos børn med subklinisk angst.

Udover at inkludere flere tidspunkter, hvor man måler børnenes angstsymptomer, kunne det også være interessant, hvis fremtidige studier inkluderede vurderinger eller målinger fra uafhængige individer, såsom lærere eller forskere, altså fra andre end børnene selv eller deres forældre. Flere studier i dette review har udover børnenes målinger også inkluderet målinger fra deres forældre. Dog vurderer flere af de inkluderede studier, at der kan være udfordringer ved, at forældrene er klar over deres børns tildeling til en interventions- eller kontrolgruppe. Grunden til dette er, at der kan opstå bias hos forældrene, når de er bevidste om deres barns tildeling (McLoone & Rapee, 2012; Creswell et al., 2024). Det vil derfor være spændende, hvis fremtidig forskning på dette emne inkluderede grupper, hvor forældrene er klar over deres barns tildeling, samtidig med at de inkluderer grupper, hvor forældrene ikke er klar over deres barns tildeling. På den måde vil man kunne undersøge, om der rent faktisk opstår bias hos forældrene, når de er klar over deres barns tildeling.

6.0 Konklusion

Med dette speciale var formålet at undersøge, hvilken effekt der ses i RCT studier af psykologiske interventioner på angstsymptomer hos børn og unge (6-16 år) med subklinisk angst. Motivationen til dette speciale var på baggrund af et stigende antal

individer med angstlidelser de seneste år, hvorfor vi fandt det relevant at undersøge, hvordan de stigende tal kan nedbringes. Angst kan ses på et kontinuum, der spænder fra en naturlig og sund ængstelighed til subklinisk angst videre til en regulær angstlidelse. En måde at søge at reducere antallet af børn, der udvikler angstlidelser, kan være at tilbyde forebyggende instanser, da forebyggelse kan reducere risikoen for, at det udvikler sig til en regulær angstlidelse. Formålet med interventioner mod angst er altså ikke at fjerne alle angstsymptomer, men derimod at tillære børnene håndteringsstrategier for at mindske de hæmmende angstsymptomer. På den baggrund var det interessant at undersøge, hvilke indikerede forebyggende interventioner der fandtes, samt hvilken effekt disse havde. Målgruppen for indikerede forebyggende interventioner, i dette speciale, var børn, som havde subklinisk angst. Derfor valgte vi at lave et systematisk review for at kortlægge den eksisterende viden, der var på dette specifikke område.

Vi udførte søgninger i PsycNet og PubMed, som mandede ud i 9.328 studier. Af disse blev der inkluderet 16 studier i dette speciale. Igennem vores systematiske review gjorde vi os en række observationer. Ser man på de inkluderede studier, gjorde størstedelen brug af måleredskabet SCAS, og de resterende gjorde tilsammen brug af fem forskellige andre måleredskaber. Fælles for alle måleredskaberne, der blev anvendt til at måle angstsymptomer, var, at det var spørgeskemaer. Enten blev disse spørgeskemaer besvaret af børnene selv i en børneudgave, af børnenes forældre på vegne af børnene eller begge dele. Hovedparten af de inkluderede interventioner var baseret på kognitiv adfærdsterapi, og enkelte var baseret på et psykodynamisk og/eller positiv psykologisk teoretisk fundament. Fælles for størstedelen af disse interventioner var, at de i mere eller mindre grad besad et element af psykoedukation, samt at de tillærte børnene håndteringsstrategier. Dog adskilte interventionerne sig særligt ved, hvorvidt de foregik individuelt, i grupper, online eller ved fysisk tilstedeværelse. Derudover var der stor variation i, hvorvidt interventionerne havde en fast manual, eller om terapeuterne selv tilpassede interventionen løbende.

Vi observerede i hovedparten af studierne, at børnenes angstsymptomer faldt efter endt intervention. Overordnet vil det altså sige, at der ses effekt af de psykologiske interventioner på børn med subklinisk angst. Vi fandt, at størstedelen af børnene i interventionsgrupperne samt i de aktive kontrolgrupper mindskede deres

