

Tredje bølge kognitiv terapi til behandling af børn og unge med angst

Et systematisk review og metaanalyse

Rapportens samlede antal tegn
(med mellemrum & fodnoter): 135586
Svarende til antal normalsider à 2400 tegn: 56,5

Amalie Holst Bøgh, Studienummer: 20192976
Vejleder: Cecilie Marie Schmidt Thøgersen

10. Semester, Psykologi, Speciale
Aalborg Universitet
Dato: 30.05.2025

Abstract

Background: This study aims to provide a systematic review and meta-analysis based on existing literature on the effectiveness of third wave cognitive therapy in reducing anxiety symptoms in children and youth with anxiety.

Methods: The systematic review and meta-analysis was guided by the PRISMA 2020 checklist. The final search took place on the 21st of February 2025 in the following two databases; PsycInfo and PubMed. The screening process was guided by specific selection criteria. In order to assess risk of bias in the included studies the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool was used. The meta-analysis was performed in SPSS using a random effects model.

Results: Nine studies were included in the systematic review. The included studies aimed to investigate the treatment effect of either ACT, MCT or MBT. Although there was variation in study design, all included studies measured level of anxiety at baseline and post intervention. All interventions were group based. Investigation of therapeutic elements revealed both differences and similarities across ACT, MCT and MBT. The meta-analysis found a significant treatment effect on anxiety symptoms after the intervention $d=1,08$ (CI 95%: 0,69-1,46). There was a notable alignment between child and parent reports regarding the effectiveness of the intervention.

Discussion: Different variations among the included studies, such as variations in intervention methods, outcome measure, sample characteristics and size contribute to the observed statistical heterogeneity ($I^2=66\%$). This moderate high level of heterogeneity affects the precision and validity of the results. Furthermore, the risk of bias assessment rated all studies as either moderate or strong. The fact that the review only has one author is considered a limitation.

Conclusion: Despite the relatively high level of heterogeneity the meta-analysis shows that third wave cognitive therapy has a significant treatment effect on reducing anxiety symptoms in children and youth with anxiety. This reach field is still relatively limited and new, why future reach should focus on comparing third wave cognitive therapy with the preferred treatment of anxiety, cognitive behavior therapy.

Indholdsfortegnelse

1.	INTRODUKTION	1
1.1	INDLEDNING.....	1
1.2	FORSKNINGSPØRGSMÅL.....	3
1.3	AFGRÆNSNING	3
1.4	RATIONALE.....	3
2.	TEORI.....	5
2.1	ANGST HOS BØRN OG UNGE.....	5
2.1.1	<i>Generaliseret angst</i>	6
2.1.2	<i>Socialangst</i>	7
2.1.3	<i>Separationsangst</i>	8
2.1.4	<i>Specifik fobi</i>	8
2.2	PSYKOTERAPEUTISK BEHANDLING TIL BØRN OG UNGE	9
2.2.1	<i>Acceptance and Commitment Therapy (ACT)</i>	10
2.2.2	<i>Metakognitiv terapi (MCT)</i>	11
2.2.3	<i>Mindfulnessbaseret terapi (MBT)</i>	12
2.2.4	<i>Compassion fokuseret terapi (CFT)</i>	13
2.3	MÅLING AF ANGSTSYMPTOMER HOS BØRN OG UNGE.....	14
3.	METODE.....	14
3.1	VIDENSKABSTEORI.....	15
3.2	SYSTEMATISK REVIEW	16
3.3	UDARBEJDELSEN AF DET SYSTEMATISKE REVIEW	16
3.3.1	<i>PICO</i>	17
3.3.2	<i>PRISMA</i>	18
3.3.3	<i>Søgestrategi og valgte databaser</i>	18
3.3.4	<i>Søgeprocessen</i>	19
3.3.5	<i>Selektionskriterier</i>	20
3.3.5	<i>Argumentation for selektionskriterier</i>	21
3.3.6	<i>Selektionsproces</i>	22
3.3.7	<i>Dataindsamlingsproces</i>	22
3.4	KVALITETSVURDERING.....	23
3.4.1	<i>Effective Public Health Practice Project Quality Assessment tool</i>	23
3.5	METAANALYSE	24
3.5.1	<i>Fixed og random effect modeller</i>	25
3.5.2	<i>Effektstørrelse og p-værdi</i>	25
3.5.3	<i>Forest plot</i>	26
3.5.4	<i>Test for heterogenitet</i>	26

4.	RESULTATER	27
4.1	UDVÆLGELSE AF STUDIER	27
4.2	KARAKTERISTIK AF DE INKLUDEREDE STUDIER.....	28
4.3	KARAKTERISTIK AF INTERVENTIONERNE.....	31
4.4	KARAKTERISTIK AF INDHOLDET I INTERVENTIONERNE	32
4.5	KVALITETSVURDERING AF DE INKLUDEREDE STUDIER.....	34
4.6	ARGUMENTATION FOR EN METAANALYSE	36
4.7	METAANALYSE	37
	4.7.1 <i>Baseline til post</i>	37
	4.7.2 <i>Børnenes og forældrenes rapportering</i>	38
5.	DISKUSSION.....	40
5.1	HOVEDFUND	40
	5.1.1 <i>Elementer i terapien</i>	42
	5.1.2 <i>Børnenes og forældrenes rapportering</i>	44
	5.1.3 <i>Frafald og fremmøde</i>	45
5.2	VARIATION BLANDT DE INKLUDEREDE STUDIER	46
	5.2.1 <i>Klinisk heterogenitet</i>	47
	5.2.2 <i>Metodologisk heterogenitet</i>	49
	5.2.3 <i>Statistik heterogenitet</i>	51
	5.2.3 <i>Kvalitetsvurdering</i>	52
5.3	DISKUSSION AF ANVENDT METODE OG PROCES	53
5.4	SYSTEMATISK REVIEW OG METAANALYSE SOM METODE	55
5.5	KLINISK RELEVANS	57
5.6	FREMTIDIG FORSKNING	58
6.	KONKLUSION	60
	REFERENCELISTE.....	62

1. Introduktion

Introduktionsafsnittet indeholder først en indledning som munder ud i reviewets forskningsspørgsmål. Herefter følger en afgrænsning af forskningsspørgsmålet samt rationale bag nærværende undersøgelse.

1.1 Indledning

Angstlidelser er de hyppigst forekommende psykiske lidelser hos både børn, unge og voksne. På baggrund af repræsentative befolkningsundersøgelser skønnes risikoen for at opfylde kriterierne for en angstlidelse inden 18-års alderen at være omkring 15% (Hougaard, 2012). Børn og unge, der lider af angst, ender i højere grad end andre børn og unge med at blive isoleret socialt. Ofte tør de ikke tage initiativer, da de frygter, at det kan udløse en uforudset situation, som kan udløse deres angst. Derudover kan et højt niveau af angst få negative konsekvenser for barnet eller den unges kognitive funktioner, og føre til forringelse af deres indlæring (Esbjørn et al., 2012a). Angstlidelserne fraset OCD bliver i flere tilfælde betragtet som for lette til psykiatrisk behandling. Desuden har kommunernes pædagogiske psykologiske rådgivning indtil nu ikke haft ressourcer til at tilbyde psykoterapi til denne gruppe af børn og unge (Hougaard, 2012). Jeg har gennem min praktikperiode og efterfølgende ansættelse i Ungerådgivningen i Aalborg Kommune oplevet, hvordan børn og unge med angst risikerer ikke at få tilstrækkelig behandling og støtte til de udfordringer, de har i hverdagen. I mange af de tilfælde jeg har set, synes det på den ene side at skyldes, at deres lidelse ikke er udtalt nok til, at de kvalificerer til at være patienter i psykiatrien. På den anden side er det heller ikke en gruppe, som nødvendigvis gør meget væsen af sig i skolen, hvorfor udfordringerne heller ikke altid opspores eller afhjælpes i denne sammenhæng. Dette kan betyde, at denne målgruppe ofte går længere tid uden behandling til trods for, at angsten kan have negativ betydning for deres sociale og kognitive udvikling samt forringe deres livskvalitet.

I 2024 er alle landets kommuner dog blevet pålagt at etablere lettilgængelige behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel. Målgruppen for tilbuddet er børn og unge med let til moderat nedsat funktionsniveau, som eksempelvis skyldes tristhed,

uro eller bekymringer. Tilbuddet skal bidrage til, at børn og unge i psykisk mistrivsel får lettere adgang til at få afdækket behandlingsbehov og eventuelt behandling. Disse behandlingstilbud skal i udgangspunktet være samtaleterapi enten individuelt eller gruppebaseret (Sundhedsstyrelsen, 2024). Da angst er en af de hyppigst forekommende psykiske lidelser, sammenholdt med at børn og unge med angst ofte ikke kvalificerer til behandling i psykiatrisk regi, synes det sandsynligt, at denne gruppe vil gøre brug af og være målgruppe for dette nye tilbud.

Men hvordan behandler vi bedst børn og unge med angst? Ifølge de nationale kliniske retningslinjer bør man tilbyde kognitive adfærdsterapeutiske behandlingsprogrammer til børn og unge med angst. Derudover er det beskrevet, at det er god praksis at overveje anvendelse af andre psykoterapiretninger med dokumenteret effekt (Sundhedsstyrelsen, 2019). På nuværende tidspunkt viser forskningen at op mod 50% af børn og unge med angst, som behandles med kognitiv adfærdsterapi (KAT), ikke bliver fri af deres diagnose efter behandlingen (Warwick et al., 2017). På den baggrund vurderes det relevant, at undersøge om der kan dokumenteres effekt ved andre psykoterapiretninger til reducere af angstsymptomer hos børn og unge. I de nationale kliniske retningslinjer for behandling af angst hos voksne nævnes compassion-fokuseret terapi, metakognitiv terapi, Acceptance and Commitment Therapy og mindfulness (Sundhedsstyrelsen, 2021). Disse hører alle under paraplybetegnelsen tredje bølge kognitiv terapi (Rosenberg et al., 2012). Et relevant spørgsmål i denne sammenhæng er derfor, om disse terapiformer også kan have effekt til behandlingen af børn og unge med angst? Og kunne disse udgøre et alternativ eller supplement til KAT, og på den baggrund implementeres i de nye tilbud om lettilgængelig behandling i kommunerne?

Da en stor procentdel af børn og unge med angst ikke opnår tilstrækkelig effekt af den nuværende behandling sammenholdt med, at det i kraft af det nye behandlingstilbud skal besluttes, hvilken behandling denne målgruppe skal tilbydes, er det fundet relevant, at undersøge om andre terapiretninger har effekt. I retningslinjerne for behandling af voksne med angst nævnes forskellige terapiformer inden for tredje bølge kognitiv terapi. På den baggrund er det interessant at undersøge netop disse til behandlingen af børn og unge med angst. Ønsket med dette systematiske review er derfor at undersøge, hvorvidt psykoterapeutiske retninger inden for tredje bølge kognitiv

terapi er effektive i behandlingen af børn og unge med angst. Dette leder til følgende forskningsspørgsmål;

1.2. Forskningsspørgsmål

Hvilken effekt har tredje bølge kognitiv terapi på redueringen af angstsymptomer hos børn og unge?

1.3 Afgrænsning

I forbindelse med forskningsspørgsmålet henviser tredje bølge kognitiv terapi til terapiformerne; Acceptance and Commitment Therapy (ACT), compassion-fokuseret terapi (CFT), metakognitiv terapi (MCT) og mindfulness baseret terapi (MBT). Effekt forstås som forskellen på outcomemålet fra før behandlingen til efter behandlingen. Reducering af angstsymptomer operationaliseres som et fald i score på et standardiseret måleinstrument til måling af angstsymptomer hos børn og unge. Yderligere uddybning følger i senere teorigang. Børn og unge afgrænses til personer under 18 år. Af hensyn til læsevenlighed benyttes betegnelsen børn om målgruppen i resultatafsnittet. I de øvrige afsnit anvendes betegnelsen børn og unge, med undtagelse af teorigangene, hvor patienten/klienten af og til benyttes for at fastholde den terminologi, som anvendes i de oprindelige teorier.

1.4 Rationale

Indledningsvist er det fundet relevant at undersøge, om der foreligger forskning, som relaterer sig til denne undersøgelses forskningsspørgsmål. Forskningsområdet angående tredje bølge kognitiv terapi til behandling af børn og unge med angst synes dog, på baggrund af denne litteratursøgning, at være relativt nyt og begrænset. Det har været muligt at finde et systematisk review og metaanalyse, som undersøger effekten af mindfulness-baserede interventioner (Borquist-Conlon et al., 2019), og et som undersøger effekten af gruppebaseret ACT (Burley & McAloon, 2024) til børn og unge med angst.

Reviewet af Borquist-Conlon og kollegaer (2019) inkluderer fem studier, som har undersøgt forskellige mindfulness-baserede interventioner til børn og unge med angst. De finder, at disse interventioner har en moderat og statistisk signifikant effekt

(Hedge's $g=0.62$) på redueringen af børnenes angstsymptomer. Det er væsentligt at påpege, at mindfulness-baserede interventioner i denne forbindelse blandt andet inkluderer mindfulness-baseret stresshåndtering, mindfulness-baseret kognitiv terapi, ACT og dialektisk adfærdsterapi. Ligeledes er det værd at bemærke, at børn og unge som lider af diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) blev inkluderet i reviewet. På dette punkt adskiller undersøgelsen af Borquist-Conlon og kollegaer (2019) sig fra nærværende review både i forhold til målgruppe og interventioner. I det systematiske review af Burley og McAloon (2024) inkluderes ni artikler, som undersøger effekten af gruppebaseret ACT på angstsymptomer hos børn og unge. De fandt i den forbindelse, at ACT har en moderat og signifikant effekt (Hedge's $g=0.542$) efter interventionen, samt at angstsymptomerne blev yderligere reduceret ved follow-up målingerne (Burley & McAloon, 2024). Det må dog påpeges, at reviewet af Burley og McAloon (2024) inkluderede deltagere på op til 20 år samt deltagere, som ikke har angst på et klinisk signifikant niveau. På dette område adskiller målgruppen i studiet af Burley og McAloon (2024) sig fra den, der er fokus for nærværende review.

I forhold til at benytte tredje bølge kognitiv terapi til behandling af børn og unge har det været muligt at finde en systematisk review og metaanalyse af Perkins og kollegaer (2023). Studiet havde til formål at undersøge effekten af tredje bølge kognitiv terapi, herunder terapiformerne ACT, MCT, MBT og CFT på børn og unge. Studiet af Perkins og kollegaer (2023) er således relevant for nærværende undersøgelse, da de har undersøgt effekten af de samme terapiretninger til behandling af børn og unge, som denne undersøgelse har til hensigt. Dog er det væsentligt at påpege, at studiet ikke har haft fokus på angst, men bredt på en lang række psykiske udfordringer, hvorfor denne undersøgelse adskiller sig markant fra nærværende review. I reviewet af Perkins og kollegaer (2023) blev der inkluderet 50 randomiserede kontrollerede forsøgsstudier. En stor del af disse studier blev dog vurderet til at have en ringe kvalitet. Når disse studier blev frasorteret, fandt forfatterne, at tredje bølge kognitiv terapi havde en signifikant effekt (Hedge's $g=-0,55$) på blandt andet emotionelle og internaliserings vanskeligheder når de sammenlignede med kontrolgrupperne (Perkins et al., 2023). Dette er et interessant fund i forhold til denne undersøgelse, da angst kan kategoriseres under disse former for vanskeligheder.

Der er ikke fundet tidligere reviews med fokus på effekten af henholdsvis; MCT, CFT eller tredje bølge kognitiv terapi, til behandling af angst hos børn og unge. Dette indikerer et videnshul på området. På baggrund heraf vurderes det relevant at foretage en systematisk gennemgang af den eksisterende empiri vedrørende effekten af ACT, MCT, CFT samt MBT på angstsymptomer hos børn og unge. En sådan kortlægning kan bidrage med et opdateret overblik over den aktuelle forskning, og kan bidrage til at danne et empirisk grundlag for anbefalinger om behandlingsindsatser. Dette synes særligt relevant i en tid, hvor kommunerne har fået ansvar for at tilbyde behandling til børn og unge i psykisk mistrivsel.

2. Teori

I følgende teoriafsnit redegøres først for angstlidelser hos børn og unge herunder; generaliseret angst, socialangst, separationsangst og specifik fobi. Herefter følger en række afsnit om psykoterapeutisk behandling til børn og unge herunder terapiformerne ACT, MCT, MBT og CFT. Slutteligt indeholder afsnittet en beskrivelse af, hvordan angstsymptomer kan måles hos børn og unge.

2.1 Angst hos børn og unge

Angst er en grundfølelse, og dermed er alle mennesker disponeret til at føle angst og uro, de fleste vil opleve symptomer på angst fra tid til anden, dog uden at det kvalificerer til en angstdiagnose. For at angsten kvalificerer til en diagnose, skal symptomerne først og fremmest være til stede i et sådant omfang, at det medfører væsentlige begrænsninger i muligheden for livsudfoldelse (Lund Madsen, 2021). Symptomerne indbefatter ofte, at barnet eller den unge har overdreven opmærksomhed på potentielle trusler, bekymringer eller tanker om frygtede hændelser eller objekter. Derudover ledsages disse symptomer ofte af somatiske problemer såsom kvalme, hoved- og/eller mavepine. I forlængelse heraf er det ængstelige barn i risiko for at udvikle skolevægring enten på baggrund af angsten i sig selv eller de somatiske symptomer, som både barn og forældre kan forveksle med fysisk sygdom. En del ængstelige børn vil ligeledes undgå interaktioner med jævnaldrende og/eller voksne, hvilket kan få negative konsekvenser for udviklingen af barnets sociale kompetencer.

Barnets eller den unges angst påvirker mange gange hele familien (Breinholst et al., 2012). Det ses ofte, at familien søger at indrette hverdagen med henblik på at kompensere for barnets angst. Dette ses eksempelvis ved, at forældrene hjælper barnet med at undgå de situationer, som udløser angsten, eller forsikrer barnet igen og igen om, at det frygtede ikke er farligt. Disse tilpasninger sker med intentionen om, at lindre barnets ubehag, men ender som oftest med at forstærke barnets sikkerheds- og/eller undgåelsesadfærd og dermed angsten. I behandlingen af barnets angst kan det derfor være hensigtsmæssigt også at inddrage forældrene (Caspersen et al., 2012).

Angst hos børn og unge kan tage mange former og medvirke til en række udfordringer i barnets udvikling. I forhold til diagnosticering benytter vi i Danmark International Classification of Diseases (ICD), og ifølge denne kan følgende angstlidelser forekomme blandt børn og unge; generaliseret angst, separationsangst, socialangst og specifik fobi (Esbjørn et al., 2012b). Beskrivelser af symptomerne for disse diagnoser følger herefter.

2.1.1 Generaliseret angst

Bekymringer er almindelige også for børn og unge, og mange gange kan bekymringerne hjælpe til at løse forskellige hverdagsproblemer. For en gruppe af børn og unge kommer bekymringerne dog til at fylde uhensigtsmæssigt meget i hverdagen og forstyrre deres udvikling. Denne gruppe lider af generaliseret angst (GAD) (Nielsen et al., 2012). Helt centralt for symptombilledet ved GAD er det, at angsten ikke knytter sig til specifikke situationer eller objekter, men kan beskrives som fritløbende. I modsætning hertil ses bekymringerne at knytte sig til afgrænsede emner inden for andre angstlidelser, ved eksempelvis separationsangst centrerer barnets eller den unges bekymringer sig om tab af og/eller adskillelse fra forældrene. Hos børn og unge med GAD flytter eller ændrer bekymringerne sig hele tiden, men kan eksempelvis omhandle sygdom, ulykke, krig og naturkatastrofer. Det er således ikke indholdet af bekymringerne, som adskiller børn og unge med GAD fra børn og unge uden, men intensiteten af dem. I den forbindelse ses det ofte, at mindre hændelser bliver forstørret eller opfattet som katastrofer hos børn og unge med GAD. Bekymringerne kan siges at være overdrevne og ukontrollerbare. Herudover har GAD tendens til at manifestere sig ved en række fysiske symptomer, såsom mavesmerter, anspændthed, søvnbesvær, følelse af uro og manglende evne til at slappe af. Børn og unge med

GAD kan synes kompromisløse, og reagerer ofte med hysteriske anfald eller trods, hvis de udsættes for uvante eller stressende situationer (Nielsen, et al., 2012).

Barnet eller den unge skal have udvist en række symptomer i minimum seks måneder, før diagnosen GAD kan stilles ifølge de diagnostiske kriterier i ICD-10. Symptomerne er i den forbindelse at udvise angstelse og bekymring over flere områder de fleste dage. Bekymringstendensen skal være vanskelig at beherske samt medføre betydeligt ubehag eller funktionsnedsættelse. Disse symptomer skal derudover ledsages af tre af følgende symptomer; rastløshed og anspændthed, træthed, koncentrationsbesvær, irritabilitet, muskelspændinger og/eller søvnforstyrrelser. Endelig må symptomerne ikke kunne forklares ved andre psykiske lidelser, psykoaktive stoffer eller somatiske sygdomme (ICD-10; Esbjørn et al., 2016). GAD forekommer oftest hos ældre skolebørn og unge, med en hyppighed på 1-6% af alle børn (Esbjørn et al., 2012b).

