



Effekten af Cool Kids og Chilled for børn og unge med angst

Et systematisk review

Nanna Horn Kragh: 20192951

Professionsprogram: Børne- og Ungdomspsykiatri (BUP)

Samlet antal tegn (med mellemrum og fodnoter): 148153

Svarende til antal normalsider à 2400 tegn: 61,7

Kandidatspeciale

10. semester psykologi

Vejleder: Ane Søndergaard Thomsen

Aalborg Universitet

Afleveringsdato: 30. maj 2025

Abstract

Title: The effect of Cool Kids and Chilled for children and adolescents with anxiety

Background: This thesis examines the efficacy of the Cool Kids and Chilled interventions in children and adolescents with anxiety disorders.

Methods: The eligibility criteria for this systematic review was based on the research question and included the following: a) Participants must be between 6 and 18 years of age. b) Anxiety must be the primary diagnosis, although comorbid diagnoses are allowed. c) The anxiety diagnosis must be assessed using a relevant diagnostic tool or confirmed by a previous diagnosis. d) The intervention must be the original version of the Cool Kids or Chilled program, delivered by a therapist physically present with both the child and their parents, either in a group or individual format. e) Included studies must be randomized controlled trials. f) The studies must report outcome data that allow for the calculation of effect sizes. g) Studies must be published in English or a Scandinavian language. h) Studies aiming to prevent anxiety were excluded. i) Overlapping samples between studies were not allowed.

A comprehensive search was conducted on February 21, 2025, using the PubMed and PsycINFO databases. Risk of bias was assessed using the RoB 2 tool. Efficacy was evaluated using Standardized Mean Difference (SMD) and Standardized Mean Gain (SMG), based on Cohen's *d*. Sub-analyses were conducted for comparable outcomes.

Results: A total of 1,403 studies were identified, of which eight met the inclusion criteria. The studies originated from Australia, the United States of America, and Denmark. Participants ranged from 6 to 17 years of age, with a nearly equal distribution of boys and girls. A variety of anxiety disorders were included, and comorbid diagnoses were also present. The Cool Kids and Chilled programs consisted of 9–10 sessions, each lasting 1–2 hours. The Cool Kids program was compared both to waitlist control groups and to other interventions.

After the intervention, 66.1% of participants no longer met criteria for their primary anxiety diagnosis, increasing to 68.7% at follow-up. Between 33.3% and 48.9% no longer met criteria for any anxiety diagnosis, rising to 49.0%–61.1% at follow-up. Clinically relevant effect sizes were found for both clinician-rated and self-report

measures: ADIS (clinician-rated), and SCAS-C/P and CALIS-Y/P/PI (Youth- and parent-rated).

The pooled effect size for ADIS from baseline to post-intervention was 1.999 (95% CI [1.347; 2.650], $p < .001$). At follow-up, this increased to between 1.69 (95% CI [1.29; 2.10], $p < .001$) and 2.98 (95% CI [2.16; 3.80], $p < .001$). When comparing the post-intervention Cool Kids/Chilled group to a waitlist control group, the pooled effect size was -1.202 (95% CI [-1.413; -0.992], $p < .001$). These values represent large effect sizes, indicating substantial symptom reduction, greater than what would be expected from natural remission over time. The SCAS-C/P and CALIS-Y/P/PI also showed medium to large effect sizes, which increased further at follow-up.

Discussion: The results of this systematic review align with previous research findings. However, it was discovered that the initial search was incomplete, as it failed to identify some known relevant studies, which were subsequently included manually. Additionally, this review was conducted by a single author, which may introduce bias in processes such as risk of bias assessment and study selection. Most participants in the included studies came from resourceful families, which may limit the generalizability of the findings.

Conclusion: Despite some limitations, the Cool Kids and Chilled programs appear to be effective treatments for anxiety in children and adolescents, as demonstrated by large effect sizes and a high percentage of participants who no longer met criteria for an anxiety diagnosis.

Indhold

Abstract	i
1. Indledning.....	1
1.1 Cool Kids og Chilled	5
1. 3 Problemformulering.....	9
2. Metode	10
2.1 Systematisk review	10
2.2 PICO	10
2.3 Selektionskriterier	11
2.3.1 Population	11
2.3.2 Intervention	13
2.3.3 Comparison	13
2.3.4 Outcome	14
2.3.5 Andet.....	14
2.4 Søgestrategi	14
2.5 Selektionsproces.....	16
2.5.1 Titel- og abstract screening.....	16
2.5.2 Fuldttekstscrening.....	16
2.6 Data udvælgelse.....	17
2.6.1 Vurderingsværktøjer til vurdering af angstsymptomer.....	18
2.6.2 Resultatmål	19
2.7 Bias vurdering.....	23
3. Resultater	26
3.1 Inkluderede studier.....	26
3.2 Studiekarakteristika	29
3.2.1 Kontrolgrupper	32
3.3 Risk of bias	33
3.3.1 Bias opstået fra randomiseringsprocessen	34
3.3.2 Bias på grund af afvigelser fra de tilsigtede interventioner	35
3.3.3 Bias på grund af manglende resultatdata.....	35
3.3.4 Bias i måling af udfaldet.....	36
3.3.5 Bias i udvælgelsen af det rapporterede resultat	36
3.3.6 Samlet bias for hver artikel.....	37
3.4 Andel der bliver diagnose frie	37
3.5 Effekten af Cool Kids vurderet med ADIS.....	39
3.5.1 SMG for ADIS	39

3.5.2 SMD for ADIS.....	42
3.6. Effekten af Cool Kids vurderet med SCAS.....	42
3.6.1 SMG for SCAS	43
3.6.2 SMD for SCAS	47
3.7 Effekten af Cool Kids vurderet med CALIS.....	47
3.7.1 Versioner af CALIS.....	47
3.7.2 SMG for CALIS.....	51
3.7.3 SMD for CALIS.....	51
4 Diskussion	52
4.1 Resultater sammenholdt med eksisterende forskning	52
4.1.2 SMG Cool Kids	52
4.1.3 SMG Cool Kids vs. WLC	55
4.1.5 Cool Kids vs. alternative interventioner	56
4.1.4 SMD Cool Kids vs. WLC	58
4.1.6 Cool Kids i gruppeformat vs. individuelformat.....	59
4.1.7 Forældre inddragelse i Cool Kids	60
4.2 Begrænsninger ved de inkluderede studier	61
4.2.1 Studiernes bias vurdering	61
4.2.3 Kontrolbetingelser	62
4.2.4 Chilled	64
4.3 Metodiske begrænsninger	64
4.3.1 Én reviewer	64
4.3.2 Søgning.....	65
4.3.3 Anvendelse af RoB2.....	65
4.3.4 Intention-To-Treat	67
4.3.5 Cohen's d.....	67
4.3.6 Meta-analyse	68
4.4 Implikation af systematiske reviews betydning for klinisk praksis	69
4.4.1 Klinisk signifikante resultater	69
4.4.2 Resultaternes overførbarehed	71
4.4.3 Klinisk praksis	71
4.5 Future Direction.....	72
5. Konklusion.....	73
Referencer	75

1. Indledning

Psykiske lidelser er udbredt i den danske befolkning. Sundhedsstyrelsen vurderer, at på et givet tidspunkt har ca. 10% en form for psykisk lidelse, og at op imod halvdelen af danskerne på et tidspunkt i løbet af livet vil få en psykiatrisk diagnose. Herudover vil ca. 15% af alle børn og unge i Danmark få en diagnose, inden de er fyldt 18 år (Sundhedsstyrelsen, 2022, p. 52). Blandt de mest udbredte psykiske lidelser er de nervøse og stress-relaterede tilstande. Disse består af fobier, andre angsttilstande, Obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD) og belastningsreaktion. I Danmark er der ca. 198.000 tilfælde med overnævnte lidelser blandt børn og voksne (Sundhedsstyrelsen, 2022, p. 54). Angst medfører ikke blot betydelig personlig lidelse for de ramte, men har også væsentlige samfundsøkonomiske konsekvenser, herunder øget sygefravær, tabt arbejdskraft og en høj andel af ny tilkendelser af førtidspension (Sundhedsstyrelsen, 2022, p. 54).

Et analysenotat fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed fastslår, at angst og OCD er den 5. mest udbredte psykiske lidelse blandt børn og unge i alderen 0-17 år, samt at 8,2 børn og unge ud af 1000 har en angst eller OCD-diagnose i 2023, hvilket er en stigning på 67,6 procent siden 2013¹ (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2023, p. 3). Det er dog værd at bemærke, at forekomsten kan være højere, da forældre ikke altid opsøger hjælp til deres ængstelige barn. Dette kan der være forskellige årsager til, fx at forældrene betragter ængstelighed som en del af barnets personlighed, at de ikke forstår i hvilken grad, ængstelsen påvirker barnet, eller at det ikke påvirker forældrene og/eller barnets lærer i så høj grad som fx udadreagerende adfærd eller ADHD (Rapee et al., 2024). Mange personer med angst oplever komorbiditet. I over af halvdelen af tilfældene, vil personer med en angst diagnose også opfylde en anden angst diagnose. Derudover kan angst bl.a. sameksistere med svær depression, adfærdsforstyrrelse og ADHD, i henholdsvis 16,2%, 14,8% og 11,8% af tilfældene hvor angst eksistere. Tallene varierer en smule alt efter hvilke kilder der benyttes (Carr, 2017, p. 402; Rapee et al, 2009, p. 313f).

¹ Diagnosen er tilkendt inden for 10 forudgående år, og givet på enten et somatisk eller psykiatrisk sygehus.

Frygt er en naturlig reaktion på stimuli der opfattes som farligt. Reaktionen afhænger af både kognitive, affektive, fysiologiske, adfærdsmæssige og relationelle aspekter (Carr, 2017, p. 399). Eksempler på overstående aspekter kan være fx på det kognitivt niveau hvor situationen er opfattes som farlig, og på et fysiologisk niveau kan det autonome system forberede individet på at neutralisere faren ved kamp eller flugt (Carr, 2017, p. 399). Frygt kan således være hensigtsmæssigt, hvis det optræder i et passende omfang i en passende situation. Desuden er ængstelse og frygt en normal del af barnets udviklingen. Helt små børn vil ofte være bange for fremmede og separation fra forældrene. Når barnet bliver lidt ældre, vil det være naturligt at der er andre former for angst, der fylder for barnet, fx at være bange for store dyr, mørke, vand eller for det overnaturlige. I teenagealderen vil den frygt der fylder mest, typisk være at skille sig ud fra sine venner og jævnaldrende. Selvom frygt og ængstelse er en normal del af barnets udvikling, kan det i nogle tilfælde komme til at fylde så meget at det skaber problemer for barnet (Carr, 2017; Muris, 2007, Rapee et al., 2024). Angst bliver problematisk når det påvirker barnets funktionsniveau, fx hvis det trækker sig fra sine venner, har svært ved at komme i skole, er bange for at lege uden for osv. (Arendt & Jørgensen, 2018; Rapee et al., 2024;). I diagnosesystemerne ICD-10 og DSM-5 er der krav omkring at angstlidelsen skal være til betydelig gene, give betydningsfuldt ubehag eller forårsage væsentlig funktionsnedsættelse hos barnet. Fælles for alle angstlidelserne er at det indebærer en afart af undgåelsesadfærd og sikkerhedsadfærd. Desuden har de forskellige angstlidelser også bekymringstendens, og en række fysiske symptomer, så som ondt i maven eller hjertebanken (Arendt & Jørgensen, 2018). Se fakta boksene

Panikangst

Panikangst (PD) er ledsaget af tilbagevendende panikagtig angst, der ikke er begrænset til bestemte situationer, og derfor optræder de i uventede situationer. De dominerede symptomer er hjertebanken, trykken ved brystet, kvælningfølelse, svimmelhed, og uvirkelighedsfølelser. Disse symptomer kan ofte også ledsages af en frygt for at dø, miste kontrollen over sig selv, eller blive sindssyg. Ofte kan denne lidelse også være sameksisterende med Agorafobi, fordi patienter kan blive angste for, at de kan få et panikanfald i offentligheden (Alberdi & Möhl, 2017; WHO ICD-10, 1994, p. 100f; Carr, 2017).

Faktaboks 1 Panikangst

for en beskrivelse af de forskellige angst lidelser.

Det er forskelligt hvorfor børn udvikler angst, der er således ikke en bestemt udviklingsvej påvirket af en bestemt genetisk sårbarhed eller nogle bestemte begivenheder, man ved fører til angst. Der er dog en række risikofaktorer, som kan øge sandsyn-

Fobisk angst

Fobisk angst er en gruppe af forstyrrelser, hvor angsten opstår i nogle specifikke situationer som ikke indebærer reel fare. Dette kan føre til at personer undgår specifikke situationer. De kan også opleve symptomer så som hjertebanken eller besvimelsesfølelse samt frygt for at dø, miste kontrol over sig selv eller blive sindssyg. Personer med fobisk angst kan også opleve forventningsangst, ved tanken om den fobiske situation (Alberdi & Møhl, 2017, WHO ICD-10, 1994, pp. 97f).

Agorafobi (AP) er frygten for at færdes alene uden for hjemmet, offentlige steder eller forsamlinger, i forretninger, eller rejse med offentlig transport. Der vil typisk være tilbøjelighed til at undgå den fobiske situation, hvorved patienter kun i lav grad vil opleve angst i deres hverdag. (WHO ICD-10, 1994, pp. 97f).

Socialfobi (SoP) og social angst er frygten for at blive negativt og kritisk vurderet af andre, eller at komme til at opføre sig pinligt ud fra deres egen opfattelse. Socialfobi kan lede til undgåelse af forskellige sociale situationer, og kan optræde som ansigtsrødmme, rysten på hænderne og træng til opkastning eller vandladning. Symptomerne kan udvikle sig til egentlige panik anfald (Carr, 2017; WHO ICD-10, 1994, p. 99)

Til sidst findes der også en række *enkelfobier* (SP), disse er begrænset til helt specifikke situationer, fx angst for dyr, højder, torden, nåle, tandlægebesøg, besøg på offentlige toiletter osv. De frygtede situationer eller objekter kan ligesom ved agorafobi og socialfobi udløse panikangst (WHO ICD-10, 1994, pp. 99f).

Faktaboks 2 Fobisk angst

ligheden for at børn udvikler angst. Risikofaktorerne kan deles op i to dele, de intrapsy-kiske risikofaktorer, der er de risikofaktorer der er iboende hos barnet herunder

genetiske forhold, temperament, kognitive bias, eksekutive funktioner og emotionsregulering, og i de interpsykiske risikofaktorer, der er de faktorer der eksisterer mellem barnet og dets omgivelser, fx tilknytningsstil og forældrenes adfærd (Arendt & Jørgensen, 2018; Arendt & Kjær, 2017; McKay, 2023; Rapee et al. 2024).

Ligeledes findes der også beskyttende faktorer, der kan modificere påvirkningen af risikofaktorerne. Blandt de beskyttende faktorer findes modne forsvarsmekanismer, gode coping strategier, og gode tætte relationer. Fx kan sidstnævnte give modstandsdydgtighed mod negative oplevelser, da barnet ikke vil være alene om oplevelsen, men vil have mulighed for at dele det med andre, der kan hjælpe med at tage hånd om situationen (Arendt & Jørgensen, 2018, p. 158; Carr et al., 2017).

Ud over de tidligere nævnte samfundsmæssige konsekvenser, der er forbundet med angst, har tilstanden også en række særlige følger for børn, særligt i relation til deres trivsel og udvikling. Børn med angst har ofte færre venskaber og tilbringer mindre tid sammen med jævnaldrende. De kan være generte eller bange for at blive gjort til grin, hvilket øger risikoen for ensomhed og mindsker den sociale støtte, de ellers kunne få fra deres jævnaldrende. Dette kan gøre dem endnu mere sårbare og hæmme deres sociale udvikling. Deres præstation i skolen kan ligeledes blive påvirket – også selvom mange angstramte børn er både samvittighedsfulde og perfektionistiske. Bekymringer kan fx forhindre dem i at stille spørgsmål i klassen eller bede om hjælp. Angst kan også

Generaliseret angst

Unge med *generaliseret angst* (GAD) kan have en vedvarende opfattelse af at der vil ske ulykker eller negative begivenheder af forskellig art. Angsten vil ikke være fokuseret på et bestemt objekt eller bestemt situation, men være flygtigt. Bekymring bliver ude af kontrol, og der kan forekomme bekymringer om, at bekymre sig for meget. Det kan give en følelse af anspændthed, vedholdende nervøsitet, muskelspændinger, sved tendens, ørthed i hoved, hjertebanken, svimmelhed og/eller trykken i maven. (Alberdi & Møhl, 2017; Carr, 2017, p. 410; WHO ICD-10, 1994, pp. 102f).

Faktaboks 3 Generaliseret angst

have langvarige konsekvenser, der rækker ind i voksenlivet. For eksempel kan svær generthed eller manglende sociale færdigheder føre til færre jobmuligheder. Voksne med angst har desuden en øget risiko for at udvikle depression samt stof- eller alkoholmisbrug, ligesom de oftere er syge og oftere gør til læge (Rapee, 2024).

Derfor giver det god mening at sætte tidligt ind og støtte barnet i at lære at håndtere sin angst.

De nationale kliniske retningslinjer (NKR) for behandling af angst hos børn og unge har en række anbefalinger. NKR har bl.a. en stærk anbefaling af, at kognitiv adfærdsterapeutiske programmer bør tilbydes som førstevalg i behandlingen af børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst.

Obsessiv-kompulsiv tilstand

Personer med *obsessiv-kompulsiv tilstand* (OCD) oplever tilbagevendende tvangstanker og tvangshandlinger. Tvangstanker kan være påtrængende idéer, forestillinger eller mentale billeder, som ufrivilligt dukker op i bevidstheden, og som personen forsøger at modstå – ofte uden succes. Tvangshandlinger er stereotype, gentagne adfærds- eller tankehandlinger, der udføres med det formål at forebygge eller afværge en frygtet begivenhed, som dog oftest er usandsynlig og ikke står i realistisk forhold til handlingen. Typisk erkender personen, at adfærden er overdreven eller meningsløs, men oplever betydelig angst ved forsøg på at afbryde eller undlade ritualerne (WHO ICD-10, 1994, pp. 104f).

Faktaboks 4 Obsessiv-kompulsiv tilstand

Der er altså fundet evidens for, at kognitiv adfærdsterapi er en effektiv behandlingsform til børn og unge med angst. Dog er det ikke muligt at vurdere andre former for psykoterapi, da der mangler randomiserede kontrollerede studier af disse terapiformer (Sundhedsstyrelsen, 2019, pp. 4-5). Herudover er der en svag anbefaling af at overveje at inddrage forældrene i et betydeligt omfang i behandlingsforløbet (Sundhedsstyrelsen, 2019, p. 7). Forældre vil typisk være inddraget i behandlingen af angst hos børn og unge, så denne anbefaling vedrører i højere grad i hvilket omfang det giver mening, at forældrene deltager. En sådan overvejelse kan baseres på barnets alder samt familiens dynamik og præferencer (Sundhedsstyrelsen, 2019, p. 7). Det bliver beskrevet i NKR, at det tyder på, at inddragelse af forældre i betydelig grad har en gavnlig effekt på remission af den primære angstdiagnose efter endt behandling, sammenlignet med behandling, hvor forældre involveringen var lav (Sundhedsstyrelsen, 2019, p. 45).

1.1 Cool Kids og Chilled

Interventionsprogrammet *Cool Kids*, der er udviklet ved Macquarie University i Australien og senere er oversat og tilpasset danske forhold af CEBU - Center for

Psykologisk Behandling til Børn og Unge på Aarhus Universitet, passer ind i NKR's anbefalinger, og programmet har som mål at børn og deres forældre i fællesskab opnår at kunne håndtere angst bedre. Cool Kids er funderet i kognitiv adfærdsterapi og omfatter bl.a. psykoedukation, kognitiv omstrukturering, gradvis eksponering, respons-hindring, færdighedstræning mm. Målgruppen for Cool Kids er børn med angst som primære diagnose i alderen 6-12 år (1. til 6. klasse). Der findes desuden et tilsvarende program af Cool Kids der er målrettet unge i alderen 13-18 år, kaldet *Chilled*. Denne version har et øget fokus på at styrke den unges egne strategier til håndtering af angst, mens forældrene indtager en mere støttende rolle. Cool Kids kan være målrettet kliniske populationer, hvor børnene har en angst diagnose, eller målrettet skolemiljøer, hvor børnene ikke nødvendigvis har en diagnosticeret angst lidelse. Interventionerne bygger på samme teknikker og færdigheder, men adskiller sig i forhold til hvor meget forældrene deltager. I kliniske miljøer deltager både forældre og børn i alle sessioner, mens forældrene inddrages i separate sessioner i skoleversionen (Rapee et al., 2006b).

Det er muligt både at benytte Cool Kids og Chilled som gruppe eller som individuel intervention, dog stammer det meste empiriske støtte fra gruppeforløb. Grupperne bør være mellem fire og otte familier, disse kan sammensættes på tværs af type angstlidelser, men bør matches således at der er et lille aldersspænd mellem børnene, da det kan fremme sociale relationer i gruppen, og sikre at det kognitive niveau blandt deltagerne er nogenlunde ens for at lette fælles forståelse og læring. Desuden bør der være en ligelig fordeling mellem kønnene (Rapee et al. 2006b).

Individuel behandling kan være en relevant og anbefalelsesværdig løsning i tilfælde, hvor gruppeformatet vurderes uhensigtsmæssigt. Det kan fx være aktuelt, hvis barnet har en adfærd, der potentielt vil forstyrre gruppens dynamik og læringsmiljø, eller hvis der er et højt konfliktniveau

Posttraumatisk belastningsreaktion

Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) opstår på baggrund af traumatiske hændelser, som er af eksistentiel eller truende karakter. Tilstanden vil være præget af tilbagevendende flashbacks og mareridt. Herudover vil personer med PTSD fremstå med bl.a. en emotionel afstumpethed, reagere mindre på deres omgivelser, social tilbagetrækning, forsøge at undgå situationer der som kan minde om traumat og have en tilbøjelighed til at fare sammen (WHO ICD-10, 1994, pp. 108f).

Faktaboks 5 Posttraumatisk belastningsreaktion

mellem forældrene, hvilke kan risikere at påvirke hele gruppens fokus. Det bør desuden nøje overvejes, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at inkludere børn med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) i et gruppebaseret behandlingsforløb som Cool Kids. Børn med PTSD kan have vanskeligheder ved at tale om deres traume i en gruppe (Rapee et al., 2006b). Generelt anbefales det ikke at inkludere børn og unge i Cool Kids, hvis primære diagnose ikke er angst. Fx kan børn med depression som primærdiagnose ofte mangle den nødvendige energi og selvtillid til at kunne drage tilstrækkelig nytte af de strategier og øvelser, som programmet bygger på (Rapee et al., 2006b).

I terapeutmanualen forslås der forskellige struktur over sessionerne lidt afhængig af om interventionen foregår blandt en eller flere familier. Ved terapi rettet mod én familie, anbefales det at man arbejder med familien i en time, hvor man deler sessionen op mellem barnet alene og forældrene alene. Til sidst afsluttes hver session med planlægningstid, hvor familien er samlet. Sessionerne kan også deles op således at barnet og forældrene skiftes til at møde op til en session, dette kræver dog omorganisering af programmet (Rapee et al., 2006b). I gruppeformatet forløber en typisk session ved, at terapeuten indledningsvis samler hele gruppen – børn og forældre – for at præsentere dagens tema og kort evaluere den forgangne uge. Derefter arbejder terapeuten alene med børnene i cirka 30–50 minutter, efterfulgt af en separat session med forældrene, som varer omkring 45–60 minutter. Til sidst samles hele gruppen igen til en fælles opsamling, hvor dagens tema afrundes, og hjemmeopgaver til den kommende uge gennemgås. I Chilled kan det være fordelagtigt at bruge mere tid sammen med de unge, og mindre tid sammen med forældrene. Den tid hvor henholdsvis

Separationsangst

Separationsangst (SAD) er karakteriseret ved en intens frygt for adskillelse fra en primær tilknytningsfigur. Barnet kan være præget af overdreven bekymring for, at forældrene skal komme til skade eller forlade det uden at vende tilbage. Ligeledes kan der opstå angst for, at barnet selv skal udsættes for noget, der forhindrer genforening - såsom at fare vild, blive kidnappet eller indlagt. Angsten kan også komme til udtryk ved, at barnet nægter at sove andre steder end tæt på den primære omsorgsperson, eller viser modstand mod at gå i skole, hvilket ikke er på grund af forhold i skolen, men af frygt for at være adskilt fra tilknytningspersonen (Carr, 2017; WHO ICD-10, 1994, p. 179).

Faktaboks 6 Separationsangst

forældre og børn er uden terapeut, kan være givende, da begge parter kan få noget ud af at være sammen i mindre organiserede sammenhænge. Det er således op til dem selv at beslutte, hvordan tiden skal anvendes, men der kan være behov for støtte til at hjælpe interaktionen på vej (Rapee et al., 2006b).

Cool Kids og Chilled programmerne består af en manual til terapeuten, en arbejdsbog til barnet eller den unge (Lyneham et al., 2003; Lyneham et al. 2006a,) og en arbejdsbog til forældrene (Lyneham et al.; 2006b, Lyneham et al., 2008). Arbejdsbogen til barnet/den unge indeholder de forskellige øvelser der gennemgås i terapisesionerne, samt hjemmeopgaver. Forældres arbejdsbog beskriver bl.a. teorien bag færdighederne som børnene lærer, ligesom den indeholder hjemmeopgaverne således at forældrene får hjælp til at forstå opgaverne, samt giver forældrene information om deres rolle i behandlingen. I Cool Kids er hjemmeopgaverne vigtige, for at programmet kan skabe resultater og gøre en forskel (Rape et al., 2006b).

Der er lavet flere randomiserede kontrollerede studier (RCT), der undersøger effekten af forskellige variationer af Cool Kids og Chilled (fx Arendt et al., 2016; Chalfant et al., 2007; Hudson et al. 2009). Desuden har Mychailyszyn i 2017 lavet en meta-analyse på området, der samlet set undersøger effekten af forskellige versioner af Cool Kids og en række interventionsprogrammer, der er gået forud for Cool Kids.

