

# National klinisk retningslinje for behandling af angst hos børn og unge

Hovedforfatter  
Sundhedsstyrelsen



Sundhedsstyrelsen

## Kontaktperson

### Sprog

dk

### Startdato

20.10.2015

### Last Edited

04.08.2016

## Ansvarsfraskrivelse

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab. Nationale kliniske retningslinjer kan bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer. De nationale kliniske retningslinjer er offentligt tilgængelige, og patienter kan også orientere sig i retningslinjerne. Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

# Indhold

- 1 - Læsevejledning
- 2 - Indledning
- 3 - Psykoterapeutiske behandlingsprogrammer
- 4 - Kognitiv adfærdsterapi eller andre former for psykoterapeutisk behandling
- 5 - Psykoterapi eller antidepressiva (SSRI/SNRI)
- 6 - Kombination af psykoterapi og antidepressiva (SSRI/SNRI) eller psykoterapi alene
- 7 - Psykoterapeutiske behandlingsprogrammer specifikt rettet mod socialfobi eller generiske behandlingsprogrammer rettet mod flere typer af angst
- 8 - Individuel terapi eller gruppeterapi
- 9 - Betydeligt omfang af deltagelse fra forældre i behandlingsforløbet
- 10 - Kropsøvelser (motion, afspændings- og vejrtrækningsøvelser)
- 11 - Bilag 1: Baggrund
- 12 - Bilag 2: Implementering
- 13 - Bilag 3: Monitorering
- 14 - Bilag 4: Opdatering og videre forskning
- 15 - Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode
- 16 - Bilag 6: Fokuserede spørgsmål på PICO-form
- 17 - Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer
- 18 - Bilag 8: Søgebeskrivelser og evidensvurderinger
- 19 - Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen
- 20 - Bilag 10: Forkortelser og begreber

# Quickguide

## 3 - Psykoterapeutiske behandlingsprogrammer

### Stærk anbefaling

Tilbyd etablerede psykoterapeutiske behandlingsprogrammer til børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst.

*Anbefalingen baserer sig på undersøgelser af etablerede psykoterapiformer (herunder kognitiv adfærdsterapi, psykodynamisk terapi, interpersonel terapi, narrativ terapi, oplevelsesorienteret terapi og systemisk terapi) rettet mod angstlidelser hos børn og unge. Interventionen er baseret på en manual/vejledning eller struktureret ud fra en teoretisk forankret tilgang.*

*Interventionerne bestod som minimum af 7 sessioner (gruppe eller individuelt) med direkte kontakt mellem barnet og en person trænet i behandlingsmetoden.*

*Vær opmærksom på at evidensgrundlaget hovedsageligt bygger på undersøgelser af effekten af kognitiv adfærdsterapi (23 af de 25 inkluderede studier). Alle de undersøgte interventioner inkluderede eksponering som behandlingskomponent.*

## 4 - Kognitiv adfærdsterapi eller andre former for psykoterapeutisk behandling

### God praksis (Konsensus)

Det er god praksis at overveje at tilbyde etablerede psykoterapiretninger, som er teoribaserede og benytter velbeskrevne metoder til behandlingen af børn og unge med angst.

Der er ikke fundet randomiserede kontrollerede studier, der direkte sammenligner KAT med andre etablerede psykoterapiformer, og der foreligger derfor ikke evidens for, at KAT er mere effektiv end andre etablerede psykoterapiformer. Arbejdsgruppen påpeger, at langt størstedelen af de randomiserede kontrollerede studier der viser, at psykoterapi er en effektiv behandlingform, er baseret på KAT.

## 5 - Psykoterapi eller antidepressiva (SSRI/SNRI)

### Stærk Anbefaling

Anvend etablerede psykoterapiformer frem for antidepressiva (SSRI/SNRI) som førstevalg i behandlingen af børn og unge med socialfobi, separationsangst og generaliseret angst.

