

Oplevelsen af at Leve med Angst og/eller Depression som Barn eller Ung

Et Kvalitativt Systematisk Review



Vejleder:

Hanne Knudsen

10. Semester, Psykologi,

Studienummer:

20203340

Børnesprogklinikken

Kandidatspeciale

Rapportens samlede antal tegn:

167381 tegn

Aalborg Universitet

Inkl. fodnoter & mellemrum,

Ekskl. Forside, abstract, referenceliste & evt. bilag

Svarende til antal normalsider á 2400 tegn: 69,74

30.05.2025

Abstract

Aim and background: Due to the frequency of anxiety and/or depression in children and young people and the associated short- and long term consequences of the disorders, the aim of this qualitative systematic review is to explore the experiences of children and young people living with anxiety and/or depression by answering the research question: *How do children and young people aged 10 to 25 experience living with anxiety, depression or a combination of both disorders?*

Methods: A qualitative systematic review was carried out to explore and synthesize the findings of children and young people's experiences of living with anxiety and/or depression. A systematic search was conducted on February 21st, 2025, using PsycInfo and PubMed as databases, which resulted in 4782 studies, of which 14 studies met the inclusion criteria for the review. The qualitative checklist for CASP was used to determine the risk of bias in each study, and a reflexive thematic analysis was performed to identify analytical themes.

Results: Four analytical themes and 11 subthemes were discovered. The four themes were: 1) The fight against physical and psychological symptoms: A vicious cycle, 2) Navigating social relationships, 3) Anxiety and depression's imprint on self and identity, 4) The search for help: Barriers, challenges and turning points.

Conclusion: The analytical findings showed how children and young people with anxiety and/or depression experience a vicious and self-reinforcing cycle of physical and psychological symptoms. Children and young people with anxiety and/or depression attempt to regain control over different aspects of their lives to cope with their symptoms, while those with depression also attempt to flee from their situation. Fear of and experience with stigmatization is frequently related to experiences with social relationships in children and young people, which induce feelings of loneliness, isolation and self-stigmatization. Both disorders affect the development of self and narrative identity differently within children and young people, where anxiety leads to negative perspectives of current identity, depression leads to a loss of self and identity. Support from friends and family can mitigate some of the overall negative experiences. Children and young people with anxiety and/or depression experience barriers when searching for help, such as fear of stigmatization and limited access to help. Practitioners' attempts to understand the children and young people yielded better treatment experiences.

Indhold

Abstract	2
1. Indledning	1
1.1 Afgrænsning og præcisering	3
2. Teori	4
2.1 Angst	5
2.1.1 Angstlidelser	5
2.2 Depression.....	6
2.2.1 Depressive lidelser	7
2.3 Udvikling og behandling af angst og depression hos børn og unge	8
2.4 Stigmatisering	9
2.5 Identitetsdannelse	11
3. Metodologi	14
3.1 Videnskabsteori.....	14
3.2 Det systematiske review.....	14
3.3 PRISMA og ENTREQ	16
3.4 PICo og selektionskriterier.....	17
3.5 Reviewets inklusions- og eksklusionskriterier.....	17
3.6 Kvalitetsvurdering.....	19
3.7 Indledende søgning	20
3.8 Den systematiske søgning og selektionsprocessen	21
3.9 Tematisk analyse	26
4. Resultater.....	27
4.1 Kvaliteten af inkluderede studier	33
4.1.1 Kvalitetsmønstre	35
4.2 Refleksiv tematisk analyse af studierne	36

4.3 Kampen mod fysiske og psykiske symptomer.....	36
4.3.1 Symptomers aftryk på kroppen og sindet: En ond cirkel.....	36
4.3.2 Verden bevæger sig videre.....	38
4.3.3 Flugt og genopnåelse af kontrol.....	39
4.4 Navigering af sociale relationer	40
4.4.1 Hjemmet og skolen som kilde til negative sociale oplevelser	41
4.4.2 Stigmatisering, bekymringer og ensomhed.....	42
4.4.3 Vigtigheden af støtte og hjælp fra andre	46
4.5 Angstens og depressionens aftryk på selvet og identiteten.....	47
4.5.1 Et fortvivlet selv og identitet.....	47
4.5.2 Det nuværende og fremtidige selv: Håbet forude	49
4.6 Eftersøgningen på hjælp: Barrierer, udfordringer og vendepunkter	51
4.6.1 Før behandlingen: Barrierer og ønsker om hjælp og behandling.....	51
4.6.2 Sundhedsvæsenets manglende forståelse.....	52
4.6.3 Sundhedsvæsenet og behandling som en kilde til håb og fremgang.....	53
5. Diskussion	54
5.1 Opsummering af reviewets resultater.....	55
5.2 Forskellige måder at håndtere lidelserne på.....	56
5.3 Stigmatisering	58
5.4 Forskelle i udviklingen af den narrative identitet	61
5.5 Reviewets metodiske styrker og begrænsninger	65
5.6 Styrker og begrænsninger ved studierne	67
5.7 Kliniske implikationer.....	70
5.8 Fremadrettet forskning	71
6. Konklusion	71
Litteraturliste	73

1. Indledning

At vokse op er typisk forbundet med oplevelsen af forskellige udfordringer. Dog er der også børn og unge, som kan have udfordringer, der resulterer i en hverdag og et liv, som kan opleves mere overvældende end andres, såsom ved børn og unge, der lever med angst og/eller depression (Anderson et al., 2015, p. 294; Pollard et al., 2022, p. 2).

Ifølge *World Health Organization* (WHO) oplever hver syvende 10-19-årig mental lidelse, hvor angst og depression er blandt de mest almindelige årsager til en oplevet sygdomsbyrde hos disse børn og unge (WHO, 2024). Angst og depression er blandt de mest hyppigt forekommende psykiske lidelser hos børn og unge (Baxter et al., 2013, p. 897; Elmore & Crouch, 2020, p. 601) og er lidelser, som flere børn og unge udviser symptomer på (Hawes et al., 2020, p. 3222). Det estimeres, at prævalensen af disse lidelser blandt børn og unge op til 18 år er henholdsvis 6.5 % for angst og 2.6 % for depression (Barker et al., 2022, p. 2081; Polanczyk et al., 2015, pp. 345, 349).

Vanskeligheder forbundet med dét at have angst og/eller depression kan komme til udtryk på forskellige måder. Disse inkluderer vanskeligheder i skolen, hvor børn og unge kan have nedsat akademisk præstation og besvær med at danne meningsfulde relationer (de Lijster et al., 2018, p. 115; Mei & Wang, 2024, p. 2), samt problemer med skolevægtring (Finning et al., 2019, p. 1; Finning et al., 2019, p. 205). Angst og/eller depression kan også medføre følelser af ensomhed og en oplevet distance til andre mennesker samt familiemæssige vanskeligheder (Achterbergh et al., 2020, pp. 1, 17; Ramsawh & Chavira, 2016, p. 269). Ydermere kan angst og/eller depression føre til oplevelser med stigmatisering, hvilket kan forværre behandlingsrelaterede udfald og allerede-eksisterende symptomer (Curcio & Corboy, 2019, pp. 125, 134; Johnco & Rapee, 2018, p. 599). Hertil kan angst og depression forstyrre identitetsudviklingen og identitetsfølelsen hos børn og unge (Crocetti et al., 2008, p.847; Lindekilde et al., 2018, p. 92).

Angst og depression kan hyppigt opstå sammen, og tilstedeværelsen af én af disse lidelser kan øge risikoen for udviklingen af den anden, hvilket kan øge sværhedsgraden af oplevede symptomer samt risikoen for andre sygdomme og selvmord (Cummings et al., 2014, p. 817; Garber & Weersing, 2010, p. 293; Melton et al., 2016, p. 89f). Det estimeres at 25-50 % af børn og unge med depression har

komorbid angst, og 15 % af børn med angst har komorbid depression (Morales-Muñoz et al., 2023, p. 212). Børn og unge med angst og/eller depression er ligeledes i risiko for, at disse lidelser kan medføre langsigtede psykosociale konsekvenser ind i voksenlivet, såsom værre uddannelses- og arbejdsmarkedsrelaterede udfald, problemer med at håndtere stressende hændelser og vanskeligheder med sociale relationer (Essau et al., 2013, p. 125; McLeod et al., 2016, p. 1401). Angst og depression udgør således en betydelig sundhedsmæssig byrde for børn og unge, og kan have en negativ betydning for deres velvære og livskvalitet (Dickson et al., 2024, p. 342; Celebre et al., 2021, p. 2).

Inden for forskning i angst og/eller depression ses det, at angst og depression i stigende grad bliver anset som lidelser, der også kan eksistere hos børn og unge, hvor disse lidelser tidligere har været anset som ”voksen-lidelser” (Mei & Wang, 2024, p. 1; Rapee et al., 2023, p. 1). Hertil har forskning vedrørende angst hos børn og unge været domineret af et fokus på kognitiv adfærdsterapi og kvantitativ forskning (Rapee et al., 2023, p. 2).

I dag findes der dog studier, som belyser, hvordan angst og/eller depression opleves blandt forskellige grupper. Oplevelsen af at leve med angst og/eller depression er blevet undersøgt i forbindelse med andre lidelser såsom autisme og ADHD (Jackson et al., 2024; Spain et al., 2020; Trembath et al., 2012), og på tværs af forskellige aldersgrupper såsom yngre børn og unge (Halldorsson et al., 2022; Higson-Sweeney et al., 2024), unge voksne og ældre voksne (Mullholland & Jackson, 2018), samt studerende (Dickerson et al., 2024). Hertil har tidligere forskning påpeget, at der kan være kønsmæssige forskelle i oplevelsen af at leve med angst og/eller depression, hvoraf kvinder og piger typisk oplever disse lidelser i hyppigere grad og har sværere symptomer end mænd og drenge (Donner & Lowry, 2013; Faravelli et al., 2013; Parker & Brotchie, 2010).

I forhold til systematiske reviews har Twivy et al. (2023) lavet et review, som undersøgte oplevelsen af at leve med depression hos 11-22-årige. De fandt, at 11-22-årige med depression oplever sociale vanskeligheder i skolen og hjemmet, samt at de oplever forskellige individuelle symptomer såsom håbløshed, lavt stemningsleje, koncentrationsbesvær og vrede (Twivy et al., 2023, p. 762). Depression kunne også forstyrre de unges syn på deres selv og identitet, og måden de håndterede deres symptomer varierede, men indebar blandt andet selvskade, at dele deres tanker og

bekymringer med andre og at gemme deres lidelse fra andre for at undgå stigmatisering og andre negative sociale konsekvenser (Twivy et al., 2023, pp. 760-761).

Der findes således diverse studier, som handler om forskellige aspekter ved oplevelsen af at leve med angst og/eller depression. Disse belyser, at lidelserne kan medføre en række kortsigtede og langsigtede konsekvenser på tværs af forskellige grupper. På trods af hyppigheden af angst og depression blandt børn og unge og de potentielle konsekvenser disse lidelser kan have, er der endnu ikke blevet foretaget et systematisk review, som kigger på, hvordan det opleves for børn og unge at leve med angst og/eller depression. Ved at udforske dette felt kan en dybere indsigt i de unikke facetter og generelle tendenser i deres oplevelser potentielt øge forståelsen af, hvordan disse børn og unge bedre kan hjælpes og forstås. Med afsæt i ovenstående problemstillinger og undren vil dette review besvare følgende problemformulering:

Hvordan opleves det for børn og unge mellem 10 og 25 år at leve med angst, depression eller en kombination af begge lidelser?

1.1 Afgrænsning og præcisering

Eftersom problemformuleringen i reviewet er udformet på en omfattende måde, vil dens aspekter blive afgrænset og præciseret.

Oplevelse er et begreb, som kan forstås bredt. I dette review vil oplevelse som begreb derfor blive anvendt til at beskrive psykologiske og sociale aspekter af børn og unges oplevelse af at leve med angst og/eller depression. Eksempler på psykologiske aspekter kunne være lidelsernes indvirkning på identiteten, selvet eller følelseslivet, hvorimod sociale aspekter kunne være oplevelser med at interagere med familie og venner, og hvordan lidelserne kan have betydning for, hvordan de indgår i relationer med andre. I dette review forstås identitet og selvet ud fra McAdams' definitioner, hvilket uddybes i afsnit 2.5. Hertil vil stigmatisering blive inddraget og forstået ud fra Goffmans' definition, som uddybes i afsnit 2.4. Der kan eksistere variationer i børn og unges oplevelser af at leve med angst og/eller depression, og ved ikke yderligere at indkredse oplevelse som begreb, kan reviewet herigennem belyse flere facetter af problemfeltet, der så kan bidrage til en dybere indsigt i disse børn og unges oplevelser.

Hertil bliver børn og unge i dette systematiske review betegnet som 10-25-årige. Det relativt brede aldersspænd er blevet bestemt på baggrund af varierende aldersdefinitioner af unge. WHO betegner unge som 10-24-årige, mens et barn defineres af De Forenede Nationer (UN) som alle under 18 år (WHO, 2021; UN, 2023). Dertil er der også betegnelsen ”emerging adulthood”, som omfatter 18-25-årige (Arnett, 2000, p. 469), hvilket overlapper med WHO’s betegnelse for unge. Den laveste alder på 10 år er blevet sat på baggrund af, at de indledende søgninger før udførelsen af den systematiske søgning viste at de fleste, som har undersøgt reviewets problemstilling, primært har undersøgt den hos 10-årige eller ældre.

Grundet overlappene mellem aldersmæssige definitioner for børn og unge, samt hvad de indledende søgninger har vist, vil reviewet tage udgangspunkt i 10-25-årige. Det brede aldersspænd muliggør en belysning af forskelle og ligheder i forhold til oplevelsen af at leve med angst/depression på tværs af børn og unge i forskellige aldre, da det her antages, at der kan være unikke nuancer, som er værd at belyse.

I forhold til angst og depression, tages der udgangspunkt i, hvordan lidelserne defineres i de diagnostiske manualer *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) og *International Classification of Diseases* (ICD-10). Studier kan variere i forhold til, om deltagere har modtaget en diagnose med angst og/eller depression ud fra kriterierne i enten DSM-V eller ICD-10. Derfor tages udgangspunkt i begge diagnostiske manualer. Det antages, at deltagerne i de fleste inkluderede studier, er blevet diagnosticeret med angst og/eller depression ud fra kriterierne i enten ICD-10 eller DSM-V.

2. Teori

I nedenstående afsnit vil der blive redegjort for angst og depression som lidelser på et overordnet niveau samt diverse specifikke angst- og depressive lidelser med udgangspunkt i ICD-10 og DSM-V. I denne forbindelse vil der blive redegjort for angst og depression hos børn og unge relateret til udvikling og behandling af lidelserne. Efterfølgende vil der blive redegjort for identitet og selvet som begreber samt stigmatisering, hvorefter McAdams’ teori om narrativ identitet og Goffmans’ teori om stigmatisering inddrages.

2.1 Angst

Mange oplever angst og frygt, men hvis ikke disse følelser forsvinder og bliver forstyrrende kan de blive til et klinisk problem (Alberdi & Møhl, 2017, pp. 383-384; Huberty, 2012, p. 30). Angst har fire udtryksformer som er fysiologisk, kognitivt, adfærdsmæssigt og følelsesmæssigt, som kan variere i forhold til deres intensitet og kan forstærke hinanden (Alberdi & Møhl, 2017, p. 384). Det fysiologiske aspekt omhandler udskillelsen af kortisol og adrenalin i forbindelse med en kamp/flugt-reaktion, og det adfærdsmæssige aspekt omfatter, hvordan angst kan komme til udtryk som undgåelsesadfærd eller kampadfærd, hvilket kan observeres på en persons ansigtsudtryk eller kropsholdning (Alberdi & Møhl, 2017, p. 385; Hubert, 2012, p. 33). Kognitivt kan angst vise sig gennem negative tanker om en nuværende eller fremtidig situation og dennes potentielle konsekvenser (Huberty, 2012, p. 30). Følelsesmæssigt kan angst komme til udtryk ved en række negative følelser såsom uro, panik, vrede, anspændthed eller nedtrykthed (Alberdi & Møhl, 2017, p. 385).

2.1.1 Angstlidelser

I ICD-10 og DSM-V eksisterer der forskellige angstlidelser. Fælles for alle angstlidelser er en frygtreaktion på en trussel, hvor frygtreaktionen er i uoverensstemmelse med den egentlige trussel (Alberdi & Møhl, 2017, pp. 383-384, 387). I ICD-10 er fobiske tilstande en gruppe af angstlidelser, som overordnet er karakteriseret ved, at angsten opstår i veldefinerede situationer, der ikke reelt er farlige. De fobiske tilstande inkluderer socialfobi, enkeltfobi samt agorafobi med eller uden panikangst (Alberdi & Møhl, 2017, p. 387).

Socialfobi er en angstlidelse karakteriseret ved en frygt for at blive kritisk vurderet eller iagttaget af andre, hvilket kan føre til undgåelsen af sociale situationer og andre mennesker (Alberdi & Møhl, 2017, p. 388; Mancini et al., 2005, p. 589). I DSM-V understreges det også, at grundkarakteren af frygten i socialfobi kan variere kulturelt (Alberdi & Møhl, 2017, p. 388). *Agorafobi* indebærer en frygt for at færdes alene uden for hjemmet, offentlige steder eller blandt menneskemængder, hvoraf frygten typisk har rod i at få et panikanfald i situationer forbundet med følelser af at være fastlåst og alene (Alberdi & Møhl, 2017, p. 387f). Ved *enkeftfobi* er frygten begrænset til meget specifikke fænomener eller situationer (Alberdi & Møhl, 2017, p. 388).

Ud over de fobiske angsttilstande eksisterer der også andre angstlidelser såsom *panikangst*, der er karakteriseret ved pludseligt opstående og tilbagevendende panikanfald, som kan opstå uafhængigt af karakteren af den situation personen befinder sig i (Alberdi & Møhl, 2017, p. 390). Hertil er der også *generaliseret angst*, hvor angsten typisk er koblet op på bekymringer, som eksempelvis kan være i relation til uddannelse og arbejde eller omstændigheder udenfor personens kontrol (Alberdi & Møhl, 2017, p. 392).

Ovenstående angstlidelser optræder ligeledes i DSM-5, hvor der dog kan eksistere variationer i forhold til diagnostiske kriterier mellem ICD-10 og DSM-V. DSM-V varierer dog på visse måder fra ICD-10 i forhold til, hvordan angstlidelser klassificeres (Alberdi & Møhl, 2017, pp. 385-386). Eksempelvis er selektiv mutisme en angstlidelse, som benævnes under angstlidelser i DSM-V, men ikke i ICD-10 (Alberdi & Møhl, 2017, p. 387). *Selektiv mutisme* er en angstlidelse, som er karakteriseret ved besvær med at tale mundtligt i specifikke situationer såsom i skolen eller andre offentlige situationer på trods af at være i stand til at tale i andre situationer såsom derhjemme (Muris & Ollendick, 2015, p. 151). Endnu en måde hvorpå DSM-V adskiller sig fra ICD-10 i forhold til angstlidelser, kan ses ved at lidelserne i DSM-V er udviklingsmæssigt organiseret. Dette betyder at angstlidelser såsom separationsangst og selektiv mutisme er placeret henholdsvis øverst og næstøverst på listen over angstlidelser, da disse angstformer typisk opstår tidligt i barndommen. Agorafobi og generaliseret angst opstår derimod typisk senere i livet, og hertil tages der i differentieringen af angstlidelser også højde for normative angstreaktioner fra et udviklingsmæssigt perspektiv (Alberdi & Møhl, 2017, p. 387). Angstlidelser i DSM-V bliver derved klassificeret som angstreaktioner, der kan opstå og være vedvarende efter bestemte udviklingsmæssige perioder (Alberdi & Møhl, 2017, p. 387).

2.2 Depression

Hvor følelser af angst kan siges at være en mere naturlig udviklingsmæssige oplevelse fra barndommen til ungdommen, er depression ofte ikke dette (Huberty, 2012, p. 55). I ICD-10 og DSM-V er de depressive lidelser typisk kendetegnet ved en række fællestræk, hvilket er ændringer i aktivitetsniveau, selvvurdering samt stemningsleje, og lidelserne kan have en stor betydning for evnen til at kunne fungere socialt, emotionelt og intellektuelt i hverdagen (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 347). I ICD-

10 er der tale om depression, hvis to ud af tre kernesymptomer er til stede og at disse sameksisterer med en række ledsagesymptomer.

Disse kernesymptomer er nedtrykthed og nedsat lyst eller interesse, hvilket samlet set udgør stemningslejet, samt nedsat energi eller øget træthed (Kessing & Miskowiak, 2017, pp. 348-349). Her er det centralt, at forandringen i stemningslejet er vedvarende i 14 dage eller længere og er global, hvilket betyder, at stemningslejet over tid og på tværs af situationer forbliver relativt uforandret (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 348). Der findes flere eksempler på ledsagersymptomer end kernesymptomer, men eksempler på ledsagersymptomer kan være nedsat selvtillid eller selvfølelse, tænke- eller koncentrationsbesvær, selvbefredelse eller skyldfølelse samt tanker om død og selvmord (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 349). Hertil kan der være variationer i forhold til, hvorvidt en depressiv lidelse er episodisk eller om den er af kronisk karakter, da udviklingen af den første depressive episode medfører en risiko for udviklingen af nye depressive episoder (Kessing & Miskowiak, 2017, pp. 347, 352).

2.2.1 Depressive lidelser

Mellem ICD-10 og DSM-V eksisterer enkelte forskelle i forhold til, hvordan depressive lidelser karakteriseres. I ICD-10, er de affektive lidelser samlet under kapitel F30-39, hvorimod depressive- og bipolare lidelser opdeles i DSM-V (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 349). Hertil er der også betegnelsen *major depressive disorders* i DSM-V, der omfatter depressive lidelser (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 349). Modsat den udviklingsmæssige opdeling af angstlidelser i DSM-5, nævnt i afsnit 2.1.1 (Alberdi & Møhl, 2017, p. 387), har hverken ICD-10 eller DSM-5 en udviklingsmæssig opdeling af depressive lidelser.

I ICD-10 klassificeres *depressive episoder* ud fra tre forskellige sværhedsgrader: 1) let depression, hvor mindst to kernesymptomer og mindst to ledsagersymptomer skal være til stede, 2) moderat depression, hvor mindst to kernesymptomer og fire ledsagersymptomer skal være til stede, samt 3) svær depression, som er tilstedeværelsen af mindst tre kernesymptomer og mindst fem ledsagersymptomer (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 349). Hvis en person oplever en enkelt depressiv episode, vil der være tale om *depressiv enkeltepisode*, men nogle vil også opleve tilbagevendende depressive episoder, betegnet som *tilbagevendende depression* (Kessing & Miskowiak, 2017, pp. 348, 352). Depression er således ofte en tilbagevendende sygdom, hvor risikoen for at udvikle nye depressive episoder kan

ligge mellem 50-70 % afhængigt af sværhedsgraden samt debuttidspunktet på tidligere depressive episode (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 352). Hertil er der også *dystymi*, kendetegnet ved et depressivt stemningsleje i flere år, men hvor sværhedsgraden af symptomerne ikke berettiger en diagnose med moderat eller svær depression (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 350).

2.3 Udvikling og behandling af angst og depression hos børn og unge

Børn og unge befinder sig i en alders- og udviklingsmæssige periode livet, hvor de er mere sårbare i forhold til at udvikle psykiske lidelser, herunder angst og depression (Beesdo et al., 2009, pp. 1-2; McLaughlin & King, 2015, p. 311; Leussis & Andersen, 2008, p. 22). Ud fra et udviklingsmæssigt perspektiv er depressive lidelser typisk af episodisk karakter, hvorimod angstlidelser udvikler sig langsommere over tid og bliver til adfærdstræk og mønstre, der er relativt stabile over tid (Huberty, 2012, p. 55). At udvikle og opleve symptomer på angst eller depression i barn- eller ungdommen, kan have betydning for den sociale, emotionelle, familiemæssige og akademiske udvikling (Chiu et al., 2016, p. 26; Cohen et al., 2017, p. 1295). Angstlidelser opstår typisk midt i eller i de tidligere teenageår, og udviklingen af depression opstår ofte i de senere teenageår eller tidligt i 20'erne, men lidelserne kan også opstå før teenageårene (Jaju et al., 2009, p. 2). Separationsangst, specifik fobi og social fobi opstår typisk før 15-års-alderen mens panikangst og generaliseret angst typisk opstår i de sene teenageår eller i starten af 20'erne (de Lijster et al., 2017, p. 237).

Hertil eksisterer der også aldersbetingede forskelle i forhold til, hvordan angst og depression viser sig hos børn og unge (Orgilés et al., 2012, p. 118; Mehler-Wex & Kölch, 2008, p. 144). Hos skolebørn kan depression vise sig som tristhed og reduceret motorisk og social aktivitet (Mehler-Wex & Kölch, 2008, p. 144). Hos unge viser depression sig derimod ofte som tab af lyst og interesser, frygt for fremtiden, følelser af vrede og frustration, lavere selvværd og problemer med præstationsevner (Mehler-Wex & Kölch, 2008, pp. 144, 151).

I forhold til hvorfor børn og unge udvikler angst, kan der eksistere diverse årsager, men udviklingen af lidelserne skyldes ofte et komplekst samspil mellem disponerende faktorer, såsom medfødt sårbarhed og genetik, udløsende faktorer herunder psykosociale belastninger eller voldsomme begivenheder og vedligeholdende faktorer såsom sociale eller kulturelle omstændigheder (Malhotra & Sahoo, 2018, pp. 12-14; Vallance & Fernandez, 2016, pp. 338-340). Hertil eksisterer

der også beskyttende faktorer, som kan mindske risikoen for udviklingen af angst og depression. Eksempler på disse kunne være stabil omsorg og støtte fra forældre gennem opvæksten (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 353), samt dét at have en følelse af selvværd, gode venner i skolen og prosocial adfærd generelt (Dooley & Giollabhui, 2015, p. 100; Konac et al., 2021, p. 583).