Der blev, på baggrund af søgningen som er foretaget i 2015, fundet i alt 16 studier med 1579 børn og unge i alderen 7 til 16 år, og analysen indikerede større symptomforbedring i interventionsgrupperne i forhold til kontrolgrupperne. To af studiets begrænsninger er, at der er medtaget fem studier, som ikke har en randomiseret kontrolgruppe, og søgningen af litteratur virker noget begrænset- hvilket bliver uddybet i metode afsnit 2.4. I 2020 er der lavet en kunnskapsoppsummering af Kaasbøl og Brøndbo, der evaluerer implementeringskvaliteten af Cool Kids for børn og unge med angst i alderen 6-18 år i de nordiske lande. Her blev der fundet ni relevante publikationer, hvoraf nogle studierne er RCT-designs, og andre ikke er. Resultatet tyder også her på, at Cool Kids bidrager til reduktion af angstsymptomer, og derudover finder Kaasbøl og Brøndbo en høj implementeringskvalitet.

På baggrund af, at søgningerne i de fundne review er henholdsvis 5 og 10 år gamle, at der i Kaasbøl og Brøndbo er geografiske indskrænkninger, og at der er i Mychailyszyn

er metodologiske uhensigtsmæssigheder, er det relevant at foretage et nyt systematisk review.

1.3 Problemformulering

I dette kandidatspeciale vil der være fokus på at undersøge effekten af de originale versioner af Cool Kids og Chilled på reduktion af angstsymptomer i bestræbelsen på at besvare følgende problemformulering:

Hvilken effekt har Cool Kids (6-12 år) og Chilled (13-18 år) på angstsymptomer hos børn og unge med en angstdiagnose?

Problemformuleringen vil blive besvaret med et systematisk review, hvis metode vil blive beskrevet i de følgende afsnit.

2. Metode

I de følgende afsnit redegøres der for, hvad et systematisk review er samt for dets metode.

2.1 Systematisk review

Det systematiske review er en metode til systematisk at identificere og samle al relevant forskning på et område med så få bias som muligt, hvilket er vigtigt for den evidensbaserede praksis, da det ellers er vanskeligt at overskue den store mængde forskningsresultater. Systematiske review anses for at være mere troværdige og robuste end andre former for forskningslitteraturgennemgange såsom narrative reviews, da de anvender eksplicitte, strukturerede og på forhånd definerede metoder. Derudover kan de identificere, hvorvidt studierne resultater peger i samme retning (MacMillan et al., 2019). Der vil løbende i metodeafsnittet blive redegjort for den specifikt anvendte metode til at udarbejde et systematisk review.

For at et systematisk review er brugbart for sundhedspersonale, politikere og andre beslutningstagere, er det vigtigt gennemsigtigt at beskrive, hvorfor reviewet er lavet, hvad der er blevet gjort, og hvad der er fundet (Page et al., 2021). I dette projekt vil PRISMA 2020 blive benyttet som en guide til denne gennemsigtige rapportering jf. [PRISMA statement](#).

2.2 PICO

Ifølge PRISMA 2020 er det vigtigt eksplicit at beskrive det forskningsspørgsmål, som reviewet skal besvare. Til udviklingen af forskningsspørgsmålet, der er præsenteret i afsnit 1.3, er PICO blevet benyttet. PICO er et akronym, der består af fire komponenter, der bruges til at formulere et godt forskningsspørgsmål. P i PICO står for *participant* og refererer til en beskrivelse af deltagernes karakteristika (Perestelo-Pérez, 2012). I dette review er deltagerne børn i alderen 6-18 år med angst som primær diagnose. I står for *intervention*, som i dette projekt referer til de originale versioner, fx som beskrevet i terapeutmanualen af Rapee et al. (2006b) af Cool Kids og Chilled, enten i gruppe eller individuelt, hvor terapeuten, der administrerer programmet, er fysisk til stede. C står for *comparison*, hvilket refererer til det alternativ, interventionen sammenlignes med (Perestelo-Pérez, 2012). I dette projekt ønskes det at sammenligne Cool Kids- og Chilled-interventionerne med enten en randomiseret ventelistekontrolgruppe, placebokontrolgruppe eller en alternativ intervention. O står for *outcome* og

dækker over de mål, der ønskes opnået med interventionen (Perestelo-Pérez, 2012). I projektet vil dette være mål for symptomforandring før og efter interventionen, da en vellykket intervention giver symptomlindring. I projektet er der en bred forståelse af angstsymptomer, der både kan vedrøre tanker, følelser, kropslige reaktioner, adfærdsmønstre, funktionsnedsættelser mm.- alle forbundet med en vedvarende og overdreven frygt eller bekymring. For overskuelighedens skyld opsummerer tabel 1 PICO-komponenterne.

Tabel 1

Specialets PICO-komponenter

P	Børn og unge i alderen 6-18 år med angst som primære diagnose.
I	Oprindelige Cool Kids eller Chilled programmer som enten gruppe eller individuel terapi administreret af en fysisk fremmødt terapeut.
C	Sammenlignet med en randomiseret ventelistekontrolgruppe eller alternativ intervention.
O	Angstsymptomer vurderet før og efter interventionen.

2.3 Selektionskriterier

Selektionskriterier bidrager til at identificere relevante forskningsartikler i selektionsprocessen. Indeværende systematiske review har in- og eksklusionskriterier, der er baseret på PICO komponenterne i forskningsspørgsmålet. Kriterierne er oplistet i tabel 2.

2.3.1 Population

In- og eksklusionskriterierne vedrørende populationstypen har været en afvejning mellem at sikre, at populationen er bred nok til at inkludere deltagere fra de relevante scenarier, hvor interventionen anvendes, samtidig med at den er smal nok til, at det giver mening at vurdere studierne samlet. Derudover bør det specificeres, hvilken lidelse der ønskes undersøgt, samt hvilke faktorer der definerer den specifikke population, såsom alder, køn, etnicitet eller uddannelsesmæssig status (McKenzie et al., 2019, p. 35).

Målgruppen for Cool Kids og Chilled er børn i alderen 6-18 år med angst (Rapee et al., 2006b), derfor er det også er den målgruppe, der inkluderes i dette systematiske review. Derudover skal børnene have en angstdiagnoses som primærdiagnose, der

enten er diagnosticeret på forhånd eller vurderet som patologisk ved hjælp af et relevant måleredskab. Har barnet en anden primære diagnose end angst vil det være uegnet til interventionen (Rapee et al., 2006b). Til sidst er det også valgt at inkludere børn, der har angst med komorbiditet, da børn med angst ofte også har komorbide lidelser jf. afsnit 1. Dette er med til at øge generaliserbarheden, men kan samtidig reducere behandlingseffekten, idet visse former for komorbiditet potentielt kan begrænse interventions anvendelighed og effektivitet.

Tabel 2

Selektionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Børnene skal være fra 6 til 18 år.	Programmer til forebyggelse af angst.
Angstdiagnose som primære diagnose, evt. med komorbiditet.	Studier der udelukkende undersøger modererede versioner af Cool Kids og Chilled fx Online versioner, biblioterapi eller Cool Kids ASD.
Angstdiagnosen skal være udredt på forhånd eller angstniveauet er vurderet som patologisk med et relevant måleredskab.	Studier der har samme (eller overlappende) sample som et andet studie, der møder inklusionskriterierne.
De originale versioner af Cool Kids- og Chilled-programmerne, tilbudt som enten gruppe- eller individuel terapi, administreret af en fysisk tilstedeværende terapeut, hvor både børn og forældre ligeledes deltager fysisk.	
Studierne skal være randomiserede kontrollerede forsøg (RCT).	
Der skal angives effektstørrelser (fx Cohens d), eller data som effektstørrelser kan udregnes ud fra. Effektstørrelsen	

skal være relevant, således at den er baseret på en måling af angst før og efter behandlingen.

Studiet skal skrives på engelsk eller skandinavisk.

2.3.2 Intervention

Da der findes forskellige udgaver af Cool Kids-interventionsprogrammet, er det relevant at overveje følgende: Hvem leverer interventionen? Hvor leveres den? Og må interventionen tilpasses? (McKenzie et al., 2019). Forskningsartikler kan kun inkluderes, hvis det tydeligt fremgår, at der undersøges Cool Kids eller Chilled, og at de administreres af en fysisk tilstedeværende terapeut, hvor både børn og forældre også deltager fysisk. Der findes onlineversioner af Cool Kids, fx Chilled Out, diagnosespecifikke versioner, fx Cool Kids ASD, samt versioner hvor forældrene selv lærer at administrere programmet for deres børn, fx Cool Little Kids. Sådanne versioner ønskes ikke undersøgt, da de i høj grad adskiller sig fra det originale program med hensyn til udførelse. Til sidst må interventionen foregå både i grupper og som individuel terapi, da det i Cool Kids-manualen angives at Cool kids kan udføres på begge måder, selvom det meste af evidensen er baseret på Cool Kids i grupper (Rapee et al., 2006b).

2.3.3 Comparison

Den sammenligning, interventionen måles op imod, danner grundlag for syntesen i det systematiske review. Der findes tre typer sammenligninger: 1) Intervention vs. placebo 2) Intervention vs. en kontrolgruppe (fx ventelistekontrolgruppe eller "Usual Care") 3.) Intervention vs. en anden intervention (McKenzie et al., 2019).

I dette systematiske review inkluderes udelukkende randomiserede kontrollerede studier (RCT'er), da kontrolbetingelser og randomisering er afgørende for at sikre høj intern validitet. Dette muliggør mere pålidelige konklusioner om interventionens effekt og årsagssammenhænge (McKenzie et al., p. 51; Juul et al., 2017; Mohr et al., 2009, p. 376). For at identificere så mange relevante studier som muligt, medtages alle former for sammenligningsgrupper. I praksis er der dog ingen placebobehandlinger, da det er psykoterapi, der undersøges. Selv en almindelig samtale kan have elementer fra terapi, fx omsorg og personlig kontakt.

2.3.4 Outcome

Da specialets forskningsspørgsmål vedrører symptomforandring som følge af Cool Kids-interventionen, er det besluttet, at studier kun kan inkluderes, hvis de som minimum måler angstsymptomer før og efter interventionen enten ved followup eller umiddelbart efter interventionen. Målingen kan dog foretages ved hjælp af forskellige relevante måleredskaber.

2.3.5 Andet

Sproget skal være dansk, svensk, norsk eller engelsk, så undertegnede kan forstå artiklens indhold.

2.4 Søgestrategi

Den systematiske søgning er foretaget i PsycInfo og PubMed, da disse to er meget omfattende og hyppigt benyttede databaser indenfor fagfeltet, fx benyttes de også af Mychilyszyn (2017). Valget af databaser har været en afvejning mellem at identificere så mange relevante studier som muligt, samtidig med at søgningen forbliver håndterbar inden for de givne tids- og ressourcebegrænsninger.

I det systematiske review af Mychilyszyn (2017) beskrives en antagelse om, at en søgning på termen "Cool Kids" ville gøre de relevante studier tilgængelige. De gennemgik dog også referencelisterne fra tidligere studier for at identificere eventuelt oversete undersøgelser. Undertegnede gennemgik af de inkluderede studier i den omtalte meta-analyse viste dog, at det ikke er tilstrækkeligt at søge på "Cool Kids" OR "Chilled" i titel og abstract, da flere af de inkluderede studier ikke anvender disse specifikke termer, men i stedet bruger bredere betegnelser såsom "cognitive behavior therapy" og lignende. Derfor blev der i indeværende systematiske review foretaget en bredere søgning med udgangspunkt i søgeord fra de studier i Mychilyszyn (2017), der virkede relevante ud fra indeværende speciales selektionskriterier.

Ud fra PICO-modellen blev der dannet tre søgeblokke: 1) Intervention: Termer som "Cool Kids", "Chilled" og "Cognitive Behavioral Therapy" blev anvendt. 2) Angstdiagnose: Termer som "Anxiety" og "Phobia" blev benyttet. Disse termer blev sammenlagt med udgangspunkt i DSM- og ICD-diagnosemanualerne. Søgeordet "anxiet*" gav et meget stort antal hits, hvorfor det blev forsøgt erstattet med mere specifikke lidelser såsom "anxiety disorder*" og "social anxiet*". Det blev dog vurderet, at det var bedre at indskrænke antallet af hits på andre måder, da det vurderes at der var for stor chance

for at overse relevante studier. 3) Målgruppens alder: Her blev der søgt på engelske synonymer for børn og unge, hvor Chat GPT er blevet benyttet til at genererer synonymer. Denne søgeblok blev tilføjet for at reducere antallet af hits til et niveau, der var håndterbart inden for specialets rammer.

Når der tilføjes flere søgeblokke, bliver antallet af hits automatisk snævret ind, da søgningen bliver mere specifik. Søgningen blev herudover præciseret ved at anvende et filter vedrørende studiedesign, som filtrerede alle studier, der ikke var RCT'er fra.

Processen med at udvælge de rette termer samt at anvende citationstegn, trunkering og boolske operatorer er gennemført i samarbejde med en bibliotekar for at højne kvaliteten af søgningen (Lefebvre et al., 2019). Derudover har bibliotekaren hjulpet med at udvælge de rette tesaurusser systematisk for at udvide søgningen og undgå bias. De præcise søgeord, der er benyttet i hver søgeblok, kan ses i de endelige søgninger for hver database. De er præsenteret i tabel 3 nedenfor for PubMed. Den tilsvarende søgestreng for PsycInfo ses i bilag 1.

Den endelige søgning blev fortaget den 21.02.2025.

Tabel 3

Endelig søgestreng i PubMed

Søgning i PubMed
(((Child*[Title/Abstract] OR Kids[Title/Abstract] OR Youth[Title/Abstract] OR Teenager*[Title/Abstract] OR Adolescen*[Title/Abstract] OR "Young people"[Title/Abstract] OR Junior*[Title/Abstract] OR Preschool*[Title/Abstract] OR "Early childhood"[Title/Abstract] OR "Primary school*" [Title/Abstract] OR "Elementary school*" [Title/Abstract] OR "High school*" [Title/Abstract] OR boy[Title/Abstract] OR boys[Title/Abstract] OR girl*[Title/Abstract]) OR (("Adolescent"[Mesh]) OR "Child"[Mesh])) AND (((((((("Phobic Disorders"[Mesh:NoExp]) OR "Agoraphobia"[Mesh:NoExp]) OR "Phobia, Social"[Mesh]) OR "Panic Disorder"[Mesh:NoExp]) OR "Generalized Anxiety Disorder"[Mesh]) OR "Anxiety, Separation"[Mesh:NoExp]) OR (Phobic[Title/Abstract] OR Phobia*[Title/Abstract] OR Agoraphobia[Title/Abstract] OR "Panic Attack*" [Title/Abstract] OR Anxioussymptom*[Title/Abstract] OR anxiet*[Title/Abstract]))) AND (("Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh:NoExp]) OR ("Cool Kids"[Title/Abstract] OR

"Cognitive Behavioral Therapy"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavior Therapy"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behaviour Therapy"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavior Intervention*"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behaviour Intervention*"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavior Treatment*"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behaviour Treatment*"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavioral Treatment*"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavioural Treatment*"[Title/Abstract] OR "Cognitive behavioural therapy"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavioral Intervention*"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavioural Intervention*"[Title/Abstract] OR "Chilled*"[Title/Abstract])) Filters: Randomized Controlled Trial

2.5 Selektionsproces

Efter den endelige søgning bliver alle referencer overført til referencehåndteringsprogrammet RefWorks for at samle en komplet liste over alle de identificerede studier samt fjerne dubletter. Programmet er i stand til at identificere dubletter automatisk, dog bliver disse alligevel dobbelttjekket, inden de fjernes.

2.5.1 Titel- og abstract screening

Herefter overføres referencerne til et Word-dokument, hvor de screenes på baggrund af titel og abstract og sorteres i forhold til in- og eksklusionskriterierne (Perestelo-Pérez, 2012). Studier, der tydeligt ikke opfylder kriterierne, markeres med rødt og ekskluderes – fx hvis målgruppen er voksne, eller hvis det er åbenlyst, at interventionen ikke er Cool Kids.

I denne fase ekskluderes studier kun, hvis det er helt klart, at de ikke opfylder kriterierne. I tilfælde af tvivl markeres studiet med grønt og inkluderes til fuldtekstscrening.

2.5.2 Fuldtekstscrening

De inkluderede studier fra titel og abstract screening bliver derefter søgt frem i fuldtekst via Aalborg Universitets søgemaskine Primo. De studier der ikke kunne tilgås via Primo bestilles gennem bibliotekets fjernlånsfunktion.

Referencerne på de inkluderede studier fra titel- og abstract screening overføres til et Excel-ark, hvor disse bliver placeret i en lodret kolonne, mens inklusions- og eksklusionsårsager angives i en vandret række øverst. Dette gør det muligt at tildele hvert studie enten et 1-tal for inklusion eller et 1-tal under en af eksklusionsårsagerne,

hvilket gør det lettere at opgøre, hvor mange studier der er i hver kategori. Da et studie kan have mere end én eksklusionsårsag, men kun bør fremgå én gang i PRISMA's flowdiagram, bliver eksklusionsårsagerne prioriteret hierarkisk som følger: 1) Forkert sprog, 2) Anden intervention end Cool Kids eller Chilled, 3) Forebyggelse af angst, 4) Modificerede versioner af Cool Kids, 5) Ikke angst som primære diagnose, 6) Forkert studiedesign, 7) Forkert aldersgruppe, 8) Manglende måling af angstsymptomer før og efter intervention, hvilket forhindrer udregning af effektstørrelse, 9) Studier med samme (eller overlappende) sample som et andet inkluderet studie. Forkert sprog placeres som det første eksklusionskriterium, da det ikke er muligt at vurdere de øvrige kriterier, hvis sproget ikke er forståeligt. Dernæst bliver studier ekskluderet, hvis interventionen ikke var Cool Kids, da dette forventedes at være en hyppig årsag til eksklusion i fuldtekstscreeningen. Dette giver desuden et overblik over, hvilke studier, der involverer Cool Kids eller Chilled, men som alligevel ikke kunne inkluderes.

På grund af praktiske omstændigheder udføres selektionsprocessen af én enkelt reviewer, selvom det anbefales at involvere minimum to uafhængige personer. Ved at lade to personer vurdere studierne mindskes risikoen for at ekskludere relevante studier, dog er det også muligt, at én reviewer er tilstrækkelig (Lefebvre et al., 2019, p. 94f).

I henhold til PRISMA 2020's guidelines udarbejdes der et flowdiagram over udvælgelsesprocessen, der viser, hvordan studierne er blevet ekskluderet (Page et al., 2021). Dette diagram kan ses i resultatafsnit 3.1.

2.6 Data udvælgelse

Dataindsamlingen foretages, af en enkel reviewer, og indsat i forvejen opsatte tabeller. Den første tabel er en oversigt over de inkluderedes studiers vigtigste karakteristika, herunder antal deltagere, fordeling af køn, alder, angstdiagnose, hvilke måleinstrumenter der benyttes osv.

Hertil er der fire tabeller med resultatmål. Den første tabel viser andelen af deltager, der er kommet af med henholdsvis deres primære angstdiagnoser og alle angstdiagnoser. De resterende tre tabeller præsenterer gennemsnit og standardafvigelser (SD) for hvert vurderingsværktøj ved baseline, postintervention og followup. Disse tabeller indeholder ligeledes forskellige effektstørrelser. Der er en effektstørrelse baseret på forskellen i gennemsnit mellem Cool Kids og/eller Chilled- og kontrolgruppen

umiddelbart efter interventionen, samt en tilsvarende effektstørrelse ved followup. Herudover er der en effektstørrelse baseret på ændringen i gennemsnit fra før interventionen til umiddelbart efter, og en tilsvarende ændring ved followup. Derudover rapporteres der også signifikansniveau og konfidensintervaller.

2.6.1 Vurderingsværktøjer til vurdering af angstsymptomer

Angstsymptomerne bliver målt med følgende værktøjer: The Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM (ADIS), Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) og Children's Anxiety Life Interference Scale (CALIS). Disse er udvalgt da de måler forskellige aspekter af angstsymptomer på tværs af mange de inkluderede studier.

The Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM

ADIS er den gyldne standart til at vurdere angstdiagnoser (Chavira et al., 2014, p. 63), og i dette speciale anvendes den til at undersøge med hvilken sværhedsgrad børnene har en angstdiagnose før og efter behandlingen.

ADIS er et grundigt semistruktureret interview, som er udviklet til at diagnosticere og vurdere DSM angst diagnoser for børn i alderen 6-17 år. ADIS er baseret på to separate semistrukturerede interviews med henholdsvis barnet, der har angst, og dets forældre. Herudfra fremkommer der en *Clinical Severity Rating* (CSR) for barnet, forældrene og klinikerens (Arendt et al., 2016). I dette speciale er der interesse i klinikervurderingen, da denne kan bidrage med et andet perspektiv, end de andre inkluderede vurderingsværktøjer, der begge er baseret på selvrapportering.

ADIS indeholder sektioner for separationsangst, social fobi, enkel fobi, panik angst, agorafobi, generaliseret angst, OCD, PTSD og akut stress reaktion (Arendt et al., 2016; Hougaard et al., 2012, p. 224). For hver sektion er der screeningsspørgsmål, hvorefter sektionen skippes, hvis ikke et bestemt antal spørgsmål kan bekræftes. Spørgsmålene besvares ved "Ja" eller "Nej", og ved et positivt svar, vil det ofte kræve en uddybning af spørgsmålet (Silverman & Rabian, 1995). Hver lidelse får en CSR fra 0 (ingen forstyrrelse) til 8 (ekstrem forstyrrelse). Scorer på over 4 indikerer tilstedeværelse af en diagnose (Arendt et al., 2016). I tilfælde hvor der er mere end en angst lidelse til stede, vurderes den primære lidelse som værende den med størst sværhedsgrad og forstyrrelse ud fra de rapporterede symptomer ved hver lidelse (Silverman & Rabian, 1995). Der er fundet gode psykometriske egenskaber for skalaen (Hougaard et al., 2012).

Spence Children's Anxiety Scale

Til at vurdere barnets angstsymptomer før og efter behandlingen er SCAS det mest brugte værktøj på tværs af studier, der evaluerer Cool Kids interventionerne (Mychailyszyn, 2017, p. 109).

SCAS er udviklet til at vurdere sværhedsgraden af angstsymptomer med udgangspunkt i angsttilstande i DSM-IV. Denne findes både i en udgave til barnet selv, SCAS-C, og til barnets forældre, SCAS-P. Det er et selvrapporteringsværktøj, hvor børnene eller forældrene, afhængig af udgave, skal vurdere spørgsmål på en skala fra 0 (oplever aldrig symptomet) til 3 (oplever altid symptomet). Skalaen tilgår 6 domæner af angst herunder generaliseret angst, panikangst/agorafobi, social fobi, separationsangst, OCD, og frygt for fysisk skade. Tilhørende skalaen eksisterer der normative data, hvor der er t-scorer til at guide klinikere til at vurdere, hvorvidt barnets angstsymptomer er over, hvad der bliver anset som normalt niveau af angst ved den pågældende aldersgruppe (Spence, u.d.). Der findes acceptable psykometriske egenskaber for SCAS-C/P (Spence, 1998).

Children's Anxiety Life Interference Scale

CALIS bruges til at vurdere forstyrrelse og funktionsnedsættelse på baggrund af angst i barndommen- både barnet og forældres liv. Funktionsniveau er et mere bredt mål end de ovenstående og drejer sig i højere grad om, hvordan barnet på mange områder af dets liv får et dårligere funktionsniveau og bliver negativt påvirket af sin lidelse. Spørgsmålene er udviklet ud fra områder hvor angst ofte kan have en negativ indvirkning, fx i hjemmet, i skolen og i det sociale liv (Lyneham et al., 2013). CALIS består af en version til barnet/den unges med angst omkring forstyrrelse i dets eget liv (CALIS-Y), og en version til forældrene, hvor sidstnævnte både har en del vedrørende forstyrrelse i barnets liv (CALIS-P) og en del vedrørende forstyrrelse af forældrenes liv som følge af barnets angsttilstand (CALIS-IP). Spørgsmålene scores på en 5 point likert skala fra 0 (overhovedet ikke) til 4 (rigtig meget) (Arendt et al. 2016, p. 712; Lyneham et al., 2013).

2.6.2 Resultatmål

I de følgende afsnit der blive redegjort for signifikans niveau, anvendte effektstørrelser, konfidensinterval og ITT.

Signifikans niveau

P-værdien er sandsynligheden for at opnå en teststatistik, der er mindst lige så ekstrem som den observerede, givet at nulhypotesen er sand (Field, 2018). Nulhypotesen er i dette tilfælde, at interventionen ingen effekt har, herved angiver p-værdien sandsynligheden for, at den forskel der er mellem interventionerne, skyldes tilfældigheder frem for en reel effekt. P-værdier på $<0,05$ anses som signifikante (Field, 2018). I tilfælde af, at inkluderede studierne ikke selv rapporterer relevante p-værdier, vil de blive udregnet i IBM SPSS Statistics version 29 (SPSS), ud fra gennemsnit (m), Standardafvigelse (SD) og antal deltagere (n). I tilfælde, hvor der i et inkluderet studie bliver rapporteret Standardfejl (SE) i stedet for SD , vil der blive lavet en omregningen med følgende kalkulator: [Meta-Analysis Accelerator](#).