angstsymptomer efter endt intervention. Samtidig fandt vi, at for hovedparten af de børn som var i venteliste kontrolgrupperne, der steg niveauet af angstsymptomer med tiden. Dette indikerer, at når børnene blev tilbudt den ene eller anden form for aktiv indsats, skete der en generel reduktion af angstsymptomer, mens det modsatte var gældende for de børn, der var i en venteliste kontrolgruppe. Ser vi mere konkret på resultaterne for de inkluderede studier, fandt vi, at det største fald i angstsymptomerne skete ved de individuelle interventioner med fysisk tilstedeværelse. Der er dog et forbehold ved, at disse studier havde få deltagere med i deres studier, hvorfor deres resultater i højere grad er usikre, da individuelle variationer kan få større betydning for resultatet. Derudover var vi også interesserede i at afdække, om der efter endt behandling ville ske fremgang eller tilbagegang i forhold til børnenes niveau af angstsymptomer. Vi fandt, at der for størstedelen af de studier, som laver opfølgingsmålinger (follow-up målinger), fortsat var en reduktion af børnenes angstsymptomer. For at vurdere de inkluderede studiers kvalitet har vi udarbejdet en kvalitetsvurdering, som indikerer i hvor høj grad studiernes resultater kan være påvirkede af forskellige typer af bias. Ti af studierne fik en stærk kvalitetsvurdering, fem fik en moderat kvalitetsvurdering og en enkelt fik en svag kvalitetsvurdering. Samlet indikerer det, at studierne har en høj metodisk kvalitet, hvorfor vi i højere grad kan stole på, at de resultater de finder, er reelle fund.

For yderligere at undersøge hvilke andre faktorer, der kunne have en indflydelse på effekten af interventionerne, valgte vi at have fokus på moderatorer såsom angsts ætiologi, motivation og barrierer. Disse moderatorer havde vores inkluderede studier ikke direkte undersøgt, hvorfor diskussionerne har haft et teoretisk afsæt med udgangspunkt i, hvad studierne netop selv pointerer som mulige årsagsforklaringer, der var vigtige at tage højde for, når man både udfører interventionen og fortolker resultaterne. Først og fremmest var det interessant at diskutere, hvilken betydning angsts ætiologi kunne have for effekten af interventionerne. Idet vores resultater peger på, som nævnt ovenfor, at blot det at modtage en psykologisk intervention eller anden indsats, havde en positiv indvirkning på niveauet af angstsymptomer. Vi kan derfor ikke konkret sige noget om, hvorvidt det at fokuset ligger på angst, har bedst effekt på reduktion af angstsymptomer, eller om det kan have lige så god effekt, hvis fokuset ligger på barnets tilknytning, relationen til barnet eller miljøet omkring barnet. En anden moderator, der var relevant at have øje for, var motivation. Dette

gør sig gældende for både barnets motivation for deltagelsen i interventionen, og motivationen for dem der udfører interventionerne. Ud fra de inkluderede studier, tyder det på, at det har en betydning, hvorvidt børnene er motiverede for at deltage i interventionen, samt hvorvidt dem der udfører interventionerne, er motiverede til at udføre dem. Børnenes og dem der udfører interventionernes motivation kan altså have en betydning for resultaterne samt succesen og kvaliteten af interventionerne. En sidste moderator, vi diskuterede, var de mulige barrierer, som kan opstå ved implementeringen af interventionerne. Det kan være barrierer som forældreinvolvering og -opbakning eller praktiske udfordringer såsom logistik og tidsbegrænsning, som kan gøre det sværere at få det optimale ud af interventionerne.

Det er en styrke for dette systematiske review, at både RCT studier og det systematiske review følger videnskabelige, systematiske og eksplicitte metoder for at minimere bias i form af systematiske fejl. Grundet brugen af randomisering og kontrolgrupper i RCT studier kan påstande om årsag og virkning med langt større sikkerhed baseres på disse studiers resultater. Der ses enkelte begrænsninger ved de af de inkluderede studier, som har små sample sizes og yderligere, at der kun anvendes måleredskaber, som består af spørgeskemaer. Det bliver derved også en begrænsning for dette systematiske review, da der er højere grad af usikkerhed for de af resultaterne, hvis studier har små sample sizes samt udelukkende anvender spørgeskemaer. Det kan derfor være interessant for fremtiden at undersøge om andre studiedesigns end RCT eller andre måleredskaber end spørgeskemaer, vil kunne bidrage til yderligere viden om emnet.