2.1.2 Socialangst

Socialangst er en angstlidelse, hvor frygten centrerer sig om, hvad andre mennesker tænker og synes om én eller om at blive til grin. Dette medfører, at barnet eller den unge så vidt muligt undgår sociale situationer, hvor vedkommende risikerer at møde andres evaluering (Leth & Esbjørn, 2012). Frygten for at præstere foran andre, som eksempelvis at fremlægge foran klassen eller holde en tale, er imidlertid almindelig og noget de fleste børn og unge vil opleve. For at diagnosen socialangst stilles kræves det, at angsten medfører stærkt ubehag eller markant funktionsnedsættelse i forbindelse med eksempelvis uddannelse og i samvær med andre mennesker. Angsten kan på den måde forhindre barnet i at leve et alderssvarende liv samt vanskeliggøre vigtige udviklingstrin (Thastum et al., 2024). Ligeledes forekommer skolevægning ofte sammen med socialangst. Den manglende skolegang medfører yderligere social tilbagetrækning, og i flere tilfælde vil barnet ligeledes afslå fritidsaktiviteter eller ligefrem kontakten til jævnaldrende (Leth & Esbjørn, 2012). Det kan være svært for omgivelserne at få øje på, at et barn eller ung lider af socialangst, da denne gruppe af børn og unge ofte ikke gør meget væsen af sig og holder sig meget for sig selv. I forlængelse heraf kan det være svært for barnet eller den unge at opsøge hjælp eller behandling, da dette netop kræver, at man gør opmærksom på sig selv og sine behov. Derudover forveksles socialangst ofte som almindelig generthed (Thastum et al.,

2024). Socialangst debuterer som regel i 11 til 13-års alderen, og forekommer sjældent hos børn under 10 år. Omtrent 1% af alle børn og unge lider af socialangst og forekommer lige hyppigt blandt drenge og piger (Esbjørn et al., 2012b).

2.1.3 Separationsangst

Det anses som en del af normaludviklingen, at barnet oplever angst ved adskillelse fra primære omsorgspersoner eller udtalt frygt for fremmede mennesker i de første leveår. Er dette stadig til stede i udtalt grad efter 4-5-årsalderen, anses det som ikke alderssvarende og muligvis et symptom på separationsangst. Hvis separationsangsten ikke behandles, kan det få store konsekvenser for barnets sociale udvikling, da det først vil føle sig roligt og trygt, når en forælder eller anden primær omsorgsperson er tilstede. Den frygt, barnet oplever, kan relatere sig til, at noget frygteligt kan ske med forældrene eller med barnet selv. For at undgå denne angst vil barnet modsætte sig adskillelse fra forældrene og reagere voldsomt i situationer, hvor adskillelsen ikke kan undgås eller kontrolleres af barnet. (Caspersen et al., 2012).

Diagnosen separationsangst kan ud fra ICD-10 stilles, hvis minimum tre af følgende symptomer er til stede; vedvarende urealistisk frygt for tab af nærtstående, vedvarende urealistisk frygt for adskillelse fra nærtstående, skolevægtring af frygt for adskillelse fra nærtstående, bekymring ved adskillelse om natten, frygt for at være alene i hjemmet om dagen, tilbagevendende angstfyldte drømme om adskillelse, fysiske symptomer såsom mavesmerter eller opkast ved adskillelse, overdreven emotionel reaktion forud for, under eller efter adskillelse. Symptombilledet skal have haft en varighed på minimum fire uger og have været til stede før 6-årsalderen. Derudover må symptomerne ikke skyldes andre psykiske lidelser (Caspersen et al., 2012; ICD-10). Separationsangst forekommer hos 3,5-5% af alle børn og ses lidt hyppigere hos piger (Esbjørn et al., 2012b).

2.1.4 Specifik fobi

Overordnet set er lidelsen specifik fobi karakteriseret ved intens frygt for afgrænsede situationer, objekter eller dyr. Det anses som normalt, at børn gennem deres opvækst udviser angst for forskellige objekter eller situationer. For langt de fleste vil angsten dog være forbigående. Hvorvidt barnets symptomer er et udtryk for alderssvarende frygt samt, hvor længe symptomerne har været til stede, er noget klinikerne vil un-

dersøge for at adskille den ikke patologiske udviklingsbetingede frygt fra en patologisk specifik fobi. Derudover er det vigtigt at have øje for barnets undgåelsesadfærd og i den forbindelse, hvilken belastning den specifikke fobi har for barnets udfoldelsesmuligheder. Eksempelvis kunne barnet undlade at besøge venner af frygt for, at der er edderkopper i huset. På samme måde ses det, at forældrene eller familien undlader visse ting af hensyn til barnets angst, eksempelvis en ferie grundet barnets angst for at flyve (Breinholst et al., 2012).

Ifølge de diagnostiske kriterier skal barnet ikke nødvendigvis beskrive en frygt for en specifik situation eller et specifikt objekt, så længe barnet undgår objektet eller situationen og samtidig opfylder de øvrige kriterier. Disse øvrige kriterier er; mere end to angstsymptomer som eksempelvis vejrtrækningsbesvær eller kvalme. Derudover skal barnet have betydelig gene af angsten eller undgåelsesadfærden samt erkende denne som overdreven eller urimelig. Endelig skal symptomerne begrænse sig til frygtede situationer/objekter eller tanker om disse (ICD-10, Breinholst et al., 2012). Specifik fobi forekommer hos omkring 2-3% af alle børn. Lidelsen ses hyppigst i skolealderen og lidt oftere hos piger (Esbjørn et al., 2012b).

2.2 Psykoterapeutisk behandling til børn og unge

Børn og unges psykiske udfordringer er til alle tider blevet forstået og behandlet ud fra datidens opfattelse af børn og opdragelsesidealer. Den psykoterapeutiske behandling af børn og unge har blandet andet på den baggrund, og i takt med at nye behandlingsformer udvikledes, gennemgået flere paradigmeskift (Leth, 2012). Som nævnt indledningsvist anbefaler Sundhedsstyrelsen (2019) via de nationale kliniske retningslinjer på nuværende tidspunkt kognitiv adfærdsterapi (KAT) som førstevalgsbehandling til børn og unge med angst. Den tredje bølge af kognitiv terapi har dog siden 1990'erne vundet mere og mere frem, og på voksenområdet har flere af tredjebølge terapiformerne vist sig effektive til behandling af blandt andet angst (Rosenberg et al., 2012). Nærværende review har til hensigt at undersøge effekten af tredje bølge terapiformerne; ACT, MCT, MBT og CFT til behandling af børn og unge med angst, hvorfor disse terapiformer beskrives i de følgende afsnit.

2.2.1 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

ACT blev udviklet gennem 1980'erne af Steven Hayes. Grundprincipperne som navnet antyder er, at acceptere det der ligger uden for ens egen kontrol samtidig med, at man engagerer sig i de ting, som skal til for at øge ens livskvalitet. Anvendelsesområdet for ACT spænder over en bred vifte af psykologiske problemstillinger, heriblandt angstlidelser. Derudover har ACT vist sig særligt effektiv for mennesker som i længere tid har kæmpet med psykiske udfordringer (Grønlund, 2012). Inden for ACT er der fokus på at øge patientens psykologiske fleksibilitet og livskvalitet, frem for at fokusere på at mindske symptomer på psykisk lidelse.

For at opnå psykologisk fleksibilitet arbejder man i terapien med seks kerneprocesser. Disse er; accept, kognitiv defusion, kontakt med nuet, selvet som kontekst, værdier og engageret handling (Petersen et al., 2024). Accept refererer i denne forbindelse til åbenhed over for indre oplevelser, eksempelvis ubehagelige tanker og følelser uden, at man forsøger at ændre på disse. Kognitiv defusion er evnen til at adskille sig fra de indre oplevelser. Inden for ACT forstås kontakt til nuet som en intentionel og ikke-dømmende opmærksomhed på den situation, man befinder sig i. At øge evnen til at være i kontakt med nuet giver patienten større fleksibilitet i sine handlinger. Desuden skaber dette plads til accept og tid til at vælge at engagere sig i overensstemmelse med egne værdier. At se selvet som kontekst refererer til, at patienten over sig i at se sig selv som indeholdende forskellige oplevelser også de ubehagelige. Dette står i modsætning til at se sig selv som sammensmeltet med indre oplevelser. Værdier og engageret handling henviser til, at patienten i samarbejde med terapeuten identificerer meningsfulde elementer i livet som eksempelvis venlighed eller nære relationer. Værdierne bliver et kompas, som skal guide patienten i retning af det, som er vigtigst i dennes liv. Engageret handling er i den forbindelse de konkrete handlinger eller tiltag, patienten gør i hverdagen for at leve i overensstemmelse med egne værdier (Petersen et al., 2024).

Til trods for at forskningen angående ACT til børn og unge med angst stadig er relativt begrænset, er der ifølge Petersen og kollegaer (2024) fundet foreløbig teoretisk og empirisk evidens for brugen af ACT til angstbehandling for unge. Ligeledes er der ifølge et review af Petersen og Pimentel (2024) begyndende og lovende evidens for

ACT som behandling til børn og unge, der lider af angst. De nævner i den forbindelse, at ACT-behandlingen kan tilpasses børn og unge ved at kondensere de seks kerneprocesser ned til tre figurer; opdageren, bemærkeren og rådgiveren. Det er formålet, at barnet eller den unge gennem disse tilbydes en mere konkret måde at forstå kerneprocesserne inden for ACT (Petersen & Pimentel, 2024). Dette medvirker til at underbygge relevansen af at undersøge effekten af ACT til behandling af børn og unge med angst i nærværende review.

2.2.2 Metakognitiv terapi (MCT)

Adrian Wells er ophavsmanden bag MCT, som han udviklede i 1990'erne. Inden for MCT er den overordnede opfattelse, at metakognitive antagelser er medvirkende til at udvikle og vedligeholde psykopatologi. Metakognitive antagelser refererer her til de overbevisninger, som mennesker har om deres egen tænkning. Der skelnes i den forbindelse mellem forskellige typer af metakognitive antagelser; de positive og de negative. Fælles for de positive antagelser er det, at patienten er af den opfattelse, at det er gavnligt at tænke på bestemte måder. Personen kan eksempelvis være af den overbevisning, at det er gavnligt at tænke ting igennem igen og igen eller, at bekymringer sørger for, at man er forberedt på og i stand til, at håndtere fremtidige udfordringer. I modsætning hertil er de negative antagelser ideen om, at tanker kan være ukontrollerbare eller direkte farlige. Et eksempel på sidstnævnte kan være, at patienten er overbevist om, at bekymringer kan gøre én sindssyg. Blandt andet den overbevisning ses jævnligt hos børn og unge der lider af angst (Esbjørn et al., 2016).

Grundlæggende er den metakognitive teori og terapi transdiagnostisk, hvilket vil sige, at behandlingen kan benyttes til flere forskellige psykiske lidelser, herunder angst, depression og OCD (Esbjørn et al., 2016). Esbjørn og kollegaer (2015) har udarbejdet en manual, hvor MCT-behandlingen er tilpasset til børn og unge med angst. Her er et centralt element, at der arbejdes med socialisering og formuleringer, der støtter barnet til at forholde sig til sin indre verden på metaniveau frem for objektniveau. Herudover er væsentlige elementer, at barnet eller den unge lærer at genkende deres egne triggere, enten i form af tanker eller mentale billeder og bekymringer. I MCT lærer børnene ligeledes detached mindfulness (oversat: afkoblet opmærksomhed), som en alternativ måde at forholde sig til sine tanker på. Denne teknik bruges til håndtering og kontrol af bekymringerne forbundet med angsten. Der findes en

række forskellige måder at praktisere afkoblet opmærksomhed på, men overordnet handler det om at observere tanker på afstand. Man forsøger således ikke at kontrollere, analysere eller reagere på sine triggere, men anerkender blot deres tilstedeværelse (Esbjörn et al., 2016). Esbjörn og kollegaer (2016) har foreløbigt fundet, at behandling ud fra deres manual til gruppebaseret MCT er effektiv til at reducere angst symptomer hos børn og unge med generaliseret angst.

2.2.3 Mindfulnessbaseret terapi (MBT)

Mindfulness har rødder i Østens filosofi og meditationsmetoder, og kan på dansk oversættes til bevidst nærvær. Mindfulnessbegrebet er inden for psykologien blevet indarbejdet i den tredje bølge af kognitiv terapi. Denne implementering af mindfulness i psykologien har haft en længere forløb, hvor det første gang er brugt i behandlingsmæssig sammenhæng i 1970'erne, men først i løbet af 1990'erne bliver mindfulness i stigende grad indarbejdet i kognitiv adfærdsterapi (Leoni, 2012).

Det at være mindful beskrives som en aktiv proces, hvor man bevidst retter sin opmærksomhed et bestemt sted hen. Derudover må man stræbe efter at forholde sig ikke-dømmende og accepterende til oplevelser, som de er, uden at vurdere dem som negative eller positive. Ved mindfulnessøvelser optrænes evnen til at være nærværende med fuld accept af alle aspekter også de mindre ønskværdige (Leoni, 2012; Piet & Fjorback, 2012). Mindfulnessøvelser er i de senere år blevet integreret som led i behandlingsindsatser for voksne med forskellige psykologiske problemstillinger heriblandt angstlidelser. Undersøgelser har i den forbindelse vist, at MBT blandt andet er effektiv til behandling af voksne med generaliseret angst og panikangst (Baer, 2003). Det antages, at mange af de fordele voksne med angst kan have af MBT, også er opnåelige hos børn og unge, når interventionen tilpasses deres udviklingsniveau.

Når MBT målrettes til børn og unge, vil det ofte foregå i grupper. I den forbindelse er det ifølge Leoni (2012) vigtigt, at der i behandlingen er fokus på at balancere gentagelse af de enkelte øvelser over for variation og præsentation af nye øvelser. Gentagelserne medvirker til at øge læringspotentialet og giver mulighed for at opleve forskellige reaktioner på samme øvelse, hvor variation i øvelserne på den anden side medvirker til at vedligeholde interessen for behandlingen. Det antages inden for MBT, at børn og unge, der lider af angst, på samme måde som voksne, sidder fast i et

loop af overdrevne bekymringer og/eller hyper opmærksomhed på potentielle farer. Et vigtigt aspekt i behandlingen er derfor, at barnet eller den unge bliver bevidst om egne handlemuligheder samt at opøve evnen til at identificere optakten til et bekymringsloop (Leoni, 2012). På baggrund af ovenstående synes MBT relevant i forhold til nærværende forskningsspørgsmål og undersøgelse.

2.2.4 Compassion fokuseret terapi (CFT)

CFT tager afsæt i evolutionære teorier. Inden for denne terapiretning menes det, at det er gennem forståelsen for de evolutionære mekanismer, at vi kan forstå hvordan basale og universelle følelsesmæssige og kognitive processer fungerer, samt hvilken indflydelse disse har på psykologiske problemstillinger (Gilbert, 2012).

Et af de centrale principper inden for CFT er i den forbindelse at en stor del af det, som foregår i vores sind, er noget vi ikke selv har hverken valgt eller udformet. Med andre ord er psykiske udfordringer ikke selvforskyldte. Dette medfølelse princip er særligt væsentligt i arbejdet med meget selvkritiske patienter. Indsigten i at det ikke er ens egen skyld, skal ikke forstås som en undskyldning for ikke at gøre noget ved udfordringerne, men tværtimod som en drivkraft til at tage ansvar for sig selv og komme selvkritikken til livs. Gennem CFT arbejdes der med at facilitere udviklingen af og adgangen til beroligelsessystemer, hvilket støtter klienten til bedre affektregulering (Gilbert, 2012). Dette kan være særligt relevant for patienter, som oplever høje angstniveauer. Inden for CFT benyttes samtidig principper fra kognitiv adfærdsterapi såsom eksponering, kædeanalyse og reframing, hvilket ligeledes kan være relevant i behandlingen af angst.

Det ultimative mål i CFT er at opnå forskellige aspekter af medfølelse heriblandt sympati, empati, evnen til at udholde ubehag samt at forholde sig ikke-dømmende og accepterende overfor emotionelle oplevelser (Carona et al., 2017). Carona og kollegaer (2017) argumenterer for, at CFT kan bruges til behandling af børn og unge, så længe terapien tilpasses den enkeltes udviklingstrin samtidig påpeger de dog, at der stadig ikke findes meget forskning på området.

2.3 Måling af angstsymptomer hos børn og unge

Vurdering af angstsymptomer hos børn og unge kan bero på forskellige former for målemetoder, som enten kan stå alene eller bruges i samspil. Der findes blandt andet semistrukturerede diagnostiske interviews, såsom Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS). ADIS kan både bruges diagnostisk i forhold til, hvilke typer af angst barnet lider af, samt til at bestemme graden af angstsymptomerne. For at beskrive angsten som dimension, hvilket eksempelvis er relevant for at kunne se forandringer fra før til efter en behandling, benyttes ofte et standardiseret spørgeskema (Esbjörn et al., 2012b). Der findes i den forbindelse en række forskellige spørgeskemaer til vurdering af symptombillede og/eller funktionspåvirkning heriblandt Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS), The Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS), The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC), Penn State Worry Questionnaire for Children (PSWQ-C) og Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). De fleste spørgeskemaer findes i udgaver til både børn og forældre (Sørensen & Kristensen, 2024; Esbjörn et al., 2012b). Hvordan angstsymptomer måles hos børn og unge er relevant for nærværende review, da reducere af angstsymptomer operationaliseres som et fald i score på et standardiseret måleinstrument. I den forbindelse forstås ovenforstående spørgeskemaer og diagnostiske interviews som sådanne standardiserede måleinstrumenter.

3. Metode

I de følgende afsnit præsenteres først det videnskabsteoretiske udgangspunkt for dette review. Herefter følger en række afsnit, der redegør for det systematiske review som videnskabelig metode. Afsnittet indeholder ligeledes en redegørelse og argumentation for selektionskriterierne samt redegørelse for dataindsamlings- og selektionsprocessen. Herefter en beskrivelse af det anvendte kvalitetsvurderingsværktøj. Endeligt afsluttes med en redegørelse af, hvordan metaanalysen udføres og præsenteres.

3.1 Videnskabsteori

Positivism er det videnskabsteoretisk ståsted for dette review. Positivismen har historisk været det videnskabsteoretiske udgangspunkt inden for en lang række fagdiscipliner, blandt andre psykologien. Overordnet kan positivismen betegnes som en videnskabsteoretisk position, der anbefaler, at naturvidenskabens videnssyn også anvendes til studiet af samfundet og mennesket (Boolsen & Jacobsen, 2015).

Der findes mange forskellige opfattelser og udlægninger af positivismen. I denne sammenhæng tages der udgangspunkt i positivismen, som Auguste Comte beskriver den. Ifølge Comte kan samfundet identificeres som en genstand, der kan undersøges videnskabeligt. En sådan undersøgelse bør i den forbindelse bero på videnskabelige studier og lovmæssigheder (Boolsen & Jacobsen, 2015). Koblingen af “det positive” til videnskabelig praksis henviser til, at man ifølge Comte bør fokusere på det nyttige, det virkelige, det sikre, det præcise og det positive. Positivismen beskæftiger sig således med at løse problemer og adressere emner, som er relevante og kan bidrage til forbedringer i den virkelige verden. Ligeledes er det væsentligt, at der fokuseres på at opbygge eller organisere viden frem for at nedbryde denne (Boolsen & Jacobsen, 2015).

Hensigten med nærværende systematiske review er at bidrage med viden om, hvilken effekt tredje bølge kognitiv terapi har på redueringen af angstsymptomer hos børn og unge. Dette vil muligvis bidrage til at udvide vores viden om effektive behandlingsmetoder til børn og unge med angst. Reviewet kan ligeledes ses som en måde, hvorpå nuværende viden på området samles og organiseres. Af disse grunde har nærværende undersøgelse positivismen som videnskabsteoretisk udgangspunkt. Det må dog påpeges, at det systematiske review kommer til at inddrage fund fra studier med forskellige videnskabsteoretiske baggrunde.

Inden for positivismen er videnskabens formål at verificere udsagn om verden. Disse udsagn kan dog først accepteres, når de kan efterprøves empirisk eller er logisk uangribelige (Boolsen & Jacobsen, 2015). At konklusioner skal kunne efterprøves og replikeres af andre, er et kendetegn ved systematiske reviews. I udarbejdelse af et systematisk review er det essentielt at være transparent i sin fremgangsmåde, for at

sikre kvaliteten og muliggøre replikationen. Dette understreger ligeledes det positivistiske udgangspunkt for denne undersøgelse.

3.2 Systematisk review

Formålet med et systematisk review er at indsamle, vurdere og syntetisere den bedst tilgængelige forskning på et specifikt område, for på den måde at kunne give kvalificerede og evidensbaserede svar på et eller flere forskningsspørgsmål (Dickson et al., 2024). Denne undersøgelse har som bekendt til formål at besvare følgende; *Hvilken effekt har tredje bølge kognitiv terapi på redueringen af angstsymptomer hos børn og unge?* En systematisk gennemgang samt vurdering af eksisterende forskning på området synes i den forbindelse relevant for at kunne besvare forskningsspørgsmålet evidensbaseret og på baggrund af mere end en undersøgelse.