Selvom p-værdi giver værdifuld information om, hvorvidt der er en statistisk signifikans af en intervention eller ej, siger det ikke noget om størrelsen af behandlingseffekten

Effektstørrelser

Effektstørrelse er en statistisk udregning, der bliver anvendt til at vurdere effekten af en intervention ved at kvantificere forskellen mellem to behandlinger. Det gør det muligt at sammenligne effekten af forskellige interventioner, selv når de er målt med forskellige måleinstrumenter, fordi effektstørrelsen udtrykker forskellen i en fælles standardiseret enhed (McGough & Farone, 2009). Effektstørrelser i dette speciale vil blive rapporteret og udregnet med *Cohen's d*, der i nogle sammenhænge referereret til som *standardized mean difference* (SMD). Denne beregnes ud fra gennemsnit umiddelbart efter intervention a og b og deres tilhørende standardafvigelse. Herved får man et mål for, hvor meget bedre én intervention er i forhold til en anden, fx hvor meget bedre Cool Kids er end en ventelistekontrolgruppe. Formlen er som følgende:

$$SMD = \frac{m_{\text{eksperimentiel gruppe}} - m_{\text{kontrol gruppe}}}{\sqrt{\frac{SD_{\text{eksperimentielgruppe}}^2 + SD_{\text{kontrolgruppe}}^2}{2}}}$$

Da det i dette speciale også ønskes at undersøge, hvor meget deltagerne gennemsnitligt forbedrer sig over tid, fx fra før til efter interventionen, vil der desuden blive rapporteret på *standardized mean gain* (SMG).

Denne effektstørrelse beregnes ligeledes med Cohen's d, men i stedet for at sammenligne to forskellige interventioner, sammenlignes forskellige måletidspunkter inden for den samme interventionsgruppe. Til dette benyttes følgende formel:

$$SMG = \frac{m_{Baseline} - m_{Postintervention\ eller\ followup}}{\sqrt{\frac{SD_{Baseline}^2 + SD_{Postintervention\ eller\ followup}^2}{2}}}$$

En effektstørrelse tæt på nul indikerer, at der ikke er nogen væsentlig forskel i forbedring mellem grupperne. Cohen's d betegnes en effektstørrelse på 0,2 som lille, 0,5 som middel, og 0,8 eller derover som stor (Faraone, 2008). Hvis de inkluderede studier ikke selv rapporterer de nævnte effektstørrelser, vil disse blive beregnet med SPSS. I analyserne vil resultatmålene i SMD være negative, når Cool Kids viser bedre effekt end kontrolgruppen. For SMG vil effektstørrelserne være positive, medmindre deltagerne oplever en forværring i angstsymptomer efter interventionens start.

En begrænsning ved både SMD- og SMG-effektstørrelserne er, at de kun kan sammenlignes med andre studier med lignende designs, da det ellers vil være uklart, om det er designet eller interventionen, der har indflydelse på effektstørrelsens værdi (McGough & Faraone, 2009). Denne begrænsning har betydning i specialet, bl.a. fordi der sandsynligvis vil være nogle af de inkluderede studier, der sammenligner med en ventelistekontrolgruppe, og andre af studierne, der sammenligner med en alternativ intervention. Det vil være misvisende at sammenligne disse effektstørrelser, da de studier, der sammenligner Cool Kids interventionen med en ventelistekontrolgruppe, vil fremstå som mere effektive end de studier, der sammenligner Cool Kids med en alternativ interventionsgruppe. Dette skyldes, at den alternative interventionsgruppe, fx lav intensitets biblioterapi, sandsynligvis vil virke bedre end at være venteliste; forbedringen i sidstnævnte udgøres af spontan remission. Samtidig er det forskelligt, hvad effektstørrelsen reelt måler. I de tilfælde, hvor Cool Kids sammenlignes med en venteliste kontrolgruppe, er det muligt at vurdere, om Cool Kids er bedre end den naturlige forbedring, man kan forvente over tid. I de studier, hvor Cool Kids sammenlignes med en anden form for intervention, er det muligt at forholde sig til, hvilken intervention der virker bedst. Derfor vil der i dette systematiske review blive lavet en narrativ opsummering for hver resultatmålstabel, der opsamler på relevante del analyser.

Konfidensinterval

For hver effektstørrelse vil der blive rapporteret et tilhørende konfidensinterval, der kan tolkes som det spænd, hvor man med 95 % sikkerhed forventer, at det sande gennemsnit vil ligge. Hvis forsøget gentages mange gange og der beregnes nye intervaller hver gang, vil cirka 95 % af disse intervaller indeholde det sande gennemsnit (O'Brien & Yi, 2016). Konfidensintervallet tager højde for variabilitet og samplestørrelse, hvorved en lille samplestørrelse og en stor variation vil give et bredt konfidensinterval, og omvendt vil en stor samplestørrelse og en lille variation give et smallere konfidensinterval. Konfidensintervaller kan benyttes til at vurdere statistisk signifikans. Er to konfidensintervaller delvist overlappende, kan der med rimelig sikkerhed konkluderes, at to effektstørrelser ikke er signifikant forskellige. Er de ikke overlappende, vil der være en signifikant forskel. Overlapper to konfidensintervaller kun en smule, vil det være nødvendigt med en statistisk test for at afgøre, om der er tale om en signifikant forskel (O'Brien & Yi, 2016). Konfidensintervallerne vil udregnes med SPSS.

Meta analyse

En meta-analyse er en statistisk, sammenfattende analyse, hvorved en samlet effekt fra tidligere udførte studier kan opnås (Juul et al., 2017). Der vil i specialet blive beregnet to samlende effektestimater med meta-analyser ved hjælp af SPSS. Disse vil tage udgangspunkt i ADIS, der er terapeuternes vurdering af forekomsten af angstsymptomer, baseret på fyldestgørende semistrukturerede interviews af både barnet og dets forældre, jf. afsnit 2.6.1. Det første samlede effektestimat vedrører SMG, der er baseret på forskellen mellem gennemsnit i angstsymptomer ved baseline til postintervention. Hermed fremkommer et samlet mål for effekten af Cool Kids. Det er hypotesen, at der sker en symptomreduktion. Det andet effektestimat vedrører SMD, hvor gennemsnit i Cool Kids sammenlignes med gennemsnit i ventelistekontrolgrupperne, hvilket giver et samlet estimat for, hvor meget bedre Cool Kids virker end ingen behandling.

Intention to treat (ITT)

Intention to treat (ITT) er et udtryk der bruges, når alle deltager, der er blevet randomiseret, indgår i analysen, også deltager der ender med at stoppe behandlingen før tid. ITT vil blive rapporteret i resultattabellerne, hvor det er muligt, da det er en måde at håndtere det bias, der kan komme fra deltagere, der dropper ud (Govani & Higgins et al. 2012).

2.7 Bias vurdering

Til at vurdere studierne risiko for bias - det vil sige systematiske fejl i vurderingen og estimeringen af en effekt- vil *The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias* (RoB) blive anvendt (Higgins et al., 2008). Den specifikke udgave der benyttes til bias assessment, er RoB 2, der er en nyere og forbedret udgave af RoB. RoB 2 består af fem bias domæner, der vil blive gennemgået herunder.

Målet med *bias opstået fra randomiseringsprocessen* er at vurdere, hvorvidt randomiseringsprocessen undgår at påvirke interventionsgrupperne med enten kendte eller ukendte faktorer, såsom sværhedsgrad af sygdom eller komorbiditet. Ved en succesfuld randomisering vil der gennemsnitligt være den samme prognose i hver gruppe inden starten af hver intervention. Dette domæne vedrører også, hvorvidt fordeling af deltagere i grupperne er skjult for deltager og personale, indtil fordelingen er færdig. Viden om, hvilken gruppe en deltager tilhører, inden den endelige fordeling, kan føre til selektiv rekruttering, fx at deltagere der synes at være i en ufordelagtig gruppe afvises (Higgins et al., 2019, p. 10).

Bias-domænet *bias på grund af afvigelser fra de tilsigtede interventioner* omhandler den risiko for bias, der opstår, når der sker afvigelser fra den planlagte studieprotokol. Det vil sige situationer, hvor deltagere ikke modtager den intervention, de er blevet randomiseret til, eller hvor interventionen ikke gennemføres som tiltænkt. Sådanne afvigelser kan påvirke resultaterne og føre til en biased vurdering af interventionens effekt. Hvis forsøgsmedarbejderne ikke er blinde, kan de — enten bevidst på grund af interessekonflikter eller ubevidst på baggrund af forhåndsforståelser om, hvad der virker bedst — komme til at underminere sammenligningen mellem interventionerne ved at afvige fra interventionsprotokollen. Desuden kan manglende blinding af deltagere ligeledes skabe en forventningseffekt, hos dem der i en interventionsgruppe. Det er dog ikke altid muligt at blinde hverken forsøgspersonale eller deltagere, især ikke i psykologisk forskning (Higgins et al., 2019; Munder & Barth, 2018). Derfor vil manglende blinding af terapeuter ikke medføre en vurdering af høj risiko for bias i dette domæne i indeværende speciale. Domænet vedrører også, om der er lavet et passende estimat af effekten, hvilket bør baseres på principperne på ITT, hvor deltagerne analyseres i den gruppe, de blev randomiseret til — uanset om de gennemførte interventionen som planlagt eller ej, og selvom der mangler data fra dem.

Bias på grund af manglende resultatdata. Dette bias-domæne vedrører at randomiseringen bør sikre en fair sammenligning mellem to grupper, men manglende data for resultater, fx for en eller flere deltagere dropper ud, kan lede til bias i estimeringen af interventionens effekt. Det er muligt indirekte at vurdere, hvorvidt manglende data kan lede til risiko for bias ved at undersøge andelen af missing data i den eksperimentelle gruppe og i kontrolgruppen samt at undersøge årsagerne til at resultatdata er manglende. Hvis der er forskelle i andelen af manglende data mellem interventionsgrupperne, øges risikoen for bias, særligt hvis fraværet af data er relateret til deltagernes sande værdi. Dette kan påvirke både det enkelte studie og metaanalysen i et systematisk review (Higgins et al., 2019).

Årsagerne til hvorfor deltagerne har manglende data, kan i nogle tilfælde være rapporteret i studiet, og disse kan hænge sammen med sande effekter — fx hvis deltagere falder fra på grund af manglende virkning. Når årsagerne til manglende data varierer mellem grupperne, udgør det en væsentlig kilde til risiko for bias (Higgins et al., 2019)

I bias i måling af udfaldet vurderes det, hvorvidt resultatmålene er passende, og om målemetoden potentielt kan variere på tværs af interventionsgrupperne. Herudover vurderes det også, hvorvidt de personer, der tilgår resultatetmål efter interventionen er blindet. Dette er relevant da vurderingspersonalet, hvis det ikke er blindet, kan blive influeret af sine forforståelse omkring interventionerne. I tilfælde, hvor deltagerne selv laver resultatmålsvurderingen og er klar over, hvilken intervention de modtager, bør der vurderes som minimum nogen bekymring for bias ifølge RoB 2 (Higgins et al., 2019). Her vil der blive lavet en afvigelse, da der ikke er meget evidens for, at selv-rapporterede symptomer leder til overestimering af effekten af interventionen (Munder & Barth, 2018).

Bias i udvælgelsen af det rapporterede resultat. Dette domæne vurderer, om bias opstår på baggrund af, at de rapporterede resultater er blevet udvalgt fra forskellige effektestimater af intervention. Det bliver vurderes i forhold til hvordan resultatmålene er defineret, fx kan det være at angst kan måles på forskellige måder og på forskellige tidspunkter i løbet af interventionen, men kun udvalgte mål af disse rapporteres (Higgins et al., 2019).

Til hvert bias domæne er der en række signalspørgsmål, hvis mål er at sikre en struktureret tilgang til at opnå den nødvendige information til at vurdere risiko for bias

(Higgins et al., 2019). Til signalspørgsmålene kan der svares *Yes (Y)*, *Probably yes (PY)*, *No (N)*, *Probably no (PN)* eller *no information (NI)*, alt efter med hvilken overbevisningen spørgsmålet kan besvares. Y og N vil typisk blive brugt i de sammenhænge, hvor der er overbevisende evidens, og PY og PN vil typisk blive brugt i de tilfælde, hvor der ikke helt lige så stor overbevisningen, og hvor vurderingen i nogen grad afhænger af dømmekraft (Higgins et al., 2019; Sterne et al., 2019). For hver bias-domæne findes der, på baggrund af forskellige kombinationer af besvarelser på signalspørgsmålene, anbefalinger til, hvordan bias-domænet bør vurderes (Higgins et al. 2019). Den samlede risk of bias-bedømmelse for hver artikel er baseret på tabel 4.

Det anbefales, at vurderingerne foretages af to uafhængige personer (Munder & Barth, 2018, p. 353), men på grund af specialets karakter vil bias her blive vurderet af en person.

Tabel 4

Risiko vurdering af bias

Overordnet risiko for bias for hver studie	Kriterier
Lav risiko for bias	Studiet har lav risiko for bias i alle bias domæner.
Nogen risiko for bias	Der er vurderet nogen risiko for bias i minimum et bias-domæne, men ikke nogen høj risiko for bias i nogle af bias-domænerne.
High risiko for bias	Er der høj risiko for bias i minimum et bias-domæne, eller der er nogen risiko for bias i flere af bias-domænerne, således at det sænker overbevisningen af studiet.

Note: Udarbejdet ud fra Sterne et al. (2019)

3. Resultater

I resultatafsnittet vil resultaterne fra det systematiske review løbende præsenteres, herunder et flowdiagram for processen, studiekarakteristika, bias vurdering og til sidst resultattabellerne.

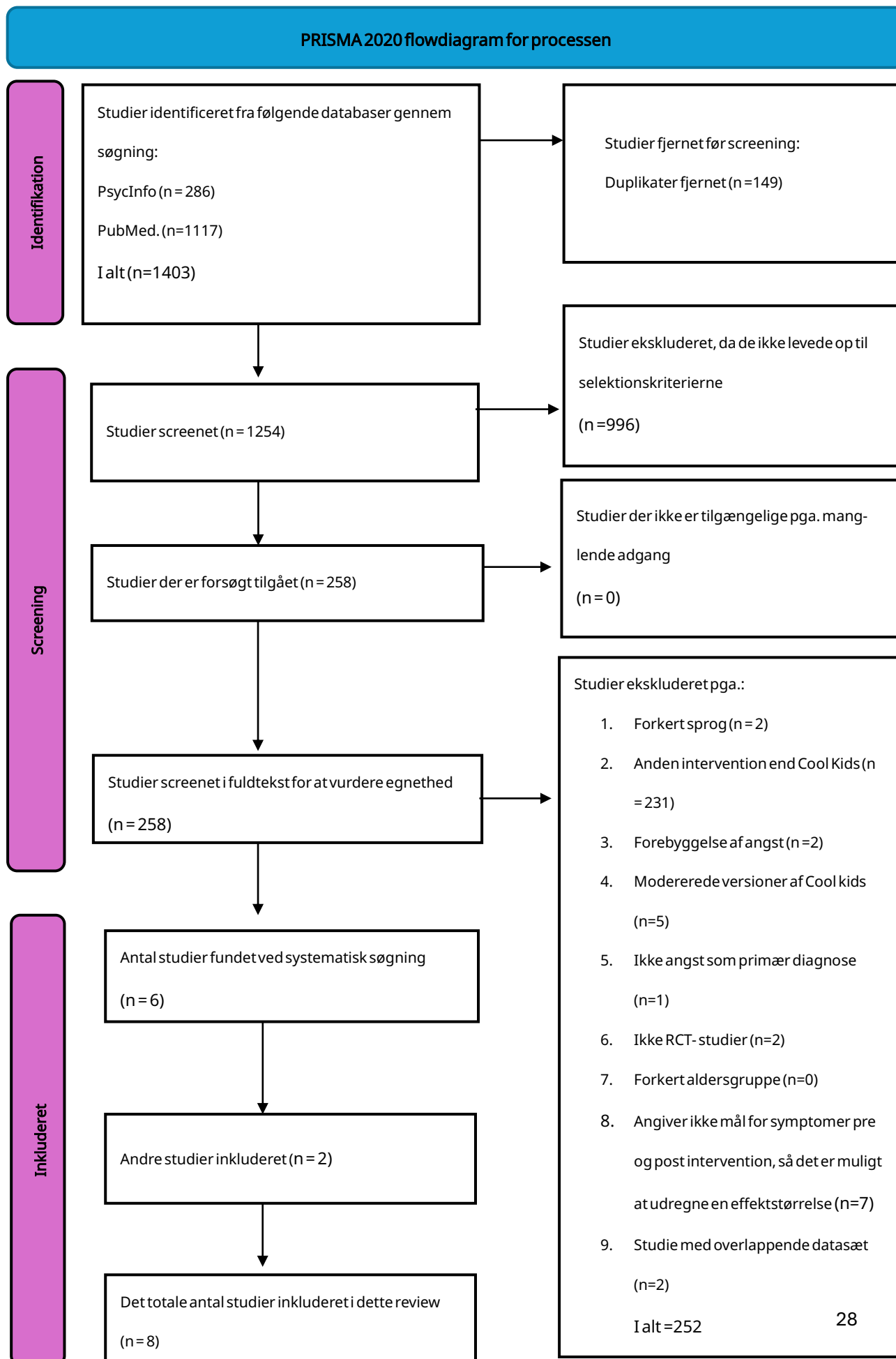
3.1 Inkluderede studier

I det følgende afsnit præsenteres selektionsprocessen som illustreres i figur 1.

Fra den endelige søgning blev der identificeret 1.403 studier, hvoraf 149 forekom i begge databaser. De fleste af duplikaterne blev fjernet ved hjælp af referencestyringsprogrammet Rayyan, dog blev 21 dubletter fjernet manuelt. I den første screeningsfase, hvor titel og abstract blev gennemgået, blev 258 studier vurderet som egnede til fuldtekstscrening. Ved gennemgang af studierne i fuldtekst blev der fundet 25 studier, som på den ene eller anden måde inddragede Cool Kids eller Chilled. Heraf blev 19 studier ekskluderet. Syv studier blev ekskluderet, da det ikke var muligt at udregne en effektstørrelse ud fra deres resultater (Chatterton et al., 2019; Haugland et al., 2017; Hudson et al., 2023; Lassen et al., 2019; Sciberras et al., 2019; Swain et al., 2013; Wuthrich et al., 2021). Hovedparten af disse var studieprotokoller og indeholdt derfor endnu ingen resultater. Fem studier blev ekskluderet, da de udelukkende undersøgte modificerede versioner af Cool Kids fx Cool Kids modereret til autisme (Berry & Hunt, 2009; Chalfant et al., 2007; Creswell et al., 2015; Kilburn et al., 2023; Sciberras et al., 2018). To studier blev ekskluderet, fordi de undersøgte forebyggende effekter af Cool Kids (Husabø et al., 2022; Haugland et al., 2020), hvilket ikke stemmer overens med problemformuleringens fokus på behandlingseffekt – selvom det var den originale version af Cool Kids, der blev anvendt. Et studie blev udelukket, da den primære diagnose ikke var angst (Soo et al., 2024). Yderligere to studier blev ekskluderet, da de ikke var RCT-studier (Djurhuus & Bikic, 2019; Kilburn, 2024). Endelig blev to studier udelukket, fordi deres resultater var gengivet i andre artikler, som allerede var inkluderet i undersøgelsen, og de bidrog derfor ikke med yderligere (Arendt et al., 2016b; Rapee et al., 2021). I alt blev seks studier inkluderet i undersøgelsen, da de levede op til alle selektionskriterier. Derudover blev to studier inkluderet efter den systematiske screening. De pågældende studier omfatter Rapee et al. (2006) og Arendt et al. (2016), der begge blev fundet relevante i den indledende søgning. Rapee et al. (2006), kommer ikke frem i søgningen fordi ordet standard group treatment benyttes om Cool Kids,

hvilket der ikke er blevet søgt på. Arendt et al. (2016) fremkommer ikke af søgningen, da studiet fejlagtigt bliver sorteret fra ved RCT filteret i begge databaser. Implikationerne af dette vil blive diskuteret i diskussionsafsnit 4.3.1.

Figur 1 *Prisma flowdiagram*



3.2 Studiekarakteristika

I tabel 5 og i de følgende afsnit vil de inkluderede studier og disses karakteristika blive præsenteret

Påbaggrund af den systematiske søgning og efterfølgende selektionsproces bliver der inkluderet 8 studier. Seks af de inkluderede studier er fra Australien, ét er fra USA og ét fra Danmark. Der er i alt 1419 deltagere i alderen 6-17 år. Studiernes deltagerantal varierer fra 48 til 281, og kønsfordelingen er næsten ligelig mellem drenge og piger. Syv ud af de otte studier undersøger effekten af Cool Kids-programmet på forskellige former for angst, mens det sidste studie (Rapee et al., 2023) udelukkende fokuserer på social angst. I alle studierne bliver angstdiagnosen vurderet med ADIS, dog rapportere Rapee et al. (2017) og Rapee et al. (2023) ikke på disse efter behandlingen, hvorfor de ikke bruges i ADIS resultattabellen. Herudover er der seks studier der rapporterer på SCAS og fire studier der rapporterer på CALIS. Opfølgningstidspunkterne varierer mellem tre, seks og tolv måneder. Cool Kids-programmet tilbydes både som gruppeforløb og individuelt forløb, og består af 9 til 10 sessioner, hvor hver session varer mellem én og to timer. Cool Kids sammenlignes med forskellige alternative interventioner, som præsenteres i det følgende.

Tabel 5

Studiekarakteristika

Forfatter (Årstal)	Land	Alder i år	n	Køn i % M/K	Primær angst diagnoser	Komorbiditet	Angst diagno- sticering	Kontrol- gruppe	Antal ses- sioner (længde i minutter)	Format: Gruppe/ indivi- duelt (grupper af n fa- milier)	Vurde- rings- værktøjer	Måletids- punkter
Arendt et al, (2016)	DK	7-16	109	43/57	SAD, GAD, SoP, SP, OCD, PD uden AP AP uden PD	Angst, eksternalisere- rede lidelser, affek- tive sindslidelser	ADIS	WLC	10 (120)	Gruppe (6-7)	ADIS-IV C/P; SCAC C/P CALIS	Baseline, Postinter- vention,
Chavira et al. (2014)	USA	8-13	48	44/56	SP, GAD, SA, SAD, OCD	Depressive lidelser, adfærdsforstyrrelser, Autisme	ADIS	TSB	10 (60-90)	Indivi- duel	ADIS C/P	Baseline, Postinter- vention, FU 3 mæne- der
Han- cock et al., 2018	AUS	7- 17	193	42/58	GAD, SA, SAD, SP, OCD, AP uden PD	Angst, depressive li- delser, ADHD, Asper- ger syndrom	ADIS	ACT, WLC	10 (90)	Gruppe (5-9)	ADIS-IV; CALIS	Baseline, Postinter- vention, FU 3 mæne- der
Hudson et al., 2009	AUS	7-16	112	57/43	GAD, OCD, PD, SASD, SoP, SP	Angst, eksternalise- rende lidelser, affek- tive sindslidelser	ADIS	GSA	10 (?)	Gruppe	ADIS-IV C/P; SCAS C/P	Baseline, Postinter- vention, FU 6 mæne- der
Hudson et al., 2014	AUS	6-13	209	51/49	GAD, SoP, SAD, PD, OCD, SP PTSD	Angst, eksternalise- rende lidelser, affek- tive sindslidelser	ADIS	BPAM	10 (120)	Gruppe (5-7)	ADIS-IV C/P; SCAS	Baseline, Postinter- vention, FU 6 mæne- der

Rapee et al., 2006	AUS	6-12	267	?	GAD, SoP, SAD, Sp, OCD, PD	Angst, eksternaliserende lidelser, affektive sindslidelser	ADIS	Biblioterapi, WLC	9 (?)	Gruppe (Ca. 7)	ADIS CP; SCAS C/P	Baseline, Postintervention, FU 3 måneder
Rapee et al., 2017	AUS	6-16	281	47/53	SAD, SA, GAD, SP	affektive sindslidelser SA, GAD, andet	ADIS	SC	10 (60)	Individuel	SCAS C/P CALIS	Baseline, FU 12 måneder
Rapee et al., 2023	AUS	7-16	200	47/53	SA	Angstlidelser, elektiv mutisme, affektive sindslidelser	ADIS	CKS	10 (60)	?	SCAS C/P CALIS	Baseline, Postintervention, FU 6 måneder

Note: SAD: separation anxiety disorder; GAD: generalized anxiety disorder; SoP: social phobia; SA: social anxiety, PD: panic disorder, OCD: obsessive-compulsive disorder; SP: Specific phobia; AP: agoraphobia; PTSD: Post traumatic stress disorder, WLC: venteliste kontrolgruppe, TSB: Therapist-Supported Bibliotherapy, ACT: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), BPAM: Brief Parental Anxiety Management, SC: Stepped Care, CKS: Modifieret social angst-behandling, FU: followup.

3.2.1 Kontrolgrupper

Arendt et al. (2016) benytter en *ventelistekontrolgruppe* (WLC), ligesom Hancock et al. (2018) og Rapee et al. (2006). De to sidstnævnte studier inkluderer dog også henholdsvis Acceptance and Commitment Therapy (ACT) og biblioterapi, som de sammenligner med Cool Kids, disse alternative interventioner behandles dog ikke i specialet, da der blot behandles en kontrolgruppe pr. inkluderet studie. De fem resterende studier anvender andre former for kontrolgrupper, som gennemgås herunder:

I Chavira et al. (2014) sammenlignes Cool Kids med *Cool Kids Outreach – Therapist-Supported Bibliotherapy (TSB)*. Dette terapiprogram er baseret på bogen *Helping Your Anxious Child*, som dækker over de samme temaer, der er i den oprindelige version af Cool Kids. Hver uge præsenteres et nyt kapitel, og forældrene gennemfører aktiviteter, der har til formål at omsætte deres viden om barnets frygt og bekymringer til konkrete øvelser sammen med barnet. Barnet får arbejdsark og aktiviteter, som det selvstændigt kan gennemføre. Forældrene modtager desuden terapeutstøtte til at implementere strategierne og reflektere over ugens forløb.

Group Support and Attention (GSA), der undersøges i Hudson et al. (2009), er en intervention baseret på Cool Kids, men uden komponenterne fra kognitiv adfærdsterapi. Formålet er at skabe bånd mellem familierne og gennemføre aktiviteter, der hjælper børn med at forstå og udtrykke deres følelser samt opbygge et støttende miljø. Terapeuterne er instrueret i ikke at hjælpe med problemløsning eller tilbyde fortolkninger og strategier baseret på kognitiv adfærdsterapi (Hudson et al., 2009).