---

*Påbegyndelse af medicinsk behandling skal varetages af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri under nøje monitorering grundet risikoen for alvorlige bivirkninger.*

## 6 - Kombination af psykoterapi og antidepressiva (SSRI/SNRI) eller psykoterapi alene

### Svag Anbefaling

Overvej at tilbyde psykoterapi alene frem for kombinationen af psykoterapi og antidepressiva (SSRI/SNRI), da det er meget usikkert, om der er yderligere effekt af kombinationsbehandlingen sammenlignet med psykoterapi alene, og der samtidig er risiko for alvorlige bivirkninger ved brugen af antidepressiva (SSRI/SNRI) til børn og unge.

---

*Hvis førstevalget ikke har den ønskede effekt, bør man overveje anden behandling. Eksempelvis yderligere psykoterapi (eventuelt i et andet format eller en anden terapiretning) eller kombinationsbehandling.*

*Påbegyndelse af medicinsk behandling skal varetages af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri under nøje monitorering grundet risikoen for alvorlige bivirkninger.*

## 7 - Psykoterapeutiske behandlingsprogrammer specifikt rettet mod socialfobi eller generiske behandlingsprogrammer rettet mod flere typer af angst

Svag Anbefaling

Overvej at tilbyde diagnosespecifikke behandlingsprogrammer frem for generiske behandlingsprogrammer til børn og unge med socialfobi, men vær opmærksom på, at evidensen på området er meget usikker.

*Det er vigtigt at være opmærksom på, at generiske behandlingsprogrammer er effektive over for børn og unge med socialfobi. De generiske behandlingsprogrammer er dog mere effektive over for andre angstlidelser, som eksempelvis separationsangst og generaliseret angst, sammenlignet med socialangst. Man bør derfor stadig tilbyde generiske behandlingsprogrammer til børn og unge med socialfobi, hvis ikke der foreligger efterprøvede diagnosespecifikke behandlingsprogrammer rettet mod socialfobi hos børn og unge.*

## 8 - Individuel terapi eller gruppeterapi

Svag Anbefaling

Både individuelle og gruppebaserede etablerede psykoterapiformer kan anvendes til behandling af socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst hos børn og unge, da der ikke er fundet forskel i effekt.

*Der blev udelukkende fundet studier, der sammenlignede individuelt og gruppebaseret kognitiv adfærdsterapeutisk behandling af angstlidelser hos børn og unge. Arbejdsgruppen kan derfor ikke sige noget om eventuelle forskelle i effekten individuelt og gruppebaseret psykoterapi for andre psykoterapiretninger. De sammenlignede individuelle og gruppebaserede behandlingsprogrammer havde samme antal sessioner, men længden på sessionerne varierede (45 - 60 minutter pr session for individuelt og 90 - 120 minutter for grupper med 4 - 6 familier pr gruppe).*

## 9 - Betydeligt omfang af deltagelse fra forældre i behandlingsforløbet

Svag Anbefaling

Overvej at inddrage forældrene til børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst i betydeligt omfang i behandlingsforløbet

*Ved behandling af angst hos børn og unge er der altid forældreinddragelse i en eller anden grad, og denne anbefaling går på omfanget af forældreinddragelse. Valget af omfanget af inddragelse kan blandt andet baseres på barnet/den unges alder, familiedynamikken samt barnets og familiens præferencer.*

*Forældre er typisk aktive i at opsøge behandling, aktive i at barnet/den unge kommer til behandling, og står for kontakten til behandlingssystemet. Denne kontakt med behandlingsstedet vil i de fleste tilfælde omfatte en grad af psykoedukation for forældrene. Forældrene vil ofte være inddraget i barnets øvelser mellem sessionerne (eksempelvis eksponeringsøvelser), og det antages, at barnet/den unge ofte vil tale med forældrene om sessionernes indhold.*

*Evidensen er udelukkende baseret på randomiserede kontrollerede undersøgelser, som benyttede kognitiv adfærdsterapi. Arbejdsgruppen fandt ingen studier med andre former for psykoterapi.*