Systematiske reviews anses som den gyldne standard i forhold til at syntetisere data fra flere forskellige studier. For at opnå dette er det dog essentielt, at følge en række veldefinerede skridt og tilstræbe transparens. Transparens er et nøgleelement i udarbejdelsen af et systematisk review, da det højner reviewets kvalitet og muliggør senere replikation. Ligeledes gør gennemsigtighed i hele processen det muligt at vurdere reviewets konklusioner (Dickson et al., 2024). For at sikre transparens i nærværende review beskrives de enkelte trin i processen forud for udførelsen. Derudover følges PRISMA tjeklisten for at sikre at alle nødvendige oplysninger rapporteres. Yderligere beskrivelse af de forskellige trin i processen følger herefter.

3.3 Udarbejdelsen af det systematiske review

I udarbejdelsen af et systematisk review bør man ifølge Dickson og kollegaer (2024) følge ti basale skridt. Først må man planlægge udførelsen af sit review i forhold til den tid og de ressourcer man har til rådighed. I den forbindelse, kan det blandt andet være relevant at undersøge, hvilke softwarehjælpemidler, der kan være relevante og brugbare i søge- og selektionsprocessen (Pilkington & Hounsome, 2024) I udarbejdelsen af dette review, vurderes det eksempelvis relevant at anvende den online platform Rayyan i forbindelse med selektionsprocessen. I andet skridt udføres indleden-

de søgninger, som vil bidrage til at definere in- og eksklusionskriterier for den endelige søgning. De indledende søgninger er vigtige, da de kan bidrage med væsentlig information om kvaliteten og kvantiteten af forskning på det område, man ønsker at undersøge. Viden om hvilken type, og hvor meget forskning, der er på området, giver et godt udgangspunkt for at formulere in- og eksklusionskriterier samt relevansen af forskningsspørgsmålet. Selektionskriterierne skal i den forbindelse tage afsæt i forskningsspørgsmålet og være tilstrækkeligt detaljerede og klart formuleret for at sikre præcis og passende in- og eksklusion af studier (Cherry & Dickson, 2024).

Det tredje skridt i processen er at foretage den endelige søgning i forskellige databaser. De følgende tre skridt er del af selektionsprocessen. Først screenes studierne titel og abstract, herefter hentes fuldtekst versioner af studierne, hvorefter disse gennemlæses for at afklare, om de passer inden for selektionskriterierne. I det syvende skridt foretages dataekstraktionen, hvilket vil sige, at relevante data fra de forskellige studier identificeres og opsummeres i tabeller. Herefter skal studierne kvalitetsvurderes, ud fra det valgte kvalitetsvurderingsværktøj. I det niende skridt syntetiseres den indsamlede data og endeligt diskuteres fundene, og der drages en konklusion på reviewets forskningsspørgsmål (Dickson et al., 2024).

3.3.1 PICO

Formålet med at lave et systematisk review er at kunne besvare et givent forskningsspørgsmål. Forskningsspørgsmålet beskriver således intentionen med reviewet. Det er i den forbindelse vigtigt ifølge Cherry og Dickson (2024), at det ikke er formuleret, hverken for bredt eller for snævert. Hvis forskningsspørgsmålet formuleres for specifik, vil der ikke være nok litteratur til, at det kan samles i et review. Formuleres forskningsspørgsmålet på den anden side for bredt, kan heterogeniteten være så stor, at det ligeledes bliver vanskeligt at samle resultaterne i én analyse. For reviews som undersøger effekt, kan det være hjælpsomt at lave en PICO tabel når forskningsspørgsmålet skal udformes. PICO står for deltagere (population), intervention, sammenligning (comparison) og resultater (outcome) (Cherry & Dickson, 2024). Det er ligeledes med afsæt i PICO, at selektionskriterierne udformes (McKenzie et al., 2019).

Nærværende review og tilhørende forskningsspørgsmål indeholder ikke en sammenligningsgruppe, hvorfor dette udelades af PICO tabellen. Nedenfor ses forskningsspørgsmålet præsenteret i en PICO tabel.

Tabel 1: PICO

Population	Børn og unge med angst
Intervention	ACT, MCT, MBT eller CFT
Comparison	-
Outcome	Effekten af terapien

3.3.2 PRISMA

I udarbejdelsen af et systematisk review bør man som forfatter orientere sig i og følge PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) 2020 tjeklisten. PRISMA består af 27 punkter fordelt på syv forskellige områder, som er med til at guide og sikre, at man som forfatter får alle væsentlige aspekter med i reviewet. PRISMA er udviklet med særligt fokus på reviews, som undersøger effekten af en intervention (Dundar & Fleeman, 2024; Page et al., 2021). Udover tjeklisten har PRISMA også opstillet en guideline for, hvordan abstract bør udformes samt udarbejdet en skabelon for, hvordan et flowdiagram kan præsenteres. Flowdiagrammet giver et billede af de forskellige faser i dataindsamlingsprocessen fra søgningen til den endelige inklusion af studier i reviewet. Nærværende systematiske review vil følge PRISMA 2020 tjeklisten, guiden til abstract samt benytte skabelonen til flowdiagrammet.

3.3.3 Søgestrategi og valgte databaser

Til en start kan det være meningsfuldt at udføre indledende søgninger. Indledende søgninger kan hjælpe med at fastlægge retningen for reviewet, specificere forskningsspørgsmålet og selektionskriterierne. Derudover bidrager de indledende søgninger også til at klarlægge, hvilke ord den endelige søgestreng skal indeholde (Dundar et al., 2024). I den endelige søgning for dette review blev to forskellige databaser benyttet, nemlig PsycInfo og PubMed. PsychInfo blev valgt, da denne database indeholder et bredt spektrum af psykologisk forskningslitteratur (PsychInfo,

AUB), hvilket selvsagt har været relevant i forhold til nærværende forsknings- spørgsmål. Databasen PubMed blev inkluderet, da denne indeholder litteratur inden for det medicinske og sundhedsfaglige område (PubMed, AUB). Det blev fundet relevant at benytte PubMed idet, at angstlidelser er psykiatriske diagnoser, hvorfor det tænkes, at forskning i behandling heraf også falder inden for det medicinske område.

3.3.4 Søgeprocessen

Søgestrengen for dette review består af tre blokke, hvoraf den første havde til formål at indfange populationen, i dette tilfælde børn og unge under 18 år. Ligeledes omhandler den anden blok populationen i forhold til, at fokusområdet for dette review er børn og unge med angst. I den forbindelse er der både søgt bredt på angst samt mere snævert på de specifikke angstdiagnoser. Valget om at inkludere angst bredt, blevet truffet på baggrund af indledende søgninger, som viste, at de specifikke angstdiagnoser ikke altid var nævnt i titel og abstract. Ligeledes var det relevant, at kunne indfange studier omhandlende børn og unge som oplevede høje angstniveauer, men uden egentlige diagnoser, da denne gruppe er interessante i forhold til tilbuddet om lettilgængelig behandling i kommunerne.

Formålet med den sidste søgeblok var at indfange de specifikke terapiretninger, som er fokus for denne undersøgelse. Derudover indeholder den sidste blok også paraplybetegnelsen tredje bølge kognitiv terapi, da denne blandt andet dækker over de fire inkluderede terapiformer. Nedenfor ses søgestrengen for PsychInfo. Søgestrengen for søgningen i PubMed findes i Bilag 1.

Tabel 2: Søgestreng i PsychInfo

Søgestreng i PsychInfo - søgt d.21.02.2025				
“child*” or “adolescen*” or “youth” or “teen*” or “young pe*” or “young ind*”	AND	“anxiety” or “anxiety disorder*” or “GAD” or “generalized anxiety” or “SAD” or “separation anxiety” or “social anxiety”	AND	“MCT” or “metacognitive therapy” or “meta-cognitive therapy” or “metacognitive*” or “acceptance and commitment therapy” or “ACT” or “compassion*” or “CFT” or “mindfulness*” or “third wave therapy*” or “third-

				wave therapy*" or "third-wave cognitive behavioral therapy*" or "third wave cognitive behavioral therapy*" or "new-wave behavioral therapy*" or "new wave behavioral therapy*"
Mesh termer				
	AND	Anxiety, Anxiety Disorders, Generalized Anxiety Disorder, Separation Anxiety, Separation Anxiety Disorder, Social Anxiety, Social Anxiety Disorder	AND	Mindfulness, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Mindfulness-Based Interventions, Compassion Focused Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Metacognitive Therapy

3.3.5 Selektionskriterier

I dette systematiske review vil studierne blive vurderet ud fra opstillede selektionskriterier. Disse blev formuleret forud for søgningen på baggrund af forskningsspørgsmålet, afgrænsningen heraf og ud fra viden om forskningsområdet fra de indledende søgninger. Nedenstående tabel viser et overblik over de endelige in- og eksklusionskriterier.

Tabel 3: Selektionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Børn og unge under 18 år	Fysisk sygdom eller smerte som primær årsag til terapeutisk behandling
Klinisk signifikant niveau af angst eller angstlidelse	Komorbid udviklingsforstyrrelse
Bruger standardiseret målemetode til måling af angstsymptomer	Intervention givet udelukkende til forældrene
MCT, ACT, MBT eller CFT	Intervention givet telefonisk, online eller som selvhjælp
Engelsk- eller nordisksprogede artikler	Graden af angst er udelukkende vurderet af forældrene

3.3.5 Argumentation for selektionskriterier

En del af selektionskriterierne er givet ud fra reviewets forskningsspørgsmål samt afgrænsning heraf, mens andre kræver yderligere argumentation.

Det er et inklusionskriterie, at deltagerne har et klinisk signifikant niveau af angst eller er diagnosticeret med en angstlidelse ud fra kriterierne fra enten DSM eller ICD. Dette valg er først og fremmest truffet på baggrund af forskningsspørgsmålet. Dernæst er dette kriterie vigtigt, da mange undersøgelser af terapeutisk behandling indeholder målinger af angstniveau, til trods for at angst ikke er patienternes primære lidelse eller udfordring, hvorfor det er væsentligt at specificere, at angstniveauet skal være på et klinisk signifikant niveau. Det blev ligeledes tydeligt i de indledende søgninger, at der findes en række forskellige målemetoder til måling af angstsymptomer. På den baggrund blev det besluttet, at studier kunne inkluderes, hvis de blot bruger en standardiseret målemetode til måling af angstsymptomer.

Studier hvor interventionen udelukkende er givet til forældrene vil blive ekskluderet, da dette review har til formål at undersøge interventioner målrettet og givet til børn og unge. Studier hvor interventionen har været suppleret med involvering af forældrene eksempelvis i form af opsamlingssessioner eller informationsmøder, vil blive inkluderet. Studier hvor graden af angst udelukkende har baseret sig på forældrerapportering vil blive ekskluderet, da det ikke anses som meningsfuldt, at vurdere barnets symptomer uden at have barnets eget eller en klinikers perspektiv repræsenteret.

I de indledende søgninger blev det klart, at en del af de resultater der kom, qua de valgte søgeord (angst, børn/unge og terapiretning) ofte omhandler børn med fysiske sygdomme eller smerter, som oplevede høje angstniveauer i den forbindelse. Disse børn og unge er ikke målgruppen for dette review, hvorfor der opstilles et eksklusionskriterie herom. På samme måde ekskluderes studier, hvor der eksplicit er fokus på børn og unge med udviklingsforstyrrelser og komorbid angst. Dette kriterie opstilles på baggrund af, at terapien i sådanne tilfælde ofte er særligt tilrettelagt i forhold til, at børnene eksempelvis har en ADHD eller autisme diagnose, og på den måde ikke er

isoleret til at afhjælpe angstsymptomer. Single-case studier ekskluderes, da disse rangerer nederst i evidenshierarkiet og det ønskes, at kunne udlede noget mere generelt om effekten af de forskellige terapiformer. Endeligt ekskluderes studier, hvis interventionen er givet telefonisk, online eller som selvhjælp, da ønsket med dette review er at undersøge effekten ved terapi, som det udspiller sig i mødet mellem terapeut og klient/klienter.

3.3.6 Selektionsproces

Dette review har kun en forfatter, hvilket i sagens natur betyder, at der ikke kan foretages en blindet screening i klassisk forstand. For at imødegå denne kilde til bias er selektionsprocessen foregået på følgende måde. Der blev først og fremmest lavet to forskellige profiler i online screeningsværktøjet Rayyan. Dette muliggjorde, at artiklerne først kunne screenes fra den ene profil, og efter en uge kunne et tilfældigt udsnit af artiklerne screenes fra den anden profil. På den måde sikres det, at artiklerne ikke kom i samme rækkefølge ved de to screeninger, og til sidst var det muligt at sammenligne eventuelle uenigheder mellem de to screeninger. Ved tvivl om hvorvidt et studie kunne inkluderes eller ej blev dette løst via drøftelse med vejleder.

3.3.7 Dataindsamlingsproces

Efter artiklerne er screenet og de relevante artikler er blevet identificeret, er næste skridt dataindsamlingsprocessen. Her skal den relevante information for det pågældende review indsamles fra de enkelte artikler (Fleeman & Dundar, 2024). I overensstemmelse med anbefalinger fra Fleeman og Dundar (2024), vil dataindsamlingen for dette review først blive præsenteret via en tabel med en karakteristik af de inkluderede studier for på den måde at skabe et overblik. I den forbindelse blev det vurderet relevant at have forfattere, årstal, land, studiedesign, intervention, population, klinisk symptombillede, outcomemål for angst, formål og hovedfund med. Herefter ses nærmere på de forskellige interventionsformer blandt andet i forhold til antal sessioner, frafald, fremmøde, terapeutiske elementer og hvorvidt terapien er foregået individuelt eller i gruppe. Endeligt udtrækkes data fra studierne angående før- og eftermålingerne på de forskellige outcomemål for angst.

3.4 Kvalitetsvurdering

Det er vigtigt for kvaliteten af et systematisk review at kvaliteten af de enkelte studier undersøges og rapporteres. Det skal i den forbindelse vurderes, hvorvidt studierne er designet, udført og rapporteret på en måde, som gør, at de kan anses som pålidelige. Kvalitet refererer i denne forbindelse til, om studierne anvender foranstaltninger, som medvirker til at minimere bias i design, udførelse og analyse. Når det drejer sig om interventionsstudier, er det særligt vigtigt at sikre sig, at de inkluderede deltagere er relevante for undersøgelsens formål samt at en tilstrækkelig mængde deltagere forblev til studiets afslutning, hvis dette ikke er tilfældet bliver konklusionerne mere usikre (Greenhalgh & Brown, 2024). Det kan ifølge Greenhalgh og Brown (2024) være en fordel at udføre kvalitetsvurderingen efter dataindsamlingen, da dette vil medvirke til at minimere bias, idet dataekstraktionen på den måde ikke påvirkes af studiernes kvalitet. På den baggrund vil dataindsamlingen i nærværende undersøgelse først udføres og herefter foretages kvalitetsvurdering af de enkelte studier. For at sikre ensartethed og systematik i forbindelse med kvalitetsvurderingen, udvælges et passende kvalitetsvurderingsværktøj (Greenhalgh & Brown, 2024). Den overordnede kvalitet for reviewet vurderes i senere diskussionsafsnit.

3.4.1 Effective Public Health Practice Project Quality Assessment tool

Effective Public Health Practice Project Quality Assessment tool (EPHPP) er valgt som kvalitetsvurderingsværktøj i dette review, da det er generisk og kan bruges til at vurdere kvaliteten af forskellige former for interventionsstudier. Dette review inkluderer flere former for studiedesigns, hvorfor det har været vigtigt at bruge et værktøj, som kunne rumme forskellige designs. EPHPP er blevet vurderet til at være brugbart og validt i forhold til at vurdere den metodologiske kvalitet af studier, som indgår i systematiske reviews, der undersøger effekt (Armijo-Olivo et al., 2010). Med EPHPP undersøges den metodologiske kvalitet af studierne ud fra seks domæner; selektionsbias, studiedesign, forstyrrende variable, blinding, dataindsamlingsmetode og frafald. Hvert af disse domæner rates ud fra den tilhørende guideline til enten stræk (1 point), moderat (2 point) eller svag (3 point). Herefter beregnes den samlede kvalitet for hvert studie. Har et studie fået svage vurderinger inden for to eller flere domæner, vurderes den samlede kvalitet som svag. Er der givet én svag vurdering får studiet en

moderat score, og er der ikke givet nogle svage vurderinger bliver studiet vurderet som havende en stærk samlet kvalitet (Armijo-Olivo et al., 2010; The Effective Public Health Practice Project, 2024). Kvalitetsvurderingen for dette review blev foretaget efter dataindsamlingsprocessen og før metaanalysen.

3.5 Metaanalyse

En måde, hvorpå numeriske data fra interventionsstudier kan forstås og syntetiseres, er ved at udføre en metaanalyse. En metaanalyse er en statistisk metode, som gør det muligt at kombinere resultater fra flere forskellige studier til én samlet effektstørrelse. Det er i den forbindelse vigtigt, at der er en vis grad af sammenlignelighed mellem studierne, for at det er meningsfuldt at udføre en metaanalyse. På den baggrund er det også væsentligt, at man vurderer og argumenterer for studiernes sammenlignelighed inden man udfører en metaanalyse. Denne vurdering bør bero på flere forskellige aspekter (Brown & Chaplin, 2024).

Først og fremmest er det væsentligt, at deltagerne er sammenlignelige. Dette review har det som et inklusionskriterie, at deltagerne skal være under 18 år samt ved interventionens start enten have en angstdiagnose eller opleve angst på et klinisk signifikant niveau. På den baggrund antages det, at sammenligneligheden på tværs af studierne på dette punkt er tilstrækkelig. Et andet aspekt, som er væsentligt at tage højde for når studiernes sammenlignelighed skal vurderes er interventionen (Brown & Chaplin, 2024). I den forbindelse vil der qua inklusionen af fire forskellige terapiformer være forskelle mellem studierne. På den anden side er der også visse ligheder ved terapiformerne inden for tredje bølge kognitiv terapi, ligesom at interventionerne kan være sammenlignelige på andre punkter såsom antallet af sessioner eller hvorvidt terapien er foregået individuelt eller i grupper. Udover de nævnte aspekter er det ligeledes væsentligt at vurdere sammenligneligheden af studiernes outcomemål.

Endeligt kan studierne vurderes til at have tilstrækkelig sammenlignelighed, hvis konfidensintervallerne for deres effektstørrelser er overlappende. En måde at tjekke om dette er tilfældet, er ved at lave et forestplot (Brown & Chaplin, 2024). I dette review er det ikke et inklusionskriterie, at studierne bruger ét specifikt outcomemål,

hvorfor dette kan variere på tværs af studierne. Hvorvidt studiernes konfidensintervaller overlapper kan på samme måde først vurderes efter databehandlingen. Endvidere skal studierne rapportere; samplestørrelse, gennemsnit af outcomemålet før og efter interventionen samt de dertilhørende standardafvigelser, for at det er muligt at udføre en metaanalyse på baggrund af deres resultater.

3.5.1 Fixed og random effect modeller

Der findes flere forskellige metoder til at udføre en metaanalyse, som overordnet kan kategoriseres som enten fixed effect modeller eller random effect modeller. Inden for fixed effect modellerne antages det, at der findes en sand effekt på tværs af alle studierne, og at variation således udelukkende skyldes tilfældigheder. På den anden side antager man inden for random effect modellerne, at effekten varierer fra studie til studie, men at disse dog er centreret omkring en gennemsnitlig effekt (Borenstein et al., 2009). Denne type af model bruges, når man antager, at der vil være forskelligheder mellem studierne, som ikke alene kan tilskrives tilfældigheder (Brown & Chaplin, 2024). I denne undersøgelse vil random effect modellen blive benyttet, da det antages, at der vil være forskelle mellem studierne, hvilket tillades i denne model. Programmet SPSS Statistics vil blive anvendt til udførelsen af metaanalysen.

3.5.2 Effektstørrelse og p-værdi

Overordnet set er formålet med en metaanalyse, at finde én samlet effektstørrelse på baggrund af resultater fra forskellige studier. Metaanalysen viser ligeledes effektstørrelserne for de enkelte studier. Effektstørrelse er en standardiseret gennemsnitsforskelle. Såfremt studierne rapporterer de gennemsnitlige scores på outcomemål før og efter interventionen samt de dertilhørende standardafvigelser, kan effektstørrelsen udregnes. Effektstørrelserne bliver udregnet som Cohens d , hvilket gør det muligt at sammenligne dem med hinanden (Borenstein et al., 2009). I den forbindelse har Cohen foreslået at $d=0,2$ svarer til en lille effektstørrelse, $d=0,5$ en moderat effektstørrelse og $d=0,8$ svarer til en stor effektstørrelse (Field, 2018a). For hver effektstørrelse angives en p-værdi. P-værdien er den procentvise chance for, at opnå det samme resultat, hvis der ingen effekt er. P-værdien accepteres, hvis den er $p<0,05$, hvilket vil sige, at der er 5% chance eller derunder for at få samme resultat, hvis der ingen effekt er (Field, 2018b).