Dette systematiske review bidrager først og fremmest til at belyse vigtigheden af, at der laves indsatser og interventioner, når der er behov for det. Det peger dog også på, at der kan være mange former for indsatser, som virker, i det her tilfælde, på redueringen af angstsymptomer. Vi har altså fundet, at det kan have en positiv virkning at starte med mindre ressourcekrævende indsatser. Vi finder det derfor interessant at undersøge yderligere, om man kan starte med disse indsatser og derefter trappe op til mere specialiserede interventioner efter barnets behov.

7.0 Referenceliste

- Akobeng, A. K. (2016). Understanding type I and type II errors, statistical power and sample size. *ACTA PAEDIATRICA*, 105(6), 605–609.
- Alberdi, F. & Møhl, B. (2017). Angstilstande. In: B. Møhl and E. Simonsen (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2. ed., pp. 383-408). Hans Reitzel Forlag.
- Alladin, A. (2015). *Integrative CBT for Anxiety Disorders* (pp. 1–13). John Wiley & Sons, Incorporated.
- Arnold, P. D., Antonyan, L., Routledge, F., & Meier, S. (2022). Genetics of Childhood and Adolescent Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorders. In: D. McKay and E. Storch (Eds.), *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders* (pp. 73–96). Springer International Publishing.
- Becker, E. M., Becker, K. D., & Ginsburg, G. S. (2012). Modular Cognitive Behavioral Therapy for Youth with Anxiety Disorders: A Closer Look at the Use of Specific Modules and their Relation to Treatment Process and Response. *School Mental Health*, 4(4), 243–253.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 226–236.
- Berk, L. E. (2014). *Child Development* (9. ed., pp. 3-39). Pearson.
- Bernstein, G. A., Layne, A. E., Egan, E. A., & Tennison, D. M. (2005). School-Based Interventions for Anxious Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1118–1127.

-
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69–77.
- Bodden, D. H. M., Dirksen, C. D., & Bögels, S. M. (2008). Societal Burden of Clinically Anxious Youth Referred for Treatment: A Cost-of-illness Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 487–497.
- Bowlby, J. (1988). *En sikker base*. (8. ed., pp. 9-27, 28-47, 133-152) Frederiksberg: DET lille FORLAG.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Mothander, P. (2008). *Tilknytningsteori - Betydningen af nære følelsesmæssige relationer*. (pp. 31-58, 105-140, 142-175). Hans Reitzels Forlag.
- Burns, P. B., Rohrich, R. J., & Chung, K. C. (2011). The levels of evidence and their role in evidence-based medicine. *Plastic and reconstructive surgery* (1963), 128(1), 305-310.
- Carr, A. (2016). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology – A contextual approach* (3. ed., pp. 399-472). Routledge.
- Chorpita, B. F., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1998). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapy*, 29(3), 457–476.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 597–600.
- Clark, D. M., Wild, J., Warnock-Parkes, E., Stott, R., Grey, N., Thew, G., & Ehlers, A. (2023). More than doubling the clinical benefit of each hour of therapist time: a randomised controlled trial of internet cognitive therapy for social anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 53(11), 5022–5032.
-

-
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 653–665.
- Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *The Lancet (British Edition)*, 388(10063), 3048–3059.
- Creswell, C., Taylor, L., Giles, S., Howitt, S., Radley, L., Whitaker, E., Brooks, E., Knight, F., Raymont, V., Hill, C., van Santen, J., Williams, N., Mort, S., Harris, V., Yu, S., Pollard, J., Violato, M., Waite, P., & Yu, L.-M. (2024). Digitally augmented, parent-led CBT versus treatment as usual for child anxiety problems in child mental health services in England and Northern Ireland: a pragmatic, non-inferiority, clinical effectiveness and cost-effectiveness randomised controlled trial. *The Lancet. Psychiatry*, 11(3), 193–209.
- de la Torre-Luque, A., Fiol-Veny, A., Essau, C. A., Balle, M., & Bornas, X. (2020). Effects of a transdiagnostic cognitive behaviour therapy-based programme on the natural course of anxiety symptoms in adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 264, 474–482.
- Ebesutani, C. K., Helmi, K., Fierstein, M., Taghizadeh, M. E., & Chorpita, B. F. (2016). A pilot study of modular cognitive-behavioral therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy for treating anxiety in iranian girls. *International Journal of Cognitive Therapy*, 9(1), 13–37.
- Felver, J. C. (2011). Randy J. Semple and Jennifer Lee: Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Anxious Children: A Manual for Treating Childhood Anxiety. *Mindfulness*, 2(4), 289–291.
- Ferdinand, R. F., Barrett, P. M. & Dadds, M. R. (2004). Anxiety and depression in childhood - Prevention and Intervention. In T. H. Ollendick and J. S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and*