Behandlingen af angst og depression hos børn og unge indebærer ofte forskellige behandlingsformer såsom medicinsk behandling og psykoterapeutisk behandling (Cuijpers et al., 2023, p. 178). I nogle tilfælde kan psykoterapeutisk og medicinsk behandling kombineres, da anvendelsen af begge behandlingsformer ofte giver den største behandlingseffekt (Selph & McDonagh, 2019, p. 100). I forhold til medicinsk behandling, er antidepressiv medicin typisk førstevalgspræparat i forbindelse med behandling af angst og/eller depression hos børn og unge, da det har den største effekt (Stefánsdóttir et al., 2023, p. 137). Psykoterapeutisk behandling indebærer ofte anvendelsen af kognitiv adfærdsterapi, da det er den mest undersøgte og dokumenterede terapiform for angstlidelser og depressive lidelser blandt børn og unge (Craske & Stein, 2016, p. 3052).

2.4 Stigmatisering

På trods af en øget opmærksomhed og bevidsthed om mental lidelse og behandlingen af disse, udgør stigmatisering fortsat et centralt problem hos folk med mentale lidelser (Bathje & Pryor, 2011, p. 161). Børn og unge med mentale lidelser oplever stigmatisering fra både børn og voksne og oplever stigmatisering i højere grad end børn og unge uden mental lidelse (Hinshaw, 2005, p. 714; Kaushik et al., 2016, p. 470). At leve med angst og/eller depression som barn eller ung, er associeret med stigmatisering, og kan have konsekvenser såsom besvær med at søge hjælp for lidelsen (Calear et al., 2020, p. 104; Clark et al., 2020, p. 1970), skabe følelser af skam og skyld og medføre sociale vanskeligheder (McDonagh & Lynch, 2021, p. 456; Parcesepe & Cabassa, 2012, p. 384). Det antages således, at stigmatisering kan være et centralt oplevelsesmæssigt aspekt for børn og unge med angst og/eller depression. På baggrund af dette vil Goffmans' teori om stigmatisering blive inddraget for at kunne belyse forskellige sociale og intrapsykologiske aspekter ved børn og unges oplevelser af at leve med angst og/eller depression.

Ifølge Goffman, er *stigma* et begreb som refererer til et fysisk eller psykisk træk, der er dybt miskrediterende og er et begreb som historisk set har været

anvendt til at kategorisere, hvad der anses som naturligt eller unaturligt (Goffman, 1990, pp. 11-13). Goffman understreger, at disse træk ikke er miskrediterende eller krediterende i dem selv, men at stigmatiseringen af forskellige træk er kontekstbaseret (Goffman, 1990, pp. 13-14).

Goffman skelner mellem tre former for stigma. Den første af disse, er det *kropslige* som refererer til stigmatisering af fysiske karaktertræk, den anden er det *karaktermæssige*, som indebærer stigmatisering af mental lidelse, personligheds- eller adfærdsmæssige træk, og den tredje er det *stammemæssige*, hvilket er stigmatisering baseret på etnicitet, religion eller nationalitet (Goffman, 1990, p. 14).

Angst og depression hører under karaktermæssige stigma. Fælles for de forskellige former for stigma er, at hvis en person besidder et træk, som er forbundet med stigmatisering, kan dette besværliggøre social interaktion med andre, da den stigmatiserede person reduceres til dennes stigmatiserende træk, hvilket skaber identitetsmæssige konsekvenser (Goffman, 1990, pp. 12-15). I denne forbindelse skelner Goffman ligeledes mellem, hvorvidt en person antager om deres forskelle fra andre umiddelbart er synlige eller ej (Goffman, 1990, p. 14). Et individ anses som *miskrediteret*, hvis personens forskelle fra andre er synlige, og at personen antager dette. Derimod betegnes et individ som *miskrediterbar*, hvis personen antager, at andre ikke umiddelbart kan observere de stigmatiserende træk (Goffman, 1990, p. 14). Børn og unge med angst og/eller depression kan her anses som værende miskrediterbare, da angst og depression ikke er noget, som umiddelbart er synligt for andre.

Når stigmatiserede individer interagerer med ikke-stigmatiserede individer i sociale interaktioner, betegner Goffman dette som *blandede interaktioner*.

Disse interaktioner kan opleves som usikre for den stigmatiserede person, grundet manglende kendskab til andres holdninger om den stigmatiserede person (Goffman, 1990, pp. 24-25). I sådanne interaktioner, kan stigmatiserede eller potentielt stigmatiserede personer føle sig nødsaget til at være bevidste om deres selvpræsentation overfor andre (Goffman, 1990, p. 25).

Er de stigmatiserende træk ikke umiddelbart synlige, kan den stigmatiserede person forsøge at kontrollere, hvem der har information om de stigmatiserende træk (Goffman, 1990, p. 57). Her kan den stigmatiserede opdele sin verden i forskellige grupper, hvor den stigmatiserede kan have en stor gruppe, som personen skjuler information om sit stigma fra, og mindre grupper, som den stigmatiserede kan fortælle om sit stigma og dermed ikke opleve at skulle leve op til

normative krav og forventninger (Goffman, 1990, pp. 117-118). Denne mindre gruppe består typisk af nære relationer og familiemedlemmer, eller andre som besidder samme stigmatiserende træk (Goffman, 1990, pp. 117-118, 137). At have nogle at snakke med om de stigmatiserende træk og at de, som kender til disse træk, kan acceptere personen, kan medføre, at den stigmatiserede føler sig mere accepteret som person (Goffman, 2009, p. 120). Yderligere, er der nogle som vælger at gemme information om stigmatiserende træk fra andre bekendte af frygt for at blive afvist (Goffman, 1990, pp. 94-95, 108).

Hertil er der også andre former for stigma, som er relevante at benævne. *Offentligt stigma* refererer til en proces, hvori den bredere offentlighed accepterer og fremmer stigmatiserende og diskriminerende handlinger overfor udsatte grupper (Heary et al., 2017, p. 2950; Lynch et al., 2021, p. 745). Derudover er der også *selv-stigma*, som refererer til, at en stigmatiseret person internaliserer offentligt stigma, hvilket folk med mentale helbredsproblemer kan opleve (Heary et al., 2017, p. 2950; Lynch et al., 2021, p. 745). Når en person oplever selv-stigma, vil personen, efter at have internaliseret andres negative holdninger om egne træk, typisk vende disse negative holdninger mod selvet (Busby Grant et al., 2016, p. 247).

2.5 Identitetsdannelse

Identitet kan betegnes som et begreb, der beskriver, hvad eller hvem en person er, og relaterer sig til, hvordan personen og andre tilskriver mening på tværs af diverse kontekster, og er noget, som udvikler sig gennem hele livet (Dewey, 2021, p. 658).

Identitet er en del af folks indre oplevelse, men den kan ligeledes påvirkes af ydre hændelser, da identiteten både formes af personens relationer og selvfølelse (Jutel, 2014, p. 80). Identiteten kan bidrage med en følelse af sammenhæng i forhold til personens fortællinger, drømme og intentioner (Jutel, 2014, p. 80). Identitet er således et centralt koncept i forhold til selvforståelsen, og hvordan andre forstår én, og kan bidrage til at skabe en følelse af sammenhæng i nuet, fortiden og fremtiden (Jung et al., 2013, p. 1).

Fra de tidlige ungdomsår, begynder unge typisk at udforske deres identitet og sætte spørgsmål ved, hvem de er og ønsker at være (Branje et al., 2021, p. 908). Udviklingen af en stabil identitet i løbet af ungdommen er en vigtig udviklingsmæssige milepæl, da en stabil identitet kan medføre en større grad af resiliens, autonomi og selvsikkerhed (Branje et al., 2021, p. 908; Verhoeven et al.,

2018, p. 36). Udviklingen af identiteten indebærer en overgang fra udforskning af selvet til en oplevet kontinuerlighed og ensartethed af selvet over tid (Potterton et al., 2022, p. 17). Identitetsudviklingen kan foregå i de forskellige sammenhænge den unge befinder sig i såsom i skolen, hvor børn og unge befinder sig med lærere og klassekammerater eller derhjemme, hvor de er sammen med familie (Branje, 2022, p. 1; Verhoeven et al., 2018, p. 35).

Som nævnt i indledningen, kan børn og unge med angst og/eller depression opleve problemer relateret til deres identitetsfølelse og identitetsudvikling. Jo værre børn og unges symptomer er på angst eller depression, desto sværere kan identitetsudviklingsprocessen blive (Crocetti et al., 2008, p. 842; Potterton et al., 2022, pp. 17-18). Ud fra dette, og ovenstående, kan det antages, at børn og unge med angst og/eller depression kan opleve vanskeligheder i deres identitetsudvikling, og at dette kan have diverse konsekvenser. I denne forbindelse, vil McAdams' teori om narrativ identitet blive inddraget for at belyse rollen, som identitet og selvet spiller i børn og unges oplevelser af at leve med angst og/eller depression.

Narrativ identitet er, ifølge McAdams og McLean (2013), et individs internaliserede og udviklende livshistorie, hvor den rekonstruerede fortid og den forestillede fremtid integreres (p. 253). Den narrative identitet muliggør illustrationen af det nutidige selv, hvordan det nutidige selv er kommet til, samt hvordan fremtiden antages at blive, hvilket skaber en følelse af sammenhæng og mening i livet (McAdams, 2001, p. 117; McAdams & McLean, 2013, p. 233).

I McAdams teori om narrativ identitet, bliver selvet og identitet set som to forskellige aspekter. Ifølge McAdams, er identitet en integration af, hvordan selvet er her og nu i forhold til, hvordan livet er organiseret i nuet, hvordan selvet tidligere har været og hvordan det fremtidige selv anses (McAdams, 2001, p. 102). Selvet bliver i McAdams' teori således anset som noget alle besidder, hvoraf selv mindre børn har en fornemmelse af deres selv, da de eksempelvis er i stand til at fortælle om deres relationer, roller og træk de besidder (McAdams, 2001, p. 102). Derimod foregår udviklingen af identiteten, ifølge McAdams, over længere tid, hvor denne udvikling først begynder i løbet af teenageårene (McAdams, 2001, p. 102). Identiteten er således et resultat af integrationen og organiseringen af forskellige dele af selvet, som er separeret i tid (McAdams, 2001, p. 102).

Udviklingen af den narrative identitet er betinget af en persons udvikling af visse evner, hvor en af de mest centrale evner er gengivelse af fortællinger

(McAdams & McLean, 2013, p. 235). Denne evne udvikles gradvist i løbet af barndommen, eksempelvis i samspillet mellem barnet og dets forældre, og videreudvikles i teenageårene i takt med udviklingen af kognitive evner (McAdams, 2001, pp. 104-106; McAdams & McLean, 2013, p. 235). Det er gennem gentagne interaktioner med andre, hvor narrativer om personlige oplevelser processeres, ændres, genfortolkes og underlægges forskellige sociale og diskursive aspekter, at den unge udvikler en bred og integreret narrativ identitet (McAdams & McLean, 2013, p. 236).

Endnu et centralt aspekt for udviklingen af den narrative identitet, er udviklingen af kognitive evner, der forekommer i teenageårene, som er vigtige for at unge kan repræsentere selvet på mere abstrakte måder, hvilket tillader dem at kunne håndtere og fortolke paradoksale eller modsigende livsoplevelser (McAdams & McLean, 2013, pp. 235-236). For unge, kan det dog variere i forhold til, hvor meget den narrative identitet er udviklet, da nogle kan have haft mindre muligheder for at reflektere over personlige oplevelser og følelserne relateret til disse (McAdams & McLean, 2013, p. 236). Udviklingen af den narrative identitet i ungdommen påvirkes også af det sociale pres, der er forbundet med at skulle finde ud af, hvem man er og hvem man gerne vil være, og i takt med at unge udvider deres sociale netværk, deler de typisk fortællinger om dem selv (McAdams & McLean, 2013, p. 236).

Narrativer bliver også anvendt i forbindelse med oplevelsen af negative hændelser i livet (McAdams & McLean, 2013, p. 234). Dette kunne være relateret til børn og unges negative oplevelser med at leve med angst og/eller depression. Ifølge McAdams & McLean (2013), vil der typisk forekomme en proces bestående af to trin, hvor en person står stærkere efter en negativ livsoplevelse (p. 234). Det første trin, involverer at personen udforsker den negative oplevelse i dybden og reflekterer over, hvordan oplevelsen føltes, hvordan den udfoldede sig og hvilken rolle den spiller i forhold til den generelle livsfortælling (McAdams & McLean, 2013, p. 234).

Det andet trin, indebærer at personen gennem forpligtelse forsøger at finde frem til, hvordan den negative oplevelse på længere sigt kan have haft en positiv betydning for den unges livsfortælling, hvoraf en positiv løsning på tidligere negative oplevelser kan have en positiv betydning for den unges velvære (McAdams & McLean, 2013, p. 235; McLean, 2008, p. 1692). Særligt hos unge ses det, at de anvender positive minder og forløste negative minder i forhold til at udvikle og vedligeholde deres identitetsfølelse (McLean, 2008, p. 1692).

3. Metodologi

I dette afsnit gennemgås reviewets metodiske fremgangsmåde, inklusions- og eksklusionskriterier, søgnings- og screeningsproces, samt kvalitetsvurdering og analysemetode.

3.1 Videnskabsteori

Dette review vil tage udgangspunkt i kritisk realisme, som er en videnskabsfilosofisk retning, der er baseret på realismen, og som blev dannet af Roy Bhaskar med formål om at kritisere naturalismen (Wad, 2015, p. 369). Den kritiske realisme består dog af tre yderligere dimensioner end realismen. Den kritiske realisme tager først og fremmest udgangspunkt i en *ontologisk realisme*, der er bundet i, at naturen og virkeligheden består af en flerlaget og dyb ontologi, hvilket indebærer, at selvom en given kontekst varierer, vil naturlove stadig gælde. (Wad, 2015, p. 370). *Det perceptuelle lag* omfatter den opfattede virkelighed, *det faktuelle lag* omhandler virkeligheden, der ikke afhænger af en observatør og hertil er der *det transfaktuelle lag*, som er generative mekanismer og naturlige kræfter, der er indlejret i strukturerne af objekter (Wad, 2015, p. 371). Det andet aspekt er *epistemologisk relativisme*, der indebærer, at viden om verden altid kan være præget af fejl og usikkerheder (Wad, 2015, p. 370). Det tredje aspekt er *metodologisk rationalisme*, som indebærer, at ikke al viden har en sammenlignelig gyldighed, og at kvaliteten af viden kan bedømmes rationelt (Wad, 2015, p. 370).

Et kritisk realistisk udgangspunkt anerkender derfor, at den erfaringsbaserede virkelighed kun afspejler et begrænset udsnit af den objektive virkelighed. I reviewet, vil det kritisk realistiske udgangspunkt afspejle sig gennem en kritisk tilgang til de inkluderede studier og den viden, som bliver produceret gennem reviewet. Denne viden er ikke uden fejl, da den er baseret på kontekstafhængige oplevelser, men det er dog muligt at bedømme kvaliteten af den viden, de inkluderede studier har produceret samt den viden, der produceres gennem reviewet. I afsnit 3.9 bliver det belyst, hvilken betydning det kritiske realistiske udgangspunkt har for måden, hvorpå data vil blive analyseret.

3.2 Det systematiske review

Det systematiske review som metode indebærer anvendelsen af specifikke kriterier, hvor litteraturen inden for et givent felt identificeres, vurderes og syntetiseres, typisk

med henblik på at kunne besvare en specifik problemstilling (Petticrew & Roberts, 2006, p. 9). Processen bag udførelsen af et systematisk review indebærer ligeledes anvendelsen af systematiske og videnskabelige tilgange for at begrænse bias i reviewprocessen (Petticrew & Roberts, 2006, p. 9). Systematiske reviews kan eksempelvis handle om at indsamle og vurdere evidens for virkningen af en intervention eller oplevelsen af et fænomen (Hansen & Nørgaard, 2023, p. 7).

Udførelsen af systematiske reviews kan tjene en variation af formål. Systematiske reviews kan hjælpe fagfolk med at træffe evidensbaserede beslutninger baseret på et overordnet evidensgrundlag inden for feltet, da systematiske reviews kan skabe overblik over resultater fra enkelte studier (Caldwell & Bennett, 2020, p. 853; Petticrew & Roberts, 2006, p. 10). Hertil, kan systematiske reviews samle litteraturen på et specifikt område, med henblik på at belyse eksisterende viden på området, eller hvor der kan være usikkerheder eller manglende viden (Petticrew & Roberts, 2006, p. 10).

Inden for diverse sundhedsrelaterede områder, har der været fokus på systematiske reviews baseret på kvantitativ forskning (Hansen & Nørgaard, 2023, p. 7). Systematiske reviews kan dog være kvalitative og udelukkende tage udgangspunkt i kvalitative studier, hvoraf disse reviews har opnået en øget relevans (Hansen & Nørgaard, 2023, p. 7). Kvalitative systematiske reviews har typisk fokus på, hvorfor folk handler og tænker på forskellige måder og kan således bidrage med en dybere forståelse af forskellige personers oplevelser, holdninger og adfærd (de Jong et al., 2021, p. 2).

Det kvalitative systematiske review er blevet valgt som metode af forskellige årsager. Én af disse, er manglen på sammenfatninger, som belyser børn og unges levede oplevelser med angst og depression. Her kan det systematiske review som metode bidrage til at belyse både generelle og unikke aspekter ved dét at være barn eller ung med angst og/eller depression på tværs af litteraturen og herigennem bidrage til en besvarelse af problemformuleringen. Hertil, vil litteraturen, der bliver inddraget i reviewet, være kvalitativt, da formålet med reviewet er at undersøge oplevelsen af at leve med angst og/eller depression som barn eller ung, hvor kvalitative systematiske reviews kan anvendes for at opnå indsigt i folks oplevelser (de Jong et al., 2021, p. 2). Selvom oplevelsen af fænomener kan undersøges via forskellige kvalitative metoder, såsom interviews (Tanggaard & Brinkmann, 2020, p. 33), er det

kvalitative systematiske review blevet valgt, da metoden muliggør en syntetisering og analyse af en bred vifte af oplevelser med angst og/eller depression hos børn og unge.

3.3 PRISMA og ENTREQ

For at kunne udføre et systematisk review skal en protokol opstilles, der på forhånd beskriver udførelsen af de forskellige faser af reviewet. Protokollen skal indeholde en detaljeret beskrivelse af måden, hvorpå studier er blevet identificeret, vurderet og syntetiseret, samt en beskrivelse af og rationale bag valget af problemstillingen reviewet berører (Petticrew & Roberts, 2006, p. 44). Dette gøres for at skabe gennemsigtighed i reviewet og muliggøre en fremtidig gentagelsen af den systematiske proces (Petticrew & Roberts, 2006, p. 51; Lasserson et al., 2019, p. 8).

Retningslinjerne i *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis* (PRISMA) fra 2020 blev skabt med formålet om at forbedre afrapportering af systematiske reviews og meta-analyser, og kan anvendes med formål om at skabe sammenhæng og gennemsigtighed i udførelsen af de forskellige faser i reviewet (Moher et al., 2009, p. 2; Page et al., 2021, p. 1; Sarkis-Onofre et al., 2021, p. 1).

PRISMA består af tre punkter. Den første er en tjekliste bestående af 27 punkter, der agerer som retningslinjer for afrapportering i de forskellige faser af reviewet for at sikre en stringent og gennemsigtig afrapportering (Hansen & Nørgaard, 2023, p. 69). Det andet punkt er en udvidet tjekliste med beskrivelser af de 27 punkter, og det tredje punkt er et revurderet flowdiagram, som indeholder information om søge- og selektionsprocessen i reviewet (Moher et al., 2009, p. 2; Page et al., 2021, p. 1).

Ud over PRISMA vil *Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research* (ENTREQ) blive anvendt med henblik på at kvalitetssikre reviewet, da ENTREQ er specifikt designet til afrapportering af kvalitative reviews, og som med fordel kan kombineres med PRISMA (Hansen & Nørgaard, 2023, pp. 68, 71). ENTREQ består af 21 punkter, der omhandler afrapporteringen af reviewet (Tong et al., 2012, p. 3f).

I ENTREQ er der fire principper, som kan anvendes for at sikre eller vurdere kvaliteten af et kvalitativt review (Tong et al., 2016, p. 900). Den første er *troværdighed*, der omhandler resultaternes troværdighed, samt hvorvidt resultaterne afspejler deltagernes oplevelser, som de fremgår i de inkluderede studier. *Pålidelighed* refererer til gennemsigtigheden af udførelsen af undersøgelsen og beslutninger taget

undervejs. *Overførbare* indebærer relevansen af resultaterne og deres anvendelige i forhold til andre grupper eller kontekster. *Bekræftelse* handler om, hvorvidt resultaterne afspejler data fra de inkluderede studier og ikke overfortolkninger fra undersøgeren (Hansen & Nørgaard, 2023, pp. 70-71; Tong et al., 2016, p. 901).

De forskellige faser af reviewet vil blive afrapporteret ud fra retningslinjerne i PRISMA og ENTREQ med henblik på kvalitetssikre reviewet og skabe gennemsigtighed i udførelsen af reviewet. Hertil, vil de fire førnævnte principper i ENTREQ blive anvendt i diskussionen af dette reviews styrker og begrænsninger i afsnit 5.5.

3.4 PICO og selektionskriterier

Et vigtigt trin i søge- og selektionsprocessen er opstillingen af selektionskriterierne. Overensstemmelse mellem selektionskriterierne og reviewets problemformulering bidrager til et mere indsnævret og konkretiseret undersøgelsesfelt (Purssell & McCrae, 2020, p. 19). Kriterierne opstilles for at sætte klare rammer for, hvornår et studie inkluderes eller ekskluderes ud fra reviewets problemformulering, hvor *population*, *Intervention*, *Comparison*, *Outcome* og *study design* er et eksempel på, hvordan kriterierne kan opsættes (Page et al., 2021, p. 1; Purssell & McCrae, 2020, pp. 17f, 19).

Eftersom dette review ikke har til hensigt at undersøge effekt- og interventionsstudier, og at studierne, som reviewet tager udgangspunkt i er kvalitative, vil *Population*, *Phenomena of Interest*, *Context* (PICO) i stedet blive anvendt for at opstille reviewets selektionskriterier. ”*Population*” indebærer populationen, som reviewet tager udgangspunkt i, ”*Phenomena of Interest*” betegner hvilke hændelser eller oplevelser reviewet tager udgangspunkt i og ”*Context*” handler om betingelserne og omstændighederne for det undersøgte fænomen i reviewet (Hosseini et al., 2024, p. 3).

Populationen som undersøges i reviewet vil være 10-25-årige med angst og/eller depression. Fænomenet er, hvordan de 10-25-årige oplever at leve med angst og/eller depression. Konteksten er så, at disse 10-25-årige har angst og/eller depression.

3.5 Reviewets inklusions- og eksklusionskriterier

Reviewets selektionskriterier er opstillet ud fra PICO, samt hvad indledende søgninger har vist om reviewets problemfelt. De indledende søgninger blev udført før den endelige systematiske søgning for at identificere relevante søgeord og litteratur.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Studiet inkluderes, hvis det handler om oplevelsen af at leve med angst og/eller depression	Studiet ekskluderes, hvis det ikke handler om oplevelsen af at leve med angst og/eller depression
Studiet inkluderes, hvis den undersøgte population har en diagnose med angst, depression eller begge, som lever op til diagnostiske kriterier fra enten DSM eller ICD	Studiet ekskluderes, hvis den undersøgte population ikke har en diagnose med angst, depression eller begge dele, som lever op til diagnostiske kriterier fra enten DSM eller ICD
Studiet inkluderes, hvis den undersøgte population er mellem 10-25 år gammel	Studiet ekskluderes, hvis den undersøgte population er yngre end 10 år eller ældre end 25 år gammel
Studiet inkluderes, hvis det er udgivet på engelsk	Studiet ekskluderes, hvis det er udgivet på et andet sprog end engelsk
Studiet inkluderes, hvis det er peer-reviewed	Studiet ekskluderes, hvis det ikke er peer-reviewed
Studiet inkluderes, hvis det udelukkende anvender kvalitativ metodologi	Studiet ekskluderes, hvis det anvender kvantitativ metodologi

Tabel 1: Reviewets inklusions- og eksklusionskriterier

Formålet med kriterierne, er at identificere flest mulige relevante studier, som kan anvendes for at besvare reviewets problemformulering.

Studier, der omhandler oplevelsen af at have angst og/eller depression inkluderes, hvor studier, der ikke omhandler dette, ekskluderes. Årsagen bag den brede opstilling af dette inklusionskriterie tager udgangspunkt i de indledende søgninger, der viste et flertal af varierende oplevelsesmæssige facetter ved at leve med angst og/eller depression som barn eller ung. Det viste sig også at være vanskeligt at indskrænke undersøgelsesfeltet yderligere under de indledende søgninger, da yderligere afgrænsninger førte til en begrænset mængde relevante studier om reviewets undersøgelsesfelt. Årsagen bag den brede opstilling af inklusionskriteriet er således med henblik på at undgå eksklusionen af potentielt relevante studier.

Yderligere, inkluderes studier, hvis den undersøgte population har en diagnose med angst og/eller depression, som lever op til de diagnostiske kriterier fra enten ICD eller DSM, og studier ekskluderes, hvis dette ikke er tilfældet. Dette er både for at afgrænse undersøgelsesfeltet og for at sikre, at den undersøgte population enten har klinisk angst og/eller depression. Hvis studier med fokus på andre komorbide lidelser end angst og/eller depression skulle inkluderes, kunne dette blive på

bekostning af søgningens specificitet. Hertil, viste de indledende søgninger, at nogle studier undersøger populationer med både angst og depression, hvor studier, der undersøger denne population, også inkluderes.

Ligeledes inkluderes studier, hvori den undersøgte population er mellem 10 og 25 år, og ekskluderes, hvis dette ikke er tilfældet. Som nævnt i afsnit 1.1, kan der være betydelige variationer i forhold til, hvordan børn og unge defineres ud fra aldersspændvidden, og studier kan tage udgangspunkt i forskellige udsnit af børn og unge. Af denne årsag, tager dette review udgangspunkt i aldersspændet 10-25-årige.