3.5.3 Forest plot

Et forest plot er et grafisk værktøj til at visualisere resultaterne fra en metaanalyse. I forest plottet fremgår de enkelte studiers effektstørrelser og dertilhørende konfidensintervaller. Sidstnævnte visualiseres med vandrette linjer. Kasserne på forest plottet indikerer, hvor meget det enkelte studies effektstørrelse vægtes i den samlede effektstørrelse. Nederst i plottet, markeret med en diamantformet kasse, ses den samlede effektstørrelse for metaanalysen (Sarkar & Baldya, 2025). Resultaterne fra metaanalysen i denne undersøgelse vil blive præsenteret i brødtekst samt et forest plot.

3.5.4 Test for heterogenitet

Når man udfører en metaanalyse, er det som tidligere beskrevet vigtigt, at de inkluderede studier er tilstrækkelige sammenlignelige. Dog er det uundgåeligt, at studierne adskiller sig fra hinanden på den ene eller anden måde. En test for heterogenitet er i den forbindelse et mål for variationen mellem studierne (Borenstein et al., 2009). Der skelnes mellem tre forskellige former for heterogenitet. Klinisk heterogenitet refererer blandt andet til variationen mellem deltagere og intervention. Metodologisk heterogenitet beskriver forskelle mellem studiernes undersøgelsesdesign og kvalitet (Deeks et al., 2019). Sidst henviser statistisk heterogenitet til variationen mellem studiernes resultater udover det, som kunne forventes alene ved tilfældigheder. Statistisk heterogenitet kan forekomme som en konsekvens af klinisk og/eller metodologisk heterogenitet (Brown & Chaplin, 2024).

En måde at vurdere heterogeniteten blandt studierne er ved at se på forestplottet. Er der ikke overlap mellem konfidensintervallerne eller blot et lille overlap, indikerer dette heterogenitet. Heterogeniteten kan også testes ved I^2 statistik. Denne statistik beskriver i procent, hvor meget af den totale variation mellem studierne, som skyldes egentlige forskelle mellem studierne og ikke blot tilfældigheder (Brown & Chaplin, 2024). Ifølge Brown og Chaplin (2024) kan man overordnet sige, at I^2 omkring 25% indikerer lav grad af heterogenitet, I^2 omkring 50% repræsenterer en moderat grad af heterogenitet og at I^2 omkring 75% indikerer, at der er en betydelig grad af heterogenitet blandt studierne. Er der betydelig heterogenitet blandt de inkluderede studier anbefales det at benytte random effects modellen, idet denne tager højde herfor (Brown & Chaplin, 2024; Borenstein, 2009).

4. Resultater

Resultaterne fra de inkluderede studier vil blive præsenteret i de følgende afsnit. Først beskrives selektionsprocessen fra søgningen frem til udvælgelsen af de inkluderede artikler. I forlængelse heraf præsenteres reviewets flowdiagram. Herefter følger en karakteristik af studierne efterfulgt af en karakteristik af interventionerne samt indholdet heraf. Afsnittet indeholder ligeledes kvalitetsvurderingen af de inkluderede studier ud fra værktøjet Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool (EPHPP). Derefter indgår et afsnit med argumentation for at lave en metaanalyse. Endeligt præsenteres studierne fund i en metaanalyse.

4.1 Udvalgelse af studier

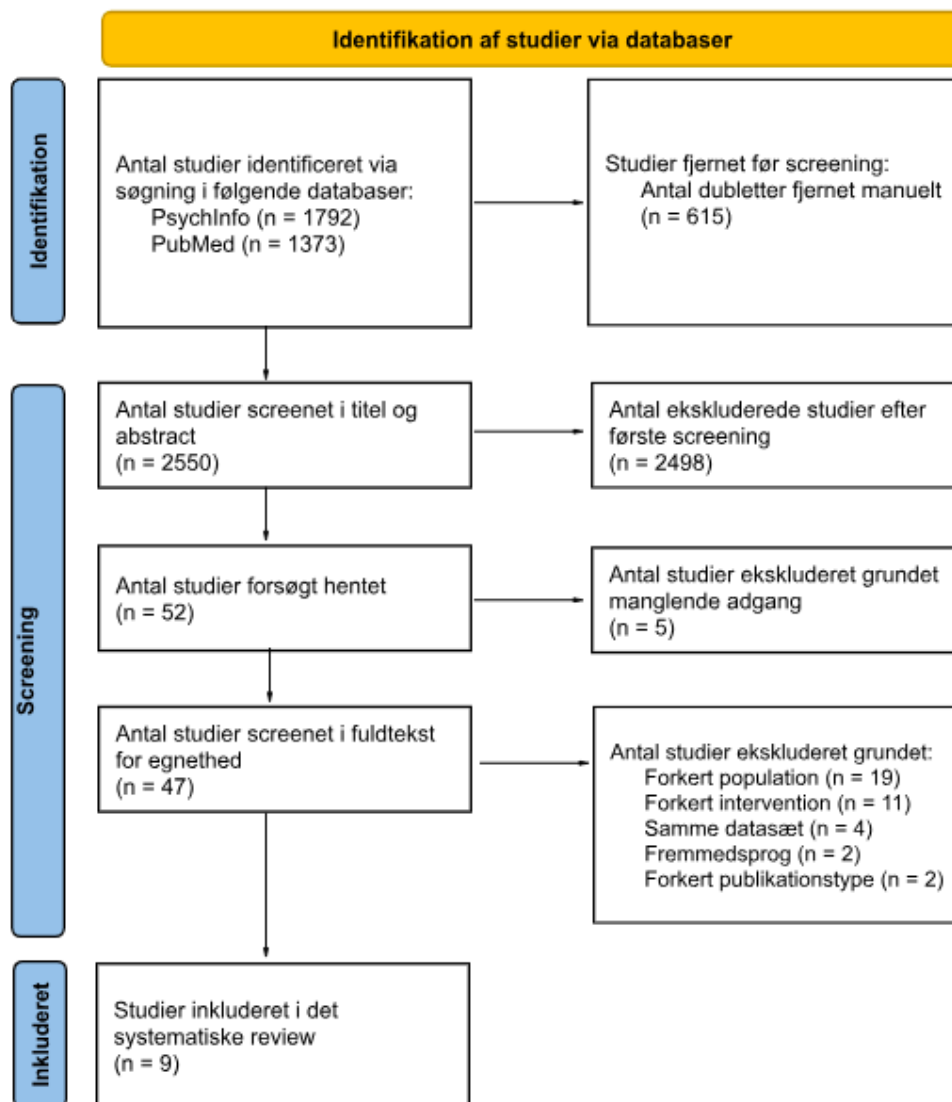
Den endelige søgning blev foretaget d. 21.02.2025 og gav 3165 resultater. Heraf blev 1,196 dubletter identificeret. Dubletterne blev gennemgået og 615 blev fjernet manuelt. Herefter blev alle artiklerne screenet i titel og abstract. En uge senere blev et udsnit på 500 artikler screenet igen, dette blev gjort for at mindske bias, da reviewet kun har en forfatter, hvorfor en fuld blindet screening ikke har været mulig.

I screeningsprocessen blev 2494 artikler ekskluderet baseret på titel og abstract. Der var ingen uenigheder mellem første og anden screening i titel og abstract. 52 artikler blev forsøgt hentet. Herefter blev 47 artikler fuldtæks screenet, hvilket skyldes, at der ikke kunne opnås adgang til de resterende. I forbindelse med fuldtækscreeningen opstod der tvivl ved to artikler. Hvorvidt disse kunne inkluderes blev derfor drøftet med vejlederen. Efter faglig diskussion blev konklusionen, at begge artikler måtte ekskluderes på baggrund af henholdsvis forkert population, da ikke alle deltagere havde angst på et klinisk signifikant niveau, og forkert intervention, da denne var en nyere afart af metakognitiv terapi.

Ni artikler opfyldte selektionskriterierne, og kunne på den baggrund endeligt inkluderes i reviewet. Under fuldtækscreeningen blev 38 studier ekskluderet af forskellige årsager, hvoraf de primære årsager var, at enten populationen (n=19) eller interventionen (n=11) ikke passede inden for selektionskriterierne. I forhold til populationen blev flere studier ekskluderet på baggrund af, at studierne tillod deltagere, som

var til og med 18 år. Derudover havde deltagerne i flere studier flere forskellige diagnoser ud over angst og måtte derfor ekskluderes. Ni andre studier blev ekskluderet grundet forkert intervention, hvilket i de fleste tilfælde skyldtes, at interventionen blev givet online eller som selvhjælp. Se nedenstående flowdiagram for yderligere overblik over udvælgelsen af studier.

Figur 1: PRISMA flowdiagram over selektionsprocessen



4.2 Karakteristik af de inkluderede studier

Det var muligt at inkludere ni studier efter den endelige screening ud fra de opstillede selektionskriterier, som det fremgår af flowdiagrammet ovenfor. Det tidligste stu-

die er af Cotton og kollegaer fra 2016, og det seneste studie er udgivet af Thingbak og kollegaer i 2024. Studierne er udført i følgende fire lande; USA (n=3), Australien (n=3), Danmark (n=2) og Canada (n=1). Interventionsformen varierede ligeligt mellem tre forskellige terapiformer; tre studier undersøgte MBT (Cotton et al., 2016; Crowley et al., 2018; Syeda & Andrews, 2021), tre andre studier undersøgte ACT (Meagher et al., 2017; Hancock et al., 2018; Petersen et al., 2023) og tre undersøgte MCT (Esbjørn et al., 2018; Thorslund et al., 2020; Thingbak et al., 2024b). Det var således ikke muligt at inkludere studier, som havde undersøgt CFT, hvilket ellers var en del af søgestrengen. Studierne havde i gennemsnit 28 deltagere, hvoraf 62,9% i gennemsnit var kvinder. Gennemsnitsalderen for deltagerne på tværs af studierne er 12,6 år. Det har ikke været muligt at finde eller udregne aldersgennemsnit for artiklen af Meagher og kollegaer (2017), hvorfor beregningen er lavet på baggrund af de resterende otte studier.

Der er variation mellem, hvilket outcomemål studierne har brugt i forhold til måling af angstsymptomer. De hyppigst anvendte outcomemål blandt studierne er PSWQ-C (n=3), ADIS-IV (n=3), MASC (n=3) og RCADS (n=3). Selektionskriterierne har ikke foreskrevet et specifikt studiedesign, hvorfor der ligeledes er variation blandt studierne på dette område. Dog er et fællestræk, at de alle har baseline og postmålinger. Fire studier (Meagher et al., 2017; Hancock et al., 2018; Syeda & Andrews, 2021; Petersen et al., 2023) inkluderede en eller flere kontrolgrupper. Yderligere karakteristik af studierne, heriblandt deres formål og hovedfund fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 4: Karakteristik af studierne

Forfattere (årstal)	Land	Studiedesign	Population	Klinisk symptom-billede	Outcomemål for angst	Formål	Hovedfund
Cotton, Luberto, Sears, Strawn, Stahl, Wasson, Blom & Delbello (2016)	USA	Pilot trial IN: MBCT	n=10, 80% kvinder, alder= 13,2	Diagnosticeret ud fra DSM	PARS - STAI	Undersøger effekten af MBCT hos unge med angst som er i risiko for en bipolar diagnose	Signifikant reduktion(p=0,01) i angstsymptomer

Meagher, Chessor & Fogliati (2017)	Australien	Pilot study IN: ACT AK: ACT+MSA	n=26, 28,6% kvinder, alder=7-11	GAD	PSWQ-C - SCAS	UEA ACT sammenlignet med ACT+MSA	ACT+MSA> ACT
Hancock, Swain, Hainsworth, Dixon, Koo & Munro (2018)	Australien	RCT IN: ACT AK: KAT VK	n=19, 58% kvinder, alder=11	Diagnosticeret ud fra DSM	ADIS-IV - MASC	UEA ACT sammenlignet med KAT	ACT=KAT
Crowley, Nicholls, McCarthy, Greateorex, Wu & Mayes (2018)	USA	Open trial IN: MBCT	n=11, 63,6% kvinder, alder= 13,1	Klinisk højt angstniveau ud fra SCARED	MASC	UEA MBCT	Signifikant reduktion ($d=0,88$) af angstsymptomer
Esbjørn, Normann, Christiansen & Reinholdt-Dunne (2018)	Danmark	Open trial IN: MCT	n=44, 50% kvinder, alder= 9,7	GAD	ADIS-IV - RCADS - PSWQ-C	UEA MCT	86,4% blev fri af deres diagnose
Thorslund, McEvoy & Anderson (2020)	Australien	Pilot study IN: MCT	n=10, 70% kvinder, alder= 15,2	GAD, SAD	PSWQ-C - RCADS25	UEA MCT	78% blev fri af deres diagnose ved follow-up
Syeda & Andrews (2021)	Canada	RCT IN: MBCT VK	n=25, 60% kvinder, alder=10,2	Klinisk signifikant niveau af angst	MASC-2	At udvide forståelsen af hvordan MBCT kan støtte børn med høje angstniveauer	MBCT> venteliste
Petersen, Davis, Renshaw, Levin & Twohig (2023)	USA	Pilot RCT IN: ACT VK	n=26, 73,1% kvinder, alder=15,7	Angst over det kliniske cutoff i SCARED	SCARED	UEA ACT	ACT> venteliste

Thingbak, Wells & O'Toole (2024b)	Danmark	Preliminary trial IN: MCT	n=97, 82,5 % kvinder, alder=12.9	Primær angstlidelse	ADIS-IV - RCADS	UEA MCT til børn og unge med angst og evt. depression	73,5% blev fri af deres diagnose
-----------------------------------	---------	------------------------------	-------------------------------------	---------------------	-----------------	---	----------------------------------

Tabeltekst. IN: intervention, AK: aktiv kontrol, VK: ventelistekontrol, ACT: Acceptance and Commitment Therapy, MCT: metakognitiv terapi, MBCT: mindfulness baseret kognitiv terapi, MSA: multisensory learning aide, KAT: kognitiv adfærdsterapi, GAD: generaliseret angst, SAD: socialangst, PARS: The Pediatric Anxiety Rating Scale, STAI: State Trait Anxiety Inventory, PSWQ-C: Penn State Worry Questionnaire-Children, SCAS: Spence Children's Anxiety Scale, ADIS-IV: Anxiety Disorders Interview Schedule, MASC: Multidimensional Anxiety Scale for Children, RCADS: Revised Children's Anxiety and Depression Scale, SCARED: Screen for Child Anxiety Related Disorders, UEA: Undersøger effekten af, RCT: randomiseret kontrolleret forsøg, =: reducerede angst symptomer, men ikke betydeligt bedre end, >: reducerede angstsymptomer betydeligt bedre end.

4.3 Karakteristik af interventionerne

På baggrund af fokusområde og forskningsspørgsmålet i nærværende undersøgelse er det vurderet relevant at udarbejde en særskilt karakteristik af de forskellige interventionsformer. I søgningen blev der søgt på interventionsformerne MBT, MCT, ACT og CFT. Som det fremgår af ovenstående afsnit og tabel, var det dog kun muligt at inkludere studier som undersøgte tre af interventionsformerne; MBT, MCT og ACT. Det har ikke været en del af selektionskriterierne, men fælles for alle interventionsformerne er det, at terapien er foregået som gruppeterapi. Antallet af sessioner har varieret fra seks (Thorslund et al., 2020) til 12 sessioner (Cotton et al., 2016; Crowley et al., 2018; Syeda & Andrews, 2021) med gennemsnitligt ni sessioner på tværs af studierne.

Da fokus i dette review er at undersøge behandlingseffekt, er det fundet relevant at se på frafaldet i forbindelse med terapien, da dette kan sige noget om, hvordan deltagerne oplevede effekten af interventionen undervejs. Frafald er ikke opgjort ens i alle studier, men i de fleste tilfælde defineres frafald ved manglende data fra postmålingen. Det procentvise frafald spænder fra 4,4% (Esbjørn et al., 2018) til 21,4% (Meagher et al., 2017). I forbindelse med frafald er det ligeledes fundet interessant at se på fremmødet til sessionerne, da dette vil give information om, hvor meget deltagerne deltog i interventionen. Dette kan fungere som indikation for, hvorvidt deltagerne fandt behandlingen virksom eller ej. Frafald og fremmøde kan ligeledes sige noget om acceptabiliteten og gennemførligheden af interventionen. Fraset tre af studierne, som ikke rapporterede deltageres fremmøde (Meagher et al., 2017; Hancock et al., 2018; Esbjørn et al., 2018), så fremgår fremmøderaten for de enkelte studier af tabellen. Fremmødet er udregnet som det procentvise antal sessioner deltagerne i gennemsnit

deltog i, bortset fra studiet af Syeda og Andrews (2021), hvor fremmødet blot blev rapporteret som, at alle deltagere deltog i mindst otte sessioner. Den gennemsnitlige fremmøderate på tværs af de fem studier, hvor det var muligt at udregne fremmødet i procent, er 87,3% (Cotton et al. 2016; Crowley et al., 2018; Thorslund et al., 2020; Petersen et al., 2023; Thingbak et al., 2024b).

Tabel 5: Karakteristik af interventionerne

Forfattere og årstal	Intervention	Antal sessioner	Frafald	Fremmøde
Cotton et al. (2016)	MBCT	12	9%	89.17%
Meagher et al. (2017)	ACT	8	21,40%	-
Hancock et al. (2018)	ACT	10	18,70%	-
Crowley et al. (2018)	MBCT	12	9%	73.33%
Esbjørn et al. (2018)	MCT	8	4,4%	-
Thorslund et al. (2020)	MCT	6	10%	96.67%
Syeda & Andrews (2021)	MBCT	12	12,00%	Fremmødte til mindst 8 sessioner
Petersen et al. (2023)	ACT	8	7,70%	90%
Thingbak et al. (2024b)	MCT	8	9,30%	87.5%

Tabeltektst. MBCT: Mindfulness based Cognitive Therapy, ACT: Acceptance and Commitment Therapy, MCT: Metacognitive Therapy

4.4 Karakteristik af indholdet i interventionerne

Fokus for dette review er, hvilken effekt tredje bølge kognitiv terapi har på reduktionen af angstsymptomer hos børn med angst. Det er derfor fundet interessant at se nærmere på, hvilke forskelle og ligheder der er på tværs af interventionerne i de inkluderede studier. På den måde kan der muligvis opnås en forståelse for, hvilke elementer i interventionerne der har effekt og omvendt. Inspireret af tematisk syntese er afsnittene i hvert studie omhandlende indholdet af interventionen først blevet kodet, hvorefter overordnede temaer er blevet identificeret og rapporteret i nedenstående tabel. I nogle af de nyere studier er det beskrevet, at de har benyttet manualer udarbejdet i nogle af de andre studier, som er inkluderet i dette review. I disse tilfælde er

det nye studie kodet på samme måde som det ældre studie. Et eksempel er studiet af Thingbak og kollegaer (2024b) hvor det beskrives, at de bruger anbefalingerne fra Esbjørn og kollegaer (2018), hvorfor disse to kodes ens og med samme temaer.

Som det fremgår af tabellen, havde alle inkluderede studier elementerne; psykoedukation, mindfulness og hjemmearbejde, som en del af terapien. I seks studier (Cotton et al., 2016; Meagher et al., 2017; Hancock et al., 2018; Crowley et al., 2018; Syeda & Andrews, 2021; Petersen et al., 2023) har det været fokus i terapien at arbejde med at acceptere ubehagelige tanker og indre tilstande. Opmærksomhedstræning har ligeledes været en del af terapien i seks studier (Cotton et al., 2016; Crowley et al., 2018; Esbjørn et al., 2018; Syeda & Andrews, 2021; Petersen et al., 2023; Thingbak et al., 2024b).

De tre studier (Meagher et al., 2017; Hancock et al., 2018; Petersen et al., 2023) der havde ACT, som intervention havde i terapien et særligt fokus på værdiarbejde og kognitiv defusion, hvor de tre studier som brugte MCT (Esbjørn et al., 2018; Thorslund et al., 2020; Thingbak et al., 2024b) havde et særligt fokus på børnenes metakognitive antagelser. Ligeledes var det særligt for de tre studier (Cotton et al., 2016; Crowley et al., 2018; Syeda & Andrews, 2021), der havde MBT som intervention, at de alle havde øvelser med bodyscan som en del af terapien. I fire af de inkluderede studier (Hancock et al., 2018; Esbjørn et al., 2018; Syeda & Andrews, 2021; Thingbak et al., 2024b) er der beskrivelser af, at forældrene har været aktivt involveret i behandlingen. Dette er blandt andet foregået ved, at der har været særskilte sessioner eller workshops for dem. Se nedenstående tabel for det fulde overblik over indholdet af de forskellige interventioner i studierne.