*Betydelig forældreinddragelse er i de inkluderede studier beskrevet som enten sideløbende, parallelle sessioner for forældrene, eller hvor forældrene er fuldt deltagende i barnets/den unges behandlingssessioner.*

*Forældrenes handlemønstre kan både være en vedligeholdende og en beskyttende faktor for barnets angstproblematik.*

## 10 - Kropsøvelser (motion, afspændings- og vejrtrækningsøvelser)

God Praksis (Konsensus)

Det er god praksis at overveje at supplere vanlig behandling med motion, vejrtræknings- og afspændingsøvelser i behandlingen af børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst.

# 1 - Læsevejledning

Retningslinjen er bygget op i to lag:

## 1. Lag - Anbefalingen

Styrken af anbefalingen tolkes således:

- **Stærk anbefaling (Grøn):** Det er klart, at fordelene opvejer ulemperne. Det betyder, at alle, eller næsten alle, patienter vil ønske den anbefalede intervention.
- **Svag anbefaling (Gul):** Det er mindre klart, om fordelene opvejer ulemperne. Der er større mulighed for variation i individuelle præferencer.
- **God praksis anbefaling (Grå):** Baseret på konsensus i arbejdsgruppen og bruges, hvis der ikke kunne findes relevante studier at basere anbefalingen på.

## 2. Lag - Detaljer

Hvis du vil vide mere om grundlaget for anbefalingen: Klik på anbefalingen, hvorefter du får flere detaljer:

Effektestimater: Sammenfatning af evidensen, evidensprofiler samt referencer til studierne i evidensprofilerne.

Nøgleinformation: Kort beskrivelse af gavnlige og skadelige virkninger, kvaliteten af evidensen og overvejelser om patientpræferencer.

Rationale: Beskrivelse af hvorledes de ovenstående elementer blev vægtet i forhold til hinanden og resulterede i den aktuelle anbefalings retning og styrke.

Praktiske oplysninger: Praktisk information vedrørende behandlingen og oplysninger om eventuelle særlige patientovervejelser.

Adaption: Såfremt anbefalingen er adapteret fra en anden retningslinje, findes her en beskrivelse af eventuelle ændringer.

Referencer: Referenceliste for anbefalingen.

Diskussion: Her kan du komme med kommentarer til specifikke anbefalinger, hvis du er logget ind som bruger.

## Evidensens kvalitet - de fire niveauer

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Se også: <http://www.gradeworkinggroup.org>

### Høj

Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.

### Moderat

Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

### Lav

Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.



### **Meget lav**

Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

### **Anbefalingens styrke**

#### **Stærk anbefaling for (Grøn)**

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling for interventionen, når de samlede fordele ved interventionen vurderes at være klart større end ulemperne.

#### **Svag/betinget anbefaling for (Gul)**

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

#### **Svag/betinget anbefaling imod (Gul)**

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

#### **Stærk anbefaling imod (Grøn)**

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Vi vil også anvende en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

#### **God praksis (Grå)**

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne i arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

For en hurtig og informativ introduktion til GRADE anbefales følgende artikel:

G. Goldet, J. Howick. Understanding GRADE: an introduction. *Journal of Evidence-Based Medicine* 6 (2013) 50-54

Desuden henvises til Sundhedsstyrelsens metodehåndbog for en overordnet introduktion til metoden bag udarbejdelsen af de nationale kliniske retningslinjer, <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nkr/metode/metodehaandbog>.

## 2 - Indledning

### Formål

Formålet med de nationale kliniske retningslinjer er at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet.

Angstlidelser hos børn og unge bliver ofte overset og er underbehandlede. Uden behandling vil en stor del af børnene fortsat udvise angstlidelser i voksenlivet med risiko for udviklingen af andre psykiatriske lidelser[103][104][105][109]. Det er derfor vigtigt at få behandlet angstlidelser hos børn og unge tidligt i forløbet.