Der vil også inkluderes peer-reviewed studier, mens studier, der ikke er blevet peer-reviewed, ekskluderes. Dette valg blev foretaget i et forsøg på at øge sandsynligheden for, at de inkluderede studier har en vis kvalitet. Desuden inkluderes studier skrevet på engelsk, mens studier skrevet på andre sprog, ekskluderes. Dette kriterie tager udgangspunkt i egne manglende evner til at læse andre fremmedsprog end engelsk.

Til slut inkluderes der også studier, som udelukkende anvender kvalitativ metodologi, og studier ekskluderes, hvis de anvender andet end kvalitativ metodologi. De indledende søgninger viste, at de fleste studier med potentiel relevans for reviewets problemfelt udelukkende anvender kvalitativ metodologi. Studier, der anvender kvantitativ metodologi til at undersøge angst og/eller depression hos børn eller unge, er typisk effekt- og interventionsstudier og har derfor begrænset relevans i forhold til reviewets problemfelt, da der ikke er fokus på de oplevelsesmæssige aspekter ved at have angst og/eller depression som barn eller ung. Kriteriet om kvalitativ metodologi kan dermed bidrage til den systematiske søgningens sensitivitet, da flere af disse relevante studier beskrives som kvalitative i enten abstract eller titel, hvilket kan øge sandsynligheden for, at de inkluderes i den systematiske søgning.

3.6 Kvalitetsvurdering

Efter udførelsen af den systematiske søgning samt søge- og selektionsprocessen, er det næste trin i udførelsen af et systematisk review kvalitetsvurdering af de inkluderede studier, hvor et kvalitetsvurderingsværktøj anvendes til at vurdere studiernes metodiske fremgangsmåder og resultater, samt belyse eventuelle begrænsninger og bias (Petticrew & Roberts, 2006, pp. 125-126, 131). Inden for kvalitative reviews, findes forskellige tjeklister, der kan anvendes til at vurdere kvaliteten af kvalitative studier (Petticrew & Roberts, 2006, pp. 149-151).

Critical Appraisal Skills Programme (CASP) er et kvalitetsvurderingsværktøj, som kan anvendes i systematiske reviews til at vurdere kvaliteten af studier og belyse diverse styrker og begrænsninger (Buccheri & Sharifi, 2017, p. 465; Hansen & Nørgaard, 2023, p. 33; Long et al., 2020, p. 33). CASP-tjeklisten er det mest anvendte kvalitetsvurderingsværktøj til vurdering af social- og sundhedsrelateret evidens og har visse styrker i forhold til at vurdere studiers gennemsigtighed og troværdighed (Hansen & Nørgaard, 2023, p. 33; Long et al., 2020, pp. 33-34).

Den kvalitative tjekliste for CASP består af 10 spørgsmål, der kræver, at der bliver taget stilling til diverse metodologiske og resultatmæssige aspekter ved de inkluderede studier, såsom hvorvidt studierne anvendes på passende vis, samt om studierne resultater er blevet præsenteret på en meningsfuld måde (Long et al., 2020, p. 33). Disse spørgsmål kan besvares med enten ”ja”, ”nej” eller ”ved ikke”. Under hvert af de 10 spørgsmål, er der tillægsspørgsmål, som ligeledes bør overvejes i forbindelse med besvarelsen af de 10 hovedspørgsmål. Alt efter, hvilken kvalitetsvurdering et givent studie ender med, kan dette have betydning for, hvorvidt dets resultater bør fortolkes med forsigtighed (CASP, 2024, p. 1).

I dette review, vil de inkluderede studier blive kvalitetsvurderet via den kvalitative tjekliste for CASP, da reviewet udelukkende tager udgangspunkt i kvalitative studier. Den kvalitative tjekliste for CASP har ikke faste retningslinjer for, hvad der præcis skal til for at kunne svare ”ja”, ”nej” eller ”ved ikke” på hovedspørgsmålene. Af denne årsag, vil der blive svaret ”ja”, hvis der kan svares ja på det overordnede spørgsmål og de fleste tillægsspørgsmål, ”ved ikke”, hvis der kan svares ja til hovedspørgsmålet, men nej til de fleste tillægsspørgsmål, og ”nej” hvis der kan svares nej til både hovedspørgsmålet og de fleste tillægsspørgsmål. Bilag 2 til 14 indeholder kvalitetsvurderingerne af de inkluderede studier, og i afsnit 4.1, vil studierne kvalitet blive præsenteret, hvorefter centrale kvalitetsmønstre på tværs af studierne belyses.

3.7 Indledende søgning

Før udførelsen af den systematiske søgning, blev indledende søgninger udført, hvilket er en central del af søgeprocessen (Hansen & Nørgaard, 2023, p. 22), med henblik på at identificere litteratur og søgeord med relevans for problemfeltet og den endelige systematiske søgning. De indledende søgninger bidrog også til dannelsen af et overordnet indblik inden for forskningsfeltets indhold og omfang.

Grundet manglende litteratur i reviewets indledende undersøgelsesfase, resulterede de indledende søgninger i løbende justeringer af reviewets undersøgelsesfelt. Oprindeligt var hensigten at afgrænse problemfeltet til oplevelsen af at leve med angst hos børn og unge under 18 år, men mængden af litteratur på dette område var begrænset. Af denne årsag blev problemfeltet udvidet til at inkludere depression, og aldersspændet blev hævet til 25 år. De indledende søgninger blev udført i januar og februar via databaser såsom PsycInfo, PubMed samt søgemaskinen Primo fra Aalborg Universitets Bibliotek.

Efterfølgende blev der taget kontakt til en bibliotekar fra Aalborg Universitet for at få udført en systematisk søgning, der anvendte de identificerede nøgleord. Formålet med dette var at skabe en systematisk søgning med tilstrækkelig sensitivitet til at identificere flest mulige relevante studier for reviewets undersøgelsesfelt, men også at den systematiske søgning havde tilstrækkelig specificitet til at flest mulige irrelevante studier ville blive frasorteret (Petticrew & Roberts, 2006, p. 81f).

3.8 Den systematiske søgning og selektionsprocessen

Blokke	Søgeord i abstract & title
Oplevelse	"Lived experience" OR "Experience" OR "Perspective" OR "Personal narrative"
Børn og unge	"Adolescen*" OR "Youth" OR "Young adult" OR "College student" OR "High school" OR "Student*" OR "Children"
Angst/depression	"Anxiety" OR "Anxiety disorder" OR "Social anxiety disorder" OR "Panic disorder" OR "Depression" OR "Mood disorder" OR "Depressive disorder"
Studie-design	"Qualitative" OR "Interpretative phenomenological analysis"

Tabel 2: Søgeblokke & søgeord

Ovenstående tabel viser, hvilke søgeord, der blev anvendt i den systematiske søgning på tværs af PsycInfo og PubMed, samt hvilke blokke søgeordene hører til. Hver blok er opstillet med henblik på, at de tilsammen omfatter reviewets problemformulering, og valget af søgeordene i hver blok, er baseret på erfaringer fra de indledende søgninger.

PubMed er blevet valgt som database, da det er en af de største og mest anvendte databaser inden for sundhedsvidenskabelige- og biomedicinske områder (National Center for Biotechnology Information, 2023; Purssell & McCrae, 2020, pp. 30-31). PsycInfo er ligeledes blevet valgt, idet den besidder en bred vifte af peer-reviewed litteratur inden for psykologividenskaben, psykiatrien samt andre områder og er en hyppigt anvendt database inden for psykologividenskaben (American Psychological Association, 2024; Petticrew & Roberts, 2006, p. 109). Det antages, at disse databasers størrelser og områdemæssige omfang bidrager til en samlet litteraturforståelse, der kan anvendes til at besvare reviewets problemformulering. Det antages, at disse databasers størrelser og områdemæssige omfang kan bidrage med relevant litteratur, som kan anvendes til at besvare reviewets problemformulering. Den endelige systematiske søgning blev udført den 21. februar 2025 og resulterede i 4782 resultater, hvoraf 1324 resultater var fra PsycInfo og 3458 resultater var fra PubMed. Den endelige søgning i henholdsvis PsycInfo og PubMed er angivet nedenfor:

Systematisk søgning: PsycInfo

(((((abstract: ("Lived experience")) OR (abstract: (experience*)) OR (abstract: (perspective)) OR (abstract: ("Personal narrative")))) OR ((title: ("Lived experience")) OR (title: (experience*)) OR (title: (perspective)) OR (title: ("Personal narrative")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Lived Experience"))))) AND (((abstract: (Adolescen*)) OR (abstract: (youth)) OR (abstract: ("young adult*")) OR (abstract: ("college student*")) OR (abstract: ("high school")) OR (abstract: (student*)) OR (abstract: (children))) OR ((title: (Adolescen*)) OR (title: (youth)) OR (title: ("young adult*")) OR (title: ("college student*")) OR (title: ("high school")) OR (title: (student*)) OR (title: (children)))) OR (((IndexTermsFilt: ("Early Adolescence")) OR (IndexTermsFilt: ("Late Adolescence")) OR (IndexTermsFilt: ("Emerging Adulthood")) OR (IndexTermsFilt: ("College Students")) OR (IndexTermsFilt: ("High School Students")) OR (IndexTermsFilt: ("Students"))))) AND (((abstract: (Anxiety)) OR (abstract: ("Anxiety disorder")) OR (abstract: ("Social anxiety disorder")) OR (abstract: ("Panic disorder")) OR (abstract: (Depression)) OR (abstract: ("mood disorder")) OR (abstract: ("Depressive disorder")))) OR ((title: (Anxiety)) OR (title: ("Anxiety disorder")) OR (title: ("Social anxiety disorder")) OR (title: ("Panic disorder")) OR (title: (Depression)) OR (title:

("mood disorder")) OR (**title:** ("Depressive disorder")) OR (((**IndexTermsFilt:** ("Anxiety")) OR (**IndexTermsFilt:** ("Anxiety Disorders")) OR (**IndexTermsFilt:** ("Social Anxiety Disorder")) OR (**IndexTermsFilt:** ("Panic Disorder")) OR (**IndexTermsFilt:** ("Major Depression")) OR (**IndexTermsFilt:** ("Affective Disorders")))) AND (((**abstract:** (Qualitative)) OR (**abstract:** ("Interpretative phenomenological analysis"))) OR ((**title:** (Qualitative)) OR (**title:** ("Interpretative phenomenological analysis")))) OR (((**IndexTermsFilt:** ("Qualitative Methods")) OR (**IndexTermsFilt:** ("Interpretative Phenomenological Analysis")))) AND **Publication Type:** Peer Reviewed Journal

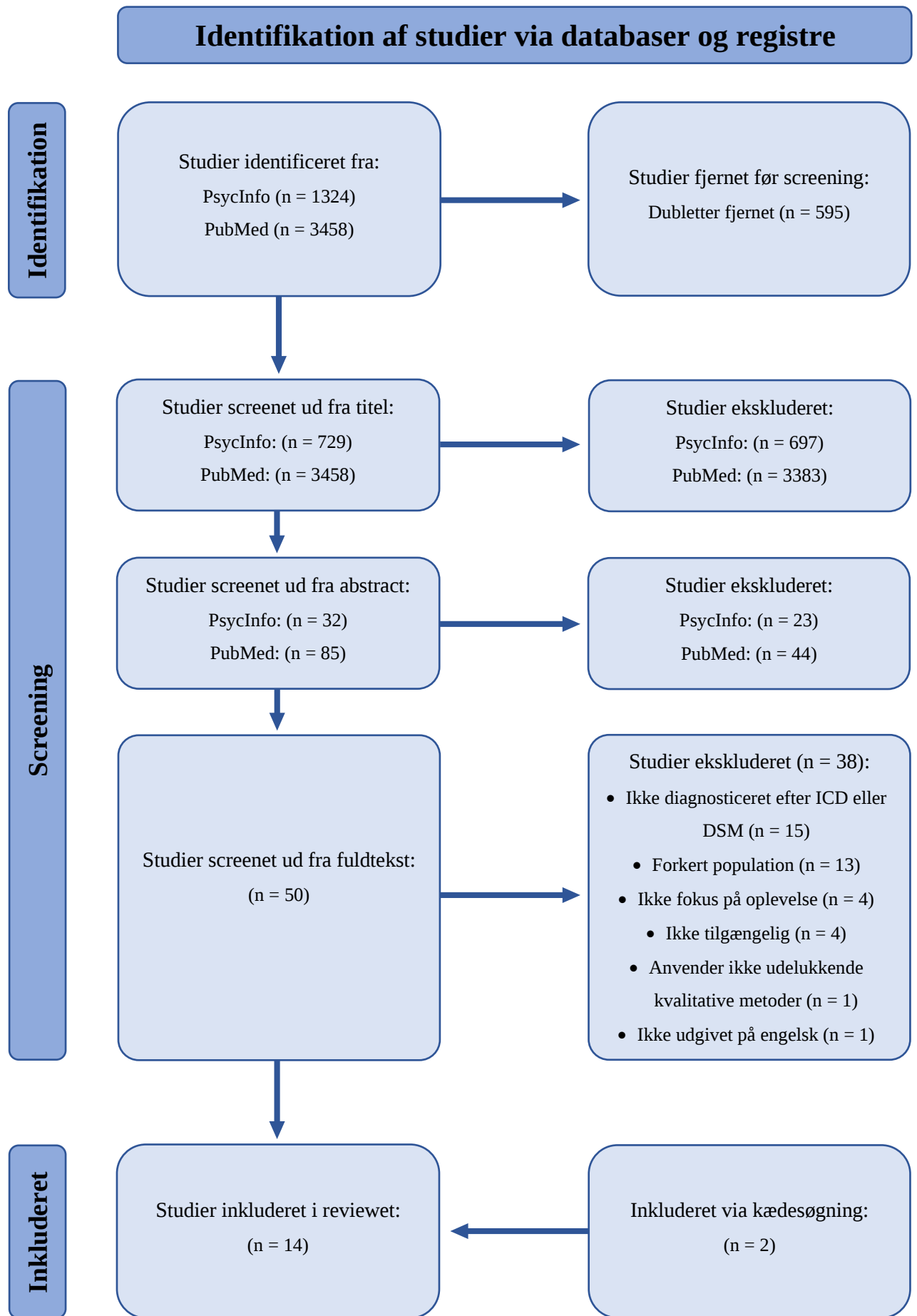
Systematisk søgning: PubMed

("Lived experience"[Title/Abstract] OR "experience*"[Title/Abstract] OR "Perspective"[Title/Abstract] OR "Personal narrative"[Title/Abstract] OR "Personal Narratives as Topic"[MeSH Terms]) AND ("adolescen*"[Title/Abstract] OR "Youth"[Title/Abstract] OR "young adult*"[Title/Abstract] OR "college student*"[Title/Abstract] OR "High school"[Title/Abstract] OR "student*"[Title/Abstract] OR "Children"[Title/Abstract] OR ("Adolescent"[MeSH Terms] OR "Young Adult"[MeSH Terms] OR "Students"[MeSH Terms:noexp] OR "Child"[MeSH Terms:noexp])) AND ("Anxiety"[Title/Abstract] OR "Anxiety disorder"[Title/Abstract] OR "Social anxiety disorder"[Title/Abstract] OR "panic disorder"[Title/Abstract] OR "Depression"[Title/Abstract] OR "Mood disorder"[Title/Abstract] OR "depressive disorder"[Title/Abstract] OR ("Anxiety"[MeSH Terms:noexp] OR "Anxiety Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "panic disorder"[MeSH Terms] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "depressive disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Mood Disorders"[MeSH Terms:noexp])) AND ("Qualitative"[Title/Abstract] OR "Interpretative phenomenological analysis"[Title/Abstract] OR "Qualitative Research"[MeSH Terms:noexp])

Efterfølgende, blev studierne fra hver søgning overført til referencehåndteringsprogrammet Refworks, hvor studier fra hver database blev holdt adskilt i de første trin af selektionsfasen. Før udførelsen af selektionsprocessen blev 595 dubletter identificeret via Refworks og efterfølgende frasorteret, hvorefter 4197 studier var tilbage. Disse 595 dubletter blev fjernet fra de oprindelige 1324 studier fundet via PsycInfo. Herefter blev studierne i første fase screenet ud fra titel og relevans, hvilket resulterede i 117 studier.

I anden fase af selektionsprocessen, blev de 117 studier screenet ud fra abstract, hvorefter 50 studier var tilbage. De 50 studier blev efterfølgende læst igennem for at vurdere, hvorvidt de opfyldte reviewets selektionskriterier og om de kunne anvendes til at besvare problemformuleringen. Dette resulterede i 14 studier, som blev inkluderet i reviewet, hvoraf to af disse studier, blev inkluderet via kædesøgninger. Efterfølgende blev studierne analyseret via reflektiv tematisk analyse, uddybet i afsnit 3.9.

I den næste del af processen, blev studierne kvalitetsvurderet via den kvalitative CASP-tjekliste, hvor udførelsen af kvalitetsvurderingen belyses i afsnit 4.1. Udførelsen af selektionsprocessen er illustreret i figur 1 i form af et flowdiagram, der tager udgangspunkt i retningslinjerne for systematiske reviews i PRISMA (Page et al., 2021, p. 19; PRISMA, 2024).



Figur 1: Flowdiagram

3.9 Tematisk analyse

Efter at have indsamlet studier, som skal inkluderes i et review, består det næste trin af at syntetisere data fra disse studier, hvor tematisk analyse er en af de mest hyppigt anvendte analytiske tilgange inden for kvalitative reviews (Hansen & Nørgaard, 2023, pp. 9, 53). Da reviewet kun inkluderer kvalitative studier, vil Braun & Clarkes (2022) udlægning af tematisk analyse blive anvendt til at analysere de inkluderede studiers data.

Tematisk analyse (TA) er en analysemetode, der kan anvendes til at belyse, analysere, og fortolke mønstre i kvalitative data (Braun & Clarke, 2022, p. 4; Castleberry & Nolen, 2018, p. 808). Dette gøres via systematisk kodning af data og udvikling af forskellige temaer, som bliver til analytiske udgangspunkter. TA er ikke en enkeltstående metode, men er ligeledes et paraplybegreb, som dækker over en lang række forskellige versioner af TA (Braun & Clarke, 2022, p. 4).

Retningen inden for TA, som Braune og Clarke samt dette review tager udgangspunkt i, er reflektiv tematisk analyse. *Refleksiv tematisk analyse* (RTA) indebærer, at undersøgeren kontinuerligt er aktivt reflekterende i sin rolle og udførelsen af undersøgelsen, samt en bevidsthed om, hvordan egen subjektivitet kan have betydning for undersøgelsesprocessen, og hvordan dette kan være en styrke (Braun & Clarke, 2022, pp. 5, 12). Refleksiviteten indebærer, at undersøgeren er bevidst om sine forudgående antagelser om undersøgelsesfeltet, da de kan have betydning for undersøgelsen, samt at undersøgeren ønsker at forstå modsætninger, nuancer og kompleksitet i den data, der tages udgangspunkt i (Braun & Clarke, 2022, pp. 5, 8-9).

Den analytiske proces inden for RTA består af seks trin: 1) bekendtgørelse af datasættet, 2) kodning af data, 3) begyndende temaer, 4) udvikling af temaer, 5) udformning, definering og navngivning af temaer og 6) at opskrive temaerne (Braun & Clarke, 2022, p. 6). RTA er ligeledes en analysemetode, der giver undersøgeren en høj grad af fleksibilitet, da den kan anvendes ud fra teoretiske rammeforståelser, forskellige fokuspunkter for mening samt induktive tilgange til datasættet (Braun & Clarke, 2022, pp. 9-11).

Grundet reviewets problemformulering samt kritisk realistiske udgangspunkt, vil datasættet i dette review blive arbejdet med ud fra en teoretisk forståelsesramme og dermed også realistisk essentialistisk tilgang. Den *essentialistiske*

realistiske tilgang inden for RTA indebærer, at formålet med analysen vil være at afdække og udfolde den virkelighed, der fremstår i datasættet (Braun & Clarke, 2022, p. 10).

I reviewet blev udførelsen af RTA påbegyndt efter afslutningen af søge- og selektionsprocessen. Efter at værket blevet mere bekendt med de inkluderede studier begyndte kodningsprocessen, hvorefter der blev udviklet foreløbige tematikker. Efterfølgende blev disse foreløbige temaer videreudviklet og endeligt navngivet. De forskellige temaer og den tematiske syntese bygger på data ud fra deltagernes oplevelser, som de bliver rapporteret i de inkluderede studier.

4. Resultater

I nedenstående afsnit præsenteres reviewets resultater. Først gennemgås studierne karakteristika og kvalitetsvurdering, hvorefter centrale kvalitetsmønstre på tværs af studierne belyses. Efterfølgende præsenteres den tematiske syntetisering af studierne resultater.

Forfatter(e) & land	Formål	Metode	Antal deltagere	Alder & køn
Ansell et al., (2024) Australien	At undersøge unge i Australiens oplevelser med stigma i forbindelse med angst og depression	Semi-strukturerede interviews Tematisk analyse	13	16-24-årige 61% hunkøn
Baker et al., (2022) Storbritannien	At undersøge den levede oplevelse af unge med panikangst	Semi-strukturerede interviews Fortolkende fænomenologisk tilgang	8	13-18-årige 87% hunkøn
Ekbäck et al., (2024) Sverige	At undersøge oplevelsen af depression hos unge og unge voksne med anvendelsen af Power Threat Meaning Framework	Semi-strukturerede interviews Power Threat Meaning Framework	11	15-22-årige 90% hunkøn
Farmer (2002) USA	At undersøge unges oplevelse med major depression	Interviews Fænomenologisk tilgang Colaizzi's analysemetode	5	13-17-årige Ukendt kønsfordeling
Kuwabara et al., (2007) USA	At undersøge den levede oplevelse af unge med depression med fokus på hjælpe-søgning og sygdommen i sociale kontekster	Semi-strukturerede interviews Tematisk analyse	15	18-25-årige 66% hunkøn
McCann et al., (2012) Australien	At undersøge unges levede oplevelser med depression	Semi-strukturerede interviews Fortolkende fænomenologisk tilgang	26	16-25-årige 61% hunkøn
Simonds et al., (2014) Storbritannien	At undersøge og få indblik i unges oplevelser med angst og depression	Semi-strukturerede interviews Tematisk analyse	9 børn og unge 12 mødre	14-16-årige 77% hunkøn

Weitkamp et al., (2016) Tyskland	At undersøge oplevelsen af depression hos unge samt deres oplevelser med terapi for deres depression	Semi-strukturerede interviews Fortolkende fænomenologisk tilgang	6	15-19-årige 83% hunkøn
Woodgate (2006) Canada	At opnå en forståelse af hvordan det er at være ung og leve med depression	Åbne interviews Tematisk analyse	14	13-18-årige 78% hunkøn
Woodgate et al., (2020a) Canada	At undersøge unges levede oplevelser med angst og oplevelser med stigmatisering	Åbne interviews Fænomenologisk analysemetode inspireret af van Manen	58	10-22-årige 75% hunkøn
Woodgate et al., (2020b) Canada	At undersøge unges levede oplevelser med angst og hvordan angst påvirker selvet	Åbne interviews Fænomenologisk analysemetode inspireret af van Manen	58	10-22-årige 75% hunkøn
Woodgate et al., (2020c) Canada	At undersøge unges levede oplevelser med angst og hvordan smerte er en central del af oplevelsen	Åbne interviews Fænomenologisk analysemetode inspireret af van Manen	58	10-22-årige 75% hunkøn
Woodgate et al., (2021) Canada	At undersøge unges levede oplevelser med angst og forstærke deres stemmer.	Åbne interviews Fænomenologisk analysemetode inspireret af van Manen	58	10-22-årige 75% hunkøn
Ya-Song et al., (2022) Kina	At undersøge universitetsstuderendes oplevelser med social angst i sociale situationer	Semi-strukturerede interviews Colaizzi's 7-trins analytiske metode	7	18-20-årige 57% hunkøn

Tabel 3: Resultater fra studierne

Studie	Temaer og undertemaer
Ansell et al., (2024)	• Stigma is omnipresent • Denied, minimized and blamed – “it’s not real” ◦ Faking it for secondary gains • Less than others – “you’re just weak” • Socially undesirable • Self-doubt and internalization • Withdrawal
Baker et al., (2022)	• Drowning in sensations ◦ A vicious kind of circle ◦ A different mentality ◦ Losing the battle • An unacceptable self ◦ Under the social spotlight ◦ The unhelpful helpers ◦ The outsider
Ekbäck et al., (2024)	• Power ◦ Loss of fear of loss ◦ Parental distress and lack of family support ◦ Social exclusion and stress ◦ Abuse and harassment ◦ Invalidated by the healthcare system • Threat ◦ Getting shocked and confused ◦ Getting angry and frustrated ◦ Experiencing anxiety and physical symptoms ◦ Feeling low and lonely • Meaning ◦ Feeling left out ◦ Lacking trust in others and in oneself ◦ Blaming oneself • Threat response ◦ Keeping things within and avoiding feelings ◦ Withdrawing from relationships and coping alone ◦ Self-harming and restrictive eating ◦ Seeking contact and support ◦ Trying to please and adapt

Farmer (2002)	• Dispirited weariness • Emotional homelessness: sense of aloneness • Emotional homelessness: no safety where expected • Unrelenting anger • Parental break-up: caught in the middle • Spectrum of escape from pain • Perspectives on friendship • Gaining a sense of getting well
Kuwabara et al., (2007)	• Identification as an individual with depression • Healthcare experiences related to diagnosis and treatment • Relationships and social support • Role transitions from adolescence into adulthood and general functioning
McCann et al., (2012)	• Struggling to make sense of their situation • Spiralling down • Withdrawing • Contemplating self-harm or suicide
Simonds et al., (2014)	• Loss of self • Renegotiating the self • Anticipation of future self
Weitkamp et al., (2016)	• Suffering is experienced as overwhelming • An experience of loneliness and isolation • Struggling to understand the suffering • Therapy as a last resort
Woodgate (2006)	• Containing the shadow of fear ○ Accepting your depression ○ Taking responsibility in getting better ○ Staying in the positive • Keeping the self alive ○ Getting in touch with your feelings ○ Believing in yourself ○ Being good to yourself • Maintaining a sense of belonging in the world ○ Knowing others are trying to understand ○ Knowing others are making “check-ins” ○ Knowing others are making a difference • Feeling valued as a human being ○ Knowing that healthcare professionals are focused on the adolescent

	○ Knowing that healthcare professionals are flexible in their approach ○ Knowing that healthcare professionals will never give up on the adolescent
Woodgate et al., (2020a)	• A shrinking world • The heavy, heavy backpack • Play, pause, rewind, forward • A fine balance • Lived meaning
Woodgate et al., (2020b)	• Anxiety is very much about pain ○ Embodied experience of anxiety: physical pain ○ A prominent symptom of anxiety: mental-emotional pain ○ Difficult interpersonal relationships: social pain ○ Articulating their pain
Woodgate et al., (2020c)	• The self as fractured • The struggle between being there for others and being-there-for-oneself • Discovery of the self • Masking the self • Trust in the self • The transcendental self
Woodgate et al., (2021)	• A shrinking world • The heavy, heavy backpack • Play, pause, rewind, forward • A fine balance • Lived meaning
Ya-Song et al., (2022)	• Distorted self-consciousness • Fear of negative reactions from others • Negative psychosomatic experience • A strong desire to seek treatment

Tabel 4: Studiernes egne temaer & undertemaer

I reviewet endte 14 studier med at leve op til inklusionskriterierne. I tabel 3 er studierne karakteristikkert præsenteret og i tabel 4 er studierne temaer og undertemaer præsenteret. Studierne blev publiceret mellem år 2002 og 2024, hvoraf otte af studierne blev publiceret efter år 2020, mens tre af studierne blev publiceret før år 2010.