Tabel 6: Indholdet af interventionerne

	Terapiform	Psykoedukation	Mindfulness	Accept	Opmærksomhedstræning	Værdiarbejde	Kognitiv defusion	Udfordre metakognitive antagelser	Vejtrækningsøvelser	Bodyscan	Hjemmearbejde	Forældreinvolvering
Cotton et al. (2016)	MBCT	X	X	X	X					X	X	

Meagher et al. (2017)	ACT	X	X	X		X	X				X	
Hancock et al. (2018)	ACT	X	X	X		X	X				X	Forældrene var med, men der var også tid kun med forældre og kun med børnene
Crowley et al. (2018)	MBCT	X	X	X	X				X	X	X	
Esbjørn et al. (2018)	MCT	X	X		X			X			X	Der var to forældre workshops
Thorslund et al. (2020)	MCT	X	X					X			X	
Syeda & Andrews (2021)	MBCT	X	X	X	X					X	X	To sessioner for forældrene
Petersen et al. (2023)	ACT	X	X	X	X	X	X		X		X	
Thingbak et al. (2024b)	MCT	X	X		X			X			X	Efter hver session med børnene var der 30 min til forældrene

Tabelltekst. MBCT: Mindfulness based Cognitive Therapy, ACT: Acceptance and Commitment Therapy, MCT: Metacognitive Therapy

4.5 Kvalitetsvurdering af de inkluderede studier

Kvalitetsvurderingen af de inkluderede studiers metodologiske kvalitet er som nævnt i metodeafsnit 3.4 *Kvalitetsvurdering* blevet foretaget med udgangspunkt i kvalitetsvurderingsværktøjet EPHPP. Fire af de inkluderede studier (Hancock et al., 2018; Crowley et al., 2018; Thorslund et al., 2020, Syeda & Andrews, 2021) vurderes til en stærk samlet score, mens fem studier (Meagher et al., 2017; Esbjørn et al., 2018; Petersen et al., 2023; Thingbak et al., 2024) vurderes til at have en moderat samlet score.

Det er fælles for alle studierne, at de får den bedst mulige score inden for domænerne; selektionsbias og dataindsamlingsmetode. At alle studierne får gode scores i selektionsbias skyldes, at deltagere vurderes som repræsentative for den population, der ønskes undersøgt. Denne vurdering er blandt andet taget ud fra, at deltagerne i samtlige studier er blevet screenet i forhold til angstniveau og eventuelt angstdiagnose forud for interventionen. Ligeledes opnåede alle studierne gode scores i domænet

dataindsamlingsmetode, hvilket skyldes, at alle anvendte outcomemål er valide og reliable måleinstrumenter til vurdering af angstsymptomer. Inden for domænet studiedesign kunne randomiserede kontrollerede forsøg og kontrollerede kliniske forsøg opnå den højeste score, mens studierne, som ikke havde en kontrolgruppe, fik en moderat score på dette domæne.

Som det fremgår af nedenstående tabel får hovedparten af studierne en svag eller moderat score inden for domænet blinding. Dette skyldes primært, at det ikke har fremgået tydeligt, hvorvidt der har været gjort foranstaltninger i forhold til blinding. For at opnå en høj score på dette domæne, er det ud fra EPHPP påkrævet at assessorerne skal være blindet for, hvilken intervention børnene skulle eller havde modtaget samtidig med, at deltagerne skulle være blindet for forskningsspørgsmålet. I flere tilfælde var det enten ikke muligt at gøre begge disse foranstaltninger, eller også er det ikke beskrevet, hvorfor en stor del af studierne fik svage eller moderate scores inden for dette domæne. Det har ikke været relevant at foretage en vurdering af om forstyrrende variable mellem grupperne har spillet en rolle i de studier, hvor der ikke har været en kontrolgruppe. Se tabellen nedenfor for det fulde overblik over kvalitetsvurderingen.

Tabel 7: Kvalitetsvurdering

	Selektionsbias	Studiedesign	Forstyrrende variable	Blinding	Dataindsamlingsmetode	Frafald	Samlet score
Cotton et al. (2016)	1	2	IR	3	1	1	MODERAT
Meagher et al. (2017)	1	1	1	3	1	2	MODERAT
Hancock et al. (2018)	1	1	1	2	1	1	STÆRK
Crowley et al. (2018)	1	2	IR	2	1	1	STÆRK
Esbjørn et al. (2018)	1	2	IR	3	1	1	MODERAT
Thorslund et al. (2020)	1	2	IR	1	1	1	STÆRK
Syeda & Andrews (2021)	1	1	1	2	1	1	STÆRK

Petersen et al.(2023)	1	1	1	3	1	1	MODERAT
Thingbak et al.(2024b)	1	2	IR	3	1	1	MODERAT

Tabelltekst. IR: ikke relevant, 1: stræk kvalitet, 2: moderat kvalitet, 3: svag kvalitet

4.6 Argumentation for en metaanalyse

På baggrund af dataindsamlingen og kvalitetsvurderingen blev det vurderet relevant at undersøge muligheden for at udføre en metaanalyse. Som beskrevet i afsnit 3.5 *Metaanalyse* må forskellige aspekter ved studierne og deres sammenlignelighed først vurderes før, der kan argumenteres for at lave en metaanalyse. I den forbindelse vurderes det, at deltagerne er tilstrækkelig sammenlignelige, da de alle enten var diagnosticeret med en angstdiagnose eller udviste angstsymptomer på et klinisk signifikant niveau ved baseline målingen. Derudover har deltagerne det tilfælles, at de er børn og bor i et vestligt land. I forhold til interventionen er en væsentlig forskel, at der er inkluderet tre forskellige terapiformer. På den anden side er terapien i alle studierne givet som gruppeterapi, og elementer som mindfulness, accept af tanker og indre tilstande samt opmærksomhedstræning går igen på tværs af studierne. Derudover er antallet af sessioner sammenlignelige i størstedelen af studierne. Disse aspekter vurderes til at være medvirkende til at øge sammenligneligheden af interventionerne. Hvorvidt konfidensintervallerne for studiernes effektstørrelser overlapper hinanden, undersøges i SPSS. Det fremgår her, at konfidensintervallerne i syv af studierne overlapper ud af de i alt otte studier, som har rapporteret tilstrækkeligt rådata til at kunne indgå i en metaanalyse.

Hvis de inkluderede studier lever op til størstedelen af kriterierne for at kunne udføre en metaanalyse, er det ifølge Brown og Chaplin (2024) meningsfuldt at gøre det. På baggrund heraf samt ovenstående argumentation er det derfor fundet relevant at udføre en metaanalyse af effekten på reducere af angstsymptomer fra baseline til postmålingen.

4.7 Metaanalyse

Følgende afsnit indeholder en metaanalyse af interventionernes effekt fra baseline til post. Studiet af Crowley og kollegaer (2018) indgår ikke i metaanalysen, da deres rapportering af rådata er mangelfuld i forhold til at kunne udføre en metaanalyse. Efter metaanalysen følger et afsnit, hvor effektstørrelserne på baggrund af børnenes og forældrenes rapporteringer angående barnets angstsymptomer sammenholdes.

4.7.1 Baseline til post

Dette afsnit har til formål at belyse effekten af terapien i interventionsgrupperne målt som den standardiserede gennemsnitsforskel (Cohens d) fra baseline- til postmålingen. Formålet med dette er at undersøge interventionernes effekt på børnenes angstsymptomer inden for de enkelte studier og samlet.

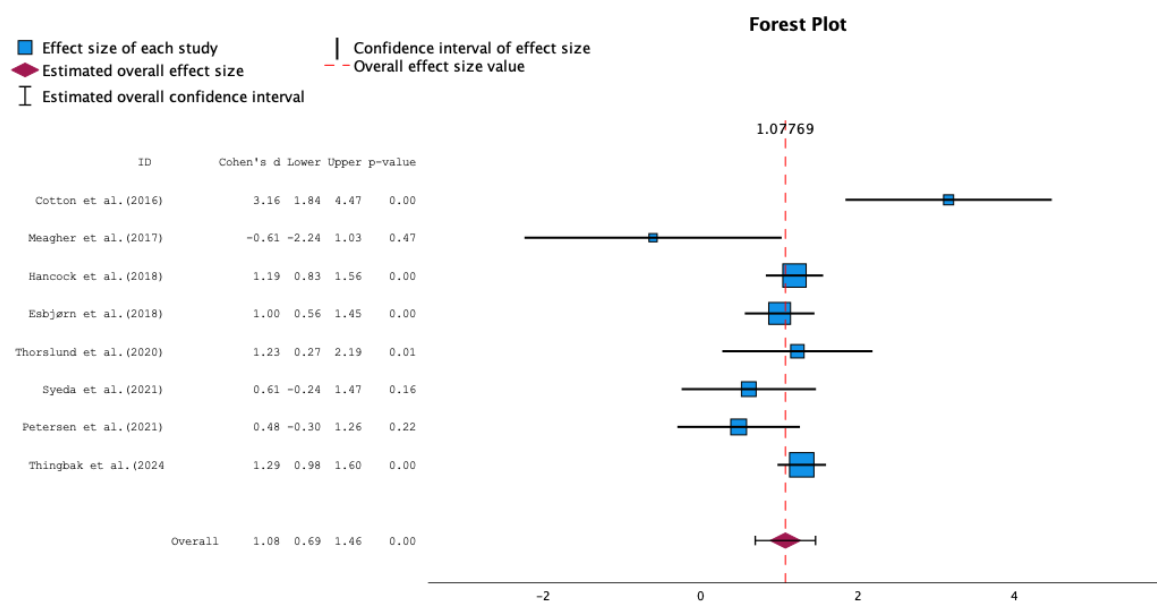
Fire af studierne (Cotton et al., 2016; Meagher et al., 2017; Hancock et al., 2018; Esbjørn et al., 2018) har anvendt to forskellige outcomemål i forhold til måling af angstsymptomer. For hvert af disse studier er et outcomemål valgt til at indgå i metaanalysen. For artiklen af Cotton og kollegaer (2016) er outcomemålet The Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) valgt, da dette var studiets primære outcomemål. De tre andre artikler beskrev ikke ét af deres outcomemål som det primære, hvorfor valget i disse tilfælde er truffet på baggrund af andre faktorer. For studiet af Meagher og kollegaer (2017) blev Penn State Worry Questionnaire for Children (PSWQ-C) valgt, da denne ifølge forfatterne har bedre psykometriske egenskaber end alternativet. Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS) blev valgt som outcomemål for artiklen af Hancock og kollegaer (2018), da denne blev udført i samarbejde med en kliniker. For studiet af Esbjørn og kollegaer (2018) blev Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS) valgt, da denne måler bredere på angstsymptomer i forhold til alternativet, som primært har fokus på patologisk bekymring.

Som det fremgår af *Figur 2: Baseline til post for interventionsgruppen* er den samlede effektstørrelse for interventionsgrupperne $d=1,08$ (KI 95%: 0,69-1,46), hvilket svarer til en stor effekt ($d>0,8$). Ved fem studier ses en stor effekt ($d>0,8$) (Cotton et al., 2016; Hancock et al., 2019; Esbjørn et al., 2018; Thorslund et al., 2020; Thingbak et al., 2024b). I et studie ses en moderat effekt ($d>0,5$) (Syeda & Andrews, 2021). Ved et andet studie findes der en lille effekt ($d>0,2$) (Petersen et al., 2021) og

ved yderligere et studie ses en moderat negativ effekt (Meagher et al., 2017). I den sammenhæng må det pointeres, at de sidstnævnte tre studier (Syeda & Andrews, 2021; Petersen et al., 2021; Meagher et al., 2017) har en p-værdi > 0,05, hvilket vil sige, at disse effektstørrelser ikke er signifikante.

I forbindelse med metaanalysen er der ligeledes udført en test for heterogenitet. Heterogeniteten for metaanalysen er $I^2=66\%$, hvilket vil sige, at 66% af forskellene mellem studierne er reelle forskelle, og kan ikke blot tilskrives tilfældigheder. Dette svarer til en moderat grad af heterogenitet ($75\% > I^2 > 50\%$). Som nævnt i afsnit 3.5.4 *Test for heterogenitet* bør der ved en betydelig grad af heterogenitet benyttes en random effect model, hvorfor denne er valgt her.

Figur 2: Baseline til post for interventionsgruppen



4.7.2 Børnenes og forældrenes rapportering

I fire af de inkluderede studier indgår et outcomemål, hvor forældrene har rapporteret om barnets angstniveau før og efter interventionen. Det er fundet meningsfuldt at se nærmere på disse, da forældrenes besvarelser, såvel som børnenes, fortæller noget om, hvilket effekt terapien har haft på børnenes angstniveau. Det synes særlig interessant at se på forholdet mellem børnenes og forældrenes vurdering af angstsymptomerne før og efter interventionen i hvert studie, da dette eventuelt kan understrege behandlingseffekten yderligere. På den baggrund er nedenstående tabel opstillet med

disse to mål i forlængelse af hinanden. I tre studier (Meagher et al., 2017; Esbjørn et al., 2018; Syeda & Andrews, 2021) har samme outcomemål været anvendt for henholdsvis forældrene og børnenes rapportering, hvor der i et studie (Hancock et al., 2018) er brugt forskellige outcomemål til børnenes og forældrenes rapportering. Dog er det stadigvæk muligt at sammenholde resultaterne inden for hvert studie, da effektstørrelserne er udregnet i samme enhed (Cohens d). I studiet af Meagher og kollegaer (2017) rapporterer både børn og forældre, at interventionen ingen effekt har ($d < 0,2$) på redueringen af angstsymptomer. Hertil må det påpeges, at der ud fra børnenes rapportering sker en forværring af angstsymptomerne efter endt intervention. Dette ses ved, at effekten er negativ ($d = -0,61$). I den forbindelse er det dog væsentligt at indvende, at p -værdierne for begge effektmål i studiet af Meagher og kollegaer (2017) ikke er signifikante ($p > 0,05$).

I to studier (Hancock et al., 2018; Esbjørn et al., 2018) ses en stor effekt ($d > 0,8$) både på børnenes og forældrenes rapportering. Ved studiet af Syeda og Andrews (2021) ses en moderat effekt ($d > 0,5$) ved børnenes rapportering og en stor effekt ($d > 0,8$) ved forældrenes rapportering. I forlængelse heraf ses det dog, at børnenes rapportering af effekten ikke er signifikant ($p > 0,05$). Se nedenstående tabel for det fulde overblik over forholdet mellem den effekt, som henholdsvis børnene og forældrene rapporterede i forhold til barnets angstsymptomer fra baseline til post.

Tabel 8: Baseline til post - børnenes og forældrenes rapportering

	Outcomemål-B	Effekt-B	KI 95% p-værdi	Outcomemål-F	Effekt-F	KI 95% p-værdi
Meagher et al. (2017)	SCAS-C	-0,61	KI: -2,24-1,03 $p=0,47$	SCAS-P	0,01	KI: -1,59-1,61 $p=0,99$
Hancock et al. (2018)	ADIS-IV	1,19	KI: 0,83-1,56 $p=0,00$	CALIS-P	0,93	KI: 0,57-1,28 $p=0,00$
Esbjørn et al. (2018)	RCADS	1,00	KI: 0,56-1,45 $p=0,00$	RCADS	1,27	KI: 0,81-1,72 $p=0,00$
Syeda & Andrews (2021)	MASC-2	0,61	KI: -0,24-1,47 $p=0,16$	MASC-2	1,17	KI: 0,27-2,08 $p=0,01$

Tabelftekst. Effekten er angivet som Cohens d . Konfidensintervallet (KI) er på 95%. B: børnenes rapportering, F: forældrenes rapportering. SCAS: Spence Children's Anxiety Scale, ADIS-IV: Anxiety Disorders Interview Schedule, MASC: Multidimensional Anxiety Scale for Children, RCADS: Revised Children's Anxiety and Depression Scale, SCARED: Screen for Child Anxiety Related Disorders

5. Diskussion

I de følgende afsnit præsenteres først undersøgelsens hovedfund. Herefter diskuteres variationen blandt de inkluderede studier, herunder de forskellige former for heterogenitet, samt kvalitetsvurderingen. Derefter følger en diskussion af den anvendte metode og proces, samt en generel diskussion af styrker og begrænsninger ved et systematisk review og metaanalyse. Til slut diskuteres undersøgelsens kliniske relevans samt forslag til fremtidig forskning.

5.1 Hovedfund

Nærværende systematiske review og metaanalyse har til formål at undersøge effekten af ACT, MCT, MBT og CFT på redueringen af angstsymptomer hos børn og unge med angst. Det var dog ikke muligt at inkludere studier, som undersøgte CFT, hvorfor undersøgelsen alene beror på studier der undersøgte ACT, MCT og MBT. På baggrund af reviewet og metaanalysen er det fundet, at ACT, MCT og MBT har en stor og signifikant effekt ($d=1,08$) på reduering af angstsymptomer hos børn og unge med angst efter endt intervention. I den forbindelse er det interessant, at der i de tilfælde, hvor både børn og forældre havde rapporteret barnets niveau af angstsymptomer, overordnet set er overensstemmelse i forhold til interventionens effekt. Denne overensstemmelse medvirker til at styrke evidensen for effekten. Når man undersøger behandlingseffekt af en intervention, er det imidlertid altid væsentligt at være bevidst om, at også andre faktorer end interventionen kan forklare den effekt der ses. Eksempler på sådanne faktorer ved terapeutiske interventioner kan være personlige forhold, ændringer i miljø og hverdag og/eller nonspecifikke faktorer i terapien (Ozpolat et al., 2025). Disse forhold er selvsagt vanskelige at kontrollere for i forskning, men dog vigtige at være opmærksomme på, når man forholder sig til resultaterne.

Ved en nærmere gennemgang af behandlingseffekterne inden for de tre terapiformer ses et interessant mønster. Blandt studierne der havde henholdsvis ACT og MBT, som intervention ses en betydelig variation i effektstørrelserne, hvorimod behandlingseffekten fremstår mere konsistent blandt de studier som undersøgte MCT. Effektstørrelserne blandt studierne der undersøgte ACT varierer fra en stor effekt

$d=1,19$ (Hancock et al., 2018), en lille effekt $d=0,48$ (Petersen et al., 2023) til en moderat negativ effekt $d=-0,61$ (Meagher et al., 2017). Blandt disse studier ses således en relativ stor forskel i behandlingseffekterne, hvilket medvirker til en større usikkerhed om den faktiske behandlingseffekt ved denne terapiform. Ligeledes er der variation i behandlingseffekten blandt de studier, der havde MBT som intervention fra stor $d=3,16$ (Cotton et al., 2016) til moderat $d=0,61$ (Syeda & Andrews, 2021). Som nævnt er effektstørrelserne blandt studierne, der undersøgte MCT mere ensartede. Disse effektstørrelser er alle store ($d>0,8$) og relativt ens; $d=1,0$ (Esbjørn et al., 2018), $d=1,23$ (Thorslund et al., 2020) og $d=1,29$ (Thingbak et al. 2024b).

På den baggrund kan der argumenteres for, at der på nuværende tidspunkt er bedst evidens for, at MCT reducerer angstsymptomer hos børn og unge blandt de tre undersøgte terapiformer, da resultaterne fra metaanalysen er mere ensartede ved denne intervention. Disse forskelle i behandlingseffekten på tværs af de tre terapiformer kan skyldes flere ting. Først og fremmest kan man forestille sig, at nogle elementer inden for særligt ACT kræver et vist abstraktionsniveau, som kan være vanskelig at tilpasse til børnenes udviklingsniveau. Ifølge Petersen og Pimentel (2024) findes der dog versioner af ACT tilpasset børn og unge. Ligeledes ses det blandt andet i studiet af Meagher og kollegaer (2017), hvordan en sådan tilpasning konkret kan se ud, mere herom i senere afsnit. En anden forklaring i den forbindelse kan være, at ACT blandt andet har fokus på at øge psykologisk fleksibilitet frem for symptomreduktion (Petersen et al., 2024). Derudover er det væsentligt at understrege, at datagrundlaget er relativt begrænset, hvilket kan betyde, at ensartetheden blandt studierne der undersøger MCT skyldes lavere variation snarere end større robusthed. Resultaterne bør derfor tolkes med en vis forsigtighed, indtil mere forskning foreligger.

Fundene fra dette review og metaanalyse stemmer overordnet overens med fund fra tidligere reviews på området, som er beskrevet i afsnit 1.4 *Rationale*. Reviewet af Borquist-Conlon og kollegaer (2019), undersøgte forskellige MBT-interventioner til børn og unge med angst, og fandt, at disse har en moderat og signifikant effekt (Hedge's $g=0,62$) på redueringen af angstsymptomer. Ligeledes fandt Burley og McAloon (2024), at gruppebaseret ACT har en moderat og signifikant effekt (Hedge's $g = 0,54$) på reduering af angstsymptomer hos børn og unge med angst. Fundene i nærværende review og metaanalyse stemmer således overens med resultaterne fra tidli-

gere reviews, da disse også har konkluderet, at MBT og ACT overordnet set har effekt på redueringen af angstsymptomer hos børn og unge. I den forbindelse er det interessant, at nærværende undersøgelse peger på, at MCT synes at være den af de tre terapiformer, som har den mest konsistente effekt på redueringen af angstsymptomer. Det har ikke været muligt at sammenligne dette fund direkte med tidligere forskning, da der ikke er fundet reviews som undersøger effekten af MCT til børn og unge med angst. Dog har en nyere metaanalyse (Thingbak et al., 2024a) vist, at der er en sammenhæng mellem metakognitive antagelser og blandt andet angst blandt børn og unge. Denne dokumenterede sammenhæng giver indikation af at MCT, som netop har til formål at udfordre metakognitive antagelser, kan være en relevant intervention til behandling af børn og unge med angst.