Brief Parental Anxiety Management (BPAM) gruppen gennemfører Cool Kids-programmet sammen med et angsthåndteringsprogram for forældre. I BPAM modtager forældrene skriftligt materiale om angst, kognitiv omstrukturering, gradvis eksponering, problemløsningsfærdigheder m.m. Derudover deltager de i terapeutledede sessioner, som støtter dem i at gennemføre hjemmeøvelser. Formålet er at hjælpe forældrene med at håndtere deres egen angst (Hudson et al., 2014). I dette studie er der fire grupper: en Cool Kids-gruppe med forældre med angst, en Cool Kids-gruppe med forældre uden angst, en BPAM-gruppe med forældre med angst og en BPAM-gruppe med forældre uden angst. I dette review anvendes resultaterne fra Cool Kids- og BPAM-gruppen med forældre uden angst, da fokus i henhold til problemformuleringen ikke

er på forældrenes mentale helbred, men på Cool Kids' effekt på børns angstsymptomer (Hudson et al., 2014).

I Rapee et al. (2017) undersøges der udover Cool Kids også *Stepped Care* (SC), der består af tre trin. Første trin er lavintensitetsintervention: For børn under 13 år består dette af biblioterapi, hvor barnet får en arbejdsbog, og forældrene ligeledes modtager en bog, der detaljeret beskriver, hvordan de kan støtte deres barn. Desuden modtager forældrene også op til fire sessioner à 30 minutter med en terapeut, hvor fokus er på støtte, motivation og vejledning. Børn over 13 år modtager selvhjælpsmateriale på en CD, som gennemgår terapeutiske teknikker og øvelser. Forældrene får et handout med en opsummering af teknikkerne. Denne aldersgruppe får også op til fire telefonsamtaler à 40 minutter med en terapeut – fordelt mellem forældre og barn. Andet trin er individuel Cool Kids-intervention på op til 10 sessioner. Sidste trin er individualiseret behandling baseret på en omfattende caseformulering. Terapeuten følger løse retningslinjer, som foreslår metoder til at håndtere almindelige behandlingsbarrierer. Antallet af sessioner er fleksibelt, med et maksimum på 12 sessioner à 60 minutter. Det er familierne selv, der beslutter, om de ønsker at afslutte forløbet eller fortsætte til næste trin (Rapee et al., 2017).

Modificeret social angst-behandling (CKS) bygger på Cool Kids, men inkluderer flere strategier rettet mod social angst. Der er øget fokus på sociale færdigheder gennem hele forløbet, større vægt på opmærksomhedstræning for at styrke koncentration, fokus på konsekvenser af negativ vurdering i eksponeringsøvelser, reduktion af sikkerhedsadfærd, brug af videofeedback for at opbygge et mere realistisk selvbillede samt nedbringelse af grublerier efter sociale begivenheder (Rapee et al., 2023).

3.3 Risk of bias

Resultaterne for bias vurderingen tilgået med RoB 2 er præsenteret i tabel 6 og uddybende bliver beskrevet i de kommende afsnit.

Tabel 6*Bias vurdering*

Forfatter (årstal)	Bias op- stået fra randomise- ringspro- cessen	Bias på grund af afvigelser fra de tilsig- tede interven- tioner	Bias på grund af manglende resultatdata	Bias i må- ling af ud- faldet	Bias i udvæl- gelsen af det rapporte- rede resultat
Arendt et al. (2016)	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias
Chavira et al. (2014)	Nogen ri- siko for bias	Lav risiko for bias	Nogen risiko for bias	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias
Hancock et al. (2018)	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias	Nogen ri- siko for bias	Lav risiko for bias
Hudson et al. (2009)	Nogen ri- siko for bias	Nogen risiko for bias	Lav risiko for bias	Nogen ri- siko for bias	Lav risiko for bias
Hudson et al. (2014)	Nogen ri- siko for bias	Nogen risiko for bias	Lav risiko for bias	Nogen ri- siko for bias	Lav risiko for bias
Rapee et al. (2006)	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias
Rapee et al. (2017)	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias
Rapee et al. (2023)	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias	Nogen risiko for bias	Lav risiko for bias	Lav risiko for bias

3.3.1 Bias opstået fra randomiseringsprocessen

Formålet med bias opstået fra randomiseringsprocessen er at vurdere, om randomisering undgår systematiske forskelle mellem interventions- og kontrolgrupper jf. afsnit 2.7. I dette domæne er 5 ud af 8 studier vurderet til at have lav risiko for bias. Det skyldes, at de i tilstrækkelig grad beskriver randomiseringsprocessen af deltagerne, hvilket sandsynliggør at randomiseringsprocessen i tilstrækkelig grad er unbiased.

I Chavira et al. (2014) vurderes der at være nogen risiko for bias angående randomiseringsprocessen. Det skyldes, at der ikke fremgår information om, hvorvidt randomiseringen af deltagerne var skjult, indtil de var tilmeldt og tildelt en intervention. Hudson et al. (2009) og Hudson et al. (2014) er ligeledes vurderet til nogen bekymring, da det er sandsynligt at randomiseringen ikke har været blindet, der har dog været benyttet en talgenerator til sikring af tilfældighed. Hvis randomiseringen ikke er skjult, kan der opstå risiko for selektiv inklusion – fx ved, at deltagere, der vurderes som mere egnede til interventionen, placeres i interventionsgruppen.

3.3.2 Bias på grund af afvigelser fra de tilsigtede interventioner

Dette bias-domæne vedrører de bias, der kan opstå ved afvigelse fra studieprotokollen, fordi deltagerne ikke modtog interventionen, de har fået tildelt eller at der opstod afvigelser pga. manglende blinding.

Alle studier er vurderet til lav risiko for bias i relation til blinding af personale og deltagere. Dette skyldes, som tidligere nævnt, at det ikke er muligt at blinde hverken deltagerne eller det personale, der leverer interventionen. Jf. afsnit 2.7 påvirker dette ikke vurderingen af bias.

Seks ud af otte studier rapporterer resultater baseret på intention-to-treat-analyser (ITT), hvilket mindsker risikoen for skævvridning af data som følge af frafald — fx i tilfælde, hvor en deltager ikke oplever en effekt og dropper ud før tid.

Hudson et al. (2009) og Hudson et al. (2014) anvender ITT, men ikke til de rapporterede gennemsnit, som bruges til at udregne effektstørrelser, som er relevante i dette speciale, eller til de enkelte effektstørrelser, som de selv rapporterer. De konkluderer dog i resultatafsnittet, at der ikke er væsentlig forskel mellem analyser baseret på ITT og analyser baseret på de deltagere, der gennemførte behandlingen. Derfor vurderes disse to studier til have nogen risiko for bias. Alle øvrige studier vurderes til lav risiko for bias på dette punkt.

3.3.3 Bias på grund af manglende resultatdata

Dette bias-domæne vedrører det bias, der kan komme af manglende data fx fra deltagere der dropper ud af interventionen.

Arendt et al. (2016) er det eneste studie med et frafald på under 5 %, hvilket vurderes som uproblematisk med hensyn til bias (Higgins et al., 2019). De øvrige studier har et

højere frafald, men vurderes alligevel til lav risiko for bias, da analyser viser, at der ikke er væsentlige forskelle i relevante karakteristika mellem deltagere, der falder fra, og dem, der gennemfører.

I Rapee et al. (2006) var der en betydelig forskel mellem deltagere, der fuldførte interventionen, og dem, der droppede ud før tid. De deltagere, der droppede ud, havde inden interventionen sværere alvorlige angstsymptomer end dem, der gennemførte. Studiet vurderes dog alligevel til lav risiko for bias, da frafaldet af deltagere med svære symptomer var jævnt fordelt mellem Cool Kids-, biblioterapi- og ventelistegrupperne. Det ville være problematisk, hvis flere med svære angstsymptomer faldt fra i én gruppe, da det kunne skævvride resultaterne, fordi de mest syge ikke ville indgå i slutmålingerne, hvilket ikke nødvendigvis ville påvirke de øvrige interventionsgrupper på samme vis.

I Rapee et al. (2023) rapporteres der forskelle mellem deltager, der gennemfører interventionen, og dem, der faldt fra ved followup. De deltagere der faldt fra, havde højere scorer på ADIS for primære diagnose og CALIS-IP. Dog beskrives det ikke, hvordan frafaldene fordeler sig mellem Cool Kids og CKS, og derfor vurderes studiet til nogen risiko for bias. Da der ligeledes i Chavira et al. (2014) ikke er oplysninger om, hvordan frafaldene fordeler sig mellem Cool Kids, Biblioterapi og venteliste, vurderes denne ligeledes til nogen risiko for bias.

3.3.4 Bias i måling af udfaldet

Dette bias-domæne tilgår om resultatmålene er passende, og hvorvidt de personer som skal vurdere resultatmålene er blindet.

Alle studier anvender validerede måleinstrumenter, hvilket understøtter, at målingerne er passende. Herudover bliver det beskrevet tydelig i de fleste af studierne, at det personale som vurderer ADIS efter interventionen, er blindede. Hvorvidt dette har været tilfældet i (Hancock et al. 2018, Hudson et al. 2009, Hudson et al. 2014), er dog usikkert, derfor bliver disse vurderet til at have nogen risiko for bias. Hvis vurderingspersonalet ikke er blindet, kan deres bedømmelse, bevidst eller ubevidst, påvirkes i en retning, der bekræfter studiets hypoteser.

3.3.5 Bias i udvælgelsen af det rapporterede resultat

Ved gennemgang af metode- og resultatafsnittene i alle studierne fremgår det, at de rapporterede resultater stemmer overens med de på forhånd planlagte analyser. Der er

derfor ingen tegn på selektiv rapportering, og alle studier vurderes til lav risiko for bias i dette domæne.

3.3.6 Samlet bias for hver artikel

Den overordnede risiko for bias vurderes som lav for Arendt et al. (2016), Rapee et al. (2006) og Rapee et al. (2017), da disse studier har lav risiko på tværs af alle bias-domæner. Chavira et al. (2014), Hancock et al. (2018) og Rapee et al. (2023) vurderes samlet set til nogen risiko for bias, idet der i enkelte domæner nogen risiko for bias. Hudson et al. (2009) og Hudson et al. (2014) vurderes til høj risiko for bias, da flertallet af bias-domænerne i disse studier er vurderet til nogen risiko for bias.

3.4 Andel der bliver diagnose frie

Da ADIS er et anerkendt måleinstrument til at vurdere børns potentielle angst diagnoser, er det muligt at vurdere andelen som efter endt behandling, får så lave ADIS scorer, at de ikke længere opfylder kriterierne for henholdsvis deres primære angst diagnose og alle andre angstdiagnoser, de evt. kunne have.

Alle inkluderede studier rapporterer andelen af deltagere, der ikke længere opfylder kriterierne for angstdiagnoser, hvilket er rapporteret i tabel 7. I tabellen signifikant angiver et signifikant resultat, at Cool Kids er mere effektiv end kontrolgruppen.

I relation til andelen der bliver fri for deres primære diagnose efter Cool Kids-interventionen, findes der to signifikante forskelle. Arendt et al. (2016) finder en signifikant forskel mellem Cool Kids og venteliste kontrolgruppe ved postintervention på 66,1%. Ved 3-måneders followup finder Hudson et al. (2009), at andelen der ikke længere opfylder kriterierne for primære angstdiagnose, er på 68,70%, hvilket er signifikant bedre end GSA.

Tre studier finder signifikante forskelle mellem Cool Kids og deres respektive kontrolgrupper i forhold til den procentvise andel der ikke længere opfylder kriterierne for nogen som helst angstdiagnose (Arendt et al., 2016; Hudson et al., 2009; Rapee et al., 2006). Andelen ligger mellem 33,3% og 48,9 % efter interventionen, og ved 3-måneders followup ligger andelen mellem 49,0 % og 61,1 %. Hancock et al. (2018) rapporterer at 40,1% og 54,4% af deltagerne oplever remission for alle deres angst diagnoser ved henholdsvis postintervention og ved followup, der rapporteres imidlertid ikke, om dette er bedre end ventelistekontrolgruppen.

Tabel 7

Remission af angst efter Cool Kids behandling

Forfatter. Årstal (Tidspunkt for Followup) Kontrolgruppe	<i>p</i>	Antal fri for primær di- agnose efter end Cool Kids behandling (%)	<i>p</i>	Antal fri for primær diagnose ved fol- lowup (%)	<i>p</i>	Antal fri for alle angst diagnoser efter endt Cool Kids behandling (%)	<i>p</i>	Antal fri for all angst diagnoser ved followup (%)
Arendt et al. 2016 (-) WLC	<0,001	37 (66,1%)	-	-	<0,001	27 (48%)	-	-
Chavira et al. 2014 (3 mdr.) TBS	0,35	18 (75%)	0,16	21 (82%)	<0,13	18 (75%)	0,77	15 (62,5%)
Hancock et al. 2018 (3 mdr.) WLC	-	-	-	-	-	(40,1%)	-	(54,4%)
Hudson et al. 2009 (3 mdr.) GSA	<0,10	23 (45%)	<0,05	35 (68,70%)	<0,05	17 (33,3%)	<0,05	25 (49,0%)
Hudson et al. 2014 (6 mdr.) BPAM	>0,05	13 (54,2%)	>0,05	13 (56,5%)	>0,05	7 (29,2%)	>0,05	12 (52%)
Rapee et al. 2006 (3 mdr.) Biblioterapi	-	-	-	-	<0,001	(48,9 %)	<0,01	(61,1%)
Rapee et al. 2017 (12 mdr.) SC	-	-	0,67	93 (69,4%)	-	-	0,42	71 (53,0%)
Rapee et al. 2023 (6 mdr.) CKS	0,63	(40,9%)	0,80	(51,2%)	0,642	(30,7%)	0,48	(52%)

Note: p: p-værdier, WCL: Ventelistekontrolgruppe, TBS: Cool Kids outreach-therapist-supported bibliotherapy, GSA= Group Support and Attention, BPAM=cognitive-behavioral therapy and brief parental anxiety management condition, SC: Stepped Care, CKS= Cool kids modificeret til SAD.

3.5 Effekten af Cool Kids vurderet med ADIS

De følgende afsnit og i tabel 8 præsenterer effekten af Cool Kids målt med ADIS, vurderet både ud fra SMG og SMD

3.5.1 SMG for ADIS

Seks ud af otte studier rapporterer gennemsnitlige ADIS-scorer for den primære diagnose vurderet af en kliniker før og efter behandlingen. I alle disse studier findes der en signifikant forskel mellem scorerne før og efter behandling, som varierer fra en Cohens d på 1,47 (95% CI [1,07; 1,86], $p < 0,001$) (Hancock et al., 2018) til 4,00 (95% CI [3,03; 4,99], $p < 0,001$) (Chavira et al., 2014). En metaanalyse på baggrund af de 6 studier i tabel 8 udregnet vha. SPSS giver en samlet SMG effektstørrelse af Cool Kids på 1,999 (95% CI [1,347; 2,650], $p < 0,001$) umiddelbart efter interventionen, dvs. en høj effekt. Herved er der sket et fald i angstsymptomer.

Ved ADIS målingerne er alle kontrolgrupper ligeledes signifikante fra gennemsnit ved baseline til gennemsnit ved postintervention, og venteliste grupperne varierer fra 0,40 (95% CI [0,12; 0,90], $p = 0,04$) (Arendt et al., 2016) til 0,54 (95% CI [0,24; 0,84], $p < 0,001$) (Rapee et al., 2006). Konfidensintervallerne tilhørende Cool Kids og venteliste kontrolgruppen er ikke overlappende, hvilket kan indikere en signifikant højere effektstørrelse for Cool Kids, der betyder større symptom reduktion ved Cool Kids, i forhold til venteliste kontrolgruppen.

Derudover rapporteres der gennemsnit ved 3-måneders followup i tre studier (Chavira et al., 2014; Hancock et al., 2018; Hudson et al., 2009), som alle finder signifikante forskelle mellem måletidspunkterne, hvor Cohen's d spænder fra 1,69 (95% CI [1,29; 2,10], $p < 0,001$) til 2,98 (95% CI [2,16; 3,80], $p < 0,001$) ved baseline til followup.

Yderligere rapporterer to studier (Hudson et al., 2014; Rapee et al., 2006) gennemsnit ved 6-måneders followup. Effektstørrelserne, der er signifikante, er henholdsvis 2,26 (95% CI [1,90; 2,63], $p < 0,001$) og 1,94 (95% CI [1,59; 2,30], $p < 0,001$).

Tabel 8

Resultattabel for effekt vurderet med ADIS

Vurderingsværktøj	Forfatter Års- tal	Baseline		Postintervention		Followup		SMD			SMG					
		Cool Kids	Kontrol-grupp e	Cool Kids	Kontrol-grupp e	Cool Kids Mdr.	Kontrol-grupp e Mdr.	Postintervention Cool Kids -> Postintervention Kontrolgruppe [followup]			Baseline -> postintervention [kontrol]			Baseline -> followup [kontrol] Mdr.		
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	p	d	CL	p	d	CL	p	d	CL
ADIS (CSR for primær diagnose)	Arendt et al. 2016 (ITT)	6,09 (1,07)	6,25 (1,14) WLC	2,16 (2,59)	5,45 (1,90) WLC	-	-	<0,001 _c	-1,44 _a	-1,86; -1,02 _d [-]	<0,001 [=0,004]	1,98 [0,40 WLC]	1,53; 2,4 _d [0,12 0,90 _d]	-	-	-
	Chavira et al., 2014 (ITT)	5,46 (0,78)	5,54 (0,66) TSB	1,50 (1,16)	2,00 (1,41) TSB	1,95 (1,47) 3 mdr.	2,15 (1,46) TSB 3 mdr.	0,18 _c [0,64 _c]	-0,39 _a [-0,14 _a]	-0,95; 0,18 _d [-0,70; 0,44 _d]	<0,001 _c [<0,001 _c]	4,00 [3,22 _a TSB]	3,03; 4,99 _d [2,40; 4,07]	<0,001 _c [<0,001 _c]	2,98 _a [2,99 _a] TSB 3 mdr.	2,16; 3,80 _d [2,17; 3,81 _d]
	Hancock et al., 2018 (ITT)	6,59 (1,03)	6,92 (.96) WLC	3,44 (2,86)	6,18 (1,80) WLC	3,12 (2,71) 3 mdr.	-	<0,001 _c	-1,15 _a [-]	-1,52; -0,77 _d [-]	<0,001 _c [0,005 _c]	1,47 _a [0,51 _a WLC]	1,07; 1,86 _d [0,16;0,8 7 _d]	<0,001 _c	1,69 _a [-] WLC 3 mdr.	1,29; 2,10 _d [-]
	Hudson et al. 2009 (completer)	6,29 (1,79 _b)	6,18 (1,79) b) GSA	3,45 (1,79) b)	4,48 (1,79) b) GSA	1,53 (1,93) b) 3 mdr.	2,67 (1,92) b) GSA 3 mdr.	0,006 _c [0,005 _c]	-0,58 _a [-0,59 _a]	-0,99; -0,16 _d [-1,00; - 0,18 _d]	<0,001 _c [0,001 _c]	1,59 _a [0,95 _a GSA]	1,14; 2,03 _d [0,51; 1,39 _d]	<0,001 _c [0,001 _c]	2,56 _a [1,89 _a] GSA 3 mdr.	2,03; 3,08 _d [1,39; 2,39 _d]

sample)															
Hudson et al. 2014 (completer sample)	6,46 (1,47 b)	6,10 (1,47 b) BPAM	3,71 (1,47 b)	4,05 (1,47 b) BPAM	3,08 (1,52 b) 6 mdr.	3,45 (1,51 b) BPAM 6 mdr.	0,0113 _c [0,094 _c]	-0,23 _a [-0,24 _a]	-0,51; 0,06 _d [-0,53; 0,04 _d]	<0,001 _c [<0,001 _c]	1,87 _a [1,40 _a BPAM]	1,53; 2,21 _d [1,08; 1,71 _d]	<0,001 _c [<0,001 _c]	2,26 _a [0,78 _a] BPAM 6 mdr.	1,90; 2,63 _d [1,44; 2,11 _d]
Rapee et al. 2006 (ITT)	6,5 (1,0)	6,5 (0,9) WLC	3,4 (2,6)	5,8 (1,6) WLC	2,8 (2,5) 6 mdr.		<0,001 _c [<0,001 _c]	-1,11 _a [-]	-1,42; -0,79 _d [-]	<0,001 _c [<0,001 _c]	1,57 _a [0,54 _a WLC]	1,24; 1,90 _d [0,24; 0,84 _d]	<0,001 _c [<0,001 _c]	1,94 _a [-] WLC 6 mdr.	1,59; 2,30 _d

Note: WLC=ventelistekontrolgruppe, GSA= Group Support and Attention, TSB = Cool Kids outreach-therapist-supported bibliotherapy, BPAM=cognitive-behavioral therapy and brief parental anxiety management condition, a = egen udregningen af Cohens d, b = egen udregning af SD fra SE, c= egen udregning af p, d= egen udregning af konfidensinterval, ITT=intention to treat

Kontrolgrupperne ved followup er lige som ved postintervention alle signifikante forskellige fra baseline. Dog er der ikke rapporteret på gennemsnit ved followup for ventelistekontrolgrupperne, hvor der heller ikke kan udregnes en effektstørrelse her af.

SMG må således betegnes som meget høj, både baseret på baseline til postintervention og baseline til followup.

3.5.2 SMD for ADIS

Effektstørrelserne er noget lavere, når Cool Kids sammenlignes med en kontrolgruppe, hvilket er forventeligt, da de fleste af kontrolgrupperne modtager en alternativ intervention. I de studier, hvor Cool Kids sammenlignes med en ventelistekontrolgruppe (Arendt et al., 2016; Hancock et al., 2018; Rapee et al., 2006), findes der i alle tilfælde en signifikant forskel til fordel for Cool Kids. Cohens d varierer her fra -1,11 (95% CI [-0,79; -1,42], $p < 0,001$) (Rapee et al., 2006) til -1,44, (95% CI [-1,02; -1,86], $p < 0,001$) (Arendt et al., 2016). En metaanalyse på baggrund af tallene for de tre studier med ventelistekontrolgrupper udregnet vha. SPSS giver en samlet SMD effektstørrelse af Cool Kids på 1,202 (95% CI [1,413; 0,992], $p < 0,001$) umiddelbart efter interventionen. Der observeres en høj effektstørrelse, hvilket indikerer, at Cool Kids er væsentligt mere effektiv end ingen behandling i forhold til reduktion af angstsymptomer.

Der er ingen af studierne, hvor Cool Kids sammenlignes med en ventelistekontrolgruppe, som rapporterer ADIS-scorer ved followup. Derfor kan der ikke beregnes SMD followup for disse målinger. Der findes en signifikant forskel mellem GSA og Cool Kids (Hudson et al., 2009). Her er Cohens d henholdsvis -0,58 (95% CI [-0,16; -0,99], $p = 0,006$) og -0,59 (95% CI [-0,18; -1,00], $p = 0,005$) ved henholdsvis postintervention og 3-måneders followup, hvilket kan klassificeres som medium effektstørrelse. Til sidst findes der en signifikant forskel mellem Cool Kids og BPAM med en lille effektstørrelse på -0,23 (95% CI [-0,51; 0,06], $p = 0,011$), der findes dog ingen signifikante forskelle ved followup. Cool Kids har således større symptom reduktion end GSA, og BPAM, dog er resultaterne mest overbevisende i forhold til GSA.3.6

3.6. Effekten af Cool Kids vurderet med SCAS

Effekten af Cool Kids målt med SCAS præsenteres i de følgende afsnit og i tabel 9, vurderet ud fra både SMG og SMD.

3.6.1 SMG for SCAS

Seks ud af otte studier rapporterer på SCAS Child, som er barnets egen vurdering af sine angstsymptomer. Alle disse finder en signifikant forskel fra baseline til postintervention SMG 0,40 (95% CI [0,11; 0,70], $p=0,008$) (Rapee et al., 2006) til 1,08 (95% CI [0,68; 1,47], $p<0,001$) (Arendt et al., 2016). Børnene oplever således selv en effekt, der varierer fra knapt medium til høj effekt på symptom reduktion.

Kun Hudson et al. (2009) rapporterer på SCAS Child ved 3-måneders followup og finder en SMG for Cool Kids på 1,04 (95% CI [0,62; 1,45], $p<0,01$). Tilsvarende findes i studiet en effektstørrelse for GSA på 0,86 (95% CI [0,42; 1,30], $p<0,001$), hvilket ikke kan siges at være signifikant lavere end Cool Kids, indikeret ved konfidensintervallet. Hudson et al. (2014), Rapee et al. (2006), og Rapee et al. (2023) finder SMG effektstørrelser fra 0,49 (95% CI [0,20; 0,79], $p<0,001$) til 0,95 (95% CI [0,24; 0,65] $p<0,001$) ved 6-måneders followup for Cool Kids. Ved 12-måneders followup finder Rapee et al. (2017) 0,94 (95% CI [0,70; 1,20], $p<0,001$).

I Arendt et al. (2016), Hudson et al. (2009) og Hudson et al. (2014) indgår mødre som informanter i vurderingen af børnenes angstsymptomer via SCAS-P. De finder effektstørrelser mellem 0,58 (95% CI [0,29; 0,87], $p<0,001$) og 1,23 (95% CI [0,80; 1,65], $p<0,001$). Ventelistekontrolgruppen i Arendt et al. (2016) viser en lille effektstørrelse på 0,20, dog uden en signifikant forskel mellem før- og eftermålingerne. Kun ét studie (Arendt et al., 2016) rapporterer på fædres vurdering af børnenes symptomer via SCAS-P, her findes en SMG på 0,98 (95% CI [0,59; 1,37], $p<0,001$) sammenlignet med en SMG på 0,15 (95% CI [-0,23; 0,53], $p=0,433$) i ventelistekontrolgruppen. Rapee et al. (2006, 2017, 2023) rapporterer også på SCAS-P, men angiver ikke, hvilken forælder der har udfyldt spørgeskemaet. De finder SMG'er fra baseline til postinterventionen på henholdsvis 0,64 (95% CI [0,34; 0,94], $p<0,001$) (Rapee et al., 2006) og 1,00 (95% CI [0,70; 1,30], $p<0,001$) (Rapee et al., 2023). Herudover findes der ved 6 måneders followup SMG effektstørrelser fra 0,71 (95% CI [0,41; 1,01], $p<0,001$) til 1,27 (95% CI [0,99; 1,86], $p<0,001$). Rapee et al. (2017) rapporterer en effektstørrelse på 1,47 (95% CI [1,21; 1,74] $p<0,001$) ved 12-måneders followup.