-
- pharmacological interventions* (1. ed., pp. 459-475). Oxford University Press.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5. ed., pp. 2-46). SAGE Publications Ltd.
- Filges, T., Smedslund, G., Eriksen, T., & Birkefoss, K. (2023). PROTOCOL: The FRIENDS preventive programme for reducing anxiety symptoms in children and adolescents: A systematic review. *Campbell Systematic Review*, 19(4), 1-20.
- Fineberg, N. A., Haddad, P. M., Carpenter, L., Gannon, B., Sharpe, R., Young, A. H., Joyce, E., Rowe, J., Wellsted, D., Nutt, D. J., & Sahakian, B. J. (2013). The size, burden and cost of disorders of the brain in the UK. *Journal of Psychopharmacology (Oxford)*, 27(9), 761–770.
- Fisak, B., Penna, A., Mian, N. D., Lamoli, L., Margaris, A., & Cruz, S. A. M. F. D. (2023). The Effectiveness of Anxiety Interventions for Young Children: A Meta-Analytic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 32(8), 2546–2557.
- Fonagy, P. (2006). Udvikling af psykopatologi fra tidlig barndom til voksenliv: Den mystiske udfoldelse af forstyrrelser over tid. In: P. Fonagy, A. Schore, D. Stern and J. Sørensen (Eds.), *Affektregulering i udvikling og psykoterapi* (1. ed., pp. 133-165). Hans Reitzel Forlag.
- Freeman, M. (2022). The World Mental Health Report: transforming mental health for all. *World Psychiatry*, 21(3), 391–392.
- Galán-Luque, T., Serrano-Ortiz, M. & Orgilés, M. (2023). Factor Structure and Psychometric Properties of the Spence Children's Anxiety Scale: A 25-Year Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-15.

-
- Ginsburg, G.S., Drake, K.L., Muggeo, M.A., Stewart, C.E., Pikulski, P.J., Zheng, D., & Harel, O. (2021). A pilot RCT of a school nurse delivered intervention to reduce student anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 50(2), 177–186.
- Ginsburg, G.S., Drake, K.L., Tein, J.-Y., Teetsel, R., & Riddle, M.A. (2015). Preventing Onset of Anxiety Disorders in Offspring of Anxious Parents: A Randomized Controlled Trial of a Family-Based Intervention. *The American Journal of Psychiatry*, 172(12), 1207–1214.
- Gökdağ, C., & Kızıltepe, R. (2023). Risk Factors in Depression and Anxiety Disorders from the Framework of Developmental Psychopathology. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(2), 257–274.
- Harder, S. & Simonsen, E. (2017). Udviklingspsykopatologi. In E. Simonsen and B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2.ed., pp. 115-129). Hans Reitzels Forlag.
- Hart, S. & Møhl, B. (2017). Udviklingspsykologi. In E. Simonsen and B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2.ed., pp. 65-92). Hans Reitzels Forlag.
- Haugland, B. S. M., Haaland, Å. T., Baste, V., Bjaastad, J. F., Hoffart, A., Rapee, R. M., Raknes, S., Himle, J. A., Husabø, E., & Wergeland, G. J. (2020). Effectiveness of Brief and Standard School-Based Cognitive-Behavioral Interventions for Adolescents With Anxiety: A Randomized Noninferiority Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(4), 552-564.
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., de Jong, J., & Bohlmeijer, E. (2020). The Efficacy of Multi-component Positive Psychology Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Happiness Studies*, 21(1), 357–390.
-

-
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568–1578.
- Hill, C., Chessell, C., Percy, R., & Creswell, C. (2022). Online Support and Intervention (OSI) for child anxiety: a case series within routine clinical practice – CORRIGENDUM. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 50(5), 429–445.
- Hudson, J. L., Murayama, K., Meteyard, L., Morris, T., & Dodd, H. F. (2019). Early Childhood Predictors of Anxiety in Early Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(7), 1121–1133.
- Izett, E., Rooney, R., Prescott, S. L., De Palma, M., & McDevitt, M. (2021). Prevention of Mental Health Difficulties for Children Aged 0–3 Years: A Review. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-24.
- Jørgensen, C. R., Kjølbye, M. & Møhl, B. (2017). Psykoterapi. In: Simonsen, E. and Møhl, B. (Eds.) *Grundbog i Psykiatri* (2. Ed., pp. 673-706). Hans Reitzels Forlag.
- Keehn, R. H. M., Lincoln, A. J., Brown, M. Z., & Chavira, D. A. (2013). The Coping Cat Program for Children with Anxiety and Autism Spectrum Disorder: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(1), 57–67.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Üstün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359–364.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “Big” Personality Traits to Anxiety, Depressive, and Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768–821.