Selvom studierne deler et primært formål i at undersøge børn eller unges oplevelser med angst og/eller depression, består variationerne i, hvorvidt de undersøger en specifik depressiv- eller angstlidelse, såsom i Baker et al. (2012), eller om de undersøger lidelserne på et mere overordnet plan. Flere studier har ligeledes sekundære formål, hvor nogle undersøger oplevelsen med terapi, såsom i Weitkamp et al. (2016), eller deres søgen på hjælp, såsom i Kuwabara et al. (2007). Selvom alle studierne undersøger en population bestående af hankøn og hunkøn, fremgår det dog, at de fleste deltagere i studierne med en kendt kønsfordeling er af hunkøn, og at der i ét studie er en ukendt kønsfordeling (Farmer, 2002).

Den mest anvendte dataindsamlingsmetode bestod af interviews, hvoraf semi-strukturerede interviews blev hyppigst anvendt efterfulgt af åbne interviews. Farmer (2002) er det eneste studie, hvori det ikke blev specificeret, hvilken interviewform, der blev anvendt. I forhold til dataanalysemetode, blev fænomenologiske metoder hyppigst anvendt, heriblandt fortolkende fænomenologiske tilgange samt fænomenologiske analysemetoder inspireret af van Manen. Dertil blev tematisk analyse også hyppigt anvendt.

4.1 Kvaliteten af inkluderede studier

I nedenstående tabel, fremgår kvalitetsvurderingen af de inkluderede studier med anvendelsen af den kvalitative CASP-tjekliste.

Markerings oversigt:		Ansell et al., (2024)	Baker et al., (2022)	Ekbäck et al., (2024)	Farmer (2002)	Kuwabara et al., (2007)	McCann et al., (2012)	Simonds et al., (2014)	Weitkamp et al., (2016)	Woodgate (2006)	Woodgate et al., (2020a)	Woodgate et al., (2020b)	Woodgate et al., (2020c)	Woodgate et al., (2021)	Ya-Song et al., (2022)
Sektion A: Validitet af Resultater	Var formålene for studiet tydeliggjorte?														
	Var en kvalitative metode hensigtsmæssig?														
	Var studiets design hensigtsmæssigt til at undersøge formålet?														
	Var udvælgelsesstrategien hensigtsmæssig til at undersøge formålet?														
	Foregik dataindsamlingen hensigtsmæssigt i forhold til undersøgelsens formål?														
	Var forfatter-deltager relationen tilstrækkeligt overvejet?														
Sektion B: Resultater	Tog de tilstrækkeligt højde for etiske overvejelser?														
	Var analysen grundig nok?														
	Var resultatbeskrivelsen tydelig?														
Sektion C: Lokal brugbarhed	Er forskningen brugbar?														

Tabel 5: Kvalitetsvurdering af studierne

4.1.1 Kvalitetsmønstre

Baker et al. (2022) er det eneste studie, som opfylder alle 10 kvalitetskriterier, hvilket belyser, at de fleste studier har mindst én kvalitetsmæssig mangel. Dog opfylder alle studier kriterie to, tre og fem. Nedenfor vil to af de mest gennemgående kvalitetsmønstre blive omtalt.

Det mest gennemgående kvalitetsmønstre er, at alle studier, undtagen Baker et al. (2022), enten delvist eller slet ikke opfylder det sjette kvalitetskriterie. I denne henseende, er det mest gennemgående problem i alle disse studier en mangel på omtale af forfatter-deltager relationen eller hvorvidt forfatter-deltager relationen kan have haft betydning for forskellige trin i udførelsen af undersøgelserne. Af denne årsag kunne der om disse studier ikke svares ”ja” på hovedspørgsmålet og diverse underspørgsmål for dette kvalitetskriterie.

I Woodgate et al. (2020a), (2020b), (2020c) og (2021) er der flere aspekter ved deltagerne der går igen. Alle fire studier har 58 deltagere, den samme kønsfordeling og gennemsnitsalderen for deltagerne er på 14,5 år på trods af, at studierne er blevet publiceret i 2020 og 2021. Det ekspliciteres ligeledes ikke, hvorvidt det er de samme deltagere der går igen på tværs af studierne, eller hvornår dataindsamlingen foregik. Et sammenligneligt problem kan ses i Ekbäck et al. (2024), hvor deltagerne blev rekrutteret fra et tidligere randomiseret kontrolstudie (p. 2), men hvilken betydning dette kan have for undersøgelsen fremgår ikke. Den manglende eksplicitering af forfatter-deltager relationens betydning i de førnævnte studier, kan have en negativ betydning for studiernes gennemsigthed, da der så er en risiko for, at deltagernes besvarelser af interviewspørgsmålene kan have været påvirket af deltagernes relation til forfatterne.

Der var også tre studier hvis opfyldelse af det syvende kriterie om etiske overvejelser ikke fremgik tydeligt (Kuwabara et al., 2007; Woodgate et al., 2020c; Woodgate et al., 2021). I Woodgate et al., (2020c) og (2021) kommer dette til udtryk igennem manglen på ekspliciteret skriftligt samtykke fra forældre, på trods af studiernes brug af besvarelser fra deltagere under 18 år. I Kuwabara et al. (2007), blev der indhentet skriftligt samtykke fra deltagerne, men det fremgår ikke, hvorvidt forskerne havde fået godkendelse fra en etisk komité, og hertil omtales etiske aspekter ikke yderligere. At disse studier også har mangler i forhold til kriterier seks om

forholdet mellem deltager og undersøger, kan være problematisk, da deltagerne er i direkte kontakt med forskerne, og samtidigt deler følsomme oplysninger om dem selv.

4.2 Refleksiv tematisk analyse af studierne

På baggrund af deltagernes udtalelser i studierne, beskrivelserne af disse samt studierne forskellige temaer, er en RTA og syntese med udgangspunkt i Braun & Clarke (2022) blevet lavet for at kunne besvare problemformuleringen. I nedenstående afsnit gennemgås temaerne.

4.3 Kampen mod fysiske og psykiske symptomer

På tværs af studierne, blev det klart, at oplevelsen af symptomer udgjorde en central del af børn og unges oplevelser med angst og/eller depression, hvilket kom til udtryk i ni ud af 14 studier.

4.3.1 Symptomers aftryk på kroppen og sindet: En ond cirkel

Et centralt oplevelsesmæssigt aspekt hos børn og unge med angst og/eller depression kan ses i, hvordan livet med fysiske og psykiske symptomer på forskellige måder skaber en stor byrde for dem (Baker et al., 2022; Farmer 2002, McCann et al., 2012; Weitkamp et al., 2016). Symptomerne på angst og/eller depression opleves som overvældende, ubehagelige eller ekstreme (Baker et al., 2022; Simonds et al., 2014; Weitkamp et al., 2016). En pige med depression fortæller: "You just cry a lot. And that's all you can do" (Farmer, 2002, p. 572), hvilket understreger, at symptomerne kan opleves som et dominerende og kontrollerende aspekt ved tilværelsen.

Børn og unge med depression oplever symptomer såsom håbløshed, konstant træthed, koncentrationsproblemer og selvmordstanker (McCann et al., 2012; Farmer, 2002; Weitkamp et al., 2016). Angst er derimod forbundet med oplevelsen af fysiske symptomer såsom hovedpine, smerter i brystkassen og mavepine og psykiske symptomer som overtænkning, bekymring og nervøsitet (Ekbäck et al., 2024; Woodgate et al., 2020c; Ya-Song et al., 2022). Selvom symptomerne på angst og depression varierer, afspejler ovenstående, at kombinationen af fysiske og psykiske symptomer kan være en konstant påmindelse om en bebyrdet tilværelse.

På trods af symptomernes konstante tilstedeværelse, kan det også være svært at sætte ord på oplevelsen af dem, hvilket en 14-årig med angst beskriver: "It's just kind of like a mix of a bunch of things (...) I don't know" (Woodgate et al., 2021, p. 5). Uforklarlige følelser af vrede og frustration hos børn og unge med angst eller

depression udgør også et diffust aspekt ved oplevelsen af symptomerne, hvor disse følelser kan være rettet mod andre, dem selv eller objekter (Ekbäck et al., 2024; Farmer, 2002; Weitkamp et al., 2016; Woodgate et al. 2021). Symptomernes konstante tilstedeværelse kan skabe frustration og forvirring over, hvilke dele af tilværelsen, der er eller ikke er påvirket af symptomerne, hvor disse følelser kan ses som en reaktion på afmagt, da symptomerne konstant indgår i og former hverdagslivet.

Det blev også klart, at børn og unge med angst eller depression oplever, at symptomerne udgør en ond cirkel, hvori oplevelsen af symptomer kan medføre andre symptomer eller forværre allerede-eksisterende symptomer, hvilket fører til usikkerhed om, hvorvidt de kan få det bedre (Baker et al., 2022; McCann et al., 2012; Woodgate et al., 2020c; Woodgate et al., 2021; Ya-Song et al., 2022). Unge med panikangst oplever, at bekymringer og katastrofetanker fører til usikkerhed og frygt, hvilket kan eskalere til panikanfald, der resulterer i følelser af magtesløshed, da panikanfaldende opleves som uundgåelige og umulige at bekæmpe (Baker et al. 2022). I Ya-Song et al. (2022), beskriver en studerende med social angst: "When I'm nervous I just can't control it. The more I control it, the more nervous I become" (p. 1732). Oplevelsen af angst som en ond cirkel af eskalerende og ustandselige symptomer kan således medføre følelser af kontroltab over krop og sind og kan opleves som en umulig kamp. Undertrykkelsen af symptomer forværrer dem, men ikke at undertrykke symptomerne indebærer en risiko for, at symptomerne alligevel forværres grundet afkaldet på kontrolfølelse over lidelsen.

For børn og unge med depression, kommer den onde cirkel i højere grad til udtryk gennem den mentale og fysiske udmattelse på baggrund af de psykiske og fysiske symptomer, hvilket bidrager til en usikkerhed om, hvorvidt de kan vende tilbage til den tilværelse, de kendte til før depressionen (McCann et al., 2012). En deltager med depression beskriver: "I feel like it's a condition that is really self-consuming. It's really exhausting" (McCann et al., 2012, p. 337). Selvom oplevelsen af symptomerne som en ond cirkel varierer blandt børn og unge med angst eller depression, er eskaleringen af symptomer et fælles aspekt ved den onde cirkel og udgør en dobbeltbelastning. Deres oplevelse af symptomerne udgør en belastning der vokser, når symptomerne forværres eller at andre symptomer forekommer.

Manglende forståelse for oplevelsen af symptomerne kan forstærke den onde cirkel (Baker et al., 2022; Ekbäck et al., 2024; Weitkamp et al., 2016). Oplevelsen af panikanfald hos børn og unge med panikangst kan medføre følelser af at drukne i

sanseindtryk og forvirring over panikanfaldenes udløsning (Baker et al., 2022), mens andre børn og unge med angst og/eller depression oplever forvirring over, hvorfor de oplever deres symptomer, hvilket hæmmer deres selvsikkerhed (Simonds et al., 2014; Weitkamp et al., 2016). Forvirring og manglende forståelse af symptomernes fremkomst kan være et udtryk for, at symptomerne kan opleves som irrationelle eller ude af proportioner i forhold til hverdagens situationer, hvor der opstår en uoverensstemmelse mellem deres oplevelsesverden og situationerne, de indgår i

Oplevelsen af symptomer på angst og depression efterlader et belastende og ukontrollerbart aftryk på krop og sind i form af en ond cirkel af tilbagevendende og selvforstærkende symptomer, der kan føre til følelser af forvirring og håbløshed, hvilket blot vedligeholder den onde cirkel.

4.3.2 Verden bevæger sig videre

I studierne blev det tydeligt, at selve symptomerne på angst og/eller depression medfører konsekvenser, som hovedsageligt er inden for sociale og akademiske områder. De akademiske konsekvenser ses særligt hos børn og unge med depression i form af symptomer såsom forståelses- og koncentrationsbesvær, der resulterer i, at de falder bagud i skolen (Farmer, 2002; Weitkamp et al., 2016). Andre unge med depression måtte droppe ud af deres uddannelse i en tidsperiode, eller at faldene i deres akademiske performance nødsagede dem til at gå et år om (Weitkamp et al., 2016). En deltager med depression beskriver: ”Well, um in school I completely deteriorated um in that period of time (...) I, really, I could not concentrate” (Weitkamp et al., 2016, p. 5).

Disse problemer i skolen medførte et frafald af venner, hvor grunden bag dette var uklart for nogle, mens andre aktivt valgte af frasortere venner (Weitkamp et al., 2016). Dette belyser, at symptomernes konsekvenser ikke er afgrænset til krop og sind, men kan yderligere påvirke andre aspekter af livet og derved medføre sociale og akademiske konsekvenser. Det ovenstående giver derfor et indtryk af, at børn og unge med depression oplever en ond cirkel af akademiske konsekvenser, lignende den onde cirkel beskrevet i afsnit 4.3.1. De akademiske konsekvenser kan medføre sociale konsekvenser, hvorigennem begge kan forstærke hinanden, hvilket kan lede til følelser af uduelighed og håbløshed.

Selv udenfor skolen, så børn og unge med angst og/eller depression sig nødsaget til at afgrænse deltagelse i aktiviteter som sociale arrangementer eller samvær med vennegrupper grundet symptomernes sociale konsekvenser, hvilket resulterer i en følelse af at have tabt deres sted i verden (Simonds et al., 2014). En deltager med angst og depression beskriver: ”(...) All my friends around me was going out and doing things and I just sort of felt left out (...)” (Simonds et al., 2014, p. 293). Dette kan lede til følelsen af, at det eneste selskab, de står tilbage med, er deres symptomer.

Angst kan også opleves som begrænsende og verdensindskrænkende, hvilket en 16-årig med angst beskriver: ”It’s [living with anxiety] like living in a box, and the box keeps going smaller and smaller (...)” (Woodgate et al., 2021, p. 6). På trods af symptomernes begrænsende natur, har mange børn og unge med disse lidelser et stærkt ønske om at bibeholde et socialt liv, hvilket kommer til udtryk i deres ønske om at høre til. Dette belyser så et vanskeligt dilemma; hvis de begrænser deres sociale deltagelse, kan det føles som om, verden bevæger sig videre uden dem, men hvis ikke de begrænser deltagelsen, kan de risikere at få det værre.

Angst og/eller depression kan både have akademiske konsekvenser og sociale konsekvenser i form af frafald af venner samt værre uddannelsespræstation, hvilket forstærker hinanden yderligere. Disse oplevelser fører til en samlet oplevelse af, at verden bevæger sig videre uden dem.

4.3.3 Flugt og genopnåelse af kontrol

På tværs af studierne, blev det tydeligt, at børn og unges forsøg på at håndtere symptomerne varierede. Hos børn og unge med depression, indebærer håndteringen af lidelsens symptomer ofte en form for flugt fra tilværelsen, hvilket for nogle bestod af en midlertidig flugt, såsom gennem flugt fra familien eller udførelse af selvskade (Farmer, 2002). Ud over fysisk selvskade, kunne det også indebære stoffer, rygning, alkoholmisbrug eller seksuel adfærd (Ekbäck et al., 2024; McCann et al., 2012). Dog blev selvskade ikke kun brugt i forsøg på at flygte fra tilværelsen, men blev også brugt som udtryksform af lidelse overfor andre: ”(...) When I’d do it [cutting self with knives or needles] I wouldn’t make any big secret out of it or anything. I’d let everybody know. Pain and humiliation both being a part of it” (Farmer, 2002, p. 578). Brugen af selvskade som udtryksform af børn og unge vidner om et stærkt ønske om forståelse, både af dem selv og deres lidelse, da konfronteringen med selvskaden bliver en måde, hvorpå den ellers usynlige smerte ved depression kan synliggøres.

Andre børn og unge ønskede en permanent flugt fra tilværelsen, hvilket kom til udtryk gennem tanker om eller udførelsen af selvmordsforsøg (Ekbäck et al., 2024; Farmer, 2002; McCann et al., 2012; Simonds et al., 2014). Selvmordsforsøg blev også brugt som udtryksform af dem selv og deres lidelse, men kun hvis andre metoder ansås som umulige og hvis meningen med tilværelsen var mistet (Ekbäck et al., 2024; Farmer, 2002; McCann et al., 2012).

Genvinding af kontrol var en af de andre måder, hvorpå børn og unge med angst og/eller depression forsøgte at håndtere deres symptomer. Unge med panikangst forsøgte ofte at anvende forskellige teknikker, såsom vejrtrækningsøvelser, hvis et panikanfald var undervejs, men dette hjalp ikke for alle og kunne i nogle tilfælde forværre panikanfaldene. Forsøg på at kontrollere panikanfaldene blev oplevet som en cyklus af forsøg og nederlag (Baker et al., 2022). I Ekbäck et al. (2024), anvendte en ung deltager med depression restriktiv spisning i et forsøg på at opnå en følelse af kontrol over lidelsen: "I guess the other things become less in your face when there is at least something you can control" (p. 7). Ovenstående viser, at genvindingen eller udøvelsen af kontrol over visse aspekter af livet, kan bidrage til at mindske lidelsens dominans i tilværelsen.

Børn og unge med angst brugte også genvinding af kontrol som symptomhåndtering, hvor de ville skubbe og udfordre dem selv til at prøve at deltage så meget de kunne, på trods af symptomerne (Woodgate et al., 2021). I Farmer (2002) gjorde deltagere med depression brug af selvhjælpsstrategier for at inducere en følelse af genetableret kontrol i hverdagen, såsom ved at holde sig beskæftiget, gennem alenetid eller ved at blive hjemme fra skolen, hvis symptomerne blev for meget. Børn og unges ønske om at genvinde kontrol over livet kan afspejle det oplevede kontroltab, lidelserne medfører, og resulterer i forsøg på at tage kontrol tilbage fra lidelsernes magt, hvilket kan skabe en følelse af kontrol

Samlet set forsøger børn og unge med angst og/eller depression at håndtere deres lidelser gennem forsøg på at genvinde kontrol i livet, men hos børn og unge med depression forsøger de også at flygte midlertidigt eller permanent fra tilværelsen.

4.4 Navigering af sociale relationer

Navigering af sociale relationer var en central del af disse børn og unges hverdage, og blev omtalt i alle 14 studier. Sociale relationer kunne være en kilde til støtte og hjælp,

men var hovedsageligt forbundet med bekymring og stigmatisering.

4.4.1 Hjemmet og skolen som kilde til negative sociale oplevelser

Børn og unge med angst eller depression oplever gennemgående, at deres lidelser havde ledt til negative oplevelser med sociale relationer og interaktioner, hvoraf størstedelen fandt sted i skolen (Baker et al., 2022; Woodgate et al., 2020a; Ekbäck et al., 2024; Farmer, 2002), mens børn og unge med depression dog også har negative oplevelser forbundet med hjemmet (Ekbäck et al., 2024; Farmer, 2002; Kuwabara et al., 2007).

Som belyst i afsnit 4.3.2, kan symptomerne på angst og depression skabe sociale og akademiske vanskeligheder. Ud over symptomerne kan blot dét at have en mental lidelse skabe vanskeligheder i skolen. Børn og unge med depression kan have svært ved at få nye venner i skolen (Ekbäck et al., 2024), og nogle venner kan opleves som upålidelige (Farmer, 2002). Børn og unge med angst bliver kaldt underlige, mærkelige og akavede, og oplever forskelsbehandling fra andre: "Yeah they look at you differently, they treat you differently" (Woodgate et al., 2020a, p. 1494). Konflikter, såsom mobning fra elever og konflikter med lærere, opleves af både børn og unge med angst eller depression (Ekbäck et al., 2024; Woodgate et al., 2020a). Lærere kan være en direkte kilde til mobning, eller en indirekte kilde ved passivt at lade problemerne fortsætte: "A bad teacher to me is more like they can see your troubles but they don't bother to do anything" (Woodgate et al., 2020a, p. 1497); "I feel like they [teachers] didn't understand what was happening" (Baker et al., 2022, p. 8). Når en lærer passivt lader problemerne stå til, uden indgriben, kan dette forværre vanskelighederne i skolen. Lærerens passivitet og uretfærdige behandling, retfærdiggør indirekte, at andre elever kan fortsætte deres dårlige behandling af børn og unge med angst og/eller depression hvilket kan skabe følelser af mistillid, afmagt og hjælpeløshed. Det kan også skabe følelser af isolation, hvor børn og unge med angst og/eller depression står alene med problemerne, da de ikke føler, at de kan henvende sig til nogen der kan eller vil stoppe problemerne.

Hjemmet kan også udgøre en kilde til negative sociale interaktioner og relationer, men er oplevelser, der primært ses hos børn og unge med depression (Ekbäck et al., 2024; Farmer, 2002; Kuwabara et al., 2007; Weitkamp et al., 2016). Børn og unge med depression kan have et hjemmemiljø, der er usikkert og stressende i form af utilregnelige forældre med egne lidelser eller problemer, hvilket besværliggør

forsøg på at afhjælpe deres børns vanskeligheder (Ekbäck et al., 2024; Farmer, 2002), mens andre børn og unge med depression er bekymrede for at skuffe deres forældre ved ikke at kunne leve op til deres forventninger (Kuwabara et al., 2007). Manglende tiltro til forældre, kan vanskeliggøre samtale om lidelsernes problematikker: ”(...) we never really talked... I would never really come to her and talk about the important stuff” (Farmer, 2002, p. 575). Børn og unge med depression er således særligt udsatte hvad angår sociale relationer sammenlignet med børn og unge med angst, da hverken forældre eller lærere og elever i skolen kan hjælpe eller forstå deres problemer, hvorimod børn og unge med angst ikke virker til at have samme vanskeligheder i hjemmet. Dette sætter børn og unge med depression i en position, hvor de gentagende gange oplever ikke at få hjælp og at de misforstås.

Børn og unge med angst eller depression oplever, at skolen udgør en væsentlig kilde til bekymring og negative oplevelser fra ansatte og andre elever. Børn og unge med depression oplever dog, at både skolen og hjemmet er forbundet med negative oplevelser, hvor forældre ikke blot kan være ude af stand til at hjælpe deres børn, men også forværre deres problemer.

4.4.2 Stigmatisering, bekymringer og ensomhed

Frygten for og oplevelsen af stigmatisering udgør et centralt aspekt af, hvordan børn og unge med angst og/eller depression indgår i sociale relationer og interaktioner med andre (Ansell et al., 2024; Baker et al., 2022 McCann et al., 2012; Woodgate, 2006; Woodgate et al., 2020a; Woodgate et al., 2020c).

En måde stigmatisering kommer til udtryk ses, når angst eller depression negligeres af andre der affejer symptomerne eller bebrejder disse børn og unge for deres lidelser (Ansell et al., 2024; Ekbäck et al., 2024; Woodgate et al., 2020a), hvorfra årsagerne til affejning eller minimering af lidelserne varierer.

Angst bliver eksempelvis negligeret grundet lidelsens usynlighed, hvilket medfører en manglende forståelse fra andre over seriøsiteten af lidelsen (Woodgate et al., 2020a). Begge lidelser er dog forbundet med stigmatiserende idéer om, at lidelserne er selvforskyldte og et tegn på svaghed, hvilket kunne ses i beskrivelserne af børn og unges oplevelser, hvor andre forventer, at de vil fejle eller skal tage sig sammen: ”In high school they told me I should drop out because I wasn’t going to make it to graduation” (Ansell et al., 2024, p. 2127). Ovenstående illustrerer, at den stigmatisering børn og unge med angst eller depression oplever, kan have

grundlag i misforståelser af lidelserne som karakter- eller personlighedsmæssige træk, hvilket kan medføre, at andre reducerer unikke og individuelle børn og unge til deres lidelsers stigmatiserende træk.

Andre børn og unge med angst og/eller depression oplever, at stigmatisering kommer til udtryk, når de bliver set som socialt uønsket af andre, og derfor bliver socialt ekskluderet grundet deres lidelse (Ansell, 2024; Ekbäck et al., 2024; Woodgate et al., 2020a). Børn og unge med depression omtales som kedelige at være sammen med, hvorimod børn og unge med angst anses som rastløse og påtrængende og derigennem besværlige at være sammen med (Ansell et al., 2024).