Baseret på SCAS vurderinger fra børnene selv og deres forældre, variere effektstørrelserne fra lige under medium til høje. Effekten øges i de fleste tilfælde ved followup.

Tabel 9

Resultattabel for effekt vurderet med SCAS

Vurde- rings- værktøj	For- fatter Årstal	Baseline		Postinterven- tion		Followup		SMD			SMG					
		Cool Kids	Kon- trol- gruppe	Cool Kids	Kon- trol- gruppe	Cool Kids Mdr.	Kon- trol- gruppe Mdr.	Postintervention Cool Kids -> Postintervention Kontrol- gruppe [followup]			Baseline -> postintervention [kontrol]			Baseline -> followup [kontrol] mdr.		
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M(SD)	p	d	CI	p	d	CI	p	d	CI
SCAS-C	Arendt et al. 2016 (ITT)	39,16 (18,06)	39,19 (15,00) WLC	21,57 (14,42)	32,55 (15,64) WLC	-	-	<0,001 _c [-]	-0,73 _a	-1,12 -0,34 _d [-]	<0,001 [0,028]	1,08 [0,43 WLC]	0,68 1,47 _d [0,05; 0,81 _d] WLC	-	-	-
	Hudson et al. 2009	35,55 (17,14 b)	34,48 (17,04 b) GSA	23,43 (17,57 _b)	21,81 (17,71 _b) GSA	17,54 (17,57 _b) GSA	19,48 (18,31 _b) 3 mdr.	0,656 _c [0,660 _c]	-0,09 _a	-0,31; 0,50 _d [-0,31; 0,49 _d]	<0,01 [<0,001 _c]	0,70 _a [0,75 _a GSA]	0,30; 1,10 _d [0,32; 1,18 _d]	<0,01 [<0,001 _c]	1,04 _a [0,86 _a GSA]	0,62;1,45 _d [0,42;1,30 _d]
	Hudson et al. 2014	30,14 (14,89 _b)	28,13 (14,89 _b) BPAM	22,13 (15,09 _b)	21,52 (14,71 _b) BPAM	17,26 (15,09 _b) 6 mdr.	18,54 (15,40 _b) BPAM 6 mdr.	0,778 _c [,564 _c]	0,04 _a	-0,24; 0,32 _d [-0,37; 0,20 _d]	<0,001 _c [0,002 _c]	0,53 _a [0,45 _a BPAM]	0,24; 0,83 _d [0,16; 0,74 _d]	<0,001 _c [<0,001 _c]	0,85 _a [0,63 _a BPAM]	0,56; 1,16 _d [0,43;0,93 _d]
	Rapee et al. 2006	32,9 (19,6)	33,2 (18,0) WLC	25,6 (16,7)	25,5 (15,9) WLC	23,8 (17,2) 6 mdr.		0,967 _c [-]	0,06 [-]	-0,29; 0,30	0,008 _c [0,003 _c]	0,40 _a [0,45 _a WLC]	0,11; 0,70 [0,15; 0,75]	0,001 _c [-]	0,49 _a [-] 6 mdr.	0,20;0,79 -
	Rapee et al. 2017 (ITT)	39,87 (18,72)	37,78 (17,27) sc	-	-	23,86 (15,16) 12 mdr.	24,01 (17,38) sc 12 mdr.	- [0,939 _c]	- [0,09 _a]	- [-0,25; 0,23]	-	-	-	<0,001 _c [<0,001 _c]	0,94 [0,80] 12 mdr.	0,70; 1,20 [0,55; 1,04]

	Rapee et al. 2023 (ITT)	40,53 (15,77)	38,15 (16,84) CKS	29,93 (17,45)	27,49 (16,51) CKS	25,49 (16,01) 6 mdr.	25,62 (17,65) CKS 6 mdr.	0,31 [0,957 _c] J	0,14 _a [0,00 _a] J	-0,13; 0,42 _d [-0,29; 0,28 _d]	<0,001 _c [<0,001 _c] J	0,64 _a [0,64 CKS]	0,35; 0,92 _d [0,36; 0,92 _d]	<0,001 _c [<0,001 _c]	0,95 _a [0,73] 6 mdr.	0,65; 0,24 _d [0,44; 1,01 _d]
SCAS-P Mother	Arendt et al. 2016 (ITT)	39,79 (16,97)	40,11 (13,63) WLC	22,25 (12,59)	37,04 (16,95) WLC	-	-	<0,001 _c [-] [-]	-1,00 _a [-] [-]	-1,39 -0,60 _d [-]	<0,001 [=0,058] J	1,17 [0,20 WLC]	0,77 1,58 _d [-0,18 0,58 _d] WLC	-	-	-
	Hudson et al. 2009	37,68 (13,00 _b)	33,61 (13,20 _b) GSA	21,52 (13,28 _b)	22,94 (13,53 _b) GSA	18,85 (13,43 _b) 3 mdr.	22,24 (13,73) b) GSA 3 mdr.	0,607 _c [0,226 _c] J	-0,10 _a [0,25] a	-0,51; -2,98 _d [-0,66; 0,16 _d]	<0,001 [<0,001 _c] J	1,23 _a [0,80 GSA] a	0,80; 1,65 _d [0,36; 1,23 _d]	<0,001 [<0,001 _c] J	1,43 _a [0,84] a*GSA	0,99; 1,86 _d [0,40; 1,28 _d] 3 mdr.
	Hudson et al. 2014	28,29 (12,05 _b)	32,93 (12,05 _b) BPAM	21,30 (12,05 _b)	20,15 (12,05 _b) b) BPAM	19,02 (12,25 _b) BPAM 6 mdr.	19,17 (12,51 _b) BPAM 6 mdr.	0,656 _c [1,000 _c] J	-0,10 _a [0,00] J	-0,19; 0,38 _d [-0,29; 0,29 _d]	<0,001 _c [<0,001 _c] J	0,58 _a [1,06 _a BPAM]	0,29; 0,87 _d [0,76; 1,36 _d]	<0,001 _c [<0,001 _c] J	0,75 [1,12 _b BPAM]	0,46; 1,05 _d [0,81; 1,43 _d] 6 mdr.
SCAS-P Father	Arendt et al. 2016 (ITT)	37,15 (13,80)	34,92 (14,45) WLC	23,56 (13,87)	32,63 (16,17) WLC	-	-	0,002 _c [-] [-]	-0,60 _a [-] [-]	-0,99 -0,22 _d [-]	<0,001 [=0,433] J	0,98 [0,15 WLC]	0,59 1,37 _d [-0,23; 0,53 _d]	-	-	-
SCAS-P	Rapee et al. 2006 (ITT)	32,0 (13,0)	30,1 (13,4) WLC	23,7 (13,6)	27,7 (13,8) WLC	22,3 (14,3) 6 mdr.	-	0,049 _c [-] [-]	-0,30 _a	-0,59; -0,02 _d	<0,001 _c [0,245] J	0,64 _a [0,18 _a WLC]	0,34; 0,94 _d [0,12; 0,47 _d]	<0,001 _c [-]	0,71 [-] 6 mdr.	0,41; 1,01 _d [-]
	Rapee et al. 2017 (ITT)	36,51 (13,33)	34,47 (14,38) sc	-	-	18,87 (10,41) 12 mdr.	19,36 (13,04) sc 12 mdr.	- [0,732 _c] J	- [-0,41 _a]	-0,28; 0,20 _d	-	-	-	<0,001 _c [<0,001 _c]	1,47 [1,10] 12 mdr.	1,21; 1,74 0,85; 1,35
	Rapee et al. 2023(I TT)]	32,60 (12,22)	32,06 (13,60) CKS	21,02 (10,82)	21,48 (11,20) CKS	18,54 (9,80) 6 mdr.	19,43 (11,70) CKS 6 mdr.	0,768 _c [0,561 _c] J	0,04 _a [0,08 _a] J	0,32; 0,24 _d [0,36; 0,20 _d]	<0,001 _c [<0,001 _c] J	1,00 _a [0,85 _a CKS]	0,70; 1,30 _d [0,56; 1,14 _d]	<0,001 _c [<0,001 _c]	1,27 _a [0,99] 6 mdr.	0,96; 1,58 _d [0,70; 1,29 _d]

Note: WLC= Waitlist control groupe, GSA= Group Support and Attention, SC= stepped care, CKS= Cool kids modificeret til SAD, BPAM=cognitive-behavioral therapy and brief parental anxiety management condition, ITT=intention to treat, b = egen udregning af SD fra SE, a = egen udregningen af Cohens d, c= egen udregning af p, d= egen udregning af konfidensinterval, ITT=intention to treat.

3.6.2 SMD for SCAS

Arendt et al. (2016) finder signifikante forskelle mellem Cool Kids og ventelistekontrolgruppen med effektstørrelser på henholdsvis -0,73 (95% CI [-0,34; -1,12], $p < 0,001$), -1,00 (95% CI [-0,60; -1,39], $p < 0,001$) og -0,60 (95% CI [-0,22; -0,99] $p = 0,002$) for henholdsvis barnets egen vurdering, moderens vurdering og faderens vurdering.

Herudover finder Rapee et al. (2006) også en signifikant forskel mellem Cool Kids og ventelistekontrolgruppen ved forældrevurderingen med en lille effektstørrelse på -0,30 (95% CI [-0,02; -0,59] $p = 0,049$). Konfidensintervallet indikerer at der kan være risiko for at den sande effektstørrelse er så lille, at den ikke anses som en effektfuld forskel mellem grupperne, dog kan denne også være medium. Rapee et al. (2006) finder ikke en signifikant forskel mellem grupperne ved børnenes egen vurdering. Der er ligeledes ingen andre studier, der finder en signifikant forskel mellem Cool Kids og de alternative interventionsgrupper, som Cool Kids sammenlignes med. Disse omfatter BPAM, GSA, SC og CK.

3.7 Effekten af Cool Kids vurderet med CALIS

I de følgende afsnit vil der blive redegjort for, hvilke versioner af CALIS der anvendes i de inkluderede studier; resultaterne fremgår af tabel 10 og uddybes i de følgende afsnit.

3.7.1 Versioner af CALIS

Resultater fra CALIS Youth bliver rapporteret i Arendt et al. (2016), Rapee et al. (2017), og Rapee et al. (2023), og afspejler barnets/den unges egen vurdering af funktionsnedsættelse og forstyrrelse som følge af angst. CALIS rapporteret af forældrene, bliver rapporteret forskelligt i de inkluderede studier: Arendt et al. (2016) rapporterer separat for mor og far i vurderingen af barnets funktionsnedsættelse og forstyrrelse grundet angst (benævnt CALIS Mother og CALIS Father). I Rapee et al. (2017, 2023) rapporteres der én samlet score for både forældrenes vurdering af barnets funktionsnedsættelse og barnets livspåvirkning – benævnt CALIS-P.

Derudover rapporteres der også på forældrenes vurdering af angstens påvirkning på deres eget liv, CALIS Interference on Parent Life (CALIS IP) i Arendt et al. (2016), hvor der er en scorer for både mor og far.

Hancock et al. (2018) rapporterer to scorere, men det fremgår ikke klart, hvad disse dækker over. Blandt andet refereres der til CALIS Family, med henvisning til Lyneham et al. (2013), som dog ikke beskriver en decideret familieskala. Det antages dog, at der refereres til det, som i andre kilder benævnes CALIS Interference on Parent Life (CALIS IP), vurderet ud fra metodeafsnittets beskrivelse. Det antages ligeledes ud fra metodeafsnittets beskrivelse at CALIS-P henviser til forældrenes vurdering af angstens påvirkning på barnets liv, der vurderes før og efter intervention.

Tabel 10

Resultattabel for effekt vurderet med CALIS

Vurderings-værktøj	Forfatter Årstal	Baseline		Postintervention		Followup		SMD			SMG					
		Cool Kids	Kontrol-gruppe	Cool Kids	Kontrol-gruppe	Cool Kids	Kontrol-gruppe	Postintervention -> Postintervention [followup]	Cool Kids	Kontrol-gruppe	Baseline -> postintervention [kontrol]				Baseline -> followup [kontrol] Mdr.	
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	p	d	CI	p	d	CI	p	d	CI
CALIS Youth	Arendt et al. 2016 (ITT)	11,89 (7,35)	12,09 (6,88) WLC	7,55 (6,46)	10,94 (7,20) WLC	-	-	0,010 _c [-]	-0,50 _a [-]	-0,88 -0,12 _d [-]	<0,001 [0,40]	0,63 [0,16] WLC	0,25 1,00 _d [0,22; 0,55 _d]	-	-	-
	Rapee et al. 2017 (ITT)	13,25 (7,49)	12,57 (7,30) sc	-	-	7,74 (7,24) 12 mdr.	8,46 (8,21) sc 12 mdr.	- [0,442 _c]	- [0,09]		-	-		<0,001 _c [<0,001 _c]	0,75 [0,53] 12 mdr.	0,50; 1,00 _d [0,29; 0,79 _d]
	Rapee et al., 2023	12,9 (6,66)	12,84 (7,14) CKS	9,88 (7,87)	9,51 (7,20) CKS	7,65 (6,84) 6 mdr.	8,18 (8,15) CKS 6 mdr.	0,729 _c [0,612 _c]	0,05 _a [-0,07 _a]	-0,23, 0,33 [-0,35; 0,21]	0,004 _c [0,001 _a]	0,41 _a [0,46 _a] CKS	0,13; 0,70 [0,20; 0,74]	<0,001 _c [<0,001 _c]	0,78 _a [0,61 _a] 6 mdr.	0,50; 1,10 _d [0,33; 0,89 _d]
CALIS Parent	Hancock et al., 2018 (ITT)	17,08 (5,35)	17,78 (4,96) WLC	13,23 (4,51)	16,00 (3,41) WLC	13,01 (4,78) 3 mdr.		<0,001	-0,69 _a [-]	-1,05; -0,33 [-]	<0,001 [0,02]	0,78 _a [0,41 _a] WLC	0,41; 1,14 [0,06; 0,74]	<0,001	0,80 _a [-] 3 mdr.	0,43; 1,17 _d [-]
	Rapee et al. 2017 (ITT)	26,25 (10,24)	24,80 (10,11) sc	-	-	14,38 (10,62) 12 mdr.	14,40 (11,14) sc 12 mdr.	- [1,00 _c]	- [-0,00]	- [-0,24; 0,24]	-	-		<0,001 _c [<0,001 _c]	1,14 [0,98] 12 mdr.	0,88; 1,40 _d [0,73; 1,23 _d]

	Rapee et al., 2023	27,16 (10,20)	25,07 (10,53) CKS	19,52 (9,32)	17,92 (11,06) CKS	16,46 (11,62) 6 mdr.	13,68 (10,06) CKS 6 mdr.	0,270 _c [0,071]	0,16 _a [0,26 _a]	-0,12; 0,43 [-0,02; 0,53]	<0,001 _c [<0,001 _{cj}]	0,78 _a [0,66 _a] CKS]	0,49; 1,07 [0,38; 0,95]	<0,001 _c [<0,001 _{cj}]	0,99 _a [1,11 _a] 6 mdr.	0,68; 1,27 _d ' [0,81;1,40 _d]
CALIS Mother	Arendt et al. 2016 (ITT)	17,79 (7,19)	19,92 (7,75) WLC	10,61 (7,28)	17,94 (9,07) WLC	-	-	<0,001 _c [-]	-0,89 _a [-]	-1,29 -0,5 _d [-]	<0,001 [0,229]	0,99 [0,24 WLC]	0,60 1,39 _d [0,15 0,62 _d]	-	-	-
CALIS Father	Arendt et al. 2016 (ITT)	16,05 (6,84)	18,35 (7,52) WLC	10,96 (7,72)	17,14 (9,16) WLC	-	-	<0,001 _c [-]	-0,73 _a [-]	-1,12 -0,34 _d [-]	<0,001 [0,458]	0,70 [0,14 WLC]	0,32 1,08 _d [-0,24 0,53 _d]	-	-	-
CALIS-IP Mother	Arendt et al. 2016 (ITT)	11,07 (6,91)	12,13 (6,19) WLC	6,82 (6,28)	11,21 (6,58) WLC	-	-	<0,001 _c [-]	-0,68 _a [-]	-1,07 -0,30 _d [-]	<0,001 [0,459]	0,64 [0,14 WLC]	0,26 1,02 _d [0,24; 0,53 _d]	-	-	-
CALIS-IP Father	Arendt et al. 2016 (ITT)	7,85 (6,09)	9,12 (5,69) WLC	5,71 (5,46)	8,80 (6,16) WLC	-	-	0,006 _c [-]	-0,53 _a [-]	-0,91 -0,15 _d [-]	0,52 [0,632]	0,37 [0,05 WLC]	0,004 0,744 _d [-0,33 0,44 _d]	-	-	-
CALIS-IP Family	Hancock et al., 2018 (ITT)	14,22 (7,41)	14,04 (6,74) WLC	10,79 (5,88)	13,22 (3,76) WLC	10,93 (5,89) 3 mdr.	-	0,007	-0,49 _a [-]	-0,85; -0,14	0,005 [0,403]	0,51 _a [0,15 WLC]	0,16; 0,87 _d [0,20; 0,50 _d]	0,007	0,49 _a [-] 3 mdr.	0,14; 0,85 _d [-]

Note: WLC= Waitlist control groupe, SC= stepped care, CKS= Cool kids modificeret til SAD, ITT=intention to treat b = egen udregning af SD fra SE, a = egen udregningen af Cohens d, c= egen udregning af p, d= egen udregning af konfidensinterval, ITT=intention to treat.

3.7.2 SMG for CALIS

Der rapporteres SMG for CALIS Youth fra baseline til postintervention i Arendt et al. (2016) og Rapee et al. (2023). Begge studier finder signifikante forskelle fra før Cool Kids intervention til efter Cool Kids intervention SMG effektstørrelser er på henholdsvis 0,63 (95% CI [0,25; 1,00], $p < 0,001$) og 0,41 (95% CI [0,13; 0,70], $p = 0,004$). Disse er små til medium effektstørrelser. Ved followup 6 måneder efter finder Rapee et al. (2023) SMG på 0,78 (95% CI [0,50; 1,10], $p < 0,001$) og ved followup efter 12 måneder finder Rapee et al. (2017) med CALIS Youth en SMG på 0,75 (95% CI [0,50; 1,00], $p < 0,001$).

Barnets funktionsniveau vurderet af en forælder, hvad enten det er far, mor, eller ikke specificeret variere SMG fra baseline til postintervention fra 0,70 (95% CI [0,32; 1,08], $p < 0,001$) (Hancock et al., 2018) til 0,99 (95% CI [0,60; 1,39], $p < 0,001$) (Arendt et al., 2016) alle med signifikante forskelle mellem måletidspunkterne. Til sammenligning varierer findes der blot én signifikant effektstørrelse blandt ventelistekontrolgrupperne på 0,41 (95% CI [0,06; 0,74], $p = 0,02$) (Hancock et al., 2018). Der måles desuden followup ved henholdsvis tre, seks og tolv måneder, hvor der findes SMG effektstørrelser på 0,80 (95% CI [0,43; 1,17], $p < 0,001$) (Hancock et al., 2018), 0,99 (95% CI [0,68; 1,27], $p < 0,001$) (Rapee et al., 2023), og 1,14 (95% CI [0,88; 1,40], $p < 0,001$) (Rapee et al., 2017), alle med signifikante forskelle mellem måletidspunkterne.

I forældrenes vurdering af deres egen livsforstyrrelse er der signifikante forskelle mellem måletidspunkterne og de finder SMG fra 0,51 (95% CI [0,16; 0,87], $p = 0,005$) til 0,64 (95% CI [0,26; 1,02], $p < 0,001$) fra baseline til postintervention, hvor mødre oplever den største effekt, dog er CALIS IP, vurderet af fædre ikke signifikant (Arendt et al., 2016). Til sammenligning findes der i ventelistekontrolgrupperne ingen signifikante forskelle mellem før og eftermålingerne. Ved followup efter tre måneder finder Hancock et al. (2018) en SMG på 0,49 (95% CI [0,14; 0,85], $p = 0,007$).

Alle signifikante SMG effektstørrelser i CALIS er således fra medium til høje.

3.7.3 SMD for CALIS

Der findes signifikante forskelle mellem Cool Kids og ventelistekontrolgruppen ved alle resultatmål hos CALIS vurderingsværktøjet. Den største SMD effektstørrelse på -0,89 (95% CI [-0,05; -1,29], $p < 0,001$) findes i CALIS Mother og den mindste effektstørrelse på -0,49 (95% CI [-0,14; -0,85] $p = 0,007$) findes i CALIS Familiy

Interference. Således variere SMD for CALIS mellem moderate til høje effektstørrelser i forhold til ventelistekontrolgrupperne. Der er ikke signifikante forskelle mellem Cool Kids og SC eller CKS.

4 Diskussion

De følgende afsnit indeholder en diskussion af resultaterne relateret til eksisterende forskning, efterfulgt af en diskussion af de inkluderede studiers begrænsninger. Herudover vil metodologiske begrænsninger i dette speciale blive diskuteret. Afslutningsvis vil der være en diskussion af dette speciales implikationer for klinisk praksis og fremtidig forskning.

4.1 Resultater sammenholdt med eksisterende forskning

Resultater for det systematiske review, vil blive holdt op i mod meta-analysen af Mychailyszyn 2017, resultater fra de NKR og konklusioner fra Kaasbøl og Brøndbo, der alle blev præsenteret i indledningen.

4.1.2 SMG Cool Kids

I indeværende review findes der høje klinikervurderede effektstørrelser af Cool Kids fra baseline til postintervention i de seks studier, der rapporterer ADIS-scorer; SMG varierer fra 1,47 (95% CI [1,07; 1,86], $p < 0,001$) til 4,00 (95% CI [3,03; 4,99], $p < 0,001$) med en summeret effektstørrelse på 1,999 (95% CI [1,347; 2,650], $p < 0,001$) jf. 3.5. Ved followup efter tre til seks måneder spænder Cohens d fra 1,69 (95% CI [1,29; 2,10], $p < 0,001$) til 2,98 (95% CI [2,16; 3,80], $p < 0,001$) jf. afsnit 3.5.1

Herudover findes der SMG ved SCAS C fra 0,40 (95% CI [0,11; 0,70], $p = 0,008$) til 1,08 (95% CI [0,68; 1,47], $p < 0,001$) umiddelbart efter interventionen. Ved followup tre til seks måneder findes der SMG fra 0,49 (95% CI [0,20; 0,79], $p < 0,001$) til 1,04 (95% CI [0,62; 1,45], $p < 0,01$). Jf. afsnit 3.6.1 I relation til SCAS vurderet af forældre, der benævnes SCAS P, M og F findes der SMG effektstørrelser jf. afsnit 3.6.1 fra 0,58 (95% CI [0,29; 0,87], $p < 0,001$) til 1,17 (95% CI [0,77; 1,58], $p < 0,001$) ved baseline til postintervention. SCAS SMG followup målingerne ved tre til tolv måneder varierer fra 0,71 (95% CI [0,41; 1,01], $p < 0,001$) til 1,47 (95% CI [1,21; 1,47], $p < 0,001$).

Med CALIS Youth findes SMG varierende fra 0,41 (95% CI [0,13; 0,70], $p = 0,004$) til 0,63 (95% CI [0,25; 1,00], $p < 0,001$) fra baseline til postintervention. Ved followup

er SMG mellem 0,75 (95% CI [0,50; 1,00], $p < 0,001$) og 0,78 (95% CI [0,50; 1,10], $p < 0,001$) jf. afsnit 3.7.1.

Barnet angstsymptomer vurderet af en forælder (CALIS P) fra baseline til postintervention varierer fra 0,70 (95% CI [0,32; 1,08], $p < 0,001$) til 0,99 (95% CI [0,60; 1,39], $p < 0,001$), og ved followup er SMG på 0,80 (95% CI [0,43; 1,17], $p = 0,02$), til 1,14 (95% CI [0,88; 1,40], $p < 0,001$). I forældrenes vurdering af deres egen livsforstyrrelse findes SMG fra 0,51 (95% CI [0,16; 0,87], $p = 0,005$) til 0,64 (95% CI [0,26; 1,02], $p < 0,001$) fra baseline til postintervention. Ved followup tre måneder findes der en SMG på 0,49 (95% CI [0,14; 0,85], $p = 0,007$). Som beskrevet i afsnit 3.6.1.

Mychailyszyn (2017) undersøger effekten af Cool Kids i forhold til reduktion af angst ved et systematisk review og en metaanalyse, og han finder 16 studier med såvel før- som eftermålinger af angstniveau i forbindelse med Cool Kids intervention og beregner SMG. Baseret på børnerapporteret symptomreduktion finder han en samlet effektstørrelse på 0,65 (95% CI [0,50; 0,79], $p < 0,001$) målt med Hedges g .

Dette er sammenligneligt med SCAS Child og CALIS Youth i indeværende review, da disse ligeledes undersøger børnerapporteret symptomreduktion, hvis man anlægger en bred forståelse af angstsymptomer – og dermed også betragter funktionsnedsættelser som et muligt udtryk for sådanne symptomer. Resultaterne i indeværende speciale er i nogen grad overensstemmende med resultaterne fra Mychailyszyn (2017). Alle SMG effektstørrelser i CALIS Y er dog lidt lavere end hvad Mychailyszyn finder, men SMG-effektstørrelser fra SCAS C er overensstemmende med Mychailyszyns resultater. Dog er der i SCAS C stor variation mellem laveste og højeste effekt størrelser, hvorved Mychailyszyns effektstørrelse let kommer til at passe ind i intervallet. Det brede interval gør at resultaterne fra SCAS C er mindre troværdige.