-
- Kösters, M., Chinapaw, M., Zwaanswijk, M., van der Wal, M. & Koot, H. (2015). Structure, reliability, and validity of the revised child anxiety and depression scale (RCADS) in a multi-ethnic urban sample of Dutch children. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-8.
- Kwok, S. Y. C. L. (2019). Integrating Positive Psychology and Elements of Music Therapy to Alleviate Adolescent Anxiety. *Research on Social Work Practice*, 29(6), 663–676.
- Kwok, S. Y. C. L., Gu, M., & Tam, N. W. Y. (2022). A Multiple Component Positive Psychology Intervention to Reduce Anxiety and Increase Happiness in Adolescents: The Mediating Roles of Gratitude and Emotional Intelligence. *Journal of Happiness Studies*, 23(5), 2039–2058.
- Langley, A. K., Falk, A., Peris, T., Wiley, J. F., Kendall, P. C., Ginsburg, G., Birmaher, B., March, J., Albano, A. M., & Piacentini, J. (2014). The Child Anxiety Impact Scale: Examining Parent- and Child-Reported Impairment in Child Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(4), 579–591.
- Larsen, O. (2010). *Psykologiens veje*. (pp. 40-41, 55-56). Systime.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff J., Mulrow, C. & Gøtzsche P. C. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), 1-34.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385.
- Lefebvre, C., Glanville, J., Briscoe, S., Littlewood, A., Marshall, C., Metzendorf, M., Noel-Storr, A., Rader, T., Shokraneh, F., Thomas, J., & Wieland, L. S.

-
- (2019). Searching for and selecting studies. In J. P. T. Higgings, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page and V. A. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (2. ed., pp. 67–107). John Wiley & Sons, Ltd.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554–565.
- Martinsen, K. D., Rasmussen, L. M. P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A. M., Løvaas, M. E. S., Patras, J., Kendall, P. C., Waaktaar, T., & Neumer, S.-P. (2019). Prevention of Anxiety and Depression in School Children: Effectiveness of the Transdiagnostic EMOTION Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(2), 212–219.
- McGough, J. J., & Faraone, S. V. (2009). Estimating the size of treatment effects: Moving beyond P values. *Psychiatry (Edgmont)*, 6(10), 21–29.
- McKenzie, J. E., Brennan, S. E., Ryan, R. E., Thomson, H. J., Johnston, R. V., & Thomas, J. (2019). Defining the criteria for including studies and how they will be grouped for the synthesis. In J. P. T. Higgings, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page and V. A. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (2. ed., pp. 33-65). John Wiley & Sons, Ltd.
- McLoone, J. K., & Rapee, R. M. (2012). Comparison of an Anxiety Management Program for Children Implemented at Home and School: Lessons Learned. *School Mental Health*, 4(4), 231–242.
- Miller, L. D., Laye-Gindhu, A., Liu, Y., March, J. S., Thordarson, D. S., & Garland, E. J. (2011). Evaluation of a preventive intervention for child anxiety in two randomized attention-control school trials. *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 315–323.
-

-
- Mishu, M. P., Tindall, L., Kerrigan, P., & Gega, L. (2023). Cross-culturally adapted psychological interventions for the treatment of depression and/or anxiety among young people: A scoping review. *PloS One*, 18(10), 1-26.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Reprint—Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Physical Therapy*, 89(9), 873–880.
- Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., Ockene, J., & Kaplan, R. (2009). The Selection and Design of Control Conditions for Randomized Controlled Trials of Psychological Interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 275–284.
- Monsillion, J., Zebdi, R., & Romo-Desprez, L. (2023). School Mindfulness-Based Interventions for Youth, and Considerations for Anxiety, Depression, and a Positive School Climate—A Systematic Literature Review. *Children (Basel)*, 10(5), 1-32.
- Moore, P. S., Whaley, S. E., & Sigman, M. (2004). Interactions Between Mothers and Children: Impacts of Maternal and Child Anxiety. *Journal of Abnormal Psychology (1965)*, 113(3), 471–476.
- Muggeo, M. A., Stewart, C. E., Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2017). A School Nurse-Delivered Intervention for Anxious Children: An Open Trial. *School Mental Health*, 9(2), 157–171.
- Muris, P., & Field, A. (2013). Information processing biases. In C. Essau and T. Ollendick (Eds.), *The Wiley-Black-well handbook of the treatment of childhood and adolescent anxiety* (pp. 141–156). Chichester: Wiley.