Frygten for stigmatisering har rod i en frygt for at blive set anderledes og derigennem blive dømt af andre (Baker et al., 2022; McCann et al., 2012; Woodgate et al., 2020a; Woodgate et al., 2020c). Børn og unge med depression er bange for at blive stigmatiseret og tabe status ved at blive stemplet med en mental lidelse (McCann et al., 2012), og andre ønsker ikke at fortælle deres venner om lidelsen for at beskytte sig selv mod potentielle negative konsekvenser (Weitkamp et al., 2016).

For mange børn og unge med angst er frygten for at blive set anderledes forbundet med en bekymring om at få uønsket opmærksomhed, hvis de skulle få det dårligt (Baker et al., 2022; Woodgate et al., 2021; Ya-Song et al., 2022). Unge med panikangst oplever stærke bekymringer om at få et panikanfald foran andre, og hvordan dette kan påvirke andres syn på dem som personer: "(...) you don't want people's judgment and even afterwards, you're embarrassed because everyone just saw you freak out" (Baker et al., 2022, p. 7). Ud fra dette, kan det antages, at frygten for at blive set anderledes og dømt, også kan være forbundet med frygten for at andre reducerer dem til deres lidelsers stigmatiserede træk, og at andres opmærksomhed kan medføre, at flere bliver bekendte med deres lidelser.

Oplevelser af at blive dømt eller frygten deraf skaber yderligere sociale problemer for børn og unge med angst eller depression, da det bliver vanskeligt at vide, hvem de bør eller ikke bør tale med om deres lidelser og problemer (Farmer, 2002; McCann et al., 2012; Weitkamp et al., 2016; Woodgate, 2006; Woodgate et al., 2020a; Woodgate et al., 2020c). En deltager med depression fortæller: "I think the bad things would be the stigma associated with it, because it's not something that you'd want to go and tell any of your friends that you have it, because you'd be perceived differently" (McCann et al., 2012, p. 337). Lignende oplevelser ses hos børn og unge med angst: "People will think I'm scary" (Woodgate et al., 2020a, p. 1494); "I usually like keep

[my anxiety] to myself 'cause I don't know, I don't like it when people talk about their mental illnesses out loud to people (...)" (Woodgate et al., 2020a, p. 1495).

Der er dog også børn og unge med angst og/eller depression, som bevidst undgår at tale med andre om deres problemer (Ansell et al., 2024; Ekbäck et al., 2024), hvor én årsag til dette stammer fra et ønske om ikke at bebyrde venner eller familie med problemerne (Ekbäck et al., 2024), eller at kønsforventninger til hankøn medfører en forventning om, at de ikke bør omtale deres lidelser med andre for at undgå at virke svag (Weitkamp et al., 2016). Det kan således være svært for disse børn og unge at åbne op overfor andre, da de kan forvente afvisning og fordømmelse, hvilket kan lede til en opvejning af risici, når det kommer til at fortælle andre om lidelserne eller ej. Nogle børn og unge ønsker ikke at risikere relationsmæssige omvæltninger og forsøger i stedet at opretholde en tilsyneladende almindelig tilværelse, på bekostning af at leve i frygt for, at andre kan anspore deres vanskeligheder og herefter ekskluderer dem socialt.

I Baker et al. (2022), var der dog alligevel nogle børn og unge med panikangst, som valgte at betro sig til bekendte med deres lidelse, på trods af risici. Dette resulterede dog i, at de efterfølgende blev behandlet anderledes: "As soon as I told them, they started just saying, just not hanging around me. (...) maybe they didn't know how to deal with me, or they just thought of me differently (...)" (Baker et al., 2022, p. 9). Nogle børn og unge med angst oplevede også, at andre ikke ønskede at sætte sig ind i deres lidelse eller situation, hvilket en 14-årig pige med angst beskrev: "Sometimes they don't try to understand, they don't even bother. They're just like, "oh, they're different, that's a bad thing," automatically (...)" (Woodgate et al., 2020a, p. 1494).

Problemer med ikke at vide, hvem børn og unge med angst og/eller depression kan tale med om deres oplevelser og lidelse samt andre førnævnte negative sociale oplevelser, kan lede til følelser af ensomhed og isolation (Ansell et al., 2024; Ekbäck et al., 2024; Farmer, 2002; Simonds et al., 2012; Woodgate et al., 2021). Disse følelser af ensomhed og isolation kan forekomme på to forskellige måder: Enten ville andre trække sig fra dem (Baker et al., 2022) ellers valgte børn og unge selv at trække sig fra andre af diverse årsager (Ansell et al., 2024; Ekbäck et al., 2024; Farmer, 2002; McCann et al., 2012; Woodgate et al., 2021). Det virker dog til, at børn og unge med angst og/eller depression i højere grad selv valgte at trække sig fra andre, snarere end

det modsatte, hvilket kan medføre en følelse af selv at være overladt med deres egne lidelser og problemer.

For flere børn og unge er det ikke et nemt valg at trække sig, men kan for nogle anses som nødvendigt, selvom det leder til negative følelser som skam og skyld (Farmer, 2002; Woodgate et al., 2021). Børn og unge med angst kan til tider have behov for eller ønske om at være alene for at håndtere angsten (Woodgate et al., 2021). At navigere sociale relationer kan skabe overvældende følelser, som kan resultere i nedlukning overfor andre, hvilket ligeledes kan vise sig i oplevelser hos børn og unge med depression (Ekbäck et al., 2024; Farmer, 2002). På trods af følelser som ensomhed og skam induceret af isolationen, kunne det nogle gange være nemmere at være alene: ”I stopped having contact with my friends in school. I didn’t want to talk to them. I was so ashamed so I have stopped talking to them completely” (Ekbäck et al., 2024, p. 6). Hertil er der også børn og unge med angst og/eller depression, som trækker sig fra andre af frygt for, at andre har stigmatiserende tanker om dem (Ansell et al., 2024; McCann et al., 2012). At trække sig kan dermed være et udtryk for selvbeskyttelse, som dog efterlader disse børn og unge i en vanskelig situation, hvor tilbagetrækning potentielt kan forstærke følelser af skam og skyld.

For børn og unge der oplever, at andre trækker sig fra dem, kan dette medføre ensomhed og isolation. Børn og unge med panikangst oplever følelser af ikke at være normale eller passe ind, når venner og andre bekendte trak sig fra dem: ”It kind of feels a bit lonely (...) because you just kind of want to be like everyone else (...) but like you can’t, because like you’re not like everyone else” (Baker et al., 2022, p. 9). Lignende følelser af ensomhed kan ses hos børn og unge med depression i form af en oplevelse af ikke at have et sted at høre til (Ekbäck et al., 2024).

Oplevelser med stigmatisering kan i sidste ende føre til selv-stigma hos børn og unge med angst eller depression (Ansell et al., 2024; Woodgate et al., 2020a). For børn og unge med angst eller depression kan selv-stigma komme til udtryk gennem tvivl relateret til, hvorvidt oplevede stigmatiserende idéer er sande, eller om det blot er internaliserede og selvvendte kritiske idéer fra andre (Ansell et al., 2024). I de tilfælde, hvor andres stigmatiserende idéer bliver anset som sande af disse børn og unge, kan dette resultere i tanker om lidelserne som værende selvforskyldte, hvilket kan lede til følelser af skam og skyld over blot at have en lidelse (Ansell et al., 2024; Woodgate et al., 2020a). Dog kan tvivl og splittelse om, hvorvidt indholdet af disse tanker var sande, sprede sig til andre dele af deres liv (Ansell et al., 2024), hvilket kan

skabe tvivl om deres selv (Woodgate et al., 2020a). Dette tyder på, at selv-stigma kan have en betydelig indvirkning på oplevelsen af selvet hos børn og unge med angst og/eller depression. Selv-stigma skaber ikke blot et kollaps af selvet og identiteten, men former også deres selvsyn, hvilket kan utydeliggøre grænserne mellem selvet, identiteten og lidelserne. Måden hvorpå stigmatisering påvirker børn og unge med angst eller depression når det kommer til deres selv og identitet omtales yderligere i afsnit 4.5.1. Stigmatisering, og frygt derom, leder til vanskeligheder med at vurdere, hvem børn og unge med angst og/eller depression kan betro sig til og tale med om lidelserne, hvilket fører til følelser af skam, ensomhed, isolation og selv-stigma.

4.4.3 Vigtigheden af støtte og hjælp fra andre

Sociale relationer og interaktioner kan have en positiv indvirkning på tilværelsen hos børn og unge med angst eller depression (Farmer, 2002; Woodgate, 2006; Woodgate et al., 2020b), som set hos børn og unge med depression, hvor venner og familie igennem diverse handlinger kan være med til at inducere følelser af at være forbundet og høre til i verden (Woodgate, 2006). For børn og unge med depression der oplever, at venner og familie forsøger at forstå lidelsen, og til tider spørger ind til, hvordan det går med dem, kan dette gøre en betydelig positiv forskel for deres tilværelse (Woodgate, 2006). En 15-årig pige med depression beskrev i denne forbindelse: "(...) I think the most helpful part is knowing that someone out there understands" (Woodgate, 2006, p. 266). Det har således en stor betydning for børn og unge med depression at føle sig forstået, da dette kan bidrage til oplevelsen af, at lidelsen bliver nemmere at rumme, siden de ikke føler sig overladt alene med deres problemer, og at de gennem deres relationer bliver påmindet om, at de er gode nok som mennesker.

Lignende oplevelser kan ses hos børn og unge med angst, som indgår i sociale relationer uden for skolen eller hjemmet med andre personer, der har angst og lignende vanskeligheder til dem selv. Dette kan have en positiv indvirkning på disse børn og unges evner til at balancere mellem at tage vare på dem selv såvel som andre, samt bidrage til en følelse af, at deres oplevelser er meningsfulde (Woodgate et al., 2020b). En 22-årig med angst fortæller: "(...) And they're like my best friends in a way. (...) I know using the word "normal" isn't you know a good word but I think everyone's the same... They are equal to me" (Woodgate et al., 2020b, p. 9). Sociale

relationer med andre med samme lidelse, kan således bidrage til en følelse af at høre til og at blive forstået på en anden måde end hvad venner og familie kan, hvor disse relationer også kan medføre en fællesskabsfølelse.

Børn og unge med depression beskriver, at følelsen om at høre til kan opstå gennem venner og families tilbud om ubetinget støtte (Woodgate, 2006). Her opstilles der så også et tidsmæssigt element i betydningen af relationer som venner og familie har for disse børn og unge, da der ikke blot er tale om hjælp og støtte i nuet, men også i deres tiltro til, at andre vil hjælpe og støtte dem i en fremtid, der ikke altid ser lys ud.

Andre børn og unge med depression oplever at have mange venner, som er loyale og hjælpsomme, hvilket en deltager fra Farmer (2002) fortæller: ”(...) They’re usually the ones who notice first when something’s wrong. They talk to me about it and just see what’s wrong. And I guess that kind of helps because I get it out of me” (Farmer, 2002, p. 578). Tætte relationer kan således også spille en forebyggende rolle, når det kommer til at hjælpe disse børn og unge med at hindre en forværring af deres lidelse.

Positive sociale relationer har stor betydning for børn og unge med angst og/eller depression, da disse relationer bidrager til følelser af tryghed, forståelse, og at hører til et sted/i verden, gennem børn og unges oplevelse af, at andre er og vil være der for dem, når de har brug for det, og at de betyder noget for andre omkring dem.

4.5 Angstens og depressionens aftryk på selvet og identiteten

Et gennemgående tema på tværs af studierne er, at angst og depression har haft en betydelig indvirkning på børn og unges selv og identitet, hvilket kom til udtryk i seks ud af 14 studier.

4.5.1 Et fortvivlet selv og identitet

På tværs af studierne, blev det tydeligt, at de negative sociale oplevelser såsom bekymringer og stigmatisering havde forskellige konsekvenser for børn og unge med angst eller depression i forhold til deres selv og identitet (Baker et al., 2022; Kuwabara et al., 2007; Simonds et al., 2014; Woodgate, 2006; Woodgate et al., 2020a; Woodgate et al., 2020b).

Børn og unge med angst oplever, at deres lidelse bliver til en negativ del af deres nuværende selv og identitet (Baker et al., 2022; Woodgate et al., 2020a; Woodgate et al., 2020b). Børn og unge med panikangst oplever, at panikangsten er en uacceptabel del af deres selv og identitet, som de ikke kan lide eller ønsker, hvor de føler sig fremmed i deres eget væsen (Baker et al., 2022). Følelsen af at være fremmed fremhæves også, hvis de føler sig stigmatiseret eller har andre negative interaktioner med andre, hvilket leder til et negativt syn på dem selv (Baker et al., 2022). Her har oplevelsen af misforståelser og afvisning forstærket følelsen af et uacceptabelt selv. For andre børn og unge med angst bliver lidelsen set som årsagen bag deres ødelagte nuværende selv, hvor oplevelsen af det ødelagte selv kommer til udtryk gennem en hård indre kamp, som fører til hård selvkritik (Woodgate et al., 2020b). Hertil kan børn og unge med angst opleve et negativt syn på deres selv og identitet grundet deres oplevelser med selv-stigma (Woodgate et al., 2020a).

Måden hvorpå depression påvirker børn og unges identitet og selv, kommer primært til udtryk i deres oplevelse af et mistet selv og identitet. (Kuwabara et al., 2007; Simonds et al., 2014; Woodgate, 2006). Deltagere i Simonds et al. (2014) beskriver en følelse af at have mistet deres selv eller ambivalente følelser om deres selv, hvilket fører til forstyrrelser i deres relation til dem selv samt andre, hvor den underminerede sammenhængsfølelsen af deres selv blev oplevet som skræmmende: "I didn't like who I was (...)" (Simonds et al., 2014, p. 292). Følelsen af et tabt selv er også forbundet med et ønske om ikke at være i verden længere og at føle sig unormal: "(...) I did not really feel like myself, but I also felt like there was no point in me going on (...)" (Woodgate, 2006, p. 265). I nogle tilfælde, kunne depression, ligesom angst, også blive til en negativ del af selv og identitet, hvilket nogle børn og unge med depression sørger over (Kuwabara et al., 2007).

Der er variation i påvirkningen af selvet og identiteten hos børn og unge med angst eller depression, hvor angst primært skaber et negativt syn på deres nuværende selv og identitet og bliver til et negativt aspekt af identiteten og selvet, kan depression derimod skabe en følelse af et mistet selv og identitet. Børn og unge med angst og/eller depression kan derfor have vanskeligheder med at opnå en stabil narrativ identitet gennem vanskeligheder med at inkorporere disse lidelser i en stabil og fyldestgørende narrativ identitet.

4.5.2 Det nuværende og fremtidige selv: Håbet forude

Selvom mange børn og unge med angst og/eller depression giver udtryk for en manglende selvfølelse og identitet, er der andre børn og unge, der på trods af deres lidelse og vanskeligheder, har et mere positivt syn på deres nuværende og fremtidige selv (Simonds et al., 2014; Woodgate, 2006; Woodgate et al., 2020b; Woodgate et al., 2021). I dette tema, dannes der dog på tværs af studierne et generelt billede af, at primært børn og unge med angst giver udtryk for et positivt syn på deres nuværende eller fremtidige selv.

For børn og unge med angst er opnåelsen af et positivt syn på det nuværende selv karakteriseret som en proces med øget indsigt i, hvilke styrker angsten medbringer, eller at de nu står stærkere end deres tidligere selv, baseret på erfaringer med at komme igennem besværlige situationer. Processen med at opnå en positiv selvfølelse bliver af børn og unge med angst i Simonds et al. 2014 oplevet som en genforhandling af selvet, hvilket indebærer skabelsen af et nyt selv, som kan rumme tidligere negative og positive oplevelser, og at de giver afkald på et tidligere selv. Dette medfører følelser af styrke og resiliens, da de indser, at situationer, der tidligere har været svære, nu er blevet nemmere, hvilket en ung pige med angst beskriver: "Just like even though I find like let's say going into [town] it's difficult, I can still do it" (Simonds et al., 2014, p. 294).

Børn og unge med angst i Woodgate et al. (2020b) oplever en sammenlignelig proces med deres selv, der beskrives som en transcendering af selvet. Nogle reflekterer over deres selv, hvorigennem de oplever, at angsten har givet dem nogle styrker, som de tænker, at de ikke ellers ville have opnået. Disse styrker består blandt andet af en øget sensitivitet overfor andres lidelse, hvilket skaber et ønske om at hjælpe andre i lignende situationer som dem selv. Denne indsigt gør det nemmere for nogle at acceptere angsten som en del af deres selv, hvilket en 22-årig kvinde med angst beskriver: "(...) I don't think I would change anything... I know it's strange (chuckle) because it makes who I am today and I can't see myself in any other way (...)" (Woodgate et al., 2020b, p. 16). Skabelsen af et positivt syn på selv og identitet hos børn og unge med angst indebærer således en sammenligningsproces mellem det tidligere og nuværende selv, samt en indsigt i, hvordan de står stærkere sammenlignet med tidligere. Dette indikerer, at børn og unge med angst gennem denne

sammenligningsproces kan muliggøre dannelsen af en stabil narrativ identitet, hvor de bliver i stand til at inkorporere angstens styrker i deres narrative identitet.

Børn og unge med depression har derimod et stærkt ønske om at genopnå deres tabte selv for at kunne bibeholde en grad af selvfølelse, hvilket en 16-årig pige med depression beskriver: "People can lose their athletic side or their literature side or their schooling side (...) But I think if you work hard enough to get them back and to get your life back on track, then I do believe that you can" (Woodgate, 2006, p. 265). Denne stærkere følelse af selvet gør, at disse børn og unge opnår en bedre adgang til deres egne følelser, de tror mere på dem selv, og de husker at være gode mod dem selv (Woodgate, 2006). Måden børn og unge med angst eller depression opnår et positivt syn på deres nuværende selv og identitet varierer således betydeligt, da børn og unge med angst gennemgår en transformering af deres selv og identitet, mens de giver afkald på et tidligere selv og identitet, hvorimod børn og unge med depression kæmper for at genopnå et tabt selv og identitet. Dette indikerer, at børn og unge med depression kan have sværere ved at danne en stabil narrativ identitet end børn og unge med angst, da deres forsøg på at genopnå et tidligere selv og identitet kan hæmme udviklingen af en stabil narrativ identitet, da det er vanskeligt at integrere fortiden og fremtiden i deres nuværende identitet.

For børn og unge med angst, har et positive syn på deres fremtidige selv rod i en forventning om at kunne vokse fra angsten med tiden. Børn og unge med angst og/eller depression har ønsker og målsætninger for fremtiden, såsom at blive symptomfri, at erhverve sig et kørekort, at kunne starte på universitetet eller at have meningsfulde relationer (Simonds et al., 2014). Disse børn og unge havde en forhåbning om, at vanskelighederne med tiden ville forsvinde, hvilket en ung dreng med angst beskriver: "(...) Soon as I get older and the anxiety stops then I'll be fine" (Simonds et al., 2014, p. 295). Kombinationen af at opnå et positivt syn på deres nuværende og fremtidige selv og identitet kan potentielt bidrage til bedre vilkår for udviklingen af en stabil narrativ identitet for børn og unge med angst, sammenlignet med børn og unge med depression.

Genforhandling og overgang til en ny identitet og selv er en gennemgående proces hos børn og unge med angst, mens børn og unge med depression i højere grad har et ønske om at genopnå et tabt selv. Forhåbninger for fremtiden er et centralt aspekt for børn og unge med angst når det kommer til at opnå et positivt syn

på et fremtidigt selv og identitet. Det positive syn på deres nuværende selv skabes gennem identificering af styrker, som angsten kan medføre.

4.6 Eftersøgningen på hjælp: Barrierer, udfordringer og vendepunkter

At søge og modtage hjælp er forbundet med forskellige oplevelser, der kommer til udtryk i 10 ud af 14 studier. Disse oplevelser vil blive gennemgået i nedenstående temaer.

4.6.1 Før behandlingen: Barrierer og ønsker om hjælp og behandling

At søge hjælp og behandling bliver af børn med angst og/eller depression oplevet som en proces forbundet med bekymringer og barrierer. Disse barrierer består af lange ventetider, bekymringer om de har adgangsgivende ressourcerne til den rette hjælp, manglende forældrestøtte, at blive støttet af medicin eller at behandling ikke ville være effektiv (Ekbäck et al., 2024; Farmer, 2002; Kuwabara et al., 2007; Simonds et al. (2014); Woodgate et al., 2020a; Woodgate et al., 2020c). Forskellen i disse barrierer og bekymringer kan pege på, at livsomstændigheder og tidligere oplevelser kan spille en betydelig rolle i processen med at søge hjælp.

Børn og unge med depression kan opleve, at der går noget tid fra begyndelsen af deres lidelse, til de søgte hjælp, da det kan være svært at adskille almindelig tristhed og irritabilitet fra depression (Kuwabara et al., 2007; Weitkamp et al., 2016). Manglende viden om depression kan således hæmme disse børn og unges hjælpesøgning.

Andre oplevede at indgåelse i behandling var et svært skridt at tage grundet tidligere oplevelser med stigmatisering samt frygt for fremtidig stigmatisering (Ansell et al., 2024; Kuwabara et al., 2007; Woodgate et al., 2020a). Børn og unge med angst og depression, der tidligere har oplevet stigmatisering, kan undgå at søge hjælp, hvilket resulterer i følelsen af skam forbundet med at skulle tale med andre om deres lidelse og at søge hjælp (Ansell et al., 2024). Lignende oplevelser ses hos nogle børn og unge med depression som oplever bekymring over stigma, relateret til mental lidelse, i forbindelse med hjælpesøgning, men også for deres evner til at bibeholde uddannelse eller arbejde, da de kan risikere at miste deres sundhedsforsikring (Kuwabara et al., 2007). Disse beskrivelser understreger, hvordan stigmatisering ikke blot er et centralt aspekt ved sociale oplevelser, som belyst i afsnit 4.4.1, men at det også påvirker hjælpesøgningsprocessen.

Dette illustreres yderligere gennem deltagernes selv-stigma, centeret omkring terapi, hvor børn og unge som modtager terapi kan se ned på dem selv. Nogle børn og unge med depression beskriver en følelse af usikkerhed ved at søge hjælp, hvoraf flere har ønsket om selv at prøve at håndtere deres vanskeligheder, før de prøver terapi, da det kan anses som et tegn på svaghed at modtage hjælp (Weitkamp et al., 2016). Terapi er således set som en sidste udvej, hvis indgåelse kun er acceptabel, når situationen er meget svær at være i (Weitkamp et al., 2016). At vende stigmatiserende idéer om terapi mod dem selv kan skabe følelser af skam og skyld over at søge hjælp, og kan yderligere forsinke modtagelsen af behandling. Ovenstående beskrivelser vidner om en oplevelse af tosidet stigmatisering blandt disse børn og unge i form af, stigmatisering forbundet med at have lidelserne og at modtage hjælp, hvilket kan efterlade dem i, hvad der kan føles som et umuligt dilemma, hvor de kan risikere at opleve stigmatisering uanset deres valg.

På trods af de førnævnte barrierer og bekymringer, er der andre, som er åbne overfor idéen om at modtage hjælp. Nogle børn og unge med depression beskriver, at de på forældrenes ønsker valgte at indgå i terapi, mens andre mente, at deres helbred er deres eget ansvar, og at de derfor bør søge hjælp (Farmer, 2002; Woodgate, 2006). Nogle ville give dem selv ansvar og skyld for, at deres depression ikke er under kontrol (Woodgate, 2006). En studerende med social angst beskriver lignende oplevelser: "I am nervous all the time. It must be wrong. I must change" (Ya-Song et al., 2020, p. 1733). Dette kan indikere, at stigmatiserende ideer om, at manglende kontrol over lidelser som depression eller angst, er selvforskyldt, leder til følelser af skyld over blot at have lidelsen, da disse ideer kan blive internaliseret og vendt mod selvet. Selv-stigma kan således drive ønsket om at modtage behandling.

At efterspørge og søge hjælp er forbundet med bekymringer og barrierer, herunder frygt for stigmatisering og manglende tilgængelighed eller succes af behandling. At indgå i behandling bliver for andre set som en nødvendighed for at opnå en bedre tilværelse og fremtid.

4.6.2 Sundhedsvæsenets manglende forståelse

På tværs af studierne, har flere deltagere ambivalente eller direkte negative oplevelser forbundet med sundhedsvæsenet og behandling. Tidligere behandlinger såsom psykoterapi eller medicinsk behandling, havde for nogle ikke medført forbedringer,

hvilket leder til følelser af invalidering, frustration og afmagt baseret på manglende løsninger og tab af håb (Ekbäck et al., 2024; Farmer, 2002).

Negative interaktioner med sundhedsvæsenets ansatte udgør en central kilde til negative behandlingsoplevelser (Ekbäck et al., 2024; Kuwabara et al., 2007; Simonds et al., 2014; Woodgate, 2006; Woodgate, 2020a; Woodgate et al., 2021). Hvis børn og unge med angst eller depression forklarer deres problemer overfor de ansatte og ikke føler, at de ansatte lytter til dem, kan det resultere i oplevelsen af ikke at blive taget seriøst. (Ekbäck et al., 2024; Woodgate et al., 2021). En deltager med depression beskriver denne oplevelse: "Being treated by someone supposed to help you, who doesn't even know what they're doing or why they are there, in the end I just sat there in silence" (Ekbäck et al., 2024, p. 4). For deltagere med depression i Woodgate (2006), kan det ødelægge ønsket om at fortsætte i behandlingen, hvis ansatte ikke respekterer dem, lytter til dem, eller hvis de ansatte er hurtige til at dømme dem, og skulle de ansatte give op på behandlingen, skaber dette følelser af frygt ved deltagerne (Woodgate, 2006). Nogle deltagere med angst er blevet fortalt af sundhedspersonalet, at de er mærkelige, og at sundhedspersonalet ikke kan hjælpe dem (Woodgate et al., 2020a), mens andre deltagere med angst og depression beskriver en følelse af manglende forbedring, selvom hjælpen fra sundhedspersonalet har resulteret i en dybere indsigt i lidelserne: "I just hate it. So I can't cope with it any better really so no, I don't really think anything's really changed to be quite honest" (Simonds et al., 2014, p. 295). Ovenstående illustrerer, hvordan negligerende af ansatte i sundhedsvæsenet kan lede til følelser af magtesløshed og håbløshed om forbedring. For børn og unge der vælger at indgå i behandling, kan det antages, at de har en forventning om forbedring, men mødes denne forventning ikke, kan det resultere i følelser af afmagt i deres oplevelse af en hjælpeløs situation, da de så kan have svært ved at anskue, hvem der ellers kan hjælpe dem.