Mychailyszyn (2017) måler også på forældre vurdering af symptomreduktion hos børnene. Herudfra finder han en SMG fra baseline til post intervention på 0,84 (95% CI [0,66; 1,02], $p > 0,001$), målt med Hedges g , dette resultat er sammenligneligt med SCAS Parent og CALIS Parent, hvis effektstørrelser fra indeværende review er overensstemmende med det, der bliver fundet i Mychailyszyn (2017).

Selvom Hedges' g ofte fortolkes på samme måde som Cohens d – hvor effektstørrelser mellem 0,2 og 0,5 betragtes som små, mellem 0,5 og 0,8 som moderate og over 0,8 som store – er Hedges' g en bias-korrigeret version af Cohens d , som justerer for bl.a.

små stikprøvestørrelser. I sådanne tilfælde vil Hedges' g typisk give et mere præcist effektestimat (Perdices, 2017). Denne metodiske forskel kan vanskeliggøre en direkte sammenligning mellem resultaterne i nærværende speciale og Mychailyszyn (2017).

Sammenligningen kompliceres yderligere af, at Mychailyszyns studie er en meta-analyse og indeværende speciale er et systematisk review, herved kan det være metodisk problematisk at sammenligne effektestimaterne, da der i meta-analysen er samlede effektestimater og i det systematiske review er rapporteret enkeltstående effektestimater.

Endelig adskiller studierne sig markant: I dette speciale indgår udelukkende RCT-studier med den originale version af Cool Kids-programmet, mens Mychailyszyns meta-analyse inkluderer alle versioner af Cool Kids samt dets forgængere. Det er derfor ikke forventeligt, at resultaterne fra Mychailyszyn og nærværende speciale er fuldstændig sammenlignelige

Karakteriserende for både resultaterne i indeværende review og Mychailyszyns meta-analyse fra 2017 er at effekten af Cool Kids stiger ved followup målt via SMG effektstørrelser. I dette review er det særligt tydeligt at SMG effektstørrelserne stiger ved followup, hvis man kigger på studierne individuelt. De eneste undtagelser der er til dette, er en enkel scorer i Chavira et al. (2014) og i Hancock et al. (2018). Det skal dog bemærkes, at ingen af stigninger der sker ved followup, er signifikante i forhold til postinterventionen, når konfidensintervallerne tages i betragtning. Dette kan muligvis forklares ved, at konfidensintervallerne generelt er forholdsvis brede. På baggrund af den overordnede tendens til stigning i SMG-effektstørrelser ved opfølgning, kan det formodes, at en større stikprøvestørrelse kunne føre til smallere konfidensintervaller – og dermed øge sandsynligheden for at påvise en signifikant forskel.

En stigning i SMG-effektstørrelser ved opfølgning kan skyldes, at deltagerne gradvist bliver bedre til at anvende de strategier, de har lært i Cool Kids-forløbet, i relevante hverdagssituationer efter interventionens afslutning. Arendt et al. (2016) fandt, at flere forældre oplevede programmet som for kort og at der var for kort tid mellem sessionerne, hvilket kan indikere et behov for længere tid til at tilegne sig og implementere metoderne fra forløbet. Dette støtter antagelsen om, at nogle familier først for alvor får udbytte af interventionen, når de har haft bedre tid til at afprøve og integrere teknikkerne i praksis.

4.1.3 SMG Cool Kids vs. WLC

I resultattabellerne for ADIS, SCAS og CALIS rapporteres der medium til høje SMG-effektstørrelser for Cool Kids fra baseline til postintervention. Det er relevant at sammenholde disse med ventelistekontrolgrupper, for at med større overbevisning at kunne betragte Cool Kids som effektfuld. I tilfælde hvor Cool Kids har en højere effektstørrelse end ventelistekontrolgrupperne, er det udtryk for, at Cool Kids har højere grad af angstsymptomreduktion end hvad der kan forventes over tid.

Generelt findes der få af ventelistekontrolgrupperne, hvor der er signifikante forskelle fra før interventionen til efter interventionen.

Der er dog signifikante forskelle i alle studierne der benytter en ventelistekontrolgruppe og måler med ADIS. Her varierer fra SMG-effektstørrelsen 0,40 (95% CI [0,12; 0,90], $p = 0,004$) til 0,54 (95% CI [0,24; 0,84], $p < 0,001$) jf. afsnit 3.5.1, hvilket er små til medium effektstørrelser. Til sammenligning varierer Cool Kids gruppernes effektstørrelser fra 1,47 (95% CI [1,07; 1,86], $p < 0,001$) til 1,98, (95% CI [1,53; 2,4], $p < 0,001$) der altså alle er meget høje effektstørrelse. Baseret på sammenligning af konfidensintervallerne fra ventelistekontrolgrupperne og Cool Kids, er disse signifikant forskellige.

Der findes også få signifikante forskelle ventelistekontrolgrupperne i SCAS C jf. afsnit 3.6.1. disse variere fra SMG på 0,43 (95% CI [0,05; 0,81], $p = 0,028$) til 0,45 (95% CI [0,15; 0,75], $p = 0,003$) (Arendt et al., 2016, Rapee et al., 2006). Hos Arendt et al. (2016) er Cool Kids gruppen væsentlig højere end ventelistekontrolgruppen, dog er det ikke tilfældet i Rapee et al. (2006), hvor Cool Kids gruppens effektstørrelse på 0,40 (95% CI [0,15; 0,75], $p = 0,008$) ikke er ret meget højere end ventelistekontrolgruppen. Til sidst er der, jf. afsnit 3.7.2, en enkel signifikant effektstørrelse blandt ventelistekontrolgrupperne i CALIS Mother rapporteret af Arendt et al. (2016) på 0,24 (95% CI [0,15; 0,62], $p = 0,229$), hvor den tilhørende effektstørrelse i Cool Kids er på 0,99 (95% CI [0,60; 1,39], $p < 0,001$), konfidensintervallet er en smule overlappende, hvorved en t-test ville være nødvendig for afgøre om, der er signifikant forskelle mellem de to grupper (O'Brien & Yi, 2016).

Der er altså få effektstørrelser blandt ventelistekontrolgrupperne, der er signifikante, men disses effektstørrelser er markant lavere sammenlignet med effektstørrelserne i Cool Kids grupperne, dog med en enkel undtagelse. Samlet set taler disse resultater

altså for, at Cool Kids er væsentligt bedre end den forbedring, der er forventelig over tid.

Disse resultater stemmer overens med resultaterne hos Mychailyszyn (2017), der ligeledes finder at både børnerapportering af angstsymptomer og forældrerapportering af børnenes symptomer er signifikant bedre med Cool Kids end for ventelistekontrolgrupper og Treatment As Usual.

4.1.5 Cool Kids vs. alternative interventioner

Cool Kids' effekt i forhold til andre interventioner er relevant, når klinikere skal vælge interventionsform til sine patienter, særligt, hvis der er stor forskel mellem interventions effekt.

Der er en signifikant forskel mellem Cool Kids og GSA vurderet ud fra ADIS jf. afsnit 3.5.2. Her er SMD effektstørrelsen -0,58 (95% CI [-0,16; -0,99], $p=0,006$), hvilket svarer til en middel effekt. Derudover er der signifikante forskelle mellem Cool Kids og GSA i andelen, der efter endt behandling ikke længere opfylder kriterierne for primære eller alle former for angstdiagnoser. Det kan tyde på, at de kognitive elementer i Cool Kids spiller en vigtig rolle i behandlingen af angst, da det er den primære forskel mellem de to interventionsgrupper. Herudover er der signifikant flere, der kommer af med primære eller alle angst diagnoser ved Cool Kids, i forhold til den biblioterapi der bliver udbudt i Rapee et al. (2006). Ligeledes er der signifikante forskelle mellem Cool Kids og Cool Kids med BPAM, hvor der er en lille SMD effektstørrelse på -0,23 (95% CI [-0,51; 0,06] $p=0,011$) jf. afsnit 3.5.2, til fordel for Cool Kids, vurderet med ADIS. Dette kan antyde, at Cool Kids er en smule mere effektiv end Cool Kids med det korte forældre-angsthåndteringsprogram (BPAM). Det er dog sandsynligt inden for konfidensintervallet, at der ikke er nogen reel forskel mellem de to interventioner, da det indeholder spændet fra 0 til 0,2, der med Cohens' d ikke vurderes som en reel effekt. Det vil give mening, hvis der ikke er forskel mellem Cool Kids og BPAM, da forældrene i de inkluderede studier ikke har angst.

Studier der har inkluderet mere end én sammenligningsgruppe, har kun fået én af disse med i resultattabellerne i dette review. Dermed kan der i de oprindelige studier være fundet signifikante forskelle mellem Cool Kids og en anden aktivsammenligningsgruppe, som blot ikke er undersøgt i dette systematiske review.

Alle signifikante forskelle der bliver fundet, mellem Cool Kids og alternativ intervention, er vurderet med ADIS, hvilket gør at disse resultater ikke kan bekræftes med så stor overbevisning, som hvis forskellene var gået igen blandt alle vurderingsværktøjer. Manglen på signifikante forskelle mellem Cool Kids og de alternative interventioner betyder at Cool Kids og de alternative interventioner er omtrent lige effektfulde, således er det ikke udtryk for manglende effekt af Cool Kids.

Klinikere kan således i deres evidensbaserede beslutningstagning lægge mindre vægt på bedste forskningsevidens i valget mellem Cool Kids og henholdsvis TSB, BPAM, SC og CKS, da deres effekt baseret på dette systematiske review ikke er signifikant forskellige på tværs af vurderingsværktøjerne. I stedet bør fokus i højere grad være på klientens kultur og præference, da psykologiske ydelser er mest effektive når de passer til klientens individuelle forhold, kompetencer, personlighed, funktionsniveau mm. Herudover vil det være relevant at klinikerne også overvejer sin egen ekspertise i at kunne identificere og integrerer den bedste forskning for derigennem at kunne intervenere på den måde der er bedst for klienten (Dansk Psykolog Forening, 2012).

Bandelow et al. (2015) søger i deres meta-analyse at sammenligne effekten af forskellige interventioner for panikangst, generaliseret angst og social fobi vurderet med klinikervurderede måleinstrumenter. De undersøger forskellige psykofarmaka, der har SMG effektstørrelser fra 1.83(95% CI [1,43-2,21]) til 2.25 (95% CI [1,94-2,57]), hvor en kombinationsbehandling med CBT og medicin har en effektstørrelse på 2,15 (95% CI [1,66-2,59]), hvilket er en væsentligt højere effektstørrelse end de rapporterer på gruppe CBT og individuel CBT/eksponeringsterapi, der har SMG effektstørrelser på henholdsvis 1,22 (95% CI [0,95-1,49]) og 1.30 (95% CI [1,19; 1,41]), dog kategoriseres disse også som høje effektstørrelser. Afslapningsterapi har en effektstørrelse på 1,36 (95% CI [1,08; 1,64]), psykodynamisk terapi på 1,17 (95% CI [0,81; 1,54]), og ikke face to face terapier på 1,11 (95% CI [0,98; 1,23]). Der er altså høje effektstørrelser for alle interventionerne både psykoterapierne og farmakologisk behandling. Vurderet ud fra konfidensintervallerne er der ikke signifikant forskel interventionerne i mellem, dog er kombinationen af CBT og psykofarmaka signifikant bedre end interventionerne uden samtidig medicinering. Dette speciales gennemsnitlige klinikervurderet SMG effektstørrelse for Cool Kids er på -1,999 (95% CI [-1,347; -2,650], $p < .001$), der således er blandt de bedste måder at behandle angst på sammenlignet med resultater fra Bandelow et al. (2015)

4.1.4 SMD Cool Kids vs. WLC

SMD, hvor Cool Kids sammenlignet med en ventelistekontrolgruppe, ligger målt med ADIS på mellem -1,11 (95% CI [0,79; -1,42], $p < 0,001$) og -1,44 (95% CI [-1,02; -1,86], $p < 0,001$) vurderet af en kliniker. Meta-analysen giver en samlet SMD effektstørrelse på -1,202 (95% CI [-1,413; -0,992], $p < 0,001$) ved tidspunktet for interventionens afslutning, jf. 3.5.2.

Forældre vurderet SCAS og CALIS ligger jf. afsnit 3.6.2 og 3.7.3 henholdsvis mellem -0,30 (95% CI [-0,59; 0,02], $p = 0,049$) til 1,00 (95% CI [-0,60; -1,39], $p < 0,001$) og -0,68 95% CI [-0,30; 1,07], $p < 0,001$) til -0,89 (95% CI [-0,5; -1,29], $p < 0,001$). Børnenes egen vurdering på SCAS og CALIS ligger henholdsvis -0,73 (95% CI [-0,34; -1,12], $p < 0,001$) og på -0,50 95% CI [-0,12; -0,88], $p < 0,001$).

Mychailyszyn (2017) finder 11 studier, der anvender ventelistekontrolgrupper eller Treatment As Usual, og finder herudfra en samlet SMD-effektstørrelse, målt med Hedges' g på 0,54 (95% CI [0,19, 0,88], $p < 0,001$) i forhold til børnerapporterede angstsymptomer. Herudover bliver der rapporteret en høj samlet effektstørrelse vedr. børnenes symptomreduktion rapporteret af forældrene på 0,84 (95% CI [0,45;1,23], $p < 0,001$) ligeledes målt med Hedges' g (Mychailyszyn, 2017). Tilsvarende findes der i kunsskabsopsummeringen af Kaasbøl og Brøndbo (2023) effektstørrelser for Cool Kids, der er medium til store sammenlignet med ventelistekontrolgrupperne.

De nationale kliniske retningslinjer har ligeledes undersøgt om angst hos børn og unge effektivt kan behandles med samtaleterapi i forhold til en ventelistekontrolgruppe. Selvom de søger efter forskellige former for terapi, finder de kun kognitivadfærdsterapi og adfærdsterapi. Samlet set finder de en SMD-effektstørrelse på -0,91 (95% CI [1,19; 0,63]) og -1,17 (95% CI [1,55; 0,8]), hvilket indikere en høj effekt på symptomreduktion vurderet af henholdsvis børnene selv og deres forældre (Sundhedsstyrelsen (2019, pp. 12-14). De nationale kliniske retningslinjer undersøger børn i alderen 6 til 17 år med angstdiagnoserne, social fobi, separationsangst eller generaliseret angst (Sundhedsstyrelsen (2019, p. 12).

Resultaterne fra indeværende review viser medium børnerapporterede effektstørrelser i forhold til symptom reduktion, hvilket stemmer godt overens med fundene fra Mychailyszyn (2017), både hvad angår størrelse af SMD og konfidensintervaller. NKR

har høje effektstørrelser, hvilket muligvis skyldes forskelle i interventionstype, eller en smallere diagnosegruppe.

I forhold til forældre rapporterede effektstørrelser varierer disse i dette speciale fra lave til høje, dog med flest effektstørrelser i den høje ende af intervallet, hvilket er overensstemmende med Mychailyszyn og NRK, der begge finder høje effektstørrelser på symptomreduktion. Med disse resultater tegner der sig et mønster af, at forældre oplever større symptom reduktion, end børnene selv oplever. Det kan muligvis forklares ved, at børn måske mangler indsigt, eller måske har højere krav til hvornår et angstsymptom er væk, da det trods alt er dem, der kan mærke symptomerne.

4.1.6 Cool Kids i gruppeformat vs. individuelformat

I indeværende review findes der både Cool Kids i gruppe og individuelle formater. Chavira et al. (2014) og Rapee et al. (2017) er de individuelt baseret Cool Kids interventioner. Til at sammenholde de individuelle interventioner overfor de gruppebaserede interventioner, er det relevant at kigge på SMG, da denne giver et estimat for symptomreduktionen fra før til efter behandlingen.

Der er ikke noget, der entydigt peger på, at det ene format er væsentligt mere effektivt end det andet. Chavira et al. (2014) rapporterer udelukkende på måleinstrumentet ADIS og finder her den klart største SMG, i forhold de andre studier, både ved postintervention og ved opfølgning. Rapee et al. (2017) anvender ikke ADIS, men rapporterer i stedet på SCAS-C, SCAS-P, CALIS-Y og CALIS-P. Her er alle effektstørrelser høje, men ikke højere end dem, der ses i studier med gruppebaserede interventioner.

Disse resultater, som ikke peger på en tydelig klinisk signifikant forskel mellem gruppe- og individuelt format, er i overensstemmelse med anbefalingerne i de nationale kliniske retningslinjer (NKR). Her konkluderes det, at der ikke er dokumentation for klinisk relevante forskelle – hverken i form af gavnlige eller skadelige virkninger – mellem formaterne for psykoterapi til børn og unge med angstlidelser (Sundhedsstyrelsen, 2019). Arbejdsgruppen vurderer at behandlingsformatet er præferencefølsomt for både deltagere og behandlere, hvilket er overensstemmende med beskrivelser fra Cool Kids terapeutguiden, der bl.a. fremhæver at meget konfliktfyldte familier kan have gavn af at være i individuel terapi (se afsnit 1.1).

4.1.7 Forældre inddragelse i Cool Kids

NKR vurderer, at betydelig forældreinddragende terapi sandsynligvis fremmer remission i højere grad end tilsvarende terapi uden betydelig forældreinddragelse (Sundhedsstyrelsen, 2019, p. 45). Dette taler for fordelene ved at anvende Cool Kids som intervention, da denne interventionsform netop inddrager forældre i behandlingen.

Når forældrene deltager i interventionen, kan de i højere grad støtte barnet i at omsætte de redskaber og den viden, som formidles i fx Cool Kids-forløbet, til konkrete situationer, hvor barnet oplever angst. Herudover kan forældre involvering i terapien muliggøre, at terapeuterne kan opdage familie relaterede faktorer, der kan bidrage til vedligeholdelsen af angst hos barnet (Lundkvist-Houndoumadi et al., 2016).

Lundkvist-Houndoumadi og kolleger har i deres fænomenologiske analyse af interviews med deltagere af Cool Kids, hvor terapien ikke har været effektiv, fundet forskellige temaer, der understreger, at forældre involvering, kan være ressourcekrævende for forældrene. Det bliver bl.a. fremhævet at det kan svært for forældrene at samarbejde med barnet, der ikke kan eller vil dele deres følelser og tanker om angsten (p. 483). Herudover kan det være tids- og energikrævende for forældrene at have en terapeutrolle over barnet og lære alle teknikker, metoder og teorier, samtidig med at de også har fuldtidsarbejde og andre børn, der kræver opmærksomhed. Terapeuterne fremhæver desuden, at familiens dynamikker kan være en hæmsko i forhold til hjælpe barnet. Fx i tilfælde, hvor forældrene selv har udfordringer, der gør, at de bliver overvældet at skulle hjælpe deres barn, eller i tilfælde, hvor den ene forælder bliver overinvolveret og overbeskyttende, hvilket kan bidrage til, at den anden forælder gør det modsatte og ikke anerkender barnets angst (p. 484). Til sidst har terapeuterne også udfordringer med at lære forældrene at arbejde selvstændigt med opgaverne. Der er altså flere forhold, der kan spille ind på, at forældrenes involvering i Cool Kids kan være udfordrende.

I indeværende review er der to af de inkluderede studier, der undersøger forældrenes tilfredshed med interventionen. Arendt et al. (2016) og Chavira et al. (2014) finder, at der er lave drop ud rater og høj tilfredshed blandt deltagerne. Herudover finder Chavira et al. (2014), at der ikke er nogen forældre, der oplever at deres børns angstsymptomer forværres mens terapien stod på. Blandt barrierer for behandling finder Chavira et al.

(2014) tid, familie stress og konkurrerende krav, hvilket er overensstemmende med, hvad Lundkvist-Houndoumadi et al. (2016) finder i deres fænomenologiske analyse.

4.2 Begrænsninger ved de inkluderede studier

Der er mange kvaliteter ved de inkluderede studier, bl.a. at det er den samme intervention, der undersøges i alle studierne, at resultatmålene er rapporteret med de samme vurderingsværktøjer, samt at disse resultater i rimelig grad er overensstemmende. Herved bliver der større sammenlignelighed mellem studierne, og det styrker generaliserbarheden af resultaterne. Dog er der også begrænsninger ved de inkluderede studier; disse vil blive diskuteret i de følgende afsnit.

4.2.1 Studiernes bias vurdering

Der er generelt lav risiko for bias i de fleste bias-domæner. Samlet set vurderes risikoen for bias at være lav i studierne af Rapee et al. (2006), Rapee et al. (2017) og Arendt et al. (2016). Derimod vurderes Chavira et al. (2014), Hancock et al. (2018) og Rapee et al. (2017) til at have en nogen risiko for bias, jf. afsnit 3.3. Blandt studierne med nogen risiko for bias er resultaterne fra Chavira et al. (2014) særligt påfaldende. Her er effektstørrelsen ved SMG målt med ADIS fra baseline til postintervention dobbelt så høj som i de øvrige studier, der rapporterer på samme mål, og ved followup ligger SMG over en hel effektstørrelse højere end de øvrige resultater. Da studiet både er vurderet til at have nogen risiko for bias og rapporterer væsentligt højere effektstørrelser end de øvrige studier, kan det overvejes, om resultaterne er påvirket af bias. En mulig forklaring kunne være selektiv inklusion af data eller bias som følge af manglende data.

Hudson et al. (2009) og Hudson et al. (2014) vurderes begge til høj risiko for bias, da der er nogen risiko for bias, i de fleste af bias-domænerne. Det er påfaldende, at disse to studier også er de eneste, der finder signifikante forskelle mellem Cool Kids og de inkluderede aktive kontrolgrupper (se afsnit 4.1.5). Dette gør at overbevisningen af resultaterne svækkes, og at de bør fortolkes med forsigtighed. De resterende resultater er i overensstemmelse med fundene fra de øvrige inkluderede studier.

Da der er lav risiko for bias i de fleste bias-domæner, og der ikke er nogen af disse vurderet til højrisiko for bias, vurderes det at langt de fleste af resultaterne kan tolkes med rimelige troværdighed. Dog må resultater fra Hudson et al. (2009) og Hudson et al. (2014) vurderes med ekstra forsigtighed. Det er værd at bemærke at der er metodologiske begrænsninger var bias-vurderingen, som beskrives i afsnit 4.3.6.

4.2.3 Kontrolbetingelser

RCT'er er med til at sikre intern validitet, hvorved konklusioner omkring interventionen er troværdig, da interventionseffekt kan tilskrives behandlingen og ikke andre alternative forklaringer. De kan dog i sig selv også være med til at true den interne validitet.

Det har vist sig, at personer i en venteliste kontrolgruppe forbedrer sig i mindre grad end, hvad man ville kunne forvente af en lignende stikprøve, som ikke er i en venteliste kontrolbetingelse (Mohr et al., 2009, p. 176). Det kan skyldes, at deltagere i en venteliste kontrolgruppe har en antagelse om, at de ikke vil forbedre sig, hvilket kan forhindre spontant forbedring og forhindre, at deltagerne selv tager initiativer til hjælpesøgende adfærd, som man ellers ville kunne forvente, hvis ikke de var i ventelistekontrolgruppen. Herved vil de effektstørrelser, der sammenligner med ventelistekontrolgrupper (SMD), komme til at fremstå større end de reelt er, i forhold til at determinere, hvorvidt Cool Kids er bedre end den forbedring, der kan forventes over tid. Dog er de effektstørrelser, der bliver fundet i relation til kliniker vurderet angst niveau, rimelige høje - fra -1,11 (95% CI [-1,42; 0,79] $p < 0,001$) til -1,44 (95% CI [-1,86; -1,02] $p < 0,001$) - så selv hvis disse blev nedreguleret en smule, kan det antages, at værdierne stadig ville være over 0,8, der kategoriseres som en høj effektstørrelse. Lidt mere blandet ser det dog ud for SMD-effektstørrelserne sammenlignet med ventelistekontrolgruppen for SCAS og CALIS, hvor effektstørrelserne varierer fra -0,30 (95% CI [-0,59; 0,02], $p = 0,049$) til -1,00 (95% CI [-1,39; -0,60], $p = 0,011$). Det betyder, at ventelistegruppens manglende forbedring potentielt kan have forstærket de observerede effektstørrelser i interventionsgruppen.

En anden kontrolbetingelse, der eksisterer i dette systematiske review, er kontrolgrupper med specifikke behandlingskomponenter. Den alternative kontrolbetingelse vil i disse tilfælde være bygget op sådan, at den enten tilføjer eller fjerner elementer af en allerede eksisterende intervention. Denne form for kontrolbetingelse gør sig gældende for kontrolgrupperne: GSA (Hudson et al., 2009), BPAM (Hudson et al., 2014), TSB (Chavira et al., 2014), CKS (Rapee et al., 2023) og SC (Rapee et al., 2017). Fx bygger CKS og Cool Kids på de samme principper og strukturer, men i CKS er der øget fokus på sociale færdigheder. Her er der altså tilføjet noget til Cool Kids-behandlingen, der gør, at den er mere målrettet til en specifik population. Et andet eksempel er TBS, som også bygger på de samme principper som Cool Kids, men ikke medtager elementet

med en fysisk fremmødt terapeut, der medierer behandlingen. Herved bliver det muligt at determinere, hvorvidt elementet, der er tilføjet eller fjernet, skaber en større henholdsvis fordel eller ulempe i forhold til det, der er fælles i interventionen og kontrolbetingelsen (Mohr, 2009, p. 277). Det kræver dog store samples at påvise sådanne signifikante forskelle. Herved vil der være risiko for at lave type II fejl, hvor der ikke findes en forskel mellem interventionerne, selvom den faktisk eksisterer, da studierne kan mangle power. Desuden kan der også være trusler mod den interne validitet, hvilket særligt gør sig gældende for bredt accepterede interventioner såsom Cool Kids, hvilket kan føre til forskelle i terapeutfærdigheder, og engagement på tværs af interventionerne. Dette kan skyldes, at terapeuter ofte har mere erfaring med en bredt accepteret terapi og større oplevelser af, at interventionen virker (Mohr, 2009, p. 277). Der findes en signifikant forskel og en medium SMD mellem Cool Kids og GSA vurderet med ADIS, hvorved det kan tænkes, at de kognitive komponenter i Cool Kids har betydning for effekten, da det er dette element, som disse to interventioner adskiller sig på. Dog må det også overvejes, om den eventuelle større forventning til de kognitive komponenter kan have en indflydelse på disse resultater.