5.1.1 Elementer i terapien

Til trods for, at de tre inkluderede terapiformer har forskellige teoretiske udgangspunkter, blev der i resultatafsnittet *4.4 Karakteristik af indholdet i interventionerne* fundet flere fællestræk. Blandt andet inkluderede alle interventionerne elementerne; psykoedukation, hjemmearbejde og mindfulness. Det må dog bemærkes, at psykoedukation og hjemmearbejde som oftest er standardkomponenter i psykoterapi uanset teoretisk retning. Dette gælder også for den nuværende førstevalgsbehandling til børn og unge med angst, KAT (Esbjørn et al., 2012c).

Nogle generelle fællestræk ved tredje bølge kognitiv terapi er; fokus på at adskille personen fra følelser, tanker og symptomer samt fokus på nærvær og accept af dysfunktionel tænkning og følelsesmæssigt ubehag (Rosenberg et al., 2012). Dog er det i nærværende undersøgelse tydeligt, at nogle elementer kun var til stede inden for samme terapeutiske retning, eksempelvis var elementerne værdiarbejde og kognitiv defusion udelukkende tilstede i de ACT baserede interventioner. Jævnfør teoriafsnittet er disse elementer, da også yderst centrale inden for ACT og ikke umiddelbart en del af hverken MCT eller MBT. Dog synes det sandsynligt, at kognitiv defusion implicit er en del af både MCT og MBT, idet begge retninger lægger vægt på, at deltagerne øver sig i, at se tanker for det de er, bare tanker, uden at smelte sammen med dem. På den baggrund kan relevansen af opdelingen af de terapeutiske elementer diskuteres.

Oplysningerne om terapiens indhold er baseret på studierne egne beskrivelser, og kun de terapeutiske elementer, der eksplicit nævnes heri, er medtaget. En begrænsning her er, at der ikke er opnået adgang til manualerne i de tilfælde, hvor en sådan har været benyttet. På den baggrund kan nogle elementer være gået tabt. Det vurderes dog sandsynligt, at de mest centrale og væsentlige elementer er fremgået af artiklernes beskrivelser.

Det kan som nævnt diskuteres, hvorvidt opdelingen i forskellige elementer har været meningsfuld. På den ene side bidrager kortlægningen af, hvilke elementer der har indgået i de forskellige interventioner til en forståelse af, hvad der eventuelt har været virksomt ved terapien og givet effekten. På den anden side kan både tolkningen og implementeringen af de enkelte elementer variere betydeligt fra studie til studie. Det er således ikke givet, at for eksempel mindfulness forstås og anvendes på samme måde i en ACT baseret intervention som i en MCT baseret intervention. Jævnfør afsnittet 2.2.2 *Metakognitiv terapi (MCT)* praktiseres mindfulness inden for denne retning gennem afkoblet opmærksom, hvilket er en teknik, hvor tanker observeres på afstand uden forsøg på at kontrollere, analysere eller reagere derpå (Esbjørn et al., 2016). Et eksempel på hvordan mindfulness praktiseres inden for ACT ses i studiet af Petersen og kollegaer (2023), hvor deltagerne guides gennem vejtrækningsmeditationer.

Ovenstående eksempler illustrerer, hvordan det samme element kan forstås og praktiseres forskelligt inden for de forskellige terapeutiske retninger. På den baggrund kan det fortsat være vanskeligt at sammenligne de terapeutiske elementer på tværs af de forskellige terapiretninger. Dette gør det ligeledes vanskeligt at drage entydige konklusioner om, hvilke specifikke elementer der medvirker til at give effekt. I forlængelse heraf ses der umiddelbart ingen tendens til, at studierne med de højeste eller laveste effektstørrelser deler særlige elementer. Dog ses moderate til høje effektstørrelser blandt de studier der havde forældreindvolvering (Hancock et al., 2018; Esbjørn et al., 2018; Syeda & Andrews, 2021; Thingbak et al., 2024b). Ifølge Munck og kollegaer (2010) er der en sammenhæng mellem overbeskyttende, overkontrolrende, afvisende og kritisk forældreadfærd og børnenes angstniveau. Det er sandsynligt, at forældrene, der har været involveret i terapien, har opnået indsigt i sådanne mønstre samt fået værktøjer til, hvordan de kan møde det ængstelige barn mere hensigtsmæssigt. I forlængelse heraf øger det ofte behandlingseffekten, hvis forældrene

inddrages i barnets terapi (Caspersen et al., 2012). Det antages i den forbindelse, at denne øgede effekt skyldes, at forældrene medvirker til at implementere behandlingsfaktorerne i barnets hverdag samt støtter til at vedligeholde disse efter afsluttet behandling (Sømhovd & Breinholst, 2012). Denne tendens synes at gøre sig gældende i nærværende undersøgelse, da der ses moderate til høje effektstørrelser blandt de studier, hvor forældrene blev involveret i terapien (Hancock et al., 2018; Esbjørn et al., 2018; Syeda & Andrews, 2021; Thingbak et al., 2024b). På den baggrund kan forældreinvolvering være et element, som har bidraget positivt til behandlingseffekten.

5.1.2 Børnenes og forældrenes rapportering

Når man undersøger effekt af en behandling til børn, synes det ikke kun relevant at inddrage børnenes vurdering af deres symptomer før og efter behandling, men også hvordan forældrene oplever og vurderer eventuelle forandringer i barnets symptomer. Forældrenes perspektiv kan give vigtig supplerende information om barnets funktionsniveau og symptomer i dagligdagen, som barnet selv måske ikke er i stand til at udtrykke fuldt ud (Esbjørn et al., 2012b). På denne måde kan effektstørrelserne fra forældrenes rapporteringer være et vigtigt supplement til effektmålingerne fra børnenes rapporteringer. I fire af de inkluderede studier (Meagher et al., 2017; Hancock et al., 2018; Esbjørn et al., 2018; Syeda & Andrews, 2021) indgik forældre rapporteringer af børnenes angstsymptomer før og efter behandlingen. Som det fremgår af *Tabel 8: Baseline til post - børnenes og forældrenes rapportering*, findes store effektstørrelser ved forældrenes rapportering af symptomer hos barnet. Dette bidrager til at underbygge metaanalysens resultater. I den forbindelse må det dog påpeges, at der ved studiet af Meagher og kollegaer (2017) ikke ses nogen effekt ved interventionen ud fra forældrenes rapportering. Dette følger dog effekten, der ses fra børnenes rapportering i pågældende studie. Således rapporterede børn og forældre lignende effekter i de fire studier, hvor begge perspektiver indgik.

Det fremgår ikke af de enkelte studier, hvorvidt forældrenes rapportering er foregået sammen med en kliniker, eller om spørgeskemaerne eventuelt blot er blevet udleveret eller sendt til forældrene for, at de kunne udfylde dem hjemme. En begrænsning ved forældrenes rapporteringer, særligt når det ikke er klart, om de har udfyldt spørgeskemaerne alene eller i samarbejde med en kliniker, er at de kan være præget af bias. Det er muligt, at forældre, som har ventet længe på behandling til deres barn

eller tidligere har oplevet utilstrækkelig effekt af andre behandlingsformer, kan være særligt motiverede for, at deres barn deltager i et forskningsprojekt. Denne motivation kan potentielt påvirke deres rapportering af barnets symptomer og resultere i en tendens til at angive højere angstniveauer forud for deltagelse i undersøgelsen. Ligeledes kan man forestille sig, at forældrenes håb om, at den nye behandling kan afhjælpe barnets angstsymptomer, kan have placeboeffekt, og få dem til at vurdere symptomerne lavere efter endt behandling. Placeboeffekt opstår netop som et komplekst samspil mellem blandt andet håb, motivation og følelser i forhold til en behandling (Ozpolat et al., 2025). I forlængelse heraf skal det bemærkes at der i tre ud af de fire studier, som havde forælderreportering, ses store og signifikante effektstørrelser på baggrund af forældrenes rapporteringer (Hancock et al., 2018; Esbjørn et al., 2018; Syeda & Andrews, 2021). Dette kan være et udtryk for, at forældrene har været tilbøjelige til at rapportere relativt høje angstniveauer inden behandling og samtidig relativt lave angstniveauer efter. Tallene indikerer under alle omstændigheder, at forældrene har oplevet, at behandlingen har været virksom i forhold til at reducere barnets angstsymptomer fraset et studie, hvor effekten var negativ (Meagher et al., 2017).

5.1.3 Frafald og fremmøde

Da denne undersøgelse angår behandlingseffekt ved en terapeutisk intervention, er det fundet relevant at se på frafaldet og fremmødet til terapisesionerne, da dette kan give en indirekte indikation af acceptabilitet og gennemførlighed af behandlingen. I den forbindelse var det største frafald 21,4% (Meagher et al., 2017) mens det laveste frafald var 4,4% (Esbjørn et al., 2018). Frafaldet er blevet udregnet på forskellige måder i studierne, hvorfor disse tal kan være vanskelige at sammenligne. Ved fem studier har det dog været muligt at udregne, hvor stor en procentdel af sessionerne deltagerne er fremmødt til. Disse tal kan således sammenlignes direkte. I forlængelse heraf synes fremmødet at være en bedre indikator for behandlingens acceptabilitet end frafald, da frafaldet kan være udregnet som manglende data fra follow-up målingen, hvilket ikke nødvendigvis er udtryk for, at deltagerne ikke har fundet behandlingen relevant og hjælpsom. Overordnet set har fremmødet været højt på tværs af de fem studier, med et gennemsnit på 87,3%, hvor det laveste fremmøde var 73,33% (Crowley et al., 2018) og det højeste var 96.67% (Thorslund et al., 2020). Et højt fremmøde synes at indikere, at deltagerne har fundet interventionen meningsfuld og

virksom. Disse faktorer kan medvirke til at styrke deltagernes engagement og på den måde øge sandsynligheden for en positiv behandlingseffekt. På den anden side kan man forestille sig, at de deltagere som møder op til en stor del af sessionerne er meget engagerede og motiverede for behandling generelt, og at deres symptomer på den baggrund ville forbedres over tid uanset intervention. Da deltagerne i nærværende review er børn, må det dog antages, at forældrene har været en stor drivkraft i forhold til deres fremmøde. Motivationen og engagementet kan derfor også ligge hos forældrene i større grad end hos børnene. Der ses umiddelbart ingen sammenhæng mellem højt fremmøde og terapiform, hvilket kan indikere, at fremmøde er en forstyrrende variabel i nærværende undersøgelse. Det generelt høje fremmøde understøtter dog acceptabiliteten og gennemførligheden af tredje bølge kognitiv terapi til behandling af angst hos børn og unge.

I forhold til nærværende undersøgelse ses det også, at der var moderat til stor effekt ved studierne, hvor deltagerne havde et højt fremmøde (Cotton et al., 2016; Thorslund et al., 2020; Petersen et al., 2023; Thingbak et al., 2024b). I den forbindelse er det dog væsentligt at påpege, at der ligeledes ses høje effektstørrelser blandt studier, der ikke har rapporteret fremmøde (Hancock et al., 2018; Esbjørn et al., 2018). I disse studier kan det således ikke konstateres, hvorvidt der er sammenhæng mellem højt fremmøde og stor effekt. Til trods for at der i nogle studier ses en tendens til, at højt fremmøde hænger sammen med store effektstørrelser, er det ikke ensbetydende med, at fremmøde i sig selv forårsager effekten. Det synes også sandsynligt, at højt fremmøde er et udtryk for andre faktorer, som eksempelvis motivation, forældre støtte eller tillid til behandlingen. Det er relevant, at det ene studie med negativ behandlingseffekt også er det studie med størst frafald (Meagher et al., 2017). Dette kan indikere, at manglende tiltro til behandlingen eller utilstrækkelig deltagelse heri hæmmer effekten. Samtidig kan stort frafald også indikere problemer med interventionens relevans, acceptabilitet eller anvendelighed i praksis.

5.2 Variation blandt de inkluderede studier

Af metaanalysen blev det klart, at der er en vis heterogenitet ($I^2=66\%$) blandt de inkluderede studier. Dette peger på, at der er en betydelig variation i blandt andet stu-

diedesign, interventionstype eller målemetoder. En sådan variation kan have indflydelse på metaanalysens overordnede konklusioner, og gør det relevant at forholde sig kritisk til dennes gyldighed og generaliserbarhed. På den baggrund synes det nødvendigt med en diskussion af den kliniske, metodologiske og statistiske heterogenitet blandt de inkluderede studier. Til slut i afsnittet inddrages en diskussion af kvalitetsvurderingen.

5.2.1 Klinisk heterogenitet

Variation i interventionen og deltagerens karakteristika kan betegnes som den kliniske heterogenitet blandt de inkluderede studier (Deeks et al., 2019). I forhold til den kliniske heterogenitet for nærværende review og metaanalyse synes det først og fremmest relevant at kommentere på variationen i interventionerne. Der blev inkluderet tre forskellige terapiformer, hvilket i sig selv medvirker til en vis grad af heterogenitet. Alle terapiretningerne befinder sig dog inden for tredje bølge kognitiv terapi, og det blev samtidig klart i resultatafsnittet, at de har en række terapeutiske elementer til fælles. Et andet fællestræk ved interventionerne er, at terapien foregik i grupper. Disse aspekter medvirker til, at interventionerne er mere sammenlignelige og mindsker dermed den kliniske heterogenitet, til trods for de forskellige teoretiske afsæt. På den anden side blev det dog tydeligt, at der er visse forskelle at spore netop på baggrund af de forskellige terapiformer. Som det fremgik af *Tabel 6: Indholdet af interventionerne*, var nogle terapeutiske elementer dog unikke blandt interventioner inden for samme terapeutiske retning, eksempelvis indgik kognitiv defusion og værddiarbejde udelukkende i de ACT baserede interventioner. Sådanne forskelle øger variationen og dermed den kliniske heterogenitet, hvilket i sidste ende har betydning for resultaternes gyldighed.

Herudover ses en variation i forhold til, hvorvidt forældrene blev involveret i behandlingen. I fire studier (Hancock et al., 2018; Esbjørn et al., 2018; Syeda & Andrews, 2021; Thingbak et al., 2024b) deltog forældrene i workshops eller forældre-sessioner som en del af behandlingen. Inden for angstlitteraturen har man både teoretisk og empirisk fundet, at forældrevariable har betydning for udvikling og vedligeholdelse af angst hos børn. I forlængelse heraf har inddragelse af forældrene i terapien ofte en positiv effekt på forældrenes håndtering af barnets angst, hvilket har betydning for at angsten ikke længere vedligeholdes (Anker Munk et al., 2010). Det-

te stemmer overens med nærværende metaanalyses resultater, som viste, at der var moderat til stor effekt på redueringen af angstsymptomer ved de fire studier, hvor forældrene blev involveret i terapien. Dog ses der også store effektstørrelser ved studier, hvor forældrene ikke var involveret. På den baggrund synes der ikke at være en entydig sammenhæng mellem forældreinvolvering og effekt. Forældreinvolvering er dog en variation blandt studierne, som bidrager til øget klinisk heterogenitet.

I forhold til deltagernes karakteristika blev det af resultatafsnittet tydeligt, at det kliniske symptombillede blandt deltagerne i de inkluderede studier varierede. Mens nogle studier udelukkende inkluderede deltagere med en specifik angstdiagnose, var der i andre bredere inklusionskriterier, hvor forskellige former for angst på et klinisk signifikant niveau var tilstrækkelige. Derudover var det muligt i flere studier, at deltagerne havde komorbid depression. Hvis der er stor variation i deltagernes karakteristika, vil dette ifølge Deeks og kollegaer (2019) have betydning for den statistiske heterogenitet. At det kliniske symptombillede har varieret, har dog været et aktivt valg fra begyndelsen af udførelsen af dette review, da det ønskes at komme tæt på målgruppen for behandling i kommunernes nye behandlingstilbud for børn i psykisk mistrivsel. På den baggrund blev børn uden en angstdiagnose, men med angst på et klinisk signifikant niveau medtaget.

I denne undersøgelse kan der dog også argumenteres for, at deltagerne på flere væsentlige punkter er sammenlignelige. De er alle fra vestlige kulturer, og aldersmæssigt er de fra skolealderen og op til 17 år. Når det drejer sig om børn og unge, kan et aldersspænd på omkring 10 år dog anses som stort, da der sker megen udvikling på de år. Der sker blandt andet en stor udvikling inden for kognition, abstraktionsevne og sociale færdigheder (Berk, 2014). Disse aspekter synes at være væsentlige i forhold til at kunne indgå i og profitere af terapi. Deltagernes alder kan på den baggrund have spillet en rolle i forhold til, hvilken effekt terapien har haft, hvor man kan forestille sig, at ældre børn eller unge bedre har kunne profitere af terapien grundet et højere udviklingsniveau. Af resultatafsnittet fremgår det dog, at der i studiet, hvor deltagerne havde den laveste gennemsnitsalder på 9,7 år (Esbjörn et al., 2018) ses en stor signifikant effekt på redueringen af angstsymptomer. Dette kan muligvis forklares ved, at terapien har været effektivt tilpasset til børnenes udviklingsniveau.

5.2.2 Metodologisk heterogenitet

Variation i studiedesign, outcomemål og risiko for bias kan samlet betegnes som metodologisk heterogenitet (Deeks et al., 2019). Dette afsnit vil blandt andet have fokus på forskellene i studiedesign og outcomemål, samt hvilken betydning dette har haft for metaanalysens gyldighed. Risikoen for bias i de enkelte studier behandles i senere afsnit i forbindelse med kvalitetsvurderingen.

I forhold til studiedesign fremgår det af *Tabel 4: Karakteristik af studierne*, at de inkluderede studier har benyttet forskellige designs. Dette skyldes blandt andet, at selektionskriterierne ikke har foreskrevet, at studierne benyttede et bestemt design. Dog var det et eksklusionskriterie, hvis et studie havde et single-case design. Forskellene blandt studierne design har blandt andet betydet, at nogle studier benyttede en eller flere kontrolgrupper, mens andre alene undersøgte effekten ved interventionen. Dette har ligeledes haft betydning for graden af blinding på tværs af studierne. Manglende blinding kan medføre større bias i forhold til, hvordan børnenes symptomer er blevet vurderet før og efter interventionen, hvilket i så fald vil få betydning for de observerede effektstørrelser i metaanalysen samt undersøgelsens overordnede resultater. På trods af at studierne har haft forskellige designs har et væsentligt lighedspunkt været, at de har været designet med en før og efter målingen, hvilket har været essentielt for muligheden for at udføre en metaanalyse og besvarelsen af forskningsspørgsmålet.

Herudover ses det i resultatafsnittet, at der er variation blandt studierne i forhold til, hvilke outcomemål der blev brugt til at vurdere børnenes angstsymptomer. Forskelle i outcomemål øger den metodologisk heterogenitet og bevirker, at studierne resultater bliver sværere at sammenligne, da der ikke er målt på de præcis samme symptomer (Deeks et al., 2019). Det kan således diskuteres, om det samme fænomen måles på tværs af studierne, og hvorvidt variationen i outcomemål kan bidrage til forskelle i fundene. På den anden side er der konsensus om, hvad der er symptomer på angst, idet alle studierne tager udgangspunkt i DSM-kriterierne herfor. På den baggrund er det sandsynligt, at studierne overordnet set måler sammenlignelige fænomener trods forskellige outcomemål. Hertil kommer, at de rapporterede effekter er standardiseret ved brug af Cohen's d , hvilket muliggør sammenligning af resultaterne på tværs af

de forskellige måleinstrumenter. Det kan dog diskuteres, hvorvidt denne statistiske standardisering reelt ophæver den underliggende variation i måleinstrumenter. Cohen's d tager ikke højde for forskelle i måleinstrumenternes sensitivitet, validitet eller reliabilitet, hvilket betyder, at nogle kan være mere tilbøjelige til at fange forandringer i symptombilledet end andre. På den baggrund bør forskelle i outcomemål medtænkes i fortolkningen af metaanalysens resultater, og der kunne med fordel argumenteres for en mere ensartet brug af måleinstrumenter i fremtidig forskning for at øge sammenlignelighed og generaliserbarhed.

En anden variation blandt de inkluderede studier er størrelsen på deres sample. Overordnet set har de inkluderede studier relativt små samples. Dog var der stor forskel på reviewets mindste samples $n=10$ (Cotton et al., 2016; Thorlund et al., 2020) og det største $n=193$ (Hancock et al., 2018). Ifølge Borenstein og kollegaer (2009) kan man i metaanalyser ofte se en tendens til, at effektstørrelserne er større i studier med mindre samples og omvendt. Dette kan skyldes at deltagerne i studier med mindre samples, særlig hvis det samtidig er tidlige studier eller inden for nye forskningsområder, er mere syge og dermed mere tilbøjelige til at profitere af behandlingen (Borenstein et al., 2009).