Selvom nogle oplever manglende behandlingseffekter, er negative oplevelser med sundhedsvæsenets ansatte en central kilde til negative behandlingsoplevelser, hvilket kan hæmme disse børn og unges ønsker om indgå i behandling.

4.6.3 Sundhedsvæsenet og behandling som en kilde til håb og fremgang

Derimod er sundhedsvæsenet og dets ansatte, for nogle, et centralt led i at få det bedre. Et godt match med terapeuten og at indgå i den rigtige terapi, bliver for visse børn og

unge oplevet som vigtigt for i forhold til at opleve forbedringer med deres depression (Farmer, 2002). Individuel psykoterapi tillader dem at tale frit og ubekymret om deres tanker og følelser, hvor gruppeterapi kan mindske følelsen af at være alene (Farmer, 2002).

For børn og unge med angst og depression kan behandling lede til en mindre oplevet social distance ved at bidrage til større følelser af medmenneskelighed og en indsigt i, at de ikke er specielt anderledes end andre (Simonds et al., 2014). Børn og unge med depression beskriver ligeledes: "You don't feel as bad because there's other people that go through the same things as you" (Farmer, 2002, p. 579) og "To hear someone else explain that it is not at all strange (...) it makes things easier somehow" (Ekbäck et al., 2024, p. 7). Oplevelsen af at have et sammenhold med andre, der har samme lidelse, kan således bidrage til følelsen af at være mere end blot deres lidelse, hvilket gør det nemmere at tale om problemerne.

Positive oplevelser med sundhedsvæsenets ansatte leder også til en positiv indflydelse på oplevelsen af forbedring (Simonds et al., 2014; Woodgate, 2006). Behandlernes validering af deltageres oplevelser med angst og/eller depression hjælper nogle af disse børn og unge videre fra deres tidligere oplevelser og skaber en større motivation til at arbejde mere på forbedring, hvilket er et centralt led i at kunne genforhandle deres selv (Simonds et al., 2014). Børn og unge med depression oplever forbedringer, hvis behandlere har fokus på personen og ikke lidelsen, er fleksible i deres tilgange og ikke giver op på dem (Woodgate, 2006).

Selvom psykoterapeutisk eller medicinsk behandling kan hjælpe, virker det til, at en positiv relation mellem behandleren og barnet eller den unge har størst betydning for behandlingens succes.

5. Diskussion

I følgende afsnit opsummeres reviewets mest centrale fund, hvor disse fund vil blive diskuteret i forhold til tidligere redegjort teori og forskning på området. Yderligere, vil der blive taget stilling til reviewets begrænsninger, og de kliniske implikationer af reviewets resultater vil blive belyst. Til sidst påpeges, hvad fremtidig forskning bør fokusere på i lyset af reviewets fund.

5.1 Opsummering af reviewets resultater

Reviewet finder, at angst og/eller depression hos børn og unge opleves som en selvforstærkende ond cirkel af symptomer, der medfører eskalerende akademiske og sociale vanskeligheder. Et centralt fund her er, at børn og unge med angst og/eller depression prøver at genvinde kontrol over livet i et forsøg på at håndtere deres lidelser, mens børn og unge med depression, ud over dette, også forsøger at flygte fra tilværelsen.

Børn og unge med angst og/eller depression oplever negative sociale interaktioner og relationer i skolen, men det er primært børn og unge med depression, der har sådanne negative oplevelser i hjemmet. Et centralt fund her er så, at stigmatisering udgør en central del af negative sociale oplevelser hos børn og unge med angst og/eller depression, hvor stigmatiseringen kan have grundlag i, at lidelserne misforstås som personligheds- og karaktermæssige mangler. Frygten for eller oplevelsen af stigmatisering fører til tvivl om, hvem børn og unge med angst og/eller depression kan tale med om deres lidelser, hvilket leder til følelser af ensomhed og isolation. Dette kan føre til selv-stigma, som har en væsentlig indvirkning på synet på selv og identitet hos børn og unge med angst og/eller depression. At blive støttet og forstået af andre er vigtigt og kan opleves som en modpol til de negative sociale oplevelser.

Et centralt fund er forskellen i, hvordan lidelserne påvirker selv- og identitetsudviklingen forskelligt hos børn og unge med angst og/eller depression, hvor angst bliver set som en negativ del af et nuværende selv og identitet, resulterer depression i en følelse af et mistet selv og identitet. Børn og unge med angst kan opnå et positivt syn på en nuværende og fremtidige identitet, hvorimod børn og unge med depression oplever et ønske om at genopnå et tabt selv og identitet. Dette indikerer, at børn og unge med depression har større vanskeligheder med at danne en stabil narrativ identitet, sammenlignet med børn og unge med angst, grundet vanskeligheder med at inkorporere fortiden og fremtiden i en nuværende identitet.

Bekymringer relateret til muligheden for adgang til hjælp og stigmatisering er væsentlige barrierer for, at børn og unge med angst og/eller depression kan søge hjælp, og negative interaktioner med sundhedsvæsenet er en primær kilde til deres negative behandlingsrelaterede oplevelser. Børn og unge med angst og/eller depression kan derimod have en mere positiv behandlingsoplevelse, hvis

ansatte i sundhedsvæsenet bruger tid på at forstå disse børn og unge som personer og ikke blot deres lidelser.

5.2 Forskellige måder at håndtere lidelserne på

Reviewet fandt, at børn og unge med angst eller depression forsøger at håndtere deres lidelser gennem en genvinding af kontrol over diverse aspekter af deres liv, hvorimod børn og unge med depression, ud over at genvinde kontrol, også oplever et ønske om eller prøver på at flygte fra tilværelsen i et forsøg på at håndtere deres lidelse.

Dette fund står i kontrast med visse elementer af resultater fundet i Gaudreau et al. (2025), der rapporterede, at børn og unge med angst eller depression mellem 11-18 år primært håndterer deres lidelse på fire forskellige måder: 1) De reflekterede over deres symptomer og problemer, 2) De søgte støtte hos familie og venner, 3) De anvendte afslapningsteknikker, og 4) de holdt fast i daglige rutiner (p. 67). Reviewets fund står ligeledes i kontrast til, hvordan børn mellem otte til 12 år med social angst håndterer deres symptomer (Halldorsson et al., 2023). Disse børn med social angst har en sammenlignelig måde at håndtere deres symptomer på som børn og unge med depression i dette review. Disse børn med social angst forsøger at flygte fra eller undgå sociale interaktioner (Halldorsson et al., 2023, p. 62), hvorimod børn og unge med depression i dette review forsøger at flygte gennem selvskade og selvmord.

Aldersmæssige forskelle i populationerne i studierne og reviewet kan have betydning for forskellene i resultaterne. Selvom aldersgruppen, som Halldorsson et al. (2023) tager udgangspunkt i, delvist overlapper med reviewet, udgør 10-12-årige med angst kun en mindre andel af reviewets population, hvoraf langt de fleste i reviewet, der delte deres oplevelser med symptomhåndtering, var ældre end 12 år, og ingen var under 10 år. Dette kan også tyde på, at yngre og ældre børn håndterer deres symptomer forskelligt, hvor det her kan antages, at yngre børn potentielt ikke har samme kapacitet til at genvinde kontrol over deres liv som ældre børn og unge har, hvilket leder til at yngre børn i stedet forsøger at flygte fra situationer, der endeligt kan resultere i en forværret oplevelse af angsten.

Som nævnt i afsnit 2.3, er der aldersmæssige forskelle på tværs af aldersgrupperne, når det kommer til prævalensen af diverse angstlidelser (de Lijster et al., 2017, p. 237). Måden hvorpå børn og unge i forskellige aldre håndterer deres symptomer kan således også skyldes, at der kan være betydelige forskelle i hyppigheden af visse angstlidelser hos yngre børn og unge. Forskellige angstlidelser

kan potentielt skabe diverse reaktioner på symptomerne, og kan muligvis påvirke, hvordan børn og unge håndterer lidelserne. Derimod er der dog flere af studierne, som dette review tager udgangspunkt, der ikke tilknytter deltagerne specificerede angstlidelser, hvilket kan gøre det vanskeligt at vurdere, om forskellige angstlidelser medfører variationer i måder, hvorpå børn og unge håndterer deres lidelser.

Hertil er der også andre aldersmæssige aspekter, som kan have betydning for de varierende måder, hvorpå børn og unge med lidelserne håndterer deres symptomer. Som nævnt i afsnit 2.3, kan børn og unge have varierende symptomer på angst eller depression, på baggrund af deres alder (Orgilés et al., 2012, p. 118; Mehler-Wex & Kölch, 2008, p. 144). Dette indikerer, at symptomerne, som yngre børn og unge med angst forsøger at håndtere, kan være anderledes end de symptomer, som børn og unge med angst i dette review oplever, hvor ikke blot aldersmæssige forskelle i prævalensen af lidelserne men også forskelle i aldersbetingede symptomer kan belyse forskellene i, hvordan yngre og ældre børn håndterer deres symptomer.

Derimod dækker Gaudreau et al. (2025) aldersgruppen 11-18-årige (p. 67), hvilket udgør en væsentlig del af aldersgruppen, dette review tager udgangspunkt i, hvor disse børn og unges måder at håndtere deres symptomer på afviger betydeligt fra børn og unge i dette review. Dette kan indikere, at aldersmæssige forskelle i forhold til oplevede symptomer og måder at håndtere symptomerne på ikke fyldestgørende kan belyse forskellene i forhold til symptomhåndtering.

I denne forbindelse er det vigtigt at påpege, at selvom deltagerne i Gaudreau et al. (2025) har angst eller depression, er deltagerne i studiet i bedring (p. 71). I studierne, dette review tog udgangspunkt i, fremgik det ikke, hvorvidt deltagerne var i bedring i forhold til deres lidelse, da de gav udtryk for deres oplevelser af at leve med angst og/eller depression, og det fremgik ikke, hvorvidt deltagerne havde let, moderat eller svær angst og/eller depression. Det kan her antages, at sværhedsgraden af lidelsen også kan have en betydning for, hvordan børn og unge håndterer deres symptomer forskelligt. Hvis symptomerne udgør en mindre kontrollerende del af børn og unges liv, kan det potentielt skabe bedre muligheder for anvendelsen af mere adaptive håndteringsstrategier, hvorimod lidelser, der er af større sværhedsgrad, potentielt kan resultere i anvendelsen af flere negative måder at håndtere symptomer på.

I forlængelse af ovenstående, kan det siges, at dette reviews resultater angående, hvordan børn og unge med depression håndterer deres lidelser, stemmer

delvist overens med resultater fra Twivy et al. (2023), der viste, at børn og unge med depression både har positive og negative måder at håndtere deres symptomer på (pp. 761-762). De positive måder at håndtere symptomerne på var eksempelvis ved at tale med bekendte om deres problemer og at konfrontere depressionen, hvorimod negative måder at håndtere symptomerne på kom til udtryk gennem selvskade og forsøg på at skjule symptomerne fra andre grundet frygt for stigmatisering (pp. 761-762).

I dette review anvendte børn og unge med depression primært negative måder at håndtere deres symptomer på. Som belyst i indledningen og afsnit 4.4.1, har angst og depression en væsentlig betydning for, hvordan børn og unge med disse lidelser oplever sociale interaktioner og relationer i skolen og hjemmet, hvor særligt børn og unge med depression oplever vanskeligheder i hjemmet. Meget få børn og unge med depression i dette review berettede om at have et trygt hjem, hvorimod flere børn og unge med depression i Twivy et al. (2023) rapporterede om at modtage hjælp og støtte fra venner og familie (p. 761). Dette kan potentielt have betydning for forskellene når det kommer til, hvordan børn og unge i dette review og Twivy et al. (2023) håndterer deres symptomer. Det rapporteres eksempelvis i Twivy et al. (2023), at forældre kunne have en direkte negativ betydning for, hvordan unge håndterede deres symptomer, hvor skænderier mellem forældrene kunne forværre symptomhåndteringen (p. 761). Forskelle i børn og unges oplevelser af hjemmemiljøet kan således også have betydning for, hvorfor der kan eksistere variationer i, hvilke metoder børn og unge anvender til at håndtere symptomer.

Hertil kan det også antages, at børn og unge i forskellige aldre, alt efter hvor lang tid, de har haft deres lidelse, også med tiden kan have gjort sig forskellige erfaringer med virkningerne af diverse symptomhåndteringsmetoder, hvilket ligeledes kan belyse eksistensen af forskelle og ligheder mellem reviewets resultater og de førnævnte studiers resultater.

5.3 Stigmatisering

Et centralt oplevelsesmæssigt aspekt hos børn og unge med angst og/eller depression er frygt for og oplevelsen af stigmatisering. I dette review har stigmatiseringen rod i, at angst og depression misforstås som karakter- eller personlighedsmæssige mangler.

At børn og unge med angst og/eller depression oplever stigmatisering i hverdagslivet, kan ligeledes findes i Issakainen (2014) og Clark et al. (2020). Reviewet og Clark et al. (2020) fandt, at disse stigmatiserende ideer om mental lidelse primært

er relateret til en ide om, at mental lidelse kan være et tegn på en svag personlighed (p. 1970), hvilket er med til at understrege, at dette er en central stigmatiserende ide, som børn og unge med angst og/eller depression oplever.

Issakainen (2014) fandt dog også, at 14-29-årige med depression var i stand til at forhandle og udfordre stigmatiserende ideer om depression ved at anse lidelsen som en normal, men alvorlig, lidelse, fremfor at anse lidelsen som et problem relateret til viljestyrke (p. 171). Børn og unge med angst eller depression i dette review forsøgte derimod at håndtere stigmatiserende ideer om lidelserne ved ikke at omtale dem med bekendte. Dette illustrerer både, at der findes forskellige måder, hvorpå børn og unge håndterer stigmatisering, og at de ikke blot er passive modtagere af stigmatiserende ideer, men at disse børn og unge kan spille en aktiv rolle i, hvordan de forvalter og perciperer stigmatiserende ideer om lidelsen. Selvom børn og unge kan spille en aktiv rolle i, hvordan de håndterer stigmatiserende ideer om lidelserne, virker det dog til, at måden, hvorpå stigmatisering håndteres, kan have en betydning for, hvilken indvirkning de stigmatiserende ideer har på børn og unge med angst eller depression. I reviewet, blev det i afsnit 4.4.2 synligt, at børn og unge med angst eller depression stadig oplevede følelser af frygt forbundet med fremtidig stigmatisering, selvom de prøvede at håndtere stigmatisering gennem udøvelsen af informationskontrol over, hvem der havde kendskab til deres lidelser. Her kan det formodes, at selvom stigmatisering kan håndteres igennem informationskontrol vedrørende lidelsen, så interagerer den stigmatiserede person ikke direkte med de stigmatiserende ideer. Derimod virker det til, at modstand og udfordring af de stigmatiserende ideer potentielt kan have en positiv indvirkning på, hvordan stigmatisering opleves. Det kan antages, at en omfortolkning af angst og depression, som blot værende lidelser, kan reducere selv-stigma, da der sker en opdeling mellem lidelsen og personen, hvilket kan gøre det sværere at internalisere og rette stigmatiserende ideer mod selvet.

Mens der kan være forskellige årsager til, at børn og unge med angst eller depression oplever stigmatisering, er der ligeledes forskellige årsager til at denne stigmatisering kan stamme fra misforståelsen om lidelserne som værende karakter- eller personlighedsmæssige mangler. Det kan fortolkes, at disse stigmatiserende ideer om, at børn og unge med angst eller depression er selvforskyldte og svage, kan have grundlag i diskrepansen i synligheden mellem fysiske og psykiske lidelser.

Ifølge Goffman, er en person miskrediteret, hvis personen besidder synlige stigmatiserende træk, hvilket typisk kan være et kropsligt stigma (Goffman, 1990, p. 14). Derimod er en person miskrediterbar, ifølge Goffman, hvis personen besidder stigmatiserende træk, der ikke er umiddelbart synlige, og at den stigmatiserede person selv antager, at trækkene ikke er synlige (Goffman, 1990, pp. 12-15). Selvom personer, med synlige fysiske stigmatiserende træk også kan opleve stigmatisering, kan det antages, at fysiske træk ikke i samme grad bliver forbundet med karakter- eller personlighedsmæssige mangler. Det kan fortolkes, at det kan være nemmere at adskille personligheden fra fysiske stigmatiserende træk end psykiske stigmatiserende træk, da de fysiske træk i mange tilfælde kan være en synlig kropslig skavank.

Derimod kan det være sværere at adskille usynlige psykiske stigmatiserende træk fra personligheden, da disse træk først bliver synliggjort overfor andre, hvis der bliver informeret om dem, eller hvis lidelserne kommer tilstrækkeligt til udtryk gennem personens adfærd. At angst og depression ikke fremstår som en synlig kropslig mangel, men i stedet som en usynlig sindsmæssig mangel, kan det resultere i, at personligheden og lidelsen bliver reduceret til det samme, og at lidelserne derfor ikke bliver anset som legitime lidelser, men som personlighedsmæssige vanskeligheder. Dette falder ligeledes i tråd med Goffmans teori om stigmatisering. Ifølge Goffman (1990), hører psykisk lidelse under betegnelsen karaktermæssigt stigma, hvor andre kan danne antagelser om, at den stigmatiserede persons psykisk lidelse og mangler skyldes en svag viljestyrke eller personlighed (p. 14). Hvis personligheden og lidelsen bliver reduceret til det samme, kan dette gøre det sværere for andre at acceptere børn og unge med angst eller depression, da lidelsernes usynlighed kan medføre, at lidelsernes legitimitet og seriøsitet bliver betvivlet. Dette kan resultere i fornævnte tanker om, at lidelserne er selvforskyldte, og at børn og unge med angst eller depression er svage og ikke syge.

Hertil kan det også påpeges, at selvom lidelserne kan blive synliggjorte gennem adfærd, betyder dette ikke nødvendigvis, at andre er i stand til at se, om en given adfærd skyldes angst eller depression. Som belyst i afsnit 4.3.2, kan depression komme til udtryk gennem eksempelvis akademiske konsekvenser såsom at falde bagud i skolen eller forståelses- og koncentrationsbesvær. Selvom disse vanskeligheder kan være et udtryk for depression, som kan observeres af andre, kan denne adfærd dog blive misforstået som en mangel på viljestyrke eller drivkraft. Dette

indikerer, at stigmatiserende ideer om, at angst og depression er personlighedsmæssige mangler, ikke blot omhandler lidelsernes usynlighed, men at der også er andre aspekter, som har betydning for fremkomsten af disse stigmatiserende ideer.

Når angst og depression viser sig gennem adfærd, og at denne adfærd misforstås som personlighedsmæssige mangler uden at blive anset som en konsekvens af en psykisk lidelse, kan mangel på viden om angst og depression potentielt fremme misforståelser af lidelserne, hvilket derved kan føre til yderligere stigmatisering. Som nævnt i afsnit 2.4, kan en person med stigmatiserende træk, der ikke er umiddelbart synlige, kontrollere informationen vedrørende lidelsen (Goffman, 1990, p. 57). Her kan personen eksempelvis have mindre grupper af bekendte eller familie, som personen kan fortælle om de stigmatiserende træk, hvorigennem den stigmatiserede person kan opleve ikke at føle sig bundet af forskellige forventninger og normative krav (Goffman, 1990, pp. 117-118). I afsnit 4.4.1 og 4.4.2, blev det dog tydeligt, at selvom bekendte såsom familie eller andre havde kendskab til, at disse børn og unge havde psykiske lidelser, resulterede dette ikke altid i, at disse børn og unge blev forstået eller accepteret som personer, hvor de i stedet blev mødt med konflikter i hjemmet og mobning i skolen. Det kan her antages, at hvis nære og bekendte havde mere viden om, hvordan angst eller depression kan komme til udtryk hos børn og unge, at dette ville reducere disse børn og unges oplevelser med stigmatisering. Adfærden ville i mindre grad blive misfortolket som personlighedsmæssige mangler, og i højere grad blive anset som konsekvenser af psykisk lidelse, hvilket kan reducere disse børn og unges skyldfølelse over at have en psykisk lidelse, da personligheden og lidelsen ville blive anset som to separate aspekter.

5.4 Forskelle i udviklingen af den narrative identitet

Et centralt fund i reviewet er, at børn og unge med angst og/eller depression har forskellige oplevelser af, hvordan deres identitet og selv påvirkes af lidelserne, hvor disse forskelle er blevet belyst i afsnit 5.1.

Fundene i dette review er i tråd med resultater fra Twivy et al. (2023) som finder, at børn og unge med depression oplever et tab af deres identitet og selv, hvilket kommer til udtryk gennem oplevelsen af et negativt selvsyn, og at dele af identiteten kan blive truet eller gå tabt (p. 760).

Sammenfaldet mellem resultaterne fra dette review og Twivy et al. (2023) kan skyldes, at der er studier, begge reviews har taget udgangspunkt i, som er

Farmer (2002), McCann et al. (2012), Weitkamp et al. (2016) og Woodgate (2006), hvorfra disse studier, med undtagelse af Woodgate (2006), blev anvendt til at opnå indsigt i, hvordan børn og unge med depression håndterer lidelsen. I forlængelse heraf, kan overensstemmelsen mellem resultaterne fra dette review og Twivy et al. (2023) også skyldes, at begge reviews har haft til formål at undersøge lignende problemstillinger. Hvor Twivy et al. (2023) havde til formål at undersøge, hvordan det opleves at være ung og leve med depression, havde dette review til formål at undersøge oplevelsen af at være barn eller ung og leve med angst og/eller depression. Overensstemmelserne i resultaterne belyser også, at identitetsforstyrrelser er et centralt oplevelsesmæssigt aspekt hos børn og unge med depression.

Dog finder Twivy et al. (2023) også, at depression kan have en negativ betydning for unges nuværende selv og identitet, som kommer til udtryk gennem følelser af fejlagtighed og utilstrækkelighed (p. 760), hvorimod børn og unge med depression i dette review primært har en oplevelse af at have mistet deres selv og identitet. Eftersom flere af disse fund fra Twivy et al. (2023) stammer fra studier, som dette review ikke tager udgangspunkt i (p. 760), kan dette potentielt belyse, hvordan depression påvirker identiteten forskelligt på tværs af dette review og Twivy et al. (2023). Derimod kan forskellene også afspejle, at oplevelsen af, hvordan lidelsen og andre påvirker identiteten kan variere betydeligt fra individ til individ, og selvom reviewet finder, at depression kan lede til et tab af selv og identitet hos børn og unge, er der dog andre måder, hvorpå identitetspåvirkning kan komme til udtryk på.

Både Crocetti et al. (2008) og dette review finder, at angst kan medføre identitetsudviklingsforstyrrelser hos unge, hvor formålet i Crocetti et al. (2008) var at undersøge relationen mellem identitetsudviklingen og angst hos unge over tid, ud fra et longitudinelt design (p. 839). At studiet tog udgangspunkt i identitet, kan have betydning for sammenfaldet mellem reviewets og dette studies resultater, da angst i studiet og reviewet var forbundet med identitetsmæssige forandringer og forstyrrelser hos børn og unge. Eftersom Crocetti et al. (2008) ligeledes tager udgangspunkt i 10-20-årige, kan dette have betydning for sammenfaldet mellem studiets og dette reviews resultater, da 10-20-årige udgør en betydelig andel af aldersgruppen, som dette review har taget udgangspunkt i.

Crocetti et al. (2008) finder dog også, at angstens sværhedsgrad har betydning for, hvor stor en grad angsten påvirker identitetsudviklingen hos unge, hvor unge med sværere angst havde større vanskeligheder angående identitetsudvikling end

unge med angst af lettere sværhedsgrad. Da ingen af de inkluderede studier i dette review har undersøgt sværhedsgraden af deltagernes lidelser, og at Crocetti et al. (2008) undersøgte samme deltagere over længere tid, kan dette formodes at have betydning for, at dette review ikke har kunne belyse, hvilken betydning angstens sværhedsgrad har for identitetsudviklingen. Sværhedsgraden af angsten hos unge i Crocetti et al. (2008) blev ligeledes afdækket via måleinstrumentet The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (p. 842). Selvom reviewet giver et indblik i og øjebliksbillede af, hvordan depression påvirker identitetsudviklingen hos børn og unge, kan sværhedsgraden af lidelsen også have en betydning for, hvordan lidelsen påvirker identitetsudviklingen. Det ovenstående belyser ligeledes, at depressionens indvirkning på identitetsudviklingen sandsynligvis ikke er statisk, men at måden hvorpå identitetsudviklingen påvirkes, kan forandres over tid, også potentielt i takt med, at sværhedsgraden af lidelsen kan variere.

De forskellige lidelsers grundkarakteristikker kan potentielt have betydning for, hvorfor børn og unge med angst og/eller depression har varierende oplevelser af lidelsernes påvirkning af identitetsudviklingen. Som tidligere nævnt i afsnit 2.2, er depression blandt andet kendetegnet ved et globalt nedsat stemningsleje (Kessing & Miskowiak, 2017, pp. 348-349), hvilket potentielt kan have betydning for synet på fremtiden og herigennem påvirke, hvor få børn og unge med depression oplever et positivt syn på deres nuværende og fremtidige selv. Angst er derimod, som belyst i afsnit 2.1.1, i mange tilfælde afgrænset til specifikke situationer (Alberdi & Møhl, 2017, p. 387), og har således ikke altid samme globale karakter som set ved depression.