Ligeledes er det relevant at overveje, hvorvidt de studier, der ikke finder signifikante forskelle, kan skyldes manglende power. Det kan fx tænkes, at der er signifikant forskel mellem TSB og Cool Kids i Chavira et al. (2014), men at denne ikke findes pga. et lille sample size, som i øvrigt også beskrives som en begrænsning i artiklen. Dette er dog ikke gældende for alle studier, hvor der ikke er en påvist signifikant forskel mellem interventionerne. Fx viser en power-analyse i Rapee et al. (2023), at deres sample var tilstrækkeligt stort til, at der burde kunne findes signifikante forskelle mellem Cool Kids og CKS.

Kontrolbetingelserne der sammenlignes med Cool Kids er meget forskellig artede, hvilket kan gøre det vanskeligt at drage konklusioner om SMD-effektstørrelserne på tværs af alle studierne. Dette kan anses som en ulempe, da formålet i et systematisk review netop er at sammenholde resultater på tværs af studier. Derfor er det fordelagtigt at sammenholde SMG-effektstørrelserne på tværs af studierne, da dette effektmål ikke i samme grad er afhængig af hvilken kontrolgruppe der benyttes.

4.2.4 Chilled

Det bliver eksplicit beskrevet, at både Cool Kids og Chilled bliver undersøgt i Arendt et al. (2016) og Hancock et al. (2018), dog bliver der ikke rapporteret særskilte gennemsnit for hver af Cool Kids-grupperne. Chilled er ikke eksplicit nævnt i de andre studier, men det må antages, at Rapee et al. (2017) og Rapee et al. (2023) benytter Chilled, da de har inkluderede deltagere over 13 år og referer til Cool Kids manualerne, der beskriver begge programmer. Der kan slås tvivl om, hvorvidt Hudson et al. (2009) ligeledes benytter sig af Chilled, da studiet har en målgruppe, der er over 13 år, men undertegnede er i tvivl om, hvad referencen, de benytter sig af, indeholder. Denne er ikke tilgængelig i Primo, og kan ikke bestilles ved fjernlån. De resterende studier (Chavira et al., 2014; Hudson et al., 2014, Rapee et al., 2006) benytter sig ikke af Chilled, da deres målgruppe er 13 år og yngre. I og med, at Chilled ikke bliver undersøgt særskilt, kan dennes effekt alene ikke fast slås, men ved at sammenholde de studier, der benytter sig af Cool Kids, og de studier der benytter sig af Cool Kids og Chilled, kan det ses, at der ikke er væsentlige forskelle mellem disse effektstørrelser, hvorved effekten af Chilled antages at være på samme niveau som Cool Kids. Opbygningen af de to programmer er også helt ens, kun er sprogbrug og illustrationer tilpasset alderen.

4.3 Metodiske begrænsninger

Flere elementer ved dette systematiske review tilstræber en høj metodologisk kvalitet – herunder anvendelsen af en systematisk tilgang, brugen af PRISMA 2020, samt tydelige selektionskriterier. Dog rummer reviewet også metodiske begrænsninger, som vil blive diskuteret i de følgende afsnit.

4.3.1 Én reviewer

Både i søgningen og screeningen havde det været fordelagtigt med mere end en reviewer. Et peer review af søgningen kan bidrage til at højne dens kvalitet, og i forhold til screeningsprocessen kan minimum to reviewere være med til at reducere muligheden for, at relevante studier bliver ekskluderet. Som et alternativ til at screene udelukkende blev foretaget af én person, kunne det have været relevant at kombinere denne tilgang med maskinlæring (Lefebvre et al. 2019, pp. 87 +95).

Da der er lav til moderat inter-rater reliabilitet i RoB, anbefales det, at der benyttes to uafhængige reviewere til at vurdere studiernes bias, og at uoverensstemmelser bør afklares af en tredje person (Munder & Barth, 2018, p. 353). Da der i indeværende review

blot har været undertegnede til at lave vurderingen, er der rimelig risiko for at den vurdering, der er blevet lavet, vil være anderledes, hvis der havde været to uafhængige personer til at lave vurderingen.

4.3.2 Søgning

To af de inkluderede studier er ikke fremkommet ved søgningen, hvilket kan antyde, at den kan være mangelfuld, og at der potentielt kan være flere relevante studier, der ikke er identificeret. Det har været en udfordring at søge efter Cool Kids og Chilled, da, jf. afsnit 2.4, mange studier benytter sig af interventionerne uden at bruge termen specifikt i titel eller abstract. Derfor har det været nødvendigt at søge efter bredere termer såsom *cognitive behavioral therapy*, hvilket har resulteret i rigtig mange hits, som er forsøgt begrænset med filtre og søgeblokke (se afsnit 2.4). En måde, hvorpå søgningen kunne have været begrænset yderligere, kunne have været ved at filtrere studier fra før 1996 fra, da Mychailyszyn (2017) skriver, at det er her, de første Cool Kids-forsøg blev udført. Det kunne have gjort søgningen smallere og herved ville det have været muligt at gøre søgningen bredere igen, uden at få alt for mange hits. Det er dog undertegnede indtryk, at der ikke var ret mange studier fra før 1996 inkluderet i søgningen.

En anden begrænsning ved søgningen er søgeblokken med aldersgruppen, hvor synonymer for børn og unge er blevet benyttet. Denne søgeblok kan have været mangelfuld, og desuden vil studier, der undlader at nævner deres aldersgruppe i titel eller abstract, eller beskriver deres aldersgruppe med tal i titel eller abstract, ikke blive søgt frem. Denne søgeblok blev dog anset som nødvendig, da der ellers ville være for mange hits i søgningen.

Desuden er der i søgningen risiko for publikationsbias, der opstår, fordi der er større chance for at studier, der har effekt, publiceres. Dette kan føre til en overvurdering af den samlede effekt (Juul et al., 2017)

4.3.3 Anvendelse af RoB2

RoB2 har generelt bidraget til at hæve kvaliteten af systematiske reviews (Nejadghaderi et al., 2024). Værktøjet har i dette systematiske review givet en detaljeret struktureret ramme til at vurdere bias i hvert af de inkluderede studier, hvilket er blevet gjort efter bedste evne. RoB2 kritiseres dog også for at være svær at anvende - selv for eksperter (Nejadghaderi et al., 2024), hvilket er genkendeligt i indeværende speciale,

hvor det er muligt, at vurderingerne ville være anderledes ved professionel brug, da undertegnede ikke er ekspert på området.

En begrænsning ved vurderingen af risiko for bias (RoB 2) er, at selektiv rapportering ideelt set bør vurderes ved at sammenholde de rapporterede resultater med det, der oprindeligt er angivet i en offentliggjort protokol. I det aktuelle review er vurderingen imidlertid baseret på en sammenligning med det, der er beskrevet i studiernes metode-afsnit, hvilket kan give en mindre præcis vurdering af risikoen for selektiv rapportering.

Samlet set må resultaterne af bias assesment i indeværende speciale betragtes med et vist forbehold. Selvom resultaterne af bias assesment kan være kompromitteret, bidrager de alligevel med en vis indsigt, fx at der overordnet set er lav risiko for bias i mange af bias domænerne

Af de metodiske grunde, der er beskrevet i afsnit 2.7, er der i dette systematiske review valgt at moderere vurderingen af risiko for bias. Det betyder, at der ikke automatisk vurderes høj risiko for bias i situationer, hvor det ikke er muligt at blinde personale og deltagere. En ulempe ved denne modulering er, at biasvurderingerne i dette review bliver mindre direkte sammenlignelige med vurderinger i andre systematiske reviews. For eksempel angives det i NKR, at den mest alvorlige risiko for bias skyldes manglende blinding af deltagere. I dette review er deltagerne ligeledes ikke blindede, men da det ikke medfører en vurdering af høj risiko for bias, kan det give indtryk af, at studierne her er af højere kvalitet end i NKR. Dette afspejler dog snarere forskelle i vurderingskriterier end faktiske forskelle i studiedesign eller kvalitet.

Var RoB 2-værktøjets oprindelige retningslinjer blevet anvendt uden tilpasninger, ville dette speciales vurderinger i højere grad være sammenlignelige med vurderinger i medicinsk forskning og fx nationale kliniske retningslinjer. Ulempen ved dette er dog, at det vil føre til en systematisk nedvurdering af forskning i terapeutiske interventioner, hvor blinding ofte ikke er praktisk muligt. Dette kan få psykologiske interventionsstudier til at fremstå mere biased – og dermed mindre troværdige – end studier med medicinske interventioner. De to typer forskning har forskellige metodologiske forudsætninger og bør derfor ikke bedømmes ud fra ensartede kriterier.

4.3.4 Intention-To-Treat

Hvor det har været muligt, er der i resultattabellerne rapporteret ITT for at håndtere det bias, der kommer fra deltagere, der dropper ud af studierne før tid. ITT er dog ikke en perfekt måde at håndtere manglende data på, og det kan endda i sig selv resultere i bias, da det kræver, at der laves antagelser omkring det manglende data (Higgins et al., 2019). Mange af studierne (fx Hancock et al., 2018; Hudson et al., 2009) baserer deres håndtering af manglende data på metoden *Last Observation Carried Forward*, hvorved den seneste måling benyttes til de resterende måletidspunkter. Dette fjerner ikke nødvendigvis bias, med mindre at der ikke sker noget med resultatmålene efter den seneste måling. Det kan både lave over- eller underestimering af effekten, fx hvis en deltager oplever en forbedring undervejs i interventionen, men dropper ud tidligt – så vil den tidligere, lavere score fejlagtigt blive brugt som slutmåling. Desuden kan det komme til at påvirke præcisionen, hvorved fx konfidensintervallet kommer til at fremstå smalt, og dermed ikke afspejle den usikkerhed der er omkring de manglende data (Higgins et al., 2019).

4.3.5 Cohen's d

Cohens d er benyttet til at udregne alle former for effektstørrelser, både SMD og SMG, så det bliver tilgængeligt at sammenholde resultaterne i hver type effektstørrelse. Det gør det fx muligt at sammenholde barnets vurdering af angstsymptomer med klinikers vurdering af angst. Cohens' d er brugbar i tilfælde, hvor SD for de to gennemsnit er rimelig overensstemmende, så det kan antages, at deres estimater stammer fra samme population. Der er dog ikke faste regler for, hvornår SD er ens nok til at benytte Cohens' d (Perdices, 2017). Derfor bliver Cohens' d benyttet til at udregne alle effektstørrelser i dette speciale. Det kunne dog have været fordelagtigt at benytte Hedges' g, i tilfælde, hvor der er stor forskel mellem interventions- og kontrolgrupperne samepelsstørrelser, da Hedges' g tager højde for lige netop dette (Perdices, 2017, p. 73).

SMD beregnes, som tidligere nævnt i afsnit 2.6.2, på baggrund af forskelle mellem interventions- og kontrolgruppernes gennemsnit ved afslutningen af Cool Kids-behandlingen samt disses tilhørende SD. En væsentlig begrænsning ved denne metode er dog, at der ikke tages højde for baseline målingerne (Faraone, 2008). I teorien kan det betyde, at en stor forskel mellem grupperne ved postintervention skyldes forskelle ved baseline. Dette vurderes dog ikke som et stort problem i dette speciale, da der generelt er lignende gennemsnit ved baseline på tværs af alle studierne.

Herudover beregnes også SMG, som netop tager højde for forskelle mellem baseline og postintervention. Denne form for effektstørrelse tager dog ikke højde for kontrolbetingelsernes målinger. Herved kan SMG komme til at fremstå som høj, hvilket ikke nødvendigvis er overbevisende, hvis SMG for ventelistekontrolgruppen også er tilsvarende høj. Ovenstående argumentation taler derfor for, at SMG og SMD supplerer hinanden godt og er meningsfulde at anvende i kombination.

4.3.6 Meta-analyse

Der er lavet to meta-analyser, hvor der bliver fundet et samlet effekttestimat. Det gør sig gældende for ADIS SMD, der sammenholder gennemsnit ved postintervention, for Cool Kids og ventelistekontrolgrupperne, samt ADIS SMG for Cool Kids fra baseline til postintervention, jf. afsnit 3.5.2 og 3.5.1. SMD er et mål for, hvor meget Cool Kids er bedre end ingen behandling, og SMG er et mål for effekten af Cool Kids eller størrelsen på systemreduktionen ved interventionen, jf. afsnit 3.5.2 og 3.5.1. SMD er et mål for, hvor meget Cool Kids er bedre end ingen behandling, og SMG er et mål for effekten af Cool Kids eller størrelsen på systemreduktionen ved interventionen. Der laves meta-analyser for disse mål, da de syntes særligt vigtige for problemformuleringen. Klinikervurderingen er den mest dybdegående vurdering, da den er baseret på semistrukturerede interviews med både forældre og barn, mens de øvrige måleinstrumenter udelukkende består af spørgeskemaer med svarskalear af Likert-typen. Herudover rapportere største delen af de inkluderede studier på ADIS.

I specialet er der inkluderet studier med både passive ventelistekontrolgrupper og aktive kontrolgrupper. Derudover er der rapporteret resultater på forskellige måletidspunkter. På baggrund af dette er der udregnet effektstørrelser både som ændringer over tid inden for en gruppe (SMG – *Standardized Mean Gain*) og som forskelle mellem grupper på samme tidspunkt (SMD – *Standardized Mean Difference*). Det giver ikke mening at sammenholde disse effektstørrelser direkte, da de i høj grad påvirkes af typen af kontrolgruppe og det specifikke måletidspunkt. Derfor udføres der delanalyser, hvor der – for hvert enkelt måleinstrument – foretages separate analyser af SMD og SMG på hvert enkelt måletidspunkt. I forlængelse heraf er der en del af delanalyserne der inkluderer ret få resultatmål, da studierne ikke rapporterer på alle relevante måletidspunkter eller måleinstrumenter.

På grund af det lave antal inkluderede resultatmål i delanalyserne kan det være problematisk at gennemføre meta-analyser, da estimatet af variansen mellem studierne kan være upræcist. Dette påvirker både det samlede effektestimat og det tilhørende konfidensinterval (Borenstein et al., 2009). Dette er årsagen til, at der i de fleste delanalyser ikke er lavet tilsvarende meta-analyser, og derfor må de samlede effektestimater, der er lavet på baggrund af en meta-analyse, anskues med et vist forbehold.

En central del af en meta-analyse er at undersøge heterogenitet, altså om effekterne er ensartede, samt publikationsbias, som handler om, hvorvidt kun effektfulde resultater er blevet publiceret og dermed inkluderet i meta-analysen (Juul et al., 2017). Da der ikke er foretaget analyser af disse forhold, mangles der viden på disse områder.

Ved inklusion af flere studier havde det muligvis været relevant med flere meta-analyser. For at inddrage flere studier kan det være relevant at gøre søgningen mere omfattende, eller der kan lempes på selektionskriterierne. Fx ved at inddrage modificerede versioner af Cool Kids eller ved at inddrage andre studiedesigns end udelukkende RCT-studier. Konsekvensen af dette ville dog være, at det samlede estimat for originale Cool Kids ville blive usikkert, og det ville samtidig være metodisk vanskeligt at drage klare kausale konklusioner om studierne's effekt. Det ville dog være muligt at udregne en samlet SMG-effektstørrelse med en meta-analyse i SPSS.

4.4 Implikation af systematiske reviews betydning for klinisk praksis

I de følgende afsnit vil resultaternes kliniske relevans for praksis blive diskuteret

4.4.1 Klinisk signifikante resultater

Klinisk signifikans referer til, hvorvidt interventionen, fx Cool Kids, har en mærkbar effekt for børnene med angst og deres familier, som gør en reel forskel i hverdagen (Thompson, 2002).

Det at angst niveauet bliver så lavt, at det ikke længere kan karakteriseres som en diagnose, må kunne opleves som en mærkbar forskel hos deltagerne og deres nærtstående i særlig grad, hvis deltagerne kommer af med alle deres angst diagnoser.

Afsnit 3.4 beskrev andelen af deltagere i studierne, der rapporterer på remission af den primære angstdiagnose, viser to signifikante resultater, at 66,1 % (Arendt et al., 2016) og 68,7 % (Hudson et al., 2009) af deltagerne er fri for diagnosen henholdsvis

umiddelbart efter interventionen og ved 3-måneders opfølgning. Det vil sige at over halvdelen af deltagerne opnår dermed remission af deres primære angstdiagnose, hvilket er signifikant bedre end henholdsvis ventelistekontrol og GSA. I dette review er andelen, der bliver fri for alle angstdiagnoser, mellem 33,3 % og 48,9 % umiddelbart efter interventionen (Arendt et al., 2016; Hancock et al., 2018; Hudson et al., 2009; Rapee et al., 2006) og stiger til 49,0 – 61,1 % ved opfølgning (Hancock et al., 2018; Hudson et al., 2009; Rapee et al., 2006). Herved er der mellem en tredjedel til lidt over halvdelen, der oplever remission af alle angstdiagnoser. Resultaterne er signifikant bedre end henholdsvis venteliste, GSA og biblioterapi.

I ovenstående er de signifikante resultater fremhævet, hvilket er udtryk for, at den andel i Cool Kids, der bliver diagnosefrie, er signifikant større det, det der bliver fundet i kontrolgruppen, som Cool Kids sammenlignes med. Da de fleste af disse kontrolgrupper er alternative interventioner, er manglende signifikante resultater ikke nødvendigvis udtryk for manglende effekt af Cool Kids, men blot at der findes lignende effekter af de alternative interventioner.

Da er en stor andel af de inkluderede deltagere der kommer af med deres angstdiagnose(r), anses Cool Kids for at have kliniske relevante resultater. De øvrige resultater, der rapporteres med ADIS, SCAS og CALIS, anses også i langt de fleste med kliniske signifikante resultater, hvilket uddybes herunder.

Høje effektstørrelser målt med ADIS, SCAS og CALIS kan være udtryk for klinisk signifikans, da store effektstørrelse generelt har større sandsynlighed for at være klinisk signifikante end små, om end at det ikke er en garanti for kliniske relevante resultater (Thomsen, 2002). I indeværende speciale er jo større effekt af Cool Kids, udtryk for større reduktion i angstsymptomer. De høje effektstørrelser, der findes med ADIS, målt både på SMG og SMD, vurderes som kliniske signifikante. Resultaterne anses desuden som særligt relevante for klinisk signifikans, da de er baseret på semistrukturerede interviews med både barn og forældre.

Børnenes egen og deres forældres vurdering af deres angstsymptomer (SCAS) er også særdeles relevant i forhold til klinisk signifikans, da disse scorer er baseret på selvrapportering, hvorved børnene selv og deres forældre rapporterer, hvordan de oplever børnenes angstsymptomer. De tilhørende effektstørrelser varierer fra lige under medium til høje effektstørrelser, som alle stiger ved followup, hvorved alle, med undtagelse af

et enkelt studie, kan karakteriseres som høje. Høje SCAS-effektstørrelser, der er baseret på børn og forældres selvrapportering, vurderes som klinisk signifikante, hvilket indikere, at børnene og deres forældre oplever reel forandring.

CALIS-resultatmålene er ligeledes relevante for klinisk signifikans, da effektstørrelser baseret herpå er udtryk for deltagernes oplevelse af angstens påvirkning af børnenes funktionsniveau og livspåvirkning samt forælders egen oplevelse af livspåvirkning. Vurderet af barnet findes der medium effektstørrelser. Forældres vurdering af funktionsniveau efter endt behandling ligger fra medium til høje. Effektstørrelserne er således en smule lavere, end hvad der findes med de andre måleinstrumenter, men dette mål vurderes som særlig relevant for klinisk signifikans, da det eksplicit inddrager, hvordan angst påvirker barnets liv.

4.4.2 Resultaternes overførbarehed

Klinikere kan kun bruge resultater fra studier, hvis deltagerne i studiet ligner de patienter, der ses i praksis (Govani & Higgins, 2012, Juul et al., 2017). Derfor er det fordelagtigt at alle de inkluderede studier inkluderer deltagere med komorbiditet. Dette skyldes jf. indledningen at det er hyppigt at personer med en angstdiagnose også har en anden angstdiagnose eller en anden diagnose.

En generel begrænsning der går igen på tværs af studierne er, at der er manglende diversitet af de inkluderede deltagere. Dette vedrører bl.a. at deltagerne er bedre økonomisk stillede, har højere uddannelsesniveau og der er manglende etnisk diversitet, i forhold til, hvad der er repræsentativt for det samfund som stikprøven er taget ud fra (Charvira et al., 2014, Hancock et al., 2018; Rapee et al., 2017; Rapee et al., 2023). Herved er resultaterne begrænsede til at være overførbare til familier, der har børn med angst, der ligner den beskrevne population. Det er muligt at disse faktorer har betydning for, hvor effektiv Cool Kids-programmet er. Fx kan det overvejes, om forældre, der har en højere uddannelsesbaggrund, muligvis vil have bedre forudsætninger for at tilegne sig viden om behandlingsprincipperne.

Deltagerne er desuden fra USA, Australien og Danmark, hvorved det systematiske reviews resultater kan overføres til lignende vestlige kontekster.

4.4.3 Klinisk praksis

Som nævnt ovenfor er der således mange resultater, der peger på, at Cool Kids og Chilled er relevant at anvende i klinisk praksis. Der findes adskillige signifikant og

kliniske relevante effektstørrelser, og resultaterne fremstår generelt som troværdige, da disse ikke i væsentlig grad syntes at være påvirket af bias. Dog bør resultaterne fra Hudson et al. (2009) og Hudson et al. (2014) fortolkes med forsigtighed, da disse studier er vurderet til høj risiko for bias. Det er fordelagtigt, at interventionen i betydelig grad involverer forældrene, da de kan være behjælpelige med at overføre viden og teknikker fra sessionerne til relevante situationer i børnenes hverdag. Dog er det også tids- energi- og ressourcekrævende for forældrene, der i nogle tilfælde kan have udfordringer med terapeutrollen. Der er desuden god grund til at antage, at det systematiske review faktisk måler på effekten af selve interventionen, og ikke på andre forklarende faktorer, bl.a. pga. der kun er inddraget RCT-studier. Deltagerne er desuden relativt repræsentative for målgruppen i klinisk praksis, om end det, er væsentligt at bemærke, at deltagerne i overvejende grad stammer fra ressourcestærke familier. Derfor er det usikkert, hvor effektivt at programmet vil være for familier med færre ressourcer. På trods af visse begrænsninger i indeværende systematiske review vurderes resultaterne som så overbevisende, at interventionen med god grund kan anvendes mere i klinisk praksis – hvilket allerede sker i dag.

4.5 Future Direction

For at styrke evidensgrundlaget for Cool Kids og Chilled anbefales det, at kommende studier tydeligt angiver interventionsnavnet i titel og abstract. Det vil gøre det mere tilgængeligt for klinikere at finde relevant forskning og for systematiske reviews og meta-analyser at inkludere alle relevante studier. Det ændrer dog ikke ved, at ældre studier uden dette i titlen eller abstractet stadig vil kræve bredere søgninger med generelle termer som "cognitive behavioural therapy". Herudover vil det i fremtidig forskning være relevant at benytte ensartet terminologi for delskalaerne i CALIS, da der vil være mere gennemsigtighed omkring, hvilke resultater der rapporteres på i det pågældende studie.

For at der i fremtiden kan laves valide meta-analyser, er det relevant, at der udarbejdes flere RCT-studier der undersøger effekten af Cool Kids og Chilled.

Derudover er det væsentligt, at fremtidige studier inddrager flere familier med færre ressourcer, da denne gruppe er underrepræsenteret i flere af de inkluderede studier. At inkludere en bredere demografisk profil vil øge generaliserbarheden af resultaterne og sikre, at interventionens effekt også kendes for mere sårbare grupper. Det kunne også

være relevant at undersøge Cool Kids effekt i samfund, der ikke ligner Danmark, USA eller Australien.

5. Konklusion

I indeværende speciale ønskedes det at undersøge følgende problemformulering: *Hvilken effekt har Cool Kids (6-12 år) og Chilled (13-18 år) på angstsymptomer hos børn og unge med en angstdiagnose?*

Dette blev undersøgt med et systematisk review, hvor der gennem en systematisk søgning i databaserne PsycInfo og PubMed blev fundet 1403 studier. En efterfølgende screeningsproces baseret på forudbestemte selektionskriterier, endte med at inkludere 6 RCT-studier. Efterfølgende er der inkluderet 2 studier, som fra den indledende søgning blev fundet relevant, men som ikke blev fundet i søgningen. De inkluderede 8 studier er fra henholdsvis Australien, USA og Danmark, og deres målgruppe er børn med forskellige former for angst i alderen seks til sytten år. Alle familierne modtog de originale former for Cool Kids og Chilled enten i en gruppe eller som enkel familie. I de inkluderede studier blev deltagerne randomiseret til enten en Cool Kids gruppe, til at stå på venteliste eller få en alternativ intervention, herunder Therapist-Supported Bibliotherapy (TSB), Group Support and Attention (GSA), Cool Kids med Brief Parental Anxiety Management (BPAM), Stepped Care (SC) eller Cool Kids modificeret til social angst (CKS).

De inkluderede studiers risiko for bias blev tilgået med RoB2, hvor seks studier fordelte sig ligeligt mellem lav og nogen risiko for bias. To studier blev vurderet til høj risiko for bias, hvorved resultater fra disse studier må betragtes med forsigtighed.

66,1% af deltagerne, der modtager Cool Kids behandling, opnår remission fra deres primære angstdiagnose umiddelbart efter interventionen. Ved followup stiger andelen til 68,7%, hvilket er signifikant bedre end i henholdsvis ventelistekontrolgruppe og GSA-gruppen. Desuden oplever mellem 33,3% og 48,9% remission af alle angst diagnoser umiddelbart efter interventionen. Ved followup er andelen steget til mellem 49,0% og 61,1%, hvilket er signifikant bedre end henholdsvis ventelistekontrolgruppe, GSA og biblioterapi.