I nærværende metaanalyse ses en tendens til at mindre studier giver større effektstørrelser, idet et af studierne (Cotton et al., 2016) med det mindste sample har den største effektstørrelse, mens studiet med det største sample (Hancock et al., 2018) har den næstmindste effektstørrelse ud af dem der er signifikante. Dette kan skyldes at deltagerne havde højere angstniveauer ved baseline i studiet af Cotton og kollegaer (2016), dette er dog svært entydigt at vurdere qua de forskellige outcomemål på tværs af studierne. Studiet af Cotton og kollegaer (2016) er derudover det tidligste studie, hvorfor man kan formode, at der har været en særlig stræben efter signifikante resultater. I forlængelse heraf påpeger Borenstein og kollegaer (2009) dog, at store effektstørrelser i studier med mindre samples kan skyldes faktorer, som ikke relaterer sig til samplestørrelse. Samplestørrelse har dog effekt på præcisionen af effektstørrelsen, hvor større samples er mere præcise end mindre samples (Borenstein et al., 2009). Det må i den forbindelse påpeges, at samplestørrelse automatisk medregnes i en metaanalyse som en del af, hvor meget det enkelte studies effektstørrelse vægter i det samlede effekttestimat. Dette gør sig ligeledes gældende i nærværende metaanalyse.

5.2.3 Statistik heterogenitet

Variation blandt interventionernes effekt i de enkelte studier betegnes som den statistiske heterogenitet. Den statistiske heterogenitet opstår som konsekvens af klinisk og metodologisk heterogenitet (Deeks et al., 2019). I forbindelse med metaanalysen blev der udført en test for statistisk heterogenitet. Denne viste, at heterogeniteten i nærværende undersøgelse er $I^2=66\%$, hvilket betyder at 66% af forskellene mellem studierne er reelle, og kan ikke blot tilskrives tilfældigheder. Dette niveau af heterogenitet svarer til en moderat grad af heterogenitet.

I metaanalysen blev det tydeligt, at der var en vis variation i effektstørrelserne blandt de inkluderede studier. Seks studier lå tæt op ad den samlede effektstørrelse (Hancock et al., 2018; Esbjørn et al., 2018; Thorslund et al., 2020; Syeda & Andrews, 2021; Petersen et al., 2021; Thingbak et al., 2024b), mens to studier (Cotton et al., 2016; Meagher et al., 2017) skilte sig mere ud. Det er disse to studier, som det synes relevant at se nærmere på. Studiet af Cotton og kollegaer (2016) havde metaanalysens største effektstørrelse ($d=3,16$), hvilket som tidligere nævnt, kan hænge sammen med, at det er det tidligste studie, hvorfor der kan være et bias i forhold til et stort ønske om at vise lovende resultater på et nyt område. Den store effekt kan også skyldes, at deltagerne har været mere syge og dermed mere tilbøjelige til at profitere af terapien. I forlængelse heraf må det dog bemærkes, at konfidensintervallet for dette studies effekt spænder relativt bredt (KI 95%: 1,84-4,47), hvilket indikerer, at der er en vis usikkerhed angående effekttestimatet.

Effektstørrelsen er ligeledes påfaldende ved studiet af Meagher og kollegaer (2017), da denne viser en moderat negativ effekt ($d=0,61$), hvilket vil sige, at børnenes angstsymptomer blev forværret efter endt intervention. Studiet undersøgte ACT i to forskellige formater; som standard gruppebaseret terapi samt i en version, hvor terapien blev suppleret med et multisensorisk lærings hjælpemiddel. Hjælpemidlet forestiller et hoved. Børnene kan skrive tanker ned, som kan køre ind og ud af hovedet ved hjælp af et håndsving. Meningen med hjælpemidlet er at øge børnenes forståelse for terapeutiske koncepter såsom kognitiv defusion og accept. Nærværende review og metaanalyse har imidlertid taget udgangspunkt i det format, hvor hjælpemidlet ikke indgik. Dette kan potentielt have betydning for, at der ses en negativ effekt ved

dette studie i metaanalysen. Meagher og kollegaer (2017) konkluderer i studiet, at ACT suppleret med det multisensoriske lærings hjælpemiddel førte til reduktion i både børnenes og forældrenes rapportering af angstsymptomer hos barnet. Der kan være risiko for bias i studiet eksempelvis ved, at der ikke er lavet særlige tilpasninger til børn i det format af terapien, hvor hjælpemidlet ikke indgik. Grunden til at dette studies (Meagher et al., 2017) effektstørrelse ligger så langt fra de resterende studier i metaanalysen kan således være, at de andre studier har lavet særlige tilpasninger til børn, som muligvis ikke var til stede i samme udstrækning i formatet uden hjælpemidlet. I forhold til metaanalysens resultater angående studiet af Meagher og kollegaer (2017) er det dog vigtigt at påpege, at resultaterne ikke var signifikante samt at konfidensintervallet spændte bredt, hvorfor der er en vis usikkerhed angående effektmålet.

For at mindske heterogeniteten kan der udføres subgruppeanalyser som tillæg til metaanalysen (Borenstein et al., 2009). På baggrund af det begrænsede antal inkluderede studier ($n = 9$) blev det dog vurderet, at subgrupperne i dette tilfælde ville være for små til at kunne generere meningsfulde eller pålidelige resultater. Dermed blev subgruppeanalyser fravalgt for at undgå fejltolkninger eller overfortolkning af data. Havde mængden af studier tilladt det, kunne relevante subgrupper eksempelvis have været baseret på terapeutisk tilgang, deltagernes alder eller graden af angst. Sådanne analyser kunne have bidraget til en mere differentieret forståelse af, hvilke interventionstyper der er mest virksomme for hvilke grupper af børn og unge med angst. En viden, som potentielt kunne informere klinisk praksis.

5.2.3 Kvalitetsvurdering

Som det fremgår i resultatafsnittet er kvalitetsvurderingsværktøjet EPHPP blevet benyttet til at vurdere kvaliteten af de enkelte inkluderede studier. I den forbindelse blev det vurderet, at fire studier havde en stærk samlet kvalitet (Hancock et al., 2018, Crowley et al., 2018; Thorslund et al., 2020; Syeda & Andrews, 2021), mens fem studier blev vurderet til at have en moderat samlet kvalitet (Cotton et al., 2016; Meagher et al., 2017; Esbjørn et al., 2018; Petersen et al., 2023; Thingbak et al., 2024b). Nærværende review og metaanalyse bygger således på studier med moderat til stræk metodologisk kvalitet, hvilket blandt andet indikerer relativ lille grad af bias. Alle studier er, uanset deres kvalitetsvurdering, blevet inkluderet i resultatafsnittet og den

dertilhørende metaanalyse. Dette valg er taget på baggrund af, at studierne opfylder selektionskriterierne samt, at de som minimum er blevet scoret til en moderat kvalitet, hvormed der ikke synes at foreligge argumenter for eksklusion. Desuden bidrager inklusionen af alle studier uanset kvalitetsvurdering til et mere komplet og nuanceret billede. Ligeledes kan studierne med lavere kvalitetsvurderinger pege på områder med metodiske svagheder, hvor fremtidig forskning kan forbedres.

Det var gennemgående på tværs af alle studier på nær et (Thorslund et al., 2020), at de fik en svag eller moderat vurdering i domænet blinding. Dette skyldes i de fleste tilfælde, at det ikke blev rapporteret, hvorvidt deltagerne var bekendte med forskningsspørgsmålet eller hvorvidt dem der skulle vurdere barnets angstsymptomer var bekendt med, hvilket behandling barnet havde eller skulle modtage. I forhold til sidstnævnte ved vi at assessoren i de tilfælde, hvor der ikke var en kontrolgruppe, har været vidende om, hvilken intervention barnet modtog. Dette anses som en væsentlig begrænsning, da manglende blinding kan påvirke objektiviteten når symptomerne vurderes, og dermed interventionens effekt.

I forbindelse med kvalitetsvurderingen er det væsentligt at påpege, at det ikke var muligt at vurdere domænet forstyrrende variable i fem af studierne, da disse ikke havde en kontrolgruppe. Fraværet af kontrolgrupper begrænser muligheden for at isolere interventionens effekt fra andre faktorer. Dette er med til at svække den interne validitet og kan samtidig trække studiernes metodologiske kvalitet ned.

5.3 Diskussion af anvendt metode og proces

Systematisk review og metaanalyse blev valgt som metode for at opnå et struktureret overblik over eksisterende forskning i forhold til effekten af tredje bølge kognitiv terapi til behandling af angst hos børn og unge. Metoden muliggør en systematisk og transparent fremgangsmåde (Haase, 2011). Dog synes det væsentligt at forholde sig kritisk til de valg, som er truffet undervejs, samt hvordan undersøgelsen er blevet gennemført, da dette har betydning for resultaternes validitet og anvendelighed.

En væsentlig begrænsning ved nærværende review er, at det er udført af én enkelt forfatter. På den baggrund har det ikke været muligt at lave en blindet dobbelt screening samt en uafhængig kvalitetsvurdering af de inkluderede studier. Dette kan indebære en øget risiko for bias i udvælgelses- og vurderingsprocesserne. For at imødegå denne udfordring blev der som beskrevet i metodeafsnittet iværksat tiltag med henblik på at reducere risikoen for bias. PRISMA tjeklisten blev brugt i hele processen for at forbedre reviewets kvalitet samt sikre, at alle relevante aspekter blev rapporteret. Transparens er tilstræbt ved blandt andet grundigt at beskrive, hvordan alle processer ville blive udført forud for udførelsen af dem. Til trods for at der er gjort en række foranstaltninger kan risikoen for bias ikke fuldstændig elimineres, da personlige fortolkninger kan have påvirket udvælgelsen og vurderingen af studierne.

Ud over de metodiske begrænsninger i screenings- og vurderingsprocessen, er også de anvendte selektionskriterier en faktor med betydning for reviewets resultater og generaliserbarhed. Havde selektionskriterierne været mere åbne og eksempelvis inkluderet børn og unge med subklinisk angst kunne deltagergruppen have fremstået mere heterogen. Dette kunne potentielt give et mere retvisende billede af den målgruppe, der potentielt vil gøre brug af kommunernes tilbud om behandling, og derved øge nærværende undersøgelses kliniske relevans. De relativt stramme inklusionskriterier har dog medvirket til at sikre høj intern validitet, men kan som nævnt ovenfor begrænse den eksterne validitet i forhold til en klinisk sammenhæng.

Der har ligeledes været begrænsninger i søgestrategien, da der kun er søgt i to forskellige databaser. Søgning i flere databaser kunne potentielt have muliggjort inklusion af flere studier. Dog blev de to anvendte databaser vurderet til at være de mest relevante, da disse har fokus på psykologisk og sundhedsfaglig forskning. Skulle søgningen være bredt ud i flere databaser, ville det være i databaser som har bredere fokusområder. På den baggrund er det også usikkert, hvorvidt en søgning i andre databaser havde muliggjort inklusion af flere studier.

Til trods for at der som nævnt i ovenstående har været nogle begrænsninger, i processen omkring at udføre reviewet og metaanalysen, synes det at være en styrke, at de ti opstillede skridt af Dickson og kollegaer (2024) samt PRISMA tjeklisten er blevet fulgt. Anvendelsen af disse anerkendte metodiske rammer har bidraget til at

fremme systematik, transparens og reproducerbarhed. Dette er medvirkende til at øge troværdigheden af resultaterne. Samtidig understøtter det reviewets validitet, særligt i lyset af, at det er udført af en forfatter.

5.4 Systematisk review og metaanalyse som metode

I forhold til enkeltstående studier muliggør et systematisk review og metaanalyse et mere generaliserbart og nuanceret overblik over nuværende forskning på området (Lasserson et al., 2019). Blandt andet dette har lagt til grund for at vælge denne metode til besvarelsen af nærværende undersøgelses forskningsspørgsmål. Dog har metoden nogle begrænsninger, hvilket behandles i følgende.

En begrænsning ved det systematiske review som metode er behovet for opdateringer. Resultaterne fra et review kan let blive forældede, særligt hvis det er inden for et område med hurtig videnskabelig udvikling. Forskningsfeltet som dette review har undersøgt, har vist sig at være relativt begrænset og nyt, men med gode behandlingseffekter. På den baggrund kunne man forestille sig, at det også er et område, hvor ny forskning er på vej, hvorfor opdateringer sandsynligvis vil blive nødvendige inden for de kommende år. Det er derudover vigtigt at være opmærksom på, at kvaliteten af ethvert systematisk review afhænger af kvaliteten af de inkluderede studier (Haase, 2011). Det samme gælder for metaanalyser, hvor Borenstein og kollegaer (2009) bruger betegnelsen "garbage in, garbage out". Som tidligere nævnt blev alle inkluderede studier vurderet til at have en enten moderat eller stærk samlet kvalitet, hvilket medvirker til at styrke den overordnede kvalitet af nærværende review og metaanalyse.

En anden gængs kritik af metaanalyser er, at der lægges for meget vægt på den summerede effekt. Denne kritik udspringer af synspunktet, at et forskningsfelt ikke kan reduceres til et enkelt tal (Borenstein et al., 2009). Denne kritik er dog forsøgt imødegået i nærværende undersøgelse, ved at se nærmere på effektstørrelserne ved de enkelte studier og inden for de tre terapietninger. Derudover er metaanalysen suppleret med en række andre karakteristikkere og narrative beskrivelser af de inkluderede studier. Dog synes det at være en styrke ved metaanalyser, at der tilvejebringes

effektstørrelser, som kan sammenlignes med andre undersøgelsers resultater, hvilket ikke i samme omfang er muligt med narrative beskrivelser.

I systematiske reviews og metaanalyser er der altid en risiko for publikationsbias, hvilket henviser til, at studier, hvis resultater ikke er signifikante eller negative, har tendens til ikke at blive publiceret i modsætning til studier med signifikante og/eller positive resultater (Borenstein et al., 2009). Ifølge Bigham (2023) kan der være flere årsager hertil blandt andet, at tidsskrifterne foretrækker at publicere studier med positive resultater, at forskere selv vælger ikke at indsende studier med negative resultater eller at studiernes finansieringskilder har interesse i at studier med negative eller ikke signifikante resultater ikke offentliggøres. Konsekvensen af at ikke signifikante eller negative resultater ikke publiceres kan være, at systematiske reviews og metaanalyser overvurderer behandlingseffekter (Bigham, 2023). Risikoen for publikationsbias er vanskelig at kontrollere for, hvorfor dette bias muligvis også er til stede i nærværende review og metaanalyse.

En måde hvorpå denne risiko dog kan nedbringes, er ved at se på ikke-publiceret eller såkaldt grå litteratur (Borenstein et al., 2009). Et selektionskriterie i dette review, har imidlertid været, at studierne skulle være peer-reviewed, hvorfor grå litteratur ikke blev inkluderet i søgningen. Under søgningen fremkom dog en relevant protokol for et pilotstudie (Wells et al., 2022), som har til formål at undersøge gennemførligheden af en transdiagnostisk version af MCT til børn og unge fra 11-16 år med angst eller anden hyppigt forekommende psykisk lidelse såsom depression. Studiet synes særligt interessant for denne undersøgelse af flere grunde. Først og fremmest er målgruppen tæt på målgruppen for dette review. Dernæst synes studiet interessant i konteksten af de nye behandlingstilbud i kommunerne, hvor man kan antage, at en stor del af børn og unge henvender sig på baggrund af symptomer på angst eller depression, som netop er fokus i studiet. Der er i protokollen lagt op til en follow-up periode på op til 44 uger, hvilket er interessant i forhold til, hvilken effekt terapien har på sigt.

5.5 Klinisk relevans

Resultaterne i dette review har ikke alene teoretisk betydning, men rummer også væsentlige implikationer for klinisk praksis. Ikke mindst i lyset af de nye kommunale behandlingstilbud synes der at være behov for viden om, hvilke terapeutiske tilgange, der er effektive i forhold til behandling af børn og unge med angst. På den baggrund er det relevant at diskutere, hvordan resultaterne fra dette review kan omsættes til praksis.

Resultaterne fra nærværende review og metaanalyse peger på, at ACT, MBT og MCT er effektive i forhold til at reducere angstsymptomer hos børn og unge. Dette kan have relevans, når kommunerne skal vælge, hvilke behandlingstilbud der skal implementeres til denne målgruppe. I nærværende undersøgelse fremstod MCT som den terapiform med de mest konsistente behandlingseffekter blandt de tre inkluderede tilgange. Det er i den forbindelse værd at bemærke, at to af studierne som undersøgte MCT er gennemført i Danmark, samt at Esbjørn og kollegaer (2015) har udarbejdet en manual til gruppebaseret MCT målrettet børn med angst. På den baggrund fremstår gruppebaseret MCT som en særlig relevant og anvendelig tilgang i klinisk praksis i Danmark. Et andet fund, som kan være relevant i en klinisk sammenhæng, er betydningen af forældreinvolvering. Som tidligere nævnt tyder resultaterne fra denne undersøgelse på, at det har en positiv effekt på behandlingen, hvis forældrene involveres heri. Måden hvorpå forældrene blev involveret i barnets terapiforløb varierer på tværs af studierne, men i de tilfælde, hvor forældrene blev involveret, ses moderate til høje behandlingseffekter (Hancock et al., 2018; Esbjørn et al., 2018; Syeda & Andrews, 2021; Thingbak et al., 2024b). På den baggrund synes det relevant at medtænke, hvordan forældrene kan involveres, når man planlægger terapeutiske forløb til børn og unge.

Som nævnt i afsnittet *4.1 Udvalgelse af studier* blev 18 studier ekskluderet på baggrund af, at populationen ikke levede op til de fastsatte selektionskriterier. Det skal dog understreges, at denne eksklusion ikke nødvendigvis indebærer, at studierne resultater er uden klinisk relevans. Ud af de 18 studier, som blev ekskluderet på baggrund af populationen, var der to studier (Ebrahiminejad et al., 2016; Ebrahimi et al., 2024), som udelukkende blev ekskluderet, fordi der enten deltog enkelte 18-årige,

eller fordi det var muligt at være 18 år i studiet, uden at det fremgik, om nogen faktisk var det. Disse studier synes særligt relevante at inddrage, da de befinder sig tæt på inklusionsgrænsen. Endvidere kan de potentielt bidrage med værdifuld viden om behandlingseffekter i en aldersgruppe, der kun marginalt adskiller sig fra den valgte population. Deres relevans øges yderligere, da der i nogle af de større danske kommuner blandt andre Aalborg og Aarhus, findes tilbud svarende til lettere behandling for denne målgruppe i form af rådgivning eller behandlingssamtaler (Aalborg Kommune, u.å; Aarhus Kommune, 2025).

På baggrund af deres nærhed til inklusionskriterierne samt kliniske relevans er det derfor fundet interessant, at se nærmere på disse studiers resultater i forhold til behandlingseffekt. I studiet af Ebrahiminejad og kollegaer (2016) fandt de, at MBT reducerede angstsymptomer signifikant ($p < 0.000$) hos unge piger med socialangst. Studiet af Ebrahimi og kollegaer (2024) fandt, at ACT havde en signifikant effekt ($p < 0.001$) på reducereingen af kognitive forvrængninger og rumination blandt unge piger, som lider af socialangst. Resultaterne fra de to ekskluderede studier tyder således på, at både MBT og ACT medfører signifikante reduktioner i henholdsvis angstsymptomer og uhensigtsmæssig rumination, hvilket kan være et symptom på angst. Disse fund understøtter nærværende review og metaanalyseres resultater; at tredje bølge kognitiv terapi er effektiv i behandlingen af angst hos børn og unge.

5.6 Fremtidig forskning

I forbindelse med udarbejdelsen af nærværende review og metaanalyse er det blevet tydeligt, at forskningen i tredje bølge kognitiv terapi til behandling af angst hos børn udgør et relativt nyt og begrænset forskningsfelt. På trods af en bred søgestrategi, der omfattede fire forskellige terapiformer, kunne der kun identificeres ni relevante studier til inklusion. Feltet fremstår desuden som kulturelt snævert, idet de inkluderede studier udelukkende stammer fra vestlige kontekster. Dette rejser spørgsmål om overførbareheden af resultaterne til ikke-vestlige populationer, og understreger behovet for yderligere forskning i mere kulturelt varierede sammenhænge.

Kun tre af de inkluderede studier var RCT studier, hvilket er det studiedesign, som rangerer øverst i evidenshierarkiet. RCT-studierne betragtes som særligt pålidelige,

da de minimerer risikoen for systematiske bias betydeligt. På den baggrund danner disse ofte grundlag, når der udarbejdes nye kliniske retningslinjer, eller når det i andre sammenhænge skal besluttes, hvilken behandling en specifik målgruppe skal have. På den baggrund vil det være væsentligt, at fremtidig forskning i tredje bølge kognitiv terapi til børn med angst i højere grad anvender RCT-designs. Endvidere indeholder RCT studier altid en kontrolgruppe, hvilket muliggør en direkte sammenligning mellem eksempelvis to forskellige terapiformer. Overordnet set fandt nærværende review og metaanalyse ikke betydelige forskelle i behandlingseffekten på tværs af de forskellige terapiformer, hvilket en direkte sammenligning mellem dem muligvis kunne have afsløret. På samme måde ville det være interessant med flere studier som direkte sammenligner den nuværende behandling (KAT) med tredje bølge terapiformerne for at afdække, om der eventuelt er større behandlingseffekt ved en af disse.

I denne undersøgelse er flere forskellige angstdiagnoser samt klinisk signifikante niveauer af angst slået sammen. Det er imidlertid interessant fremadrettet at undersøge, hvorvidt nogle af terapiformerne er mere effektive til en type af angst end andre. I konteksten af tilbuddet om behandling i kommunerne synes det på den anden side også interessant at udvide målgruppen, i forhold til at undersøge behandlingseffekten for flere forskellige diagnoser på såvel klinisk som subklinisk niveau. Dette for at undersøge potentialet for, hvorvidt nogle af terapiformerne kunne fungere transdiagnostisk.