-
- Ollendick, T. H., & Grills, A. E. (2016). Perceived Control, Family Environment, and the Etiology of Child Anxiety—Revisited. *Behavior Therapy*, 47(5), 633–642.
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., & McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ (Online)*, 372, 1-36.
- Palo, A., & Candelari, A. (2022). Family Components of Child and Adolescent Anxiety Disorders. In D. McKay and E. A. Storch (Eds.), *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders* (2. ed., pp. 217–231). Springer International Publishing.
- Paul, H. A. (2012). Semple, R. J., & Lee, J. (2011). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Anxious Children: A Manual for Treating Childhood Anxiety. *Child & Family Behavior Therapy*, 34(2), 167–172.
- Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet*, 397(10277), 914–927.
- Petticrew, M., & Roberts, H. (2006). *Systematic Reviews in the Social Sciences*. (pp. 1-26, 27-56, 79-124, 215-246). Blackwell Publishing Ltd.
- Poetar, C. R., Dobrean, A., & Andersson, G. (2024). Preliminary efficacy of a transdiagnostic parent-led internet-delivered intervention for children with anxiety and depressive symptoms: a pilot randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 1-11.

-
- Pollard, J., Reardon, T., Williams, C., Creswell, C., Ford, T., Gray, A., Roberts, N., Stallard, P., Ukoumunne, O. C., & Violato, M. (2023). The multifaceted consequences and economic costs of child anxiety problems: A systematic review and meta-analysis. *JCPP Advances*, 3(3), 1-22.
- Raniti, M., Rakesh, D., Patton, G. C., & Sawyer, S. M. (2022). The role of school connectedness in the prevention of youth depression and anxiety: a systematic review with youth consultation. *BMC Public Health*, 22(1), 1-24.
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11), 947–956.
- Rickwood, D.J., Deane, F.P., & Wilson, C.J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?: Early intervention in youth mental health. *Medical Journal of Australia*, 187(7), 35-39.
- Riemann, F. (1999). *Angstens grundformer*. (pp. 8-23). Naravas press.
- Rogers, C. R. (1992). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 827–832.
- Rosenberg, N. K., Mørch, M. M. & Arendt, M. (2012). Kognitiv adfærdsterapi - teori og metoder. In: M., Arendt and N. K., Rosenberg (Eds.). *Kognitiv adfærdsterapi - Nyeste Udvikling* (pp. 23-51). Hans Reitzels Forlag
- Ruttledge, R., Devitt, E., Greene, G., Mullany, M., Charles, E., Frehill, J. & Moriarty, M. (2016). A randomised controlled trial of the FRIENDS for Life emotional resilience programme delivered by teachers in Irish primary schools. *Educational & Child Psychology*, 33(2), 69-89

-
- Scholten, H., Malmberg, M., Lobel, A., Engels, R. C. M. E., & Granic, I. (2016). A randomized controlled trial to test the effectiveness of an immersive 3D video game for anxiety prevention among adolescents. *PloS One*, 11(1), 1-24.
- Schoneveld, E. A., Lichtwarck-Aschoff, A., & Granic, I. (2018). Preventing Childhood Anxiety Disorders: Is an Applied Game as Effective as a Cognitive Behavioral Therapy-Based Program? *Prevention Science*, 19(2), 220–232.
- Schoneveld, E. A., Malmberg, M., Lichtwarck-Aschoff, A., Verheijen, G. P., Engels, R. C. M. E., & Granic, I. (2016). A neurofeedback video game (MindLight) to prevent anxiety in children: A randomized controlled trial. *Computers in Human Behavior*, 63, 321–333.
- Schoneveld, E. A., Wols, A., Lichtwarck-Aschoff, A., Otten, R., & Granic, I. (2020). Mental Health Outcomes of an Applied Game for Children with Elevated Anxiety Symptoms: A Randomized Controlled Non-inferiority Trial. *Journal of Child and Family Studies*, 29(8), 2169–2185.
- Schousboe, I. (2011). Tilknytning. In: B. Karpatschof and B. Katzenelson (Eds.). *Klassisk og moderne psykologisk teori* (2. ed., pp. 541-563). Hans Reitzel Forlag.
- Schuurmans, A. A. T., Nijhof, K. S., Vermaes, I. P. R., Engels, R. C. M. E., & Granic, I. (2015). A Pilot Study Evaluating “Dojo,” a Videogame Intervention for Youths with Externalizing and Anxiety Problems. *Games for Health*, 4(5), 401–408.
- Shoshani, A., & Steinmetz, S. (2014). Positive Psychology at School: A School-Based Intervention to Promote Adolescents’ Mental Health and Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 15(6), 1289–1311.