Vurderet med ADIS, der er en klinikervurdering af angst niveau, findes der et samlet effektestimat på 1,999 (95% CI [1,347; 2,650], $p < .001$, fra baseline til postintervention

og fra baseline til followup varierer effektstørrelserne fra -1,69 (95% CI [-1,29; -4,99], $p < 0,001$) til -2,98 (95% CI [-2,16; -3,80] $p < 0,001$). Alle disse effektstørrelser er høje, hvilket er udtryk for at børnenes angst niveau falder. Der bliver også fundet et signifikant samlet højt effekttestimat ved Cool Kids i forhold til ventelistekontrolgrupperne på -1,202 (95% CI [-1,413; -0,992] $p < 0,001$). Det vil sige, at Cool Kids er væsentligt bedre end den naturlige remission, der sker uden behandling.

På selvrapporteringsværktøjet SCAS-C/P findes der SMG-effektstørrelser varierende fra 0,40 (95% CI [0,11; 0,70], $p < 0,001$) til 1,47 (95% CI [1,21; 1,74], $p < 0,001$), hvoraf de højeste effektstørrelser findes blandt forældres vurdering ved followup. Der findes tilsvarende SMG-effektstørrelser vurderet med CALIS, varierende fra 0,41 (95% CI [0,13; 0,70], $p < 0,001$) og 0,99 (95% CI [0,60; 1,39], $p < 0,001$), hvor de højeste effektstørrelser findes blandt forældres vurdering af barnets funktionsniveau. Forældrenes og børnenes vurdering af effekt for henholdsvis symptomreduktion og funktionsniveau er således fra knapt medium til høj.

Da dette systematiske review viser, at en stor andel af deltagerne oplever remission af både deres primære og alle angst diagnoser, samt at der findes gode effekter på tværs af ADIS, SCAS og CALIS vurderes Cool Kids og Chilled som relevante at fastholde og udbrede mere i klinisk praksis.

Referencer

- Alberdi, F., & Möhl, B. (2017) Angst. In: Simonsen E. & Möhl B. (ed.) *Grundbog i Psykiatri* (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag (*) (24s)
- Arendt, M., & Jørgensen, L. (2018). Kognitiv adfærdsterapi ved angst. In Jørgensen L. & Schlander C. (ed.) *Kognitiv adfærdsterapi med børn, unge og familier* (1. udg. pp. 151-191). København: Hans Reitzels forlag (*) (40s)
- Arendt, M., & Kjær, S. (2017). *Kort & godt om angst* (1. udgave. 1. oplag.). København: Dansk Psykologisk Forlag. (105s)
- Arendt, K., Thastum, M., & Hougaard, E. (2016). Efficacy of a Danish version of the Cool Kids program: a randomized wait-list controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(2), 109–121. doi: doi.org/10.1111/acps.12448 (13s)
- Arendt, K., Thastum, M., & Hougaard, E. (2016b). Homework Adherence and Cognitive Behaviour Treatment Outcome for Children and Adolescents with Anxiety Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(2), 225–235. doi:10.1017/S1352465815000429 (10s)
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2011) *Introduction to Meta-Analysis* (1. udg.). John Wiley & Sons. Kap 40 (8s)
- Berry, K., & Hunt, C. J. (2009). Evaluation of an intervention program for anxious adolescent boys who are bullied at school. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 45(4), 376–382. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.04.023 (6s)
- Carr, A. (2016). The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: *A contextual approach* (3. udg.). Routledge. doi:[10.4324/9781315744230](https://doi.org/10.4324/9781315744230). kap. 12 (*) (73s)
- Chalfant, A. M., Rapee, R., & Carroll, L. (2007). Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders: A controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1842–1857. doi:[10.1007/s10803-006-0318-4](https://doi.org/10.1007/s10803-006-0318-4) (15s)

- Chatterton, M. L., Rapee, R. M., Catchpool, M., Lynham, H. J., Wuthrich, V., Hudson, J. L., Kangas, M., & Mihalopoulos, C. (2019). Economic evaluation of stepped care for the management of childhood anxiety disorders: Results from a randomised trial. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(7), 673–682. doi: 10.1177/0004867418823272 (9s)
- Chavira, D. A., Drahota, A., Garland, A. F., Roesch, S., Garcia, M., & Stein, M. B. (2014). Feasibility of two modes of treatment delivery for child anxiety in primary care. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 60–66. doi:10.1016/j.brat.2014.06.010 (6s)
- Creswell, C., Cruddace, S., Gerry, S., Gitau, R., McIntosh, E., Mollison, J., Murray, L., Shafran, R., Stein, A., Violato, M., Voysey, M., Willetts, L., Williams, N., Yu, L., & Cooper, P. J. (2015). Treatment of childhood anxiety disorder in the context of maternal anxiety disorder: a randomised controlled trial and economic analysis. *Winchester, England: Health Technology Assessment*, 19(38). doi:10.3310/hta19380
- Dansk Psykologforening (2012) Principerklæringen om evidensbaseret psykologisk praksis <https://www.dp.dk/wp-content/uploads/2023/04/DP-Principerklæring-om-evidensbaseret-psykologisk-praksis-med-11.-januar-2012.pdf> (3s)
- Djurhuus, I. D., & Bikic, A. (2019). Is the Cool Kids programme working in outpatient psychiatric clinics? A Danish naturalistic effectiveness study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(2), 141–148. doi:10.1080/08039488.2019.1574893 (7s)
- Faraone, S.V. (2008). Interpreting Estimates of Treatment Effects – Implications for managed care, *Pharmacy and Therapeutics*, 33(12), pp. 700-711 (*) (11s)
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using SPSS* (5th ed.). Sage Publishers. Kap 3. (*) (38s)
- Govani, S. M., & Higgins, P. D. R. (2012). How to read a clinical trial paper: a lesson in basic trial statistics. *Gastroenterology & Hepatology*, 8(4), 241–248.(*) (8s)

- Haugland, B. S. M., Haaland, Å T., Baste, V., Bjaastad, J. F., Hoffart, A., Rapee, R. M., Raknes, S., Himle, J. A., Husabø, E., & Wergeland, G. J. (2020). Effectiveness of Brief and Standard School-Based Cognitive-Behavioral Interventions for Adolescents With Anxiety: A Randomized Noninferiority Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(4), 552–564. doi:10.1016/j.jaac.2019.12.003 (4s)
- Haugland, B. S. M., Raknes, S., Haaland, A. T., Wergeland, G. J., Bjaastad, J. F., Baste, V., Himle, J., Rapee, R., & Hoffart, A. (2017). School-based cognitive behavioral interventions for anxious youth: study protocol for a randomized controlled trial. *Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine*, 18(1), doi:100–9. 10.1186/s13063-017-1831-9 (12s)
- Higgins, J., & Green, S. (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (1. udg., pp. 187–241). John Wiley & Sons. Kap 8 (54)
- Higgins, J. P. T., Savović, J., Page, M. J., & Sterne, J. A. C. (Eds.). (2019b). Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2). *BMJ*. <https://www.riskofbias.info/welcome/rob-2-0-too> (72s)
- Hougaard, E., Thastum, M., Bøye, R., (2012), Undersøgelsesmetoder ved angst og angst tilstande. In Ellass, P., Ivanouw, J., Mortensen, E., L., Poulsen, S., Rosenbaum, B., *Assessmentmetoder Håndbog for psykologer og psykiatere* (1. udg. pp. 213-231). Dansk Psykologisk Forlag. (*) (18s)
- Hudson, J. L., McLellan, L. F., Eapen, V., Rapee, R. M., Wuthrich, V., & Lyneham, H. J. (2023). Combining CBT and sertraline does not enhance outcomes for anxious youth: a double-blind randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 53(5), 1741–1749. doi: 10.1017/S0033291721003329 (8s)
- Hudson, J. L., Rapee, R. M., Deveney, C., Schniering, C. A., Lyneham, H. J., & Bovopoulos, N. (2009). Cognitive-behavioral treatment versus an active control for children and adolescents with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 533–544. doi: 10.1097/CHI.0b013e31819c2401 (11s)

- Husabo, E., Haugland, B. S. M., McLeod, B. D., Baste, V., Haaland, Å T., Bjaastad, J. F., Hoffart, A., Raknes, S., Fjermestad, K. W., Rapee, R. M., Ogden, T., & Wergeland, G. J. (2022). Treatment fidelity in brief versus standard-length school-based interventions for youth with anxiety. *School Mental Health: A Multidisciplinary Research and Practice Journal*, 14(1), 49–62. doi:10.1007/s12310-021-09458-2 (13s)
- Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. (2023). *Psykiatriske diagnoser og kontakter blandt børn og unge i 2012-2022*. <https://www.benchmark.dk/Media/638222479988537903/Analysenotat%20-%20Psykiatriske%20diagnoser%20og%20kontak-ter%20blandt%20b%C3%B8rn%20og%20unge%20i%202012-2022.pdf> (17s)
- Juul, S., Bech, B.H., Dahm, C.C., Rytter, D. (2017) *Epidemiologi og Evidens 3. udgave*, Munksgaard, København kap 6 + 9+ 10 (*) (48s)
- Kaasbøll, J., & Brøndbo, P. H. (2023). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket: Cool Kids (1. udg.). *Ungsinn. Tidsskrift for Virksomme Tiltak for Barn Og Unge*, 15(2). doi:10.7557/25.7289 (20s)
- Kilburn, T. R., Rapee, R. M., Lyneham, H. J., Thastum, M., & Thomsen, P. H. (2024). Testing a cognitive behavioural therapy program for anxiety in autistic adolescents: A feasibility study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(5), 421–430. doi:10.1080/08039488.2024.2338206 (9s)
- Kilburn, T. R., Sørensen, M. J., Thastum, M., Rapee, R. M., Rask, C. U., Arendt, K. B., Carlsen, A. H., & Thomsen, P. H. (2023). Group Based Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorder: A Randomised Controlled Trial in a General Child Psychiatric Hospital Setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(2), 525–538. doi:10.1007/s10803-020-04471-x (13s)
- Lassen, N. F., Hougaard, E., Arendt, K. B., & Thastum, M. (2019). A disorder-specific group cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in adolescents: study protocol for a randomized controlled study. *Current*

Controlled Trials in Cardiovascular Medicine, 20(1) 1-12.
doi:10.1186/s13063-019-3885-3 (12s)

Lefebvre, C., Glanville, J., Briscoe, S., Littlewood, A., Marshall, C., Metzendorf, M., Noel-Storr, A., Rader, T., Shokraneh, F., Thomas, J., Wieland, L. S., Page, M. J., Li, T., Higgins, J. P. T., Chandler, J., Cumpston, M., & Welch, V. A. (2019). Searching for and selecting studies. In J., P., T., Higgins, J., Thomas, J., Chandler, M., Cumpston, T., Li, M., J., Page & V., A., Welch (Eds.) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (2. udg. pp. 67–107). John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9781119536604.ch4> (40s)

Lundkvist-Houndoumadi, I., Thastum, M., & Nielsen, K. (2016). Parents' difficulties as co-therapists in CBT among non-responding youths with anxiety disorders: Parent and therapist experiences. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(3), 477–490. doi:10.1177/1359104515615641 (14s)

Lyneham, H.J., Abbott, M. J., Wignall, A. & Rapee, R.M., (2003). *The Cool Kids program Children's work book*. MUARU: Macquarie University, Sydney. (1-78) (78s)

Lyneham, H. J., Sburlati, E. S., Abbott, M. J., Rapee, R. M., Hudson, J. L., Tolin, D. F., & Carlson, S. E. (2013). Psychometric properties of the Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS). *Journal of Anxiety Disorders*, 27(7), 711–719. doi:10.1016/j.janxdis.2013.09.008 (8s)

Lyneham, H.J., Schniering, C.A. Wignall, A. & Rapee, R.M., (2006a). *Cool Kids angst program - den unges arbejdsbog*. Oversat og bearbejdet af Lisbeth Jørgensen og Ingrid Hardy Graversen. Psykologisk Institut, Aarhus universitet (3-104) (101 s)

Lyneham, H.J., Schniering, C.A. Wignall, A. & Rapee, R.M., (2006b). *The Cool Kids© Adolescent Anxiety Program parent Companion*. Centre for Emotional Health. (1-53) (53s)

Lyneham, H.J., Wignall, A. & Rapee, R.M., (2008). *Helping your Axious Child Children's workbook* (2. ed) Centre for Emotional Health, Macquaire University: Sydney, Australia. (1-90) (90s)

- Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., Ockene, J., & Kaplan, R. (2009). The Selection and Design of Control Conditions for Randomized Controlled Trials of Psychological Interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 275–284. [doi:10.1159/000228248](https://doi.org/10.1159/000228248) (11s)
- McGough, J.J. & Faraone, S.V. (2009). Estimating the Size of Treatment Effects: Moving beyond P values. *Psychiatry (Edgmont)*, 6(10), pp. 21-29. * (9 s)
- MacMillan, F., McBride, K. A., George, E. S., Steiner, G. Z., & Liamputtong, P. (2019). Conducting a Systematic Review: A Practical Guide. In Liamputtong, P., (Eds.) *Handbook of 99 Research Methods in Health Social Sciences* (pp. 805–826). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_113 (*) (22s)
- McKay, D., & Storch, E. A. (Eds.). (2023). *Handbook of child and adolescent anxiety disorders* (Second edition.). Springer. kap 4 (9s)
- McKenzie, J. E., Brennan, S. E., Ryan, R. E., Thomson, H. J., Johnston, R. V., Thomas, J., Page, M. J., Li, T., Higgins, J. P. T., Chandler, J., Cumpston, M., & Welch, V. A. (2019). Defining the criteria for including studies and how they will be grouped for the synthesis. In J., P., T., Higgins, J., Thomas, J., Chandler, M., Cumpston, T., Li, M., J., Page & V., A., Welch (Eds.) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (pp. 33–65). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119536604.ch3> (32s)
- Meta-Analysis Accelerator (2025) *Calculate the Standard Deviation (SD) from the Standard Error (SE)*. Tilgæt d. 18.03.2025 <https://meta-converter.com/conversions/sd-se>
- Munder, T., & Barth, J. (2018). Cochrane's risk of bias tool in the context of psychotherapy outcome research. *Psychotherapy Research*, 28(3), 347–355. [doi:10.1080/10503307.2017.1411628](https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1411628) (8s)
- Muris, P. (2007). *Normal and abnormal fear and anxiety in children and adolescents* (1 udg. Pp. 1-30). Elsevier. kap 1. (30s)

- Mychailyszyn, M. P. (2017). “Cool” Youth: A Systematic Review and Comprehensive Meta-Analytic Synthesis of Data From the Cool Kids Family of Intervention Programs. *Canadian Psychology = Psychologie Canadienne*, 58(2), 105–115. [doi:10.1037/cap0000101](https://doi.org/10.1037/cap0000101) (10s)
- Nejadghaderi, S. A., Balibegloo, M., & Rezaei, N. (2024). The Cochrane risk of bias assessment tool 2 (RoB 2) versus the original RoB: A perspective on the pros and cons. *Health Science Reports*, 7(6), 1-6. [doi:10.1002/hsr2.2165](https://doi.org/10.1002/hsr2.2165) (7s)
- O’Brien, S., F., Yi, Q., L., (2016). How do I interpret a confidence interval? *Transfusion*, 56, 1680-1683. [doi:10.1111/trf.13635](https://doi.org/10.1111/trf.13635) (*) (4 s)
- Perdices, M. (2018). Null Hypothesis Significance Testing, p-values, Effects Sizes and Confidence Intervals. *Brain Impairment*, 19(1), 70–80. [doi:10.1017/BrImp.2017.28](https://doi.org/10.1017/BrImp.2017.28) (10 s)
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49–57. [doi:10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3) (8s)
- Prisma. (u.d.) *Welcome to the PRISMA website* [PRISMA statement](https://www.prisma-statement.org/). Hentet d. 3. marts 2025
- Rapee, R. M., Abbott, M. J., & Lyneham, H. J. (2006). Bibliotherapy for Children With Anxiety Disorders Using Written Materials for Parents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 436–444. [doi:10.1037/0022-006X.74.3.43](https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.43)
- Rapee, R.M., Lyneham, H.J., Schniering, C.A., Wuthrich, V.Abbott, M.A., Hudson J.L., & Wignall, A., (2006b). *The Cool Kids And Adolescent Anxiety Program Therapist manual*. Centre for Emotional Health, Macquarie University: Sydney 2-118 (116s)
- Rapee, R. M., Lyneham, H. J., Wuthrich, V., Chatterton, M. L., Hudson, J. L., Kangas, M., & Mihalopoulos, C. (2021). Low intensity treatment for clinically anxious youth: a randomised controlled comparison against face-to-face intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(7), 1071–1079. [doi:10.1007/s00787-020-01596-3](https://doi.org/10.1007/s00787-020-01596-3) (8s)

- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 311–341. [doi:10.1146/annurev.clin-psy.032408.153628](https://doi.org/10.1146/annurev.clin-psy.032408.153628) (30s)
- Rapee, R. M., Wignall, S. H., Spence, v. Cobhm og H., Lyneham (2024). Hjælp dit ængstelige barn. (3. udg. pp. 21-54). Dansk Psykologisk Forlag. Kap 1 (33s)
- Sciberras, E., Efron, D., Patel, P., Mulraney, M., Lee, K. J., Mihalopoulos, C., Engel, L., Rapee, R. M., Anderson, V., Nicholson, J. M., Schembri, R., & Hiscock, H. (2019). Does the treatment of anxiety in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) using cognitive behavioral therapy improve child and family outcomes? Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 359–3. [doi:10.1186/s12888-019-2276-3](https://doi.org/10.1186/s12888-019-2276-3) (9s)
- Sciberras, E., Mulraney, M., Anderson, V., Rapee, R. M., Nicholson, J. M., Efron, D., Lee, K., Markopoulos, Z., & Hiscock, H. (2018). Managing Anxiety in Children With ADHD Using Cognitive-Behavioral Therapy: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Attention Disorders*, 22(5), 515–520. [doi:10.1177/1087054715584054](https://doi.org/10.1177/1087054715584054) (5s)
- Silverman, W. K., & Rabian, B. (1995). Test-retest reliability of the DSM-III-R childhood anxiety disorders symptoms using the Anxiety Disorders Interview Schedule for children. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(2), 139–150. [doi:10.1016/0887-6185\(94\)00032-8](https://doi.org/10.1016/0887-6185(94)00032-8) (11s)
- Soo, C. A., Tate, R. L., Catroppa, C., Benson, S., McDonald, S., Rapee, R. M., & Anderson, V. (2024). A randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for managing anxiety in adolescents with acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 34(1), 74–102. [doi:10.1080/09602011.2022.2154811](https://doi.org/10.1080/09602011.2022.2154811) (28s)
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545–566. [doi:10.1016/S0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00034-5) (21a)

- Spence, S. H. (u.d.). *SCAS Child version: Overview*. The Spence Children's Anxiety Scale. <https://www.scaswebsite.com/portfolio/scas-child-overview/> tilgået d. 20.03.2025
- Sterne, J. A., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., McAleen, A., Reeves, B., C., Shepperd, S., Shrier, I., Stewart L., A., Tilling, K., White, I., R., Whiting, P., F., Higgins, J., P., T., (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 1-7. [doi:10.1136/bmj.l4898](https://doi.org/10.1136/bmj.l4898) (8s)
- Sundhedsstyrelsen (2019). *Behandling af angst hos børn og unge. National klinisk retningslinje*. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/NKR-behandling-af-angst-hos-b%C3%B8rn-og-unge/National-klinisk-retningslinje-angst-hos-boern-og-unge.ashx> (71s)
- Sundhedsstyrelsen. (2022). *Status på området. I Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser: Fagligt oplæg til en 10-årsplan* Sundhedsstyrelsen. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/psykiatrplan/10AARS_PSYK-PLAN_260122_LOW.ashx (s. 50-65). (15s)
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., Koo, S., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for anxious children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. *Journal of contextual behavioral science*, 4(1), 56–67. [doi:10.1186/1745-6215-14-140](https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-140) (12s)
- Thompson, B. (2002) “Statistical”, “Practical”, and “Clinical”: How Many Kinds of Significance Do Counsellors Need to Consider, *Journal of Counseling & Development*, 80, 64-71. doi: [10.1002/j.1556-6678.2002.tb00167.x](https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00167.x) (*) (8 sider)
- WHO ICD-10 (1994). *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: Klassifikation og diagnostiske kriterier*. (1. udg.). København: Munkgaard. F4, F9 (44s)

Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., McLellan, L., Wignall, A., Jagiello, T., Norberg, M., & Belcher, J. (2021). Psychological stepped care for anxious adolescents in community mental health services: A pilot effectiveness trial. *Psychiatry Research*, 303, doi:10.1016/j.psychres.2021.114066 (4s)

Ny litteratur: 1246

Genbrugt litteratur (markeret med *): 294

I alt: 1.539

Bilag 1 Søgestreng i PsycInfo

286 Results for (((**(IndexTermsFilt:** ("Cognitive Behavior Therapy")) OR (**(title:** ("Cool Kids")) OR (**(title:** ("Cognitive Behavioral Therapy")) OR (**(title:** ("Cognitive Behavior Therapy")) OR (**(title:** ("Cognitive Behaviour Therapy")) OR (**(title:** ("Cognitive Behavior Intervention*")) OR (**(title:** ("Cognitive Behaviour Intervention*")) OR (**(title:** ("Cognitive Behavior Treatment*")) OR (**(title:** ("Cognitive Behaviour Treatment*")) OR (**(title:** ("Cognitive Behavioral Treatment*")) OR (**(title:** ("Cognitive Behavioural Treatment*")) OR (**(title:** ("Cognitive behavioural therapy")) OR (**(title:** ("Cognitive Behavioral Intervention*")) OR (**(title:** ("Cognitive Behavioural Intervention*")) OR (**(title:** ("Child*")) OR (**(abstract:** ("Cool Kids")) OR (**(abstract:** ("Cognitive Behavioral Therapy")) OR (**(abstract:** ("Cognitive Behavior Therapy")) OR (**(abstract:** ("Cognitive Behaviour Therapy")) OR (**(abstract:** ("Cognitive Behavior Intervention*")) OR (**(abstract:** ("Cognitive Behaviour Intervention*")) OR (**(abstract:** ("Cognitive Behavior Treatment*")) OR (**(abstract:** ("Cognitive Behaviour Treatment*")) OR (**(abstract:** ("Cognitive Behavioral Treatment*")) OR (**(abstract:** ("Cognitive Behavioural Treatment*")) OR (**(abstract:** ("Cognitive behavioural therapy")) OR (**(abstract:** ("Cognitive Behavioral Intervention*")) OR (**(abstract:** ("Cognitive Behavioural Intervention*")) OR (**(abstract:** ("Child*")))))) AND (((**(IndexTermsFilt:** ("Panic Attack")) OR (**(IndexTermsFilt:** ("Panic Disorder")) OR (**(IndexTermsFilt:** ("Anxiety Disorders")) OR (**(IndexTermsFilt:** ("Phobias")) OR (**(IndexTermsFilt:** ("Separation Anxiety Disorder")) OR (**(IndexTermsFilt:** ("Social Anxiety Disorder")) OR (**(IndexTermsFilt:** ("Generalized Anxiety Disorder")) OR (**(IndexTermsFilt:** ("Agoraphobia")) OR (**(IndexTermsFilt:** ("Social Phobia")))) OR (((**(title:** ("Anxiety disorder*")) OR (**(title:** (Phobic)) OR (**(title:** (Phobia*)) OR (**(title:** (Agoraphobia)) OR (**(title:** ("Panic Disorder*")) OR (**(title:** ("Panic Attack*")) OR (**(title:** (Anxioussymptom*)) OR (**(title:** ("anxiety diagnose*")) OR (**(title:** ("anxiety symptom*")) OR (**(title:** ("Generalized Anxiety Disorder")) OR (**(title:** ("Social Phobia*")) OR (**(title:** ("Social anxiet*")) OR (**(title:** ("Separation Anxiet*")) OR (**(title:** ("Panic anxiet*")) OR (**(title:** (anxiet*)) OR (**(abstract:** ("Anxiety disorder*")) OR (**(abstract:** (Phobic)) OR (**(abstract:** (Phobia*)) OR (**(abstract:** (Agoraphobia)) OR (**(abstract:** ("Panic Disorder*")) OR (**(abstract:** ("Panic Attack*")) OR (**(abstract:** (Anxioussymptom*)) OR (**(abstract:** ("anxiety diagnose*")) OR (**(abstract:** ("anxiety symptom*")) OR (**(abstract:** ("Generalized Anxiety Disorder")) OR (**(abstract:** ("Social Phobia*")) OR (**(abstract:** ("Social anxiet*")) OR (**(abstract:** ("Separation Anxiet*")) OR (**(abstract:** ("Panic anxiet*")) OR (**(abstract:** (anxiet*))))) AND (((**(IndexTermsFilt:** ("Primary School Students")) OR (**(IndexTermsFilt:** ("Elementary Schools")) OR (**(IndexTermsFilt:** ("Elementary School Students")))) OR (((**(title:** (Child*)) OR (**(title:** (Kids)) OR (**(title:** (Youth)) OR (**(title:** (Teenager*)) OR (**(title:** (Adolescen*)) OR (**(title:** ("Young people")) OR (**(title:** (Junior*)) OR (**(title:** (Preschool*)) OR (**(title:** ("Early childhood")) OR (**(title:** ("Primary school*")) OR (**(title:** ("Elementary school*")) OR (**(title:** ("High school*")) OR (**(title:** (boy*)) OR (**(title:** (girl*)) OR (**(abstract:** (Child*)) OR (**(abstract:** (Kids)) OR (**(abstract:** (Youth)) OR (**(abstract:** (Teenager*)) OR (**(abstract:** (Adolescen*)) OR (**(abstract:** ("Young people")) OR (**(abstract:** (Junior*)) OR (**(abstract:** (Preschool*)) OR (**(abstract:** ("Early childhood")) OR (**(abstract:** ("Primary school*")) OR (**(abstract:** ("Elementary

school*")) OR (**abstract:** ("High school*")) OR (**abstract:** (boy*)) OR (**abstract:** (girl*)))) AND **Methodology:** Clinical Trial