Begge lidelser er dog forbundet med et negativt syn på fremtiden, men dette negative fremtidssyn kommer til udtryk på forskellige måder. Som belyst i afsnit 2.2, er depression forbundet med et nedsat stemningsleje (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 347), hvor det kan antages, at dette kan skabe et håbløst syn på fremtiden. Angst er derimod, som nævnt i afsnit 2.1, i højere grad forbundet med en frygt for fremtiden (Alberdi & Møhl, 2017, p. 385). Det kan antages, at en person, som oplever en håbløs fremtid, ikke har samme mulighed for at integrere denne fremtid i en stabil narrativ identitet. Derimod kan det antages, at en frygtet og uforudsigelig fremtid stadig kan integreres i identiteten, men at dette stadig kan være vanskeligt. Nuancen mellem en håbløs og en frygtet fremtid kan således være et bud på forskelle i identitetsudviklingen hos børn og unge med angst eller depression.

Denne nuance kan også have betydning for den to-trins-proces, hvorigennem personer, ifølge McAdams, kan stå stærkere efter negative livsoplevelser (McAdams & McLean, 2013, p. 234), som nævnt i afsnit 2.5. Trin to i denne proces indebærer, at personen gennem udforskning af oplevelsen, kan finde frem til, hvordan oplevelsen kan have en positiv betydning for den unges livsfortælling på længere sigt. Børn og unge med angst har således bedre muligheder for at integrere tidligere negative hændelser ind i en positiv livsfortælling end børn og unge med depression, hvor børn og unge med angst i reviewet eksempelvis kan identificere styrker ved angsten og har en forventning om, at angsten med tiden vil forsvinde. Dette kan gøre det nemmere for børn og unge med angst at integrere tidligere negative hændelser i en mere positiv livsfortælling, da lidelsen og fremtiden kan være forbundet med positive aspekter. Derimod kan børn og unge med depression have sværere ved at integrere negative oplevelser i deres livsfortælling, da de anser fremtiden som håbløs og har et gennemgående ønske om at genopnå et tidligere selv. Dette kan gøre det sværere for børn og unge med depression at opnå indsigt i, hvordan forskellige negative hændelser, såsom oplevelser med stigmatisering og vanskeligheder i skolen, har haft en positiv betydning for deres livsfortælling, hvilket kan vanskeliggøre udviklingen af en stabil narrativ identitet.

Hertil kan forskelle i oplevelsen af hjemmemiljøet potentielt have en betydning for, hvorfor der ses forskelle i udviklingen af den narrative identitet hos børn og unge med angst eller depression. Som nævnt i afsnit 2.5, er et centralt aspekt af udviklingen af den narrative identitet, at børn og unge udvikler evner relateret til gengivelse af fortællinger, som blandt andet udvikles i interaktioner med familie derhjemme og venner i skolen (McAdams, 2001, pp. 104-106; McAdams & McLean, 2013, p. 235). Siden dette review finder, at børn og unge med angst oplever vanskeligheder i skolen, og at børn og unge med depression oplever vanskeligheder i hjemmet og skolen, kan det antages, at disse vanskeligheder hæmmer udviklingen af den narrative identitet, da de manglende muligheder for at indgå i meningsfulde relationer, mindsker mulighederne for at udvikle en stabil narrativ identitet. Dog kan det påpeges, at børn og unge med depression formodentligt kan have sværere ved at udvikle evnerne til at kunne etablere en stabil narrativ identitet, da de både oplever problemer i hjemmet og skolen.

Der kan dog også være individuelle forskelle i forhold til, hvor lang tid de forskellige børn og unge har haft lidelsen, hvilket potentielt kan have betydning for,

hvordan lidelserne påvirker deres identitetsudvikling. Dette review tager, som nævnt i afsnit 1.1, udgangspunkt i 10-25-årige, hvilket er et relativt bredt aldersspænd. Som tidligere nævnt i afsnit 2.5, udvikles den narrative identitet, ifølge McAdams, fra de tidlige teenageår og fremad (McAdams & McLean, 2013, pp. 235-236). På baggrund af de væsentlige aldersforskelle, der kan eksistere mellem børn og unge som indgår i aldersgruppen, reviewet tager udgangspunkt i, kan det formodes, at en 23-årig kan have en anderledes oplevelse af lidelsens påvirkning af identitetsudviklingen sammenlignet med en 12-årig, som ikke har haft samme tid til at udvikle en narrativ identitet, der kan rumme selvet og identiteten i nutiden, fortiden og fremtiden.

5.5 Reviewets metodiske styrker og begrænsninger

I dette afsnit, diskuteres styrker og begrænsninger relateret til udførelsen af reviewet i forhold til de fire principper inden for ENTREQ, som er troværdighed, pålidelighed, overførbarehed og bekræftelse, som omtalt i afsnit 3.3.

Der kan være flere forskellige aspekter, der er med til at understøtte kvaliteten af reviewet. Reviewets klare definition af data og detaljerede beskrivelse af resultaterne bidrager til en synliggørelse af bredden og dybden af data i studierne, hvilket kan øge troværdigheden af reviewets resultater (Hansen & Nørgaard, 2023, p. 70; Tong et al., 2016, p. 901). Dog kan blot én persons udførelse af reviewet udgøre en primær begrænsning for reviewets troværdighed (Tong et al., 2016, p. 901).

Denne begrænsning kommer blandt andet til udtryk ved kvalitetsvurderingen af studierne. CASP-tjeklisten har, som nævnt i afsnit 3.6, ikke klare retningslinjer for, hvornår et bestemt svar bør angives. Processen involverede derfor en del subjektivt fortolkningsarbejde, hvilket kan skabe tvivl om troværdigheden af studiernes kvalitetsvurdering, da det, på trods af opsatte kvalitetsvurderingsrammer i afsnit 3.6, kunne være vanskeligt at tage højde for eventuelle bias i kvalitetsvurderingsprocessen. Ifølge Tong et al. (2016), kan inddragelsen af mere end én undersøger bidrage til analysen (p. 901). Troværdigheden af resultaterne kan derved hæmmes, når kun én person har stået for udarbejdelsen af RTA og det dertilhørende fortolkningsarbejde, da det kan være vanskeligt at tage højde for eventuelle bias i udførelsen af RTA.

Derimod er reviewets søgestrategi, anvendte databaser og tidspunkter for udførelsen af diverse søgninger blevet ekspliciteret. Hertil er rationalet for anvendelsen af den kvalitative tjekliste for CASP blevet givet i afsnit 3.6, og reviewets

inklusions- og eksklusionskriterier er blevet specificeret, hvoraf rationalet for opstillingen af disse er tydeliggjort. Dette bidrager til en øget pålidelighed af reviewet, da det skaber en tydelig forbindelse mellem reviewets anvendte metoder, data og resultater og ligeledes skaber gennemsigtighed for udførelsen af diverse processer i reviewet (Tong et al., 2016, p. 901). Selvom kodningsprocessens seks trin beskrives i afsnit 3.9, ekspliciteres kodningsprocessen ikke yderligere, hvilket kan hæmme pålideligheden, da læseren ikke opnår dybere indsigt i kodningsprocessen.

Dog er der flere aspekter ved reviewet som indikerer en stærk overførbare af reviewets resultater, hvilket kommer til udtryk igennem beskrivelserne af studierne og deres karakteristika i afsnit 4.0, hvilket skaber et overblik over studierne kontekster og populationer samt overførbare af reviewets resultater i forhold til disse karakteristika. Som tidligere nævnt i afsnit 2.4, i forbindelse med Kaushik et al. (2016), oplever børn og unge med mentale lidelser mere stigmatisering end børn og unge uden mentale lidelser (p. 470), hvor stigmatisering i dette review ligeledes er et centralt oplevelsesmæssigt aspekt hos børn og unge. Reviewets resultater angående stigmatisering kan potentielt overføres til populationer i samme aldersgruppe, hvor der kan være tale om andre mentale lidelser end angst eller depression.

Overførbare af resultaterne er dog ligeledes begrænset af aldersspændet, reviewet tager udgangspunkt i. Derfor kan resultaterne ikke direkte overføres til populationer, der er ældre eller yngre end 10-25 år som kan have angst og/eller depression. Resultaterne kan dog have en stærkere overførbare, hvad angår reviewets undersøgte population, da reviewets resultater er baseret på studier, hvori flere oplevelsesmæssige aspekter hos børn og unge med angst og/eller depression går igen. Eftersom dette review kun har to studier med, som kigger på børn og unge med både angst og depression, kan dette dog muligvis begrænse overførbare af reviewets resultater til børn og unge med begge lidelser.

Selvom der bliver belyst, i hver af de overordnede temaers introduktion i syntesen, hvor mange af de 14 studier, som bidrager til reviewets resultater i de pågældende temaer, og at disse studier løbende bliver refereret til i analysen, kan det i reviewet være svært at anskue, hvor meget hvert studie har bidraget til de forskellige fund, hvilket kan hæmme bekræftelsen af reviewets resultater. Eftersom dataindholdet kan variere mellem studierne, vil der dog forekomme naturlige variationer mellem hvert studies bidrag til resultaterne.

Det kan dog hæmme bekræftelsen af resultaterne, at der kun har været én undersøger til at udføre reviewet, da tilstedeværelsen af flere undersøgere skaber bedre vilkår for, at kodningen og analysen er i stand til at omfatte så stor en mængde af studierne data som muligt (Tong et al., 2016, p. 901). Derimod styrker inddragelsen af direkte citater fra studierne resultaternes bekræftelse, da det illustrerer, at resultaterne afspejler studierne data (Tong et al., 2016, p. 901).

5.6 Styrker og begrænsninger ved studierne

I dette afsnit, vil styrker og begrænsninger ved de inkluderede studier blive diskuteret. I forlængelse heraf, vil reviewets søgestreng, egnedskriterier og screening blive diskuteret.

Dette review endte med at tage udgangspunkt i 14 studier, og selvom alle studierne havde til formål at undersøge børn og unges oplevelse af at leve med angst og/eller depression, kan der være variationer i forhold til deres styrker og svagheder relateret til deres egnethed i besvarelsen af reviewets problemformulering. Selvom de 14 studier er udført i syv forskellige lande, undersøger langt de fleste studier en primært vestlig population, med undtagelse af Ya-Song et al. (2022), der undersøger en kinesisk population. Dette kan vanskeliggøre en generalisering af reviewets resultater til ikke-vestlige populationer, som er underrepræsenteret i dette review. Yderligere er der ingen af studierne, som tager højde for, hvilken betydning deltagernes socioøkonomiske status kan have påvirket deltagernes oplevelser, hvor dette kan have haft betydning for fortolkningen af disse oplevelser i reviewet.

Kønsfordelingen af studierne ligger mellem 57 % og 90 % hunkøn, med undtagelse af Farmer (2002), som har en ukendt kønsfordeling. Dette betyder, at de fleste oplevelser hos børn og unge med angst og/eller depression, som dette review tager udgangspunkt i, stammer fra deltagere af hunkøn. Det kan således være vanskeligt at anskue, hvor repræsentative reviewets resultater er i forhold til hankøn mellem 10-25 år med angst og/eller depression. Som nævnt i indledningen, er angst og depression hyppigere og ofte af større sværhedsgrad hos kvinder og piger, hvilket kan betyde for, hvorfor de fleste studier har deltagere af hunkøn, og hvorfor de derfor er overrepræsenteret i dette review.

Kønsforventninger kan også spille en rolle i den skæve kønsfordeling, eftersom en deltager af hankøn med depression, i afsnit 4.4.2, eksempelvis gav udtryk for ikke at have lyst til at tale med andre om lidelsen. Hvis børn og unge, på baggrund

af kønsforventninger, ikke ønsker at tale med andre om lidelserne, kan der også være en sandsynlighed for, at de ligeledes ikke ønsker at deltage i undersøgelser der medfører, at de skal tale om deres oplevelser med lidelserne. Dog er det ikke alle studier, der angiver kønnet på deltagerne, de brugte citater fra, hvilket gør det vanskeligt at anskue, hvor mange citater reviewet har analyseret fra deltagere af enten hankøn eller hunkøn.

Derimod anvendte alle studier kvalitative metoder, som var hensigtsmæssige i forhold til at kunne undersøge børn og unges oplevelser med angst og/eller depression, og hertil var der variationer i studiernes anvendelse af dataanalysemetoder. Der var dog minimal variation i studiernes anvendte dataindsamlingsmetoder, hvor alle studier anvendte en form for interview. Selvom interviews er en velegnet metode til at undersøge og indsamle data når det kommer til reviewets problemstilling, kunne anvendelsen af andre metoder, såsom deltagerobservation, potentielt have medført en belysning af andre perspektiver ved oplevelsen af at leve med angst og/eller depression som barn eller ung.

Selvom de inkluderede studier har forskellige styrker i forhold til at kunne besvare reviewets problemformulering, er det ikke alle studier som specificerer deltagerens angst- eller depressive lidelser. I nogle tilfælde indlemmes alle deltagere under "angst" eller "depression" (Ansell et al. 2024; Ekbäck et al. 2024), mens undersøgelsen af den specifikke lidelse hos populationen, i andre studier, bliver klargjort (Baker et al., 2012; Ya-Song et al., 2022). I langt de fleste tilfælde, bliver en specifik angst- eller depressiv lidelse dog ikke tilknyttet deltagerne, hvilket i disse tilfælde, gør det svært at anskue de individuelle deltagers specifikke lidelser.

På den ene side, kan dette gøre det svært at anskue, hvor stor en betydning variationen i angst- eller depressive lidelser har for oplevelsen af at leve med angst og/eller depression som barn eller ung. På den anden side, virker det dog til, at der ikke var en betydelig variation på tværs af studierne i forhold til deres oplevelser af at leve med de forskellige lidelser, men at der blot var tale om visse oplevelsesmæssige nuancer, hvoraf der var mange gennemgående oplevelser hos børn og unge med angst eller depression. Børn og unge med angst havde eksempelvis mange af de samme oplevelser, selvom der både var studier der undersøgte og studier der ikke undersøgte specifikke angstlidelser. Dette kan pege på, at selvom der kan eksistere oplevelsesmæssige nuancer på tværs af børn og unge med forskellige angst- og/eller depressive lidelser, er der mange af oplevelserne, som går igen på tværs af

diverse aldersgrupper. Som tidligere nævnt i afsnittet, var der dog kun to ud af de 14 inkluderede studier, der kiggede på børn og unge med både angst og depression, hvilket ligeledes kan begrænse, hvad dette review kan konkludere, i forhold til, hvordan det er at være 10-25 år og leve med angst og depression på samme tid. Samlet set, virkede det dog til, at børn og unge med både angst og depression har mange sammenlignelige oplevelser som børn og unge med angst eller depression har, og at det er dermed, er vanskeligt at udpege, hvorvidt børn og unge med begge lidelser har betydelige forskellige oplevelser end børn og unge, der blot har én af lidelserne.

I henhold til reviewets systematiske søgning, kan det siges, at eftersom søgningen resulterede i 4782 resultater, kan dette indikere, at søgestrengens specificitet kunne have været bedre. Derimod kan dette antal resultater kan dog også være en naturlig konsekvens af reviewets bredde problemformulering, hvor brede begreber såsom 'oplevelse' er medtaget i søgningen. Det samme kan siges om begreber som 'angst' og 'depression,' der var nødvendige at inkludere i søgningen for at indfange studier om reviewets problemfelt, da mange studier i søgningen, der skulle frasorteres i processen, såsom kvantitative effektstudier relateret til behandling. Dette indikerer, at begreberne, på den ene side, bidrager til søgningens sensitivitet, men at deres inklusion, på den anden side, resulterer i en svækkelse af søgningens specificitet. Søgningens styrker i forhold til dens sensitivitet kommer ligeledes til udtryk ved reviewets endelige inklusion af 14 studier, hvoraf to af studierne blev inkluderet via kædesøgning, hvilket indikerer, at der potentielt kunne have været flere studier, der kunne have indgået i reviewet, men som søgningen ikke opfangede.

Reviewets eksklusion af studier, hvis populationen ikke er diagnosticeret ud fra enten ICD eller DSM, kan siges at være en styrke i reviewets egnedskriterier, da dette sikrer, at den undersøgte population i reviewet har klinisk angst og/eller depression. Dog kan konsekvenser ved dette kriteries opstilling være, at studier udelukkes, hvis de undersøger børn og unge, der blot har symptomer på angst eller depression. Udelukkelsen af sådanne studier kan potentielt give et afgrænset billede af reviewets problemfelt, da der på tværs af sådanne studier kan være mange deltagere på tværs af sådanne studier, der har angst og/eller depression, men som ikke har fået diagnosticeret det. Opstillingen af kriteriet om 'oplevelser' kan virke uspecifikt formuleret og kan potentielt have haft konsekvenser for søgningens specificitet, men dette kan ses som en konsekvens af, at problemformuleringen er opsat på en måde, der omfavner problemfeltet bredt.

5.7 Kliniske implikationer

Eftersom kvalitative systematiske reviews typisk har til formål at undersøge oplevelser og erfaringer, kan de have vigtige kliniske implikationer for kliniske beslutningstagere (Hansen & Nørgaard, 2023, p. 72). I dette afsnit vil de kliniske implikationer for flere af reviewets resultater blive gennemgået.

På trods af prævalensen af angst og depression samt stigende bevidsthed om disse lidelser, blev det belyst, i afsnit 4.6.1, at frygt for eller oplevelsen af stigmatisering udgør en central barriere for eftersøgning af hjælp for disse lidelser hos flere børn og unge. Frygten for stigmatisering er ikke blot afgrænset til før modtagelsen af behandling, da børn og unge med disse lidelser kan frygte og være i risiko for at opleve stigmatisering under behandlingen, hvilket der bør tages højde for. Børn og unge med angst og/eller depression giver udtryk for, at det kan have en positiv indvirkning på ønsket om at indgå og forblive i behandlingsforløb, hvis behandlere forsøger at forstå dem og ikke reducerer dem til deres lidelser. Behandlere, som arbejder med børn og unge med angst og/eller depression, bør derfor bruge tid på at sætte sig ind i disse børn og unge som individer, hvilket kan reducere frygt for og oplevelser af stigmatisering under behandlingsforløbet. Som nævnt i indledningen, er angst og depression forbundet med langsigtede konsekvenser, hvis ikke lidelserne behandles, hvilket understreger vigtigheden i, at behandlere sørger for, at børn og unge med angst eller depression opnår positive behandlingsoplevelser, som kan resultere i, at de forbliver i behandling.

Hertil blev det tydeligt, i afsnit 4.3.1, at børn og unges uvidenhed om angst eller depression som lidelser er en central kilde til oplevelsen af lidelse og smerter, der er forbundet med manglende forståelse for oplevelsen af symptomerne. Behandlere bør derfor sikre, at disse børn og unge i behandlingsforløb opnår en grundlæggende forståelse af årsagen bag deres oplevede symptomer, eksempelvis gennem tilstrækkelig psykoedukation, da dette kan reducere smerter forbundet med lidelserne gennem indsigt bagom symptomerne.

Børn og unges selv og identitet påvirkes forskelligt af angst eller depression. Behandlere bør derfor tage højde for, hvordan lidelserne på forskellig vis kan påvirke børn og unges selv og identitet, da dette kan forbedre vilkårene på længere sigt for disse børn og unges udvikling af en stabil narrativ identitet, hvilket er forbundet med en større grad af resiliens, autonomi og selvsikkerhed, som nævnt i afsnit 2.5,

(Branje et al., 2021, p. 908; Verhoeven et al., 2018, p. 36), og kan hjælpe disse børn og unge med opnå deres ønsker i livet.

5.8 Fremadrettet forskning

Eftersom det i dette review har været vanskeligt at identificere studier, som undersøgte oplevelsen af at leve med både angst og depression hos børn og unge, bør fremadrettet forskning i højere grad undersøge oplevelsen af at leve med begge lidelser simultant. Dette kan bidrage til en bedre forståelse af, hvordan komorbiditeten mellem lidelserne har betydning for børn og unge, der lever med begge lidelser. Hertil havde studierne i dette review en kønsfordeling på mellem 57% og 90% hunkøn, hvor fremtidig forskning ligeledes bør undersøge kønsmæssige forskelle og ligheder relateret til børns og unges oplevelse af at leve med angst og/eller depression. Desuden bør fremtidig forskning undersøge oplevelsen af stigmatisering hos disse børn og unge, samt hvordan angst og depression kan påvirke identitetsudviklingen hos børn og unge, hvor fremtidig forskning her bør fokuseres på, hvordan disse børn og unge kan opnå en bedre identitetsudvikling på trods af deres lidelser. Da dette review tager udgangspunkt i 10-25-årige, bør fremtidig forskning også undersøge oplevelsen af at leve med angst og/eller depression hos populationer, som er ældre og yngre end 10-25-årige, da dette potentielt kan give et indblik i, hvordan lidelserne opleves hos andre aldersgrupper.

6. Konklusion

Formålet med reviewet har været at besvare problemformuleringen: *Hvordan opleves det for børn og unge mellem 10 og 25 år at leve med angst, depression eller en kombination af begge lidelser?*

I den forbindelse, er der blevet redegjort for angst og depression, samt hvordan de udvikler sig, behandles og fremstår hos børn og unge. Hertil blev der redegjort for Goffmans teori om stigmatisering og McAdams teori om narrativ identitet. I udførelsen af reviewet er retningslinjerne fra PRISMA, ENTREQ og PICO blevet fulgt, og hertil blev de inkluderede studier kvalitetsvurderet gennem CASP's kvalitative tjekliste. 14 studier blev identificeret og inkluderet, som forholdt sig til populationens oplevelser af at leve med angst og/eller depression.

Den refleksive tematiske analyse og syntese viste, at 10-25-årige med angst og/eller depression oplever deres fysiske og psykiske symptomer som en ond cirkel, hvor lidelserne påvirker måden symptomerne opleves og håndteres på.

Herudover opleves skolen som en kilde til sociale bekymringer og vanskeligheder, blandt andet i form af mobning, social eksklusion og stigmatisering, hvilket fører til en oplevelse af ensomhed, isolation og selv-stigmatisering. Nogle oplever dog, at hjælp og støtte fra venner og familie kan skabe en oplevelse af at blive forstået og tryghed. 10-25-årige med depression oplever især også problemer i hjemmet, hvor forældres utilregnelighed og manglende muligheder for at hjælpe deres børn, medfører en oplevelse af håbløshed og en mangel på et trygt sted at være.

Analysen viste ligeledes, at 10-25-årige med angst og/eller depression oplever at deres selv og identitet på forskellig vis bliver påvirket af deres lidelser såvel som dårlige sociale oplevelser såsom stigmatisering. Mens 10-25-årige med angst oplever, at angsten bliver til en negativ del af deres nuværende selv og identitet, oplever 10-25-årige med depression, et tab af selv og identitet. Dog oplever 10-25-årige med angst, at styrker ved angsten og deres fremtidige ambitioner skaber et positivt selvsyn og identitet, hvorimod de 10-25-årige med depression oplever et mere negativt selvsyn med ønsker om at genopnå et tabt selv. Samlet set, oplever 10-25-årige med angst eller depression vanskeligheder med udviklingen af en stabil narrativ identitet, hvoraf dette vanskeliggøres yderligere for 10-25-årige med depression. Dog kan oplevelsen af at have støttende venner og familiemedlemmer agere som en modpol i forhold til flere af de førnævnte negative oplevelser.

Selvom sundhedsvæsenet og behandlere var et centralt led i oplevelsen af at få det bedre, var søgning af og indgåelse i behandling forbundet med bekymringer. Sundhedsvæsenets ansatte kunne både være en central kilde til oplevet forbedring, men kunne ligeledes ødelægge ønsket om at indgå og fortsætte i behandling.