-
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2011). *Psykiatribogen. Sind, krop og samfund*. (pp. 29-38, 291-303). Hans Reitzel Forlag, København.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545–566.
- Stulmaker, H. L., & Ray, D. C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*, 57, 127–133.
- Sweeney, D. S., & Landreth, G. L. (2011). Child-centered play therapy. In C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (2. ed., pp. 129-152). John Wiley & Sons Inc.
- Syeda, M. M., & Andrews, J. J. W. (2021). Mindfulness-based Cognitive Therapy as a Targeted Group Intervention: Examining Children's Changes in Anxiety Symptoms and Mindfulness. *Journal of Child and Family Studies*, 30(4), 1002–1015.
- Trillingsgaard, A. & Elmoose, M. (2010). Caseformulering - i en udviklingspsykopatologisk referenceramme. *Psyke og Logos*, 31(2), 399-418.
- van Starrenburg, M. L. A., Kuijpers, R. C. M. W., Kleinjan, M., Hutschemaekers, G. J. M., & Engels, R. C. M. E. (2017). Effectiveness of a Cognitive Behavioral Therapy-Based Indicated Prevention Program for Children with Elevated Anxiety Levels: a Randomized Controlled Trial. *Prevention Science*, 18(1), 31–39.
- Varela, E., & Biggs, K. (2006). Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) across samples of Mexican, Mexican American, and European American children: a preliminary investigation. *Anxiety, Stress, and Coping*, 19(1), 67–80.

-
- Weist, M. D., Bruns, E. J., Whitaker, K., Wei, Y., Kutcher, S., Larsen, T., Holsen, I., Cooper, J. L., Geroski, A., & Short, K. H. (2017). School mental health promotion and intervention: Experiences from four nations. *School Psychology International*, 38(4), 343–362.
- Wennerberg, T. (2011). *Vi er vores relationer - om tilknytning, traumer og dissociation*. (pp. 13-23, 45-64) Dansk Psykologisk Forlag.
- Werner-Seidler, A., Spanos, S., Caele, A. L., Perry, Y., Torok, M., O’Dea, B., Christensen, H., & Newby, J. M. (2021). School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 89, 1-24.
- Wong, D. F. K., Ng, T. K., Zhuang, X. Y., Wong, P. W. C., Leung, J. T. Y., Cheung, I. K. M., & Kendall, P. C. (2020). Cognitive-Behavior Therapy With and Without Parental Involvement for Anxious Chinese Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Family Psychology*, 34(3), 353–363.
- Workman, L. & Reader, W. (2008). *Evolutionary Psychology* (2. ed., pp. 158-197). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

7.1 Hjemmesider

- Child Outcomes Research Consortium. (2024). *Revised Children’s Anxiety and Depression Scale (and subscales) (RCADS)*. Child Outcomes Research Consortium. Lokaliseret d. 28/03-2024.
<https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/revised-childrens-anxiety-and-depression-scale-rcads/>

Cochrane Training. (2024). *Trusted evidence. Informed decisions. Better health.*
Cochrane Training. Lokaliseret d. 24/03-2024.
<https://training.cochrane.org/handbook>

Rethinking Clinical Trials. (2024). *Cluster Randomized Trials.* Rethinking Clinical
Trials. Lokaliseret d. 23/04-2024.
[https://rethinkingclinicaltrials.org/chapters/design/experimental-
designs-and-randomization-schemes/cluster-randomized-trials/](https://rethinkingclinicaltrials.org/chapters/design/experimental-designs-and-randomization-schemes/cluster-randomized-trials/)