Nærværende review har haft fokus på, hvilken effekt tredje bølge kognitiv terapi har på børn og unges angstsymptomer. Få af de inkluderede studier målte også på outcomes såsom skolefravær. Dette synes relevant i lyset af, at den foretrukne mestingsstrategi for børn og unge med angst er undgåelse (Esbjørn et al., 2012b). Skolefravær kan i denne sammenhæng forstås som en undgåelsesstrategi for barnet i tilfælde, hvor der er angst forbundet med skolegangen. Det kunne ligeledes være interessant at få mere viden om barnets sociale relationer og generel trivsel, da dette giver et mere helhedsorienteret billede af barnets funktionsniveau og betydning af interventionen i den kontekst. Ved at inkludere målinger på disse områder kunne klinikere få en mere nuanceret forståelse af, hvordan angsten påvirker barnets liv ud over det, der måles på symptomskalaerne. Det kunne derfor være interessant, hvis

fremtidig forskning i højere grad inkluderede sådanne indikatorer for at vurdere, om terapiformerne har en bredere effekt på børn og unges daglige liv og deltagelse i sociale og læringsmæssige kontekster. Det må dog påpeges, at der muligvis ligger studier, som undersøger de inkluderede terapiformer samt måler effekten ud fra eksempelvis skolefravær. Disse vil dog være blevet ekskluderet i nærværende review, såfremt der ikke samtidig har været outcomemål i forhold til angstsymptomer. Dette review og metaanalyse giver således ikke et overblik over terapiens effekt på funktionelle mål, da fokus har været, hvilken effekt tredje bølge kognitiv terapi har på redueringen af børn og unges angstsymptomer.

6. Konklusion

I dette systematiske review og metaanalyse er relevant teori og metode benyttet til at besvare forskningsspørgsmålet; *Hvilken effekt har tredje bølge kognitiv terapi på redueringen af angstsymptomer hos børn og unge med angst?* Både review og metaanalyse er udarbejdet med udgangspunkt i PRISMA 2020 tjeklisten.

Overordnet indikerer undersøgelsens resultater, at tredje bølge kognitiv terapi, herunder ACT, MCT og MBT, har stor signifikant effekt ($d=1,08$) på reduktion af angstsymptomer hos børn og unge med angst. Af metaanalysen fremgik det dog, at effektstørrelserne blandt studierne, der undersøgte MCT, var mere konsistente og ensartede sammenlignet med effektstørrelserne blandt studierne, der undersøgte ACT og MBT. I de studier hvor både børnenes og forældrenes rapporteringer af angstsymptomer hos barnet indgik, var der overensstemmelse mellem den effekt, henholdsvis børnene og forældrene oplevede, at terapien havde. Til trods for at der kan være risiko for bias særligt ved forældrenes rapportering synes disse resultater at understøtte effekten. Udover at der ses stor effekt i forhold til reduktion af angstsymptomer var fremmøderaten høj, med et gennemsnitligt fremmøde på 87,3% af sessionerne. Dette medvirker til at understøtte gennemførligheden og acceptabiliteten af tredje bølge kognitiv terapi til behandling af børn og unge med angst.

Undersøgelsen har klinisk relevans i forhold til de nye tilbud om lettilgængelig behandling i kommunerne. Tidligere har der været risiko for, at børn og unge med

angst, særligt hvis de ikke har været diagnosticeret, ikke har haft mulighed for behandling i hverken psykiatrisk eller kommunalt regi. Gruppebaseret tredje bølge kognitiv terapi kan på baggrund af nærværende undersøgelse ses som et alternativ eller supplement til den på nuværende tidspunkt, mest udbredte behandlingsform for målgruppen, KAT. Dog mangler der fortsat forskning, som direkte sammenligner KAT med tredje bølge kognitiv terapi, inden det kan konkluderes, hvilken terapeutisk retning der har bedst effekt på målgruppen.

Referenceliste

- Anker Munk, L., Esbjørn, B H., Tyle, M., Dittmann, H., Poulsen Dutton, I., & Leth, I. (2010). Angstlidelser hos børn i et udviklingspsykopatologisk perspektiv – implikationer for behandling. *Psyke & logos*, 31(2), 18–18.
<https://doi.org/10.7146/pl.v31i2.8478>
- Armijo-Olivo, S., Stiles, C. R., Hagen, N. A., Biondo, P. D., & Cummings, G. G. (2012). Assessment of study quality for systematic reviews: a comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: methodological research. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(1), 12–18.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01516.x>
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology* (New York, N.Y.), 10(2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Berk, L. E. (2013). *Child Development* (9 ed., Scandinavian ed.) (p. 276-317; p. 446-483). Pearson.
- Bigham, M (2023). Challenges, Biases, and Limitations in Systematic Reviews and Meta-Analyses: Addressing Pitfalls in Medical Research Methodologies. *International Journal for Research in Applied Science and Engineering Technology*, 11(12), 1203–1215. <https://doi.org/10.22214/ijraset.2023.57554>
- Boolsen, M. W., & Jacobsen, M. H. (2015). Positivism (kap. 3). In Hviid Jacobsen, M., Lippert-Rasmussen, K., & Nedergaard, P. (2015). *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. (3. udgave. 1. oplag.). Hans Reitzel.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). Introduction to Meta- Analysis. John Wiley & Sons, Ltd., A. F. (2017). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis, Second*

Edition: A Regression-Based Approach. Guilford Publications. (Kap. 4, 8, 12, 13, 16, 19, 30, 43)

- Borquist-Conlon, D. S., Maynard, B. R., Brendel, K. E., & Farina, A. S. J. (2019). Mindfulness-Based Interventions for Youth With Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 29(2), 195–205. <https://doi.org/10.1177/1049731516684961>
- Breinholst S., Nielsen S. K. & Esbjørn B. H. Specifik fobi. (2012). In Leth, I., & Esbjørn, B. H (Eds). *Angst hos børn: kognitiv terapi i teori og praksis: en håndbog for professionelle*. (1. udgave.) (p. 175-191). Dansk Psykologisk Forlag.
- Brown M. & Chaplin M. (2024). Understanding and Synthesizing Numerical Data From Intervention Studies. In Cherry, M. G. (M. G., Boland, A., & Dickson, R. (Rumona). *Doing a systematic review: a student's guide* (Third edition.) (p. 181-207). Sage.
- Burley, J., & McAloon, J. (2024). Group acceptance and commitment therapy for adolescent anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 31, 100712 <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.11.003>
- Carona, C., Rijo, D., Salvador, C., Castilho, P., & Gilbert, P. (2017). Compassion-focused therapy with children and adolescents. *BJPsych Advances*, 23(4), 240–252. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015420>
- Caspersen, D. I., Leth, I & Esbjørn, B. H. Abnorm separationsangst. (2012). In Leth, I., & Esbjørn, B. H (Eds). *Angst hos børn: kognitiv terapi i teori og praksis: en håndbog for professionelle*. (1. udgave.) (p. 161-175). Dansk Psykologisk Forlag.
- Cherry M. G. & Dickson R. (2024). Defining my Review Question and Identifying Inclusion and Exclusion. In Cherry, M. G. (M. G., Boland, A., & Dickson, R.

(Rumona). *Doing a systematic review: a student's guide* (Third edition.) (p. 43-59). Sage.

Cotton, S., Luberto, C. M., Sears, R. W., Strawn, J. R., Stahl, L., Wasson, R. S., Blom, T. J., & Delbello, M. P. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for youth with anxiety disorders at risk for bipolar disorder: a pilot trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(5), 426–434. <https://doi.org/10.1111/eip.12216>

Crowley, M. J., Nicholls, S. S., McCarthy, D., Greatorex, K., Wu, J., & Mayes, L. C. (2018). Innovations in practice: group mindfulness for adolescent anxiety – results of an open trial. *Child and Adolescent Mental Health*, 23(2), 130–133. <https://doi.org/10.1111/camh.12214>

Dundar Y. & Fleeman N. (2024). Applying Inclusion and Exclusion Criteria. In Cherry, M. G. (M. G., Boland, A., & Dickson, R. (Rumona). *Doing a systematic review: a student's guide* (Third edition.) (p. 93-109). Sage.

Dundar Y., Fleeman N. & Maden M. (2024). Developing My Search Strategy. In Cherry, M. G. (M. G., Boland, A., & Dickson, R. (Rumona). *Doing a systematic review: a student's guide* (Third edition.) (p. 71-93). Sage.

Ebrahimi, S., Moheb, N., & Alivani Vafa, M. (2024). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Distortions and Rumination in Adolescents With Social Anxiety Disorder. *Practice in Clinical Psychology*, 12(1), 81–94. <https://doi.org/10.32598/jpcp.12.1.922.1>

Ebrahiminejad, S., Poursharifi, H., Roodsari, A. B., Zeinodini, Z., & Noorbakhsh, S. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Iranian Female Adolescents Suffering From Social Anxiety. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(11), 1-. <https://doi.org/10.5812/ircmj.25116>.

Esbjörn, B. H., Breinholst S., Nielsen, S. K. & Reinholdt-Dunne M. L. Teorier om udvikling og vedligeholdelse af angsttilstande. (2012a). In Leth, I., & Es-

-
- bjørn, B. H (Eds). *Angst hos børn: kognitiv terapi i teori og praksis: en håndbog for professionelle*. (1. udgave.) (p. 29-45). Dansk Psykologisk Forlag.
- Esbjørn, B. H., Normann, N., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2015). Adapting Metacognitive Therapy to Children with Generalised Anxiety Disorder: Suggestions for a Manual. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(3), 159–166. <https://doi.org/10.1007/s10879-015-9294-3>
- Esbjørn, B. H., Normann, N., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2016). *Metakognitiv terapi til børn med angst*. (1. udgave.). Akademisk Forlag.
- Esbjørn, B. H., Normann, N., Christiansen, B. M., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 16–21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.11.002>
- Esbjørn, B. H., Sømhovd, M. J., Caspersen, I. D. & Reinholdt-Dunne, M. L. (2012b). Klassifikation, diagnosticering og forekomst af angst hos børn. In Leth, I., & Esbjørn, B. H (Eds). *Angst hos børn: kognitiv terapi i teori og praksis: en håndbog for professionelle*. (1. udgave.) (p. 109-125). Dansk Psykologisk Forlag.
- Esbjørn, B. H., Sømhovd M. J., Caspersen, I. D. & Reinholdt-Dunne M. L. (2012c). Kognitiv adfærdsterapi anvendt på børn - generelle principper. In Leth, I., & Esbjørn, B. H (Eds). *Angst hos børn: kognitiv terapi i teori og praksis: en håndbog for professionelle*. (1. udgave.) (p. 125-147). Dansk Psykologisk Forlag.
- Fleeman N. & Dundar Y. (2024). Data Extraction: Where Do I Begin?. In Cherry, M. G. (M. G., Boland, A., & Dickson, R. (Rumona). *Doing a systematic review: a student's guide* (Third edition.) (p. 109-123). Sage.
- Field, A. P. (2018a). The Phoenix of statistics. In Field, A. P. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5. ed.) (p. 95-135). SAGE.
-

-
- Field, A. P. (2018b). The Spine of statistics. In Field, A. P. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5. ed.) (p. 47-95). SAGE.
- Gilbert, P. (2012). Medfølelsesfokuseret terapi (Compassion focused therapy) (Kap. 22). In Arendt M., & Rosenberg N. (Eds) *Kognitiv terapi: nyeste udvikling*. Hans Reitzel.
- Greenhalgh J. & Brown T. (2024). Quality Assessment: Where do I Begin? In Cherry, M. G. (M. G., Boland, A., & Dickson, R. (Rumona). *Doing a systematic review: a student's guide* (Third edition.) (p. 123-149). Sage.
- Grønlund, C. (2012). ACT (Acceptance and Commitment Therapy). In Arendt M., & Rosenberg N. (Eds) *Kognitiv terapi: nyeste udvikling*. Hans Reitzel.
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2018). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children With Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(2), 296–311. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.11110822>
- Haase, S. C. (2011). Systematic Reviews and Meta-Analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery* (1963), 127(2), 955–966. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318200afa9>
- Hougaard, E. (2012). Forord. In Leth, I., & Esbjørn, B. H (Eds). *Angst hos børn: kognitiv terapi i teori og praksis: en håndbog for professionelle*. (1. udgave.) (p.7-13). Dansk Psykologisk Forlag.
- Lasserson T. J., Thomas J., Higgins J. P. T. (2019) Starting a review. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Second edition). John Wiley & Sons, Incorporated. <https://doi.org/10.1002/9781119536604>
- Leth, I. (2012) Introduktion: hvorfor skal vi tage angst hos børn hos børn alvorligt. In

-
- Leth, I., & Esbjørn, B. H. *Angst hos børn: kognitiv terapi i teori og praksis: en håndbog for professionelle*. (1. udgave.) (p. 13-29). Dansk Psykologisk Forlag.
- Leth, I & Esbjørn, B. H. (2012) Socialangst. In Leth, I., & Esbjørn, B. H. *Angst hos børn: kognitiv terapi i teori og praksis: en håndbog for professionelle*. (1. udgave.) (p. 191-211). Dansk Psykologisk Forlag.
- Leoni, S. J. (2012). *Mindfulness for børn og unge: teori og praktiske øvelser*. (1. udgave.). Dansk Psykologisk Forlag.
- Lund Madsen, P. (2021). *Når børn og unge får angst*. (1. udgave.). Lindhardt og Ringhof. (Kap. 4, p. 44-70)
- McKenzie, J. E., Brennan S. E., Ryan R. E, Thomson H. J., Johnston R. V., Thomas J. (2019). Defining the criteria for including studies and how they will be grouped for the synthesis. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Second edition). John Wiley & Sons, Incorporated.
<https://doi.org/10.1002/9781119536604>
- Meagher, R., Chessor, D., & Fogliati, V. J. (2018). Treatment of Pathological Worry in Children With Acceptance-Based Behavioural Therapy and a Multisensory Learning Aide: A Pilot Study. *Australian Psychologist*, 53(2), 134–143.
<https://doi.org/10.1111/ap.12288>
- Nielsen, S. K., Breinholst, S. & Wendelboe, K. (2012). Generaliseret angst. In Leth, I., & Esbjørn, B. H (Eds). *Angst hos børn: kognitiv terapi i teori og praksis: en håndbog for professionelle*. (1. udgave.) (p. 211-229). Dansk Psykologisk Forlag.
- Ozpolat, C., Okcay, Y., Ulusoy, K. G., & Yildiz, O. (2025). A narrative review of the placebo effect: historical roots, current applications, and emerging in sights. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 81(5), 625–645.
<https://doi.org/10.1007/s00228-025-03818-6>
-

-
- Petersen, J. M., Davis, C. H., Renshaw, T. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2023). School-Based Acceptance and Commitment Therapy for Adolescents With Anxiety: A Pilot Trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(3), 436–452. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.02.021>
- Petersen, J. M., & Pimentel, S. S. (2024). Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Anxiety. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 11(4), 366–372. <https://doi.org/10.1007/s40501-024-00335-8>
- Petersen, J. M., Zurita Ona, P., & Twohig, M. P. (2024). A Review of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescents: Developmental and Contextual Considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 31(1), 72–89. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.08.002>
- Perkins, A. M., Meiser-Stedman, R., Spaul, S. W., Bowers, G., Perkins, A. G., & Pass, L. (2023). The effectiveness of third wave cognitive behavioural therapies for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 209–227. <https://doi.org/10.1111/bjc.12404>
- Piet, J & Fjorback, L. O. (2012) Mindfulness. In Arendt M., & Rosenberg N. (Eds) *Kognitiv terapi: nyeste udvikling*. Hans Reitzel.
- Pilkington G. & Dickson J. (2024). Planning and Managing My Review. In Cherry, M. G. (M. G., Boland, A., & Dickson, R. (Rumona). *Doing a systematic review: a student's guide* (Third edition.) (p. 23-43). Sage.
- Rosenberg, N. K., Mørck, M. M. & Arendt, M. (2012). Kognitiv adfærdsterapi - teori og metoder (Kap.1). In Arendt M., & Rosenberg N. (Eds) *Kognitiv terapi: nyeste udvikling*. Hans Reitzel.
- Sarkar, S., & Baidya, D. K. (2025). Meta-analysis - interpretation of forest plots: A wood for the trees. *Indian Journal of Anaesthesia*, 69(1), 147–152.

https://doi.org/10.4103/ija.ija_1155_24

Syeda, M. M., & Andrews, J. J. W. (2021). Mindfulness-based Cognitive Therapy as a Targeted Group Intervention: Examining Children's Changes in Anxiety Symptoms and Mindfulness. *Journal of Child and Family Studies*, 30(4), 1002–1015. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01924-4>

Sømhovd, M. J. & Breinholst, S. (2012). Effekt af kognitiv adfærdsterapi til børn med angst. In Leth, I., & Esbjørn, B. H (Eds). *Angst hos børn: kognitiv terapi i teori og praksis: en håndbog for professionelle*. (1. udgave.) (p. 147-161). Dansk Psykologisk Forlag.

Thastum, M., Lomholt, J. J., Dalgaard Nielsen, A., Laybourn, C., & Sørensen, N. M. (2024). *Socialangst hos børn og unge: håndbog til forældre*. (1. udgave.). Dansk Psykologisk Forlag.

Thorslund, J., McEvoy, P. M., & Anderson, R. A. (2020). Group metacognitive therapy for adolescents with anxiety and depressive disorders: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 625–645. <https://doi.org/10.1002/jclp.22914>

Thingbak, A., Capobianco, L., Wells, A., & O'Toole, M. S. (2024a). Relationships between metacognitive beliefs and anxiety and depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 361, 36–50. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.123>

Thingbak, A., Wells, A., & O'Toole, M. S. (2024b). Group metacognitive therapy for children and adolescents with anxiety and depression: A preliminary trial and test of proposed mechanisms. *Journal of Anxiety Disorders*, 107, 102926–102926. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102926>

Walczak, M., Breinholst, S., Ollendick, T., & Esbjørn, B. H. (2019). Cognitive Behavior Therapy and Metacognitive Therapy: Moderators of Treatment Outcomes for Children with Generalized Anxiety Disorder. *Child Psychiatry and*

Human Development, 50(3), 449–458. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0853-1>

Warwick, H., Reardon, T., Cooper, P., Murayama, K., Reynolds, S., Wilson, C., & Creswell, C. (2017). Complete recovery from anxiety disorders following Cognitive Behavior Therapy in children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 77–91.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.12.002>

Wells, A., Carter, K., Hann, M., Shields, G., Wallis, P., Cooper, B., & Capobianco, L. (2022). Youth Metacognitive Therapy (YoMeta): protocol for a single-blind randomised feasibility trial of a transdiagnostic intervention versus treatment as usual in 11–16-year-olds with common mental health problems. *Pilot and Feasibility Studies*, 8(1), 1–207. <https://doi.org/10.1186/s40814-022-01162-5>

Links:

Elite Providers Hub for Progressive Play (2024), Quality Assessment Tool for Quantitative Studies. (22. maj 2025) <https://www.ehphp.ca/quality-assessment-tool.html>

Elite Providers Hub for Progressive Play (2024), Quality Assessment Tool for Quantitative Studies Dictionary. (22. maj 2025)
<https://www.ehphp.ca/qadictionary.html>

PRISMA Statement (2020), PRISMA 2020 Checklist. (22. maj 2025)
https://static1.squarespace.com/static/65b880e13b6ca75573dfe217/t/670c48a07f17d9090754a6f9/1728858272979/PRISMA_2020_checklist.pdf

Sørensen J. M. & Kristensen K. J. (2024), Angstlidelser hos børn og unge. Sundhed.dk. (22. maj 2025)

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/boerne-og-ungdomspsykiatri/tilstande-og-sygdomme/kliniske-tilstande/angstlidelser-hos-boern-og-unge/>

Sundhedsstyrelsen (2019) Behandling af angst hos børn og unge - National klinisk Retningslinje (22. maj 2025)

<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>

Sundhedsstyrelsen (2021) Behandling af angstlidelser hos voksne - National klinisk Retningslinje (22. maj 2025)

https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/NKR_Angstlidelser/NKR-for-behandling-af-angstlidelser-hos-voksne.ashx

Sundhedsstyrelsen (2024) Etablering af et kommunalt behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel. (22.maj 2025)

https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Behandlingstilbud-boern-unge-psykisk-mistrivsel/Faktaark-boern-og-unge-psykisk-mistrivsel.ashx?sc_lang=da&hash=37937E99A6CC68055817DB1C13ECF931

World Health Organization (2016). International statistical classification of diseases And related health problems (10th ed.) <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

Aalborg Kommune (u.å.). Få gratis rådgivning til dit unge barn. (22. maj 2025)

<https://www.aalborg.dk/mit-liv/mit-barn/trivsel-og-saerlige-behov/mit-unge-barn/samtale-med-raadgiver>

Aarhus Kommune (2025). Behandlingssamtaler. (22. maj 2025)

<https://aarhus.dk/borger/personlig-hjaelp-og-stoette/til-unge-brug-for-stoette-eller-raadgivning/behandlingssamtaler>