Litteraturliste

- Achterbergh, L., Pitman, A., Birken, M., Pearce, E., Sno, H., Johnson, S. (2020). The experience of loneliness among young people with depression: a qualitative meta-synthesis of the literature. *BMC psychiatry* 20(1), 1-23, <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02818-3> [23 sider]
- Alberdi, F., & Møhl, B. (2017). Angstilstande. I Simonsen, E & Møhl, B. (2017). *Grundbog i Psykiatri* (2. udgave). Hans Reitzels Forlag. Heri kap. 17 [25 sider]
- American Psychological Association (2024). *APA PsycInfo*. Tilgået den 3/3/2025 fra <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo> [1 side]
- Anderson, D., M., Cesur, R., Tekin, E. (2015). Youth depression and future criminal behavior. *Economic inquiry*, 51(1), 294-317, [doi:10.1111/ecin.12145](https://doi.org/10.1111/ecin.12145) [24 sider]
- Ansell, M., E., Finlay-Jones, A., L., Bayliss, D., M., Ohan, J., L. (2024). "It just makes you feel horrible": a thematic analysis of the stigma experiences of youth with anxiety and depression. *Journal of child and family studies*, 33(7), 2121-2133, <https://doi.org/10.1007/s10826-024-02877-0> [13 sider]
- Arnett, J., J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *The American psychologist*, 55(5), 469-480, [doi:10.1037//0003-066X.55.5.469](https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.5.469) [12 sider]
- Baker, H., J., Hollywood, A., Waite, P. (2022). Adolescents' lived experience of panic disorder: an interpretative phenomenological analysis. *BMC Psychology*, 10(1), 1-13, <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00849-x> [13 sider]
- Barker, M., M., Beresford, B., Fraser, L., K. (2023). Incidence of anxiety and depression in children and young people with life-limiting conditions. *Pediatric research* 93(7), 2081-2090, <https://doi.org/10.1038/s41390-022-02370-8> [10 sider]
- Bathje, G., J., & Pryor, J., B. (2011). The relationships of public and self-stigma to seeking mental health services. *Journal of mental health counselling*, 33(2), 161-176, [16 sider]

- Baxter, A., J., Scott, K., M., Vos, T., Whiteford, H., A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine* 43(5), 897-910, doi:10.1017/S003329171200147X [14 sider]
- Beesdo, K., Knappe, S., Pine, D., S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *The psychiatric clinics of North America*, 32(3), 483-524, doi:10.1016/j.psc.2009.06.002. [44 sider]
- Buccheri, R., K., & Sharifi, C. (2017). Critical appraisal tools and reporting guidelines for evidence-based practice. *Worldviews on evidence-based nursing*, 14(6), 463-472, <https://doi.org/10.1111/wvn.12258> [10 sider]
- Busby Grant, J., Bruce, C., P., Batterham, P., J. (2016). Predictors of personal, perceived and self-stigma towards anxiety and depression. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(3), 247-254, doi:10.1017/S2045796015000220 [8 sider]
- Branje, S. (2022). Adolescent identity development in context. *Current opinion in psychology*, 45, 1-6, <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.11.006> [6 sider]
- Branje, S., de Moor, E., L., Spitzer, J., Becht, A., L. (2021). Dynamics of identity development in adolescence: A decade in review. *Journal of research on adolescence*, 31(4), 908-927, doi:10.1111/jora.12678 [20 sider]
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A Practical Guide*. Sage. Heri kap. 1. [29 sider]
- Caldwell, P. H. Y., & Bennett, T. (2020). Easy guide to conducting a systematic review. *Journal of paediatrics and child health* 56(1), 853-856, doi:10.1111/jpc.14852 [4 sider]
- Calear, A., L., Griffiths, K., M., Christensen, H. (2011). Personal and perceived depression in stigma in Australian adolescents: Magnitude and predictors. *Journal of affective disorders*, 129(1), 104-108, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.019> [5 sider]
- CASP (2024). *CASP Checklist: CASP Qualitative Studies Checklist*. Tilg et d. 1/3/2025 fra <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/qualitative-studies-checklist/> [6 sider]

- Castleberry, A., Nolen, A. (2018). Thematic analysis of qualitative research data: is it as easy as it sounds? *Currents in pharmacy teaching and learning*, 10(6), 807-815, <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.03.019> [9 sider]
- Celebre, A., Stewart, S., L., Theall, L., Lapshina, N. (2021). An examination of correlates of quality of life in children and youth with mental health issues. *Frontiers in psychiatry* 12, 1-11, [doi:10.3389/fpsyt.2021.709516](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.709516) [11 sider]
- Chiu, A., Falk, A., Walkup, J., T. (2016). Anxiety disorders among children and adolescents. *Focus*, 14(1), 26-33, [doi:10.1176/appi.focus.20150029](https://doi.org/10.1176/appi.focus.20150029) [8 sider]
- Clark, L., H., Hudson, J., L., Haider, T. (2020). Anxiety specific mental health stigma and help-seeking in adolescent males. *Journal of child and family studies*, 29(7), 1970-1981, [doi:10.1007/s10826-019-01686-0](https://doi.org/10.1007/s10826-019-01686-0) [12 sider]
- Cohen, J., R., Andrews, A., R., Davis, M., M., Rudolph, K., D. (2018). Anxiety and depression during childhood and adolescence: testing theoretical models of continuity and discontinuity. *Journal of abnormal child psychology*, 46(6), 1295-1308, <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0370-x> [14 sider]
- Craske, M., G., & Stein, M., B. (2016). Anxiety. *The Lancet (British edition)*, 388(10063), 3048-3059, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6) [12 sider]
- Crocetti, E., Klimstra, T., Keijsers, L., Hale, W., W., Meeus, W. (2009). Anxiety trajectories and identity development in adolescence: A five-wave longitudinal study. *Journal of youth and adolescence*, 38(6), 839-849, [doi:10.1007/s10964-008-9302-y](https://doi.org/10.1007/s10964-008-9302-y) [11 sider]
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., Stikkelbroek, Y., Weisz, J., R., Furukawa, T., A. (2023). The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: a systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 32(1), 177-192, <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01884-6> [16 sider]
- Cummings, C., M., Caporino, N., E., Kendall, P., C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological bulletin* 140(3), 816-845, [doi:10.1037/a0034733](https://doi.org/10.1037/a0034733) [30 sider]

- Curcio, C., Corboy, D. (2020). Stigma and anxiety disorders: a systematic review. *Stigma and health* 5(2), 125-137, <http://dx.doi.org/10.1037/sah0000183> [13 sider]
- de Jong, Y., van der Willik, E., M., Milders, J., Voorend, C., G., N., Morton, R., L., Dekker, F., W., Meuleman, Y., van Diepen, M. (2021). A meta-review demonstrates improved reporting quality of qualitative reviews following the publication of COREQ- and ENTREQ-checklists, regardless of modest uptake. *BMC medical research methodology*, 21(1), 1-11, <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01363-1> [11 sider]
- de Lijster, J., M., Dieleman, G., C., Utens, E., M., W., J., Dierckx, B., Wierenga, M., Verhulst, F., C., Legerstee, J., S. (2018). Social and academic functioning in adolescents with anxiety disorders: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 230, 108-117, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.008> [10 sider]
- de Lijster, J., M., Dierckx, B., Utens, E., Verhulst, F., C., Zieldorff, C., Dieleman, G., C., Legerstee, J., S. (2017). The age of onset of anxiety disorders: A meta-analysis. *Canadian journal of psychiatry*, 62(4), 237-246, [doi:10.1177/0706743716640757](https://doi.org/10.1177/0706743716640757) [10 sider]
- Dewey, A., M. (2021). Shaping the environmental self: The role of childhood experiences in shaping identity standards of environmental behavior in adulthood. *Sociological perspectives*, 64(4), 657-675, <https://doi.org/10.1177/0731120981681> [19 sider]
- Dickerson, W., & Nelson, T., R. (2024). I will meet you there and we can be anxious together: The lived experience of college students with anxiety disorders. *American journal of qualitative research*, 8(2), 85-105, <https://doi.org/10.29333/ajqr/14394> [30 sider]
- Dickson, S., J., Oar, E., L., Johnco, C., J., Lavell, C., H., Seaton, A., H., McLellan, L., F., Wuthrich, V., M., Rapee, R., M. (2024). A systematic review and meta-analysis of impairment and quality of life in children and adolescents with anxiety disorders. *Clinical child and family psychology review*, 27(2), <https://doi.org/10.1007/s10567-024-00484-5> [15 sider]
- Donner, N., C., & Lowry, C., A. (2013). Sex differences in anxiety and emotional behavior. *Pflügers Archiv*, 465(5), 601-626, [doi:10.1007/s00424-013-1271-7](https://doi.org/10.1007/s00424-013-1271-7) [26 sider]

- Dooley, B., Fitzgerald, A., Giollabhui, N., M. (2015). The risk and protective factors associated with depression and anxiety in a national sample of Irish adolescents. *Irish journal of psychological medicine*, 32(1), 93-105, [doi:10.1017/ipm.2014.83](https://doi.org/10.1017/ipm.2014.83) [13 sider]
- Ekbäck, E., Rådmark, L., Molin, J., Strömbäck, M., Midgley, N., Henje, E. (2024). The Power Threat Meaning Framework: a qualitative study of depression in adolescents and young adults. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1-10, [doi:10.3389/fpsy.2024.1393066](https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1393066) [10 sider]
- Elmore, A., L., & Crouch, E. (2020). The association of adverse childhood experiences with anxiety and depression for children and youth, 8 to 17 years of age. *Academic pediatrics* 20(5), 600-608, <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.02.012> [9 sider]
- Essau, C., A., Lewinsohn, P., M., Olaya, B., Seeley, J., R. (2014). Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *Journal of affective disorders* 163, 125-132, [doi:10.1016/j.jad.2013.12.033](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.033). [8 sider]
- Faravelli, C., Alessandra, S., M., Castellini, G., Lo Sauro, C. (2013). Gender differences in depression and anxiety: The role of age. *Psychiatry research*, 210(3), 1301-1303, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.027> [3 sider]
- Farmer, T., J. (2002). The experience of major depression: adolescents' perspectives. *Issues in mental health nursing*, 23(6), 567-585, <https://doi.org/10.1080/01612840290052776> [19 sider]
- Finning, K., Ukoumunne, O., C., Ford, T., Danielsson-Waters, E., Shaw, L., Romero De Jaer, I., Stentiford, L., Moore, D. (2019). The association between child and adolescent depression and poor attendance at school: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 245, 928-938, [doi:10.1016/j.jad.2018.11.055](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.055) [26 sider]
- Finning, K., Ukoumunne, O., C., Ford, T., Danielsson-Waters, E., Shaw, L., Romero De Jaer, I., Stentiford, L., Moore, D. (2019). Review: The association between anxiety and poor attendance at school – a systematic review. *Child and adolescent mental health*, 23(3), 205-216, [doi:10.1111/camh.12322](https://doi.org/10.1111/camh.12322) [12 sider]
- Garber, J., Weersing, V., R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: implications for treatment and prevention. *Clinical psychology (New*

- York), 17(4), 293-306, [doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x). [17 sider]
- Gaudreau, H., Radziszewski, S., Houle, J., Beaudin, A., Boisvert, L-P., Broui, S., Charrette, M., Côte, L., Coulombe, S., Labelle, R., Louka, E., Mousseau, B., Phaneuf, N., Rickwood, D., Tremblay, P., H. (2025). Self-management strategies in youth with difficulties related to anxiety or depression: What helps them feel better. *Journal of adolescent research*, 40(1), 66-98, [doi:10.1177/07435584231154840](https://doi.org/10.1177/07435584231154840) [33 sider]
- Goffman, E., (1990). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books. Heri kap. 1, 2, 3 [140 sider]
- Halldorsson, B., Waite, P., Harvey, K., Pearcey, S., Creswell, C. (2023). In the moment social experiences and perceptions of children with social anxiety disorder: a qualitative study. *British journal of clinical psychology*, 62(1), 53-69, [doi:10.1111/bjc.12393](https://doi.org/10.1111/bjc.12393) [17 sider]
- Hansen, T., E., A., & Nørgaard, B. (2023). *Kvalitative systematiske reviews: hvorfor og hvordan?* Samfundslitteratur. Heri introduktion, kap. 2, 3, 5, 6 [46 sider]
- Hawes, M., T., Szenczy, A., K., Klein, D., N., Hajcak, G., Nelson, B., D. (2022). Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. *Psychological medicine*, 52(14), 3222-3230, <https://doi.org/10.1017/S0033291720005358> [9 sider]
- Heary, C., Hennessy, E., Swords, L., Corrigan, P. (2017). Stigma towards mental health problems during childhood and adolescence: Theory, research and intervention approaches. *Journal of child and family studies*, 26(11), 2949-2959, [doi:10.1007/s10826-017-0829-y](https://doi.org/10.1007/s10826-017-0829-y) [11 sider]
- Higson-Sweeney, N., Cooper, K., Dunn, B., D., Loades, M., E. (2024). “I’m always going to be tired”: A qualitative exploration of adolescents’ experiences of fatigue in depression. *European child & adolescent psychiatry*, 33(5), 1369-1381, <https://doi.org/10.007/s00787-023-02243-3> [13 sider]
- Hinshaw, S., P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of child psychology and psychiatry*, 46(7), 714-734, [doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x) [21 sider]

- Huberty, T., J. (2012). Anxiety and depression in children and adolescents. Springer.
Heri kap. 1, 2 [49 sider]
- Issakainen, M. (2014). Young people negotiating the stigma around their depression.
Young (Stochkholm, Sweden), 22(2), 171-184,
[doi:10.1177/1103308814521624](https://doi.org/10.1177/1103308814521624) [14 sider]
- Jaju, S., Al-Adawi, S., Al-Kharusi, H., Morsi, M., Al-Riyami, A. (2009). Prevalence and age-of-onset dsitributions of DSM IV mental disorders and their severity among school going Omani adolescents and youths: WMH-CIDI findings. *Child and adolescents psychiatry and mental health*, 3(1), 1-11,
[doi:10.1186/1753-2000-3-29](https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-29) [11 sider]
- Johnco, C., Rapee, R., M. (2018). Depression literacy and stigma influence how parents perceive and respond to adolescent depressive symptoms.
Journal of affective disorders 241, 599-607,
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.062> [9 sider]
- Jung, E., Pick, O., Schlüter-Müller, S., Schmeck, K., Goth, K. (2013). Identity development in adolescents with mental problems. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 1-8, [doi:10.1186/1753-2000-7-26](https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-26) [8 sider]
- Jutel, A., G. (2014). When the penny drops: Diagnosis and the transformative moment. I A. G. Jutel & K. Dew (red.), *Social issues in diagnosis: An introduction for students and clinicians* (pp. 78-92). John Hopskins University Press. [15 sider]
- Kaushik, A., Kostaki, E., Kyriakopoulos, M. (2016). The stigma of mental illness in children & adolescents: A systematic review. *Psychiatry research*, 243, 469-494, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.042> [26 sider]
- Kessing, L., V. & Miskowiak, K. (2017). Affektive lidelser. I Simonsen, E & Møhl, B. (2017). *Grundbog i Psykiatri* (2. udgave). Hans Reitzels Forlag. Heri kap. 16 [34 sider]
- Konac, D., Young, K., S., Lau, J., Barker, E., D. (2021). Comorbidity between depression and anxiety in adolescents: bridge symptoms and relevance of risk and protective factors. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 43(3), 583-596, <https://doi.org/10.07/s10862-021-09880-5> [14 sider]

- Kuwabara, S., A., Van Voorhees, B., W., Gollan, J., Alexander, G., C. (2007). A qualitative exploration of depression in emerging adulthood: disorder, development, and social context. *General hospital psychiatry*, 29(4), 317-324, [doi:10.1016/j.genhosppsych.2007.04.001](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.04.001). [14 sider]
- Lasserson, T., J., Thomas, J., Higgins, J., H., T. (2019). Starting a review. I Higgins J., P., T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li Tianjing, Page, M., J., Welch, V., A. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (2. udgave, pp. 3-12). John Wiley & Sons. [10 sider]
- Leussis, M., P., & Andersen, S., L. (2008). Is adolescence a sensitive period for depression? Behavioral and neuroanatomical findings from a social stress model. *Synapse*, 62(1), 22-30, [doi:10.1002/syn.20462](https://doi.org/10.1002/syn.20462) [9 sider]
- Lindekilde, N., Lübeck, M., Lasgaard, M. (2018). Identity formation and evaluation in adolescence and emerging adulthood: How is it associated with depressive symptoms and loneliness? *Scandinavian journal of child and adolescent psychiatry and psychology*, 6(2), 91-97, [doi:10.21307/sjcapp-2018-010](https://doi.org/10.21307/sjcapp-2018-010) [7 sider]
- Long, H., A., French, D., P., Brooks, J., M. (2020). Optimising the value of the critical appraisal skills programme (CASP) tool for quality appraisal in qualitative evidence synthesis. *Research methods in medicine & health sciences*, 1(1), 31-42, [doi:10.1177/2632084320947559](https://doi.org/10.1177/2632084320947559) [12 sider]
- Lynch, H., McDonagh, C., Hennessy, E. (2021). Social anxiety and depression stigma among adolescents. *Journal of affective disorders*, 281, 744-750, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.073> [7 sider]
- Malhotra, S., & Sahoo, S. (2018). Antecedents of depression in children and adolescents. *Industrial psychiatry journal*, 27(1), 11-16, [doi:10.4103/ipj.ipj_29_17](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_29_17) [7 sider]
- Mancini, C., Van Ameringen, M., Bennett, M., Patterson, B., Watson, C. (2005). Emerging treatments for child and adolescent social phobia: a review. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 15(4), 589-607, <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1089/cap.2005.15.58> [19 sider]
- McAdams, D., P. (2001). The Psychology of life stories. *Review of general psychology*, 5(2), 100-122, <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.100> [23 sider]

- McAdams, D., P., & McLean, K., C. (2013). Narrative identity. *Current directions in psychological science: a journal of the American Psychological society*, 22(3), 233-238, [doi:10.1177/0963721413475622](https://doi.org/10.1177/0963721413475622) [6 sider]
- McCann, T., V., Lubman, D., I., Clark, E. (2012). The experience of young people with depression: a qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(4), 334-340, [doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01783.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01783.x) [7 sider]
- McDonagh, C., Lynch, H., Hennessy, E. (2022). Do stigma and level of social anxiety predict adolescents' help-seeking intentions for social anxiety disorder? *Early intervention in psychiatry*, 16(4), 456-460, [doi:10.1111/eip.13197](https://doi.org/10.1111/eip.13197) [5 sider]
- McLaughlin, K., A., King, K. (2015). Developmental trajectories of anxiety and depression in early adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 43(2), 311-323, [doi:10.1007/s10802-014-9898-1](https://doi.org/10.1007/s10802-014-9898-1) [13 sider]
- McLean, K., C. (2008). The emergence of narrative identity. *Social and personality psychology compass*, 2(4), 1685-1702, [doi:10.1111/j.1751-9004.2008.00124.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00124.x) [18 sider]
- McLeod, G., F., H., Horwood, L., J., Fergusson, D., M. (2016). Adolescent depression, adult mental health and psychosocial outcomes at 30 and 35 years. *Psychological medicine*, 46(7), 1401-1412, [doi:10.1017/S0033291715002950](https://doi.org/10.1017/S0033291715002950) [12 sider]
- Mehler-Wex, C., & Kölch, M. (2008). Depression in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt international*, 1-8, [doi:10.3238/arztebl.2008.0149](https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0149) [8 sider]
- Mei, F., Wang, Z. (2024). Trends in mental health: a review of the most influential research on depression in children and adolescents. *Annals of general psychiatry* 23(1), 1-17, <https://doi.org/10.1186/s12991-024-00520-2> [17 sider]
- Melton, T., H., Croarkin, P., E., Strawn, J., R., McClintock, S., M. (2016). Comorbid anxiety and depressive symptoms in children and adolescents: a systematic review and analysis. *Journal of psychiatric practice* 22(2), 84-98, [doi:10.1097/PRA.0000000000000132](https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000132) [21 sider]
- 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, [doi:10.1093/ptj/89.9.873](https://doi.org/10.1093/ptj/89.9.873) [8 sider]
- Morales-Muñoz, I., Mallikarjun, P., K., Chandan, J., S., Thayakaran, R., Upthegrove, R., Marwaha, S. (2023). Impact of anxiety and depression across childhood and adolescence on adverse outcomes in young adulthood: a UK birth cohort study. *British journal of psychiatry*, 222(5), 212-220, [doi:10.1192/bjp.2023.23](https://doi.org/10.1192/bjp.2023.23) [9 sider]
- Mullholland, F., & Jackson, J. (2018). The experience of older adults with anxiety and depression living in the community: Aging, occupation and mental wellbeing. *The British journal of occupational therapy*, 81(11), 657-666, <https://doi.org/10.1177/0308022618777200> [10 sider]
- Muris, P., Ollendick, T., H. (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical child and family psychology review*, 18(2), 151-169, [doi:10.1007/s10567-015-0181-y](https://doi.org/10.1007/s10567-015-0181-y) [17 sider]
- National Center for Biotechnology Information (2023). *PubMed Overview*. Tilgæet den 22/2/2025 fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/> [1 side]
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J., P., Carballo, J., L., Piqueras, J., A. (2012). Anxiety disorder symptoms in children and adolescents: Differences by age and gender in a community sample. *Revista de psiquiatria y salud mental (English ed.)*, 5(2), 115-120, <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2012.01.005> [6 sider]
- 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., Lali, M., M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, 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. *British medical journal* 372(160), 1-36. [doi:10.1136/bmj.n160](https://doi.org/10.1136/bmj.n160) [36 sider]
- Parcesepe, A., M., Cabassa, L., J. (2013). Public stigma of mental illness in the United States: A systematic literature review. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 40(5), 384-399, [doi:10.1007/s10488-012-0430-z](https://doi.org/10.1007/s10488-012-0430-z) [16 sider]

- Parker, G., & Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *International review of psychiatry*, 22(5), 429-435,
<https://doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.3109/09540261.2010.492391> [8 sider]
- Polanczyk, G., V., Salum, G., A., Sugaya, L., S., Caye, A., Rohde, L., A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry* 56(3), [doi:10.1111/jcpp.12381](https://doi.org/10.1111/jcpp.12381) [21 sider]
- 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,
<https://doi.org/10.1002/jcv2.12149> [22 sider]
- Potterton, R., Austin, A., Robinson, L., Webb, H., Allen, K., L., Schmidt, U. (2022). Identity development and social-emotional disorders during adolescence and emerging adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of youth and adolescence*, 51(1), 16-29, <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01536-7> [14 sider]
- PRISMA (2024). PRISMA Flow Diagram. Tilg et d. 27/2/2025 fra
<https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram> [1 side]
- Petticrew, M., Roberts, H. (2006). Systematic reviews in the social sciences: a practical guide. Wiley. Heri kap. 1, 2, 4, 5 [142 sider]
- Purssell, E. & McCrae, N. (2020). How to Perform a Systematic Literature Review: A Guide for Healthcare Researchers, Practicioners and Students. Springer Nature Switzerland. Heri kap. 2, 3 [24 sider]
- Rapee, R., M., Creswell, C., Kendall, P., C., Pine, D., S., Waters, A., M. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents: a summary and overview of the literature. *Behaviour research and therapy* 168, 1-21,
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104376> [21 sider]
- Ramsawh, H., J., Chavira, D., A. (2016). Association of childhood anxiety disorders and quality of life in a primary care sample. *Journal of developmental and behavioral pediatrics* 37(4), 269-276,
[doi:10.1097/DBP.0000000000000296](https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000296) [8 sider]

- Sarkis-Onofre, R., Catalá-López, F., Aromataris, E., Lockwood, C. (2021). How to properly use the PRISMA statement. *Systematic reviews*, 10(1), 1-3, <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01671-z> [3 sider]
- Selph, S., S., & McDonagh, M., S. (2019). Depression in children and adolescents: Evaluation and treatment. *American family physician*, 100(10), 609-617, [9 sider]
- Simonds, L., M., Pons, R., A., Stone, N., J., Warren, F., John, M. (2014). Adolescents with anxiety and depression: Is social recovery relevant? *Clinical psychology and psychotherapy*, 21(4), 289-298, [doi:10.1002/cpp.1841](https://doi.org/10.1002/cpp.1841) [10 sider]
- Stefánsdóttir, I., H., Ivarsson, T., Skarphedinsson, G. (2023). Efficacy and safety of serotonin reuptake inhibitors (SSRI) and serotonin noradrenalin reuptake inhibitors (SNRI) for children and adolescents with anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry*, 77(2), 137-146, <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2075460> [11 sider]
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2020). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. I Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (3. udgave., pp. 33-64). København: Hans Reitzels Forlag. [32 sider]
- Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S., Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC medical research methodology*, 12(1), 1-8, [doi:10.1186/1471-2288-12-181](https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181) [8 sider]
- Tong, A., Palmer, S., Craig, J., C., Strippoli, G., F., M. (2016). A guide to reading and using systematic reviews of qualitative research. *Nephrology, dialysis, transplantation*, 31(6), 897-903, <https://doi.org/10.1093/ndt/gfu354> [7 sider]
- Trembath, D., Germano, C., Johanson, G., Dissanayake, C. (2012). The experience of anxiety in young adults with autism spectrum disorders. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 27(4), 213-224, <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1177/108835761245491> [12 sider]
- UN (2023). *Global issues – children*. Tilgået den 26/2/2025 fra <https://www.un.org/en/global-issues/children> [1 side]

- Twivy, E., Kirkham, M., Cooper, M. (2023). The lived experience of adolescent depression: A systematic review and meta-aggregation. *Clinical psychology and psychotherapy*, 30(4), 754-766, [doi:10.1002/cpp.2834](https://doi.org/10.1002/cpp.2834) [13 sider]
- Vallance, A., K., & Fernandez, V. (2016). Anxiety disorders in children and adolescents: aetiology, diagnosis and treatment. *BJPsych advances*, 22(5), 335-344, [doi:10.1192/apt.bp.114.014183](https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.014183) [10 sider]
- Verhoeven, M., Poorthuis, A., Volman, M. (2019). The role of school in adolescents' identity development. A literature review. *Educational psychology review*, 31(1), 35-63, [doi:10.1007/s10648-018-9457-3](https://doi.org/10.1007/s10648-018-9457-3) [30 sider]
- Wad, P. (2015). Realistisk videnskabsfilosofi og kritisk realisme. I Jacobsen, M., H., Lippert-Rasmussen, K., Nedergaard, P. *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning* (3. udgave., pp. 365-391). Hans Reitzels Forlag [36 sider]
- Weitkamp, K., Klein, E., & Midgley, N. (2016). The experience of depression: a qualitative study of adolescents with depression entering psychotherapy. *Global qualitative nursing research*, 3, 1-12, [doi:10.1177/2333393616649548](https://doi.org/10.1177/2333393616649548) [12 sider]
- WHO (2021). *Adolescent health in the South-East Asia region*. Tilgået d. 26/2/2025 fra <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health> [1 side]
- WHO (2024). *Mental health of adolescents*. Tilgået d. 26/2/2025 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> [1 side]
- Woodgate, R., L. (2006). Living in the shadow of fear: adolescents' lived experience of depression. *Journal of advanced nursing*, 56(3), 261-269, [doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04020.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04020.x) [9 sider]
- Woodgate, R., L., Cosmaskey, B., Tennent, P., Wener, P., Altman, G. (2020a). The wicked problem of stigma for youth living with anxiety. *Qualitative health research*, 30(10), 1491-1502, [doi:10.1177/1049732320916460](https://doi.org/10.1177/1049732320916460) [12 sider]
- Woodgate, R., L., Tailor, K., Tennent, P., Wener, P., Altman, G. (2020b). The experience of the self in Canadian youth with anxiety: a qualitative study. *PloS one*, 15(1), 1-22, [doi:10.1371/journal.pone.0228193](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228193) [22 sider]

- Woodgate, R., L., Tennent, P., Barriage, S., Legras, N. (2020c). The lived experience of anxiety and the many facets of pain: A qualitative, arts-based approach. *Canadian journal of pain*, 4(3), 6-18, <https://doi.org/10.1080/24740527.2020.1720501> [14 sider]
- Woodgate, R., L., Tennent, P., Legras, N. (2021). Understanding youth's lived experience of anxiety through metaphors: a qualitative arts-based study. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 1-21, [doi:10.3900/ijerph18084315](https://doi.org/10.3900/ijerph18084315) [21 sider]
- Ya-Song, L., Zhan-ling, G., Mi, L., Ying, L., Lan, B, Tong., L. (2022). The experience among college students with social anxiety disorder in social situations: A qualitative study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 18, 1729-1737, [doi:10.2147/NDT.S371402](https://doi.org/10.2147/NDT.S371402) [9 sider]