Seidenfaden, D. (2022). *Vi har skabt et samfund, som mange unge ganske enkelt ikke
kan holde til.* Dansk Psykolog Forening. Lokaliseret d. 05/04-2024.
[https://www.dp.dk/vi-har-skabt-et-samfund-som-mange-unge-ganske-
enkelt-ikke-kan-holde-til/](https://www.dp.dk/vi-har-skabt-et-samfund-som-mange-unge-ganske-enkelt-ikke-kan-holde-til/)

Effective Public Healthcare Panacea Project. (2024a). *Quality Assessment Tool for
Quantitative Studies.* Effective Public Healthcare Panacea Project.
Lokaliseret d. 25/03-2024. [https://www.ephpp.ca/quality-assessment-
tool-for-quantitative-studies/](https://www.ephpp.ca/quality-assessment-tool-for-quantitative-studies/)

Effective Public Healthcare Panacea Project. (2024b). *Quality Assessment Tool for
Quantitative Studies.* Effective Public Healthcare Panacea Project.
Lokaliseret d. 25/03-2024. [https://www.ephpp.ca/quality-assessment-
tool.html](https://www.ephpp.ca/quality-assessment-tool.html)

Effective Public Healthcare Panacea Project. (2024c). *Quality Assessment Tool for
Quantitative Studies Dictionary.* Effective Public Healthcare Panacea
Project. Lokaliseret d. 25/03-2024.
<https://www.ephpp.ca/qadictionary.html>

OpenAI. (2024). *ChatGPT (Mar 14 version)* [Large language model]. Lokaliseret d.
14/03-2024. <https://chat.openai.com/chat>

STIME (2022). *Tværasektorielt samarbejde om børn og unge i psykisk mistrivsel.*
Pjece udgivet af STIMEs stiftende partnere. Lokaliseret d. 04/03-2024.

[https://www.psykiatri-regionh.dk/stime/Documents/STIME%20pjece Tv%C3%A6rsektorielt %20samarbejde%20og%20f%C3%A6lles%20ansvar webtilg%C3%A6ngelig.pdf](https://www.psykiatri-regionh.dk/stime/Documents/STIME%20pjece%20Tv%C3%A6rsektorielt%20samarbejde%20og%20f%C3%A6lles%20ansvar%20webtilg%C3%A6ngelig.pdf)

Sundhedsstyrelsen. (2018). *Forebyggelsespakke Mental Sundhed*. Sundhedsstyrelsen. Lokaliseret d. 17/04-2024.

<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Forebyggelsespakker/Mental-sundhed.ashx>

Psykiatrifonden. (2024a). *Angst*. Psykiatrifonden. Lokaliseret d. 27/03-2024. <https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/angst#aarsager>

Psykiatrifonden. (2024b). *Angst hos børn*. Psykiatrifonden. Lokaliseret d. 27/03-2024. <https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/angst-hos-boern#aarsager>

Rayyan Systems. (2024). *Rayyan - AI Powered Tool for Systematic Literature Reviews*. Rayyan. <https://rayyan.ai/>

SCAS. (2024). *SCAS Child - Scoring and Interpretation*. SCAS. Lokaliseret d. 28/03-2024. <https://www.scaswebsite.com/portfolio/scas-child-scoring-and-interpretation/>

Social- & Boligstyrelsen. (2023). *Håndbog om barnets lov*. Social- & Boligstyrelsen. Lokaliseret d. 05/04-2024. <https://sbst.dk/udgivelser/2023/haandbog-om-barnets-lov>

Super Skills for Life. (2024). *Super Skills for Life programme*. Super Skills for Life. Lokaliseret d. 01/04-2014. <https://www.superskillsforlife.com/copy-of-home>

Psychometrica. (2024). *Computation of Effect Sizes*. Psychometrica. Lokaliseret d. 01/04-2024. https://www.psychometrica.de/effect_size.html

The Psychology Tree. (2024). *About the FRIENDS programmes*. The Psychology Tree. Lokaliseret d. 02/04-2024.
<http://www.thepsychologytree.com/friends>

Webmatematik. (2024). *Middelværdi, Varians og Spredning*. Webmatematik. Lokaliseret d. 14/03-2024.
<https://www.webmatematik.dk/lektioner/matematik-b/statistik/middelvaerdi-variants-og-spredning>