Denne retningslinje omhandler kun behandlingen af socialfobi, separationsangst og generaliseret angst hos børn og unge. Disse angstlidelser er blandt de mest prævalente angstlidelser hos børn og unge[99], og forårsager betydelig funktionsnedsættelse og lidelse hos barnet/den unge og i mange tilfælde også for barnets/den unges familie[101].

### Afgrænsning af patientgruppe

Den undersøgte patientgruppe i denne retningslinje er børn og unge i alderen 6 til 17 år med socialfobi (ICD-10: F40.1; DSM-5: 300.23), separationsangst (ICD-10: F 93.0; DSM-5: 309.21) eller generaliseret angst (ICD-10: F41.1; DSM-5: 300.02) som den primære psykiske lidelse[94].

Retningslinjen omhandler ikke andre typer angstlidelser som panikangst, agorafobi og enkeltfobi, eller angstrelaterede lidelser som eksempelvis posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Ligeledes omhandler denne retningslinje heller ikke obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) hos børn og unge, da dette område er behandlet i en separat national klinisk retningslinje i Sundhedsstyrelsen[111].

Store dele af litteraturen og undersøgelserne omkring angst hos børn og unge, omhandler flere typer af angstlidelser. Da denne retningslinje kun omhandler socialfobi, separationsangst og generaliseret angst hos børn og unge, blev det besluttet at ekskludere undersøgelser, der inkluderede mere end 20 % af børn og unge med andre former for angstlidelser end de tre angstlidelser, som denne retningslinje omhandler. Dermed indgår den største danske randomiserede kontrollerede undersøgelse af behandling af børn og unge med angst[94] ikke i evidensgrundlaget for denne retningslinje. Studier som beskæftigede sig med den tidligere betegnelse for generaliseret angst i DSM-III (overanxious disorder) blev dog ikke ekskluderet, da disse to lidelser betragtes som identiske.

Det skal understreges, at angst er en naturlig og nødvendig del af ethvert barns normale udvikling. Denne retningslinje omhandler udelukkende angstlidelser, hvor man har vurderet, at barnets angst og bekymringer ikke er velbegrundede og ikke svarende til barnets alder og udvikling. Centralt for de fleste børn og unge med angstlidelser er forsøg på at undgå de frygtede situationer, og ofte overdrevne bekymringer forud for situationer, der er ude af proportion med den reelle fare. Før der er tale om en angstlidelse, vil angstsymptomerne over en længere periode gribe funktionsforstyrrende ind i barnets hverdag inden for områderne fritid, skole og/eller hjem samt nedsætte barnets trivsel og udvikling.

Inden man iværksætter en behandling er det derfor vigtigt, at afklare de kontekstafhængige faktorer, der kunne ligge til grund for en velbegrundet angst hos barnet/den unge.

Komorbiditet for angstlidelser er reglen frem for undtagelsen, da 60 – 80 % af børn og unge med angstlidelser opfylder kriterierne for en anden sameksisterende psykisk lidelse, hvilket typisk består i en anden angstlidelse, depression eller adfærdsforstyrrelse. Denne retningslinje omhandler udelukkende børn og unge, som opfylder kriterierne for socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst, og hvor denne lidelse vurderes som værende barnets primære psykiske lidelse, forstået på den måde at det er den psykiske lidelse, der griber mest forstyrrende ind i barnets liv.

### Målgruppe/brugere

Den primære målgruppe er sundhedsfagligt personale involveret i behandlingsforløbet af angstlidelser hos børn og unge (eksempelvis læger, psykologer, sygeplejersker og fysioterapeuter).

Den sekundære målgruppe omfatter andre interesserede som eksempelvis forældre, lærere og pædagoger.

## Emneafgrænsning

Den nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger ('punktnedslag i patientforløbet'). Disse problemstillinger er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe som de områder, hvor det er vigtigst at få afklaret evidensen. Den nationale kliniske retningslinje for angst hos børn og unge beskæftiger sig således med udvalgte dele af de tilgængelige behandlingsindsatser målrettet børn og unge.

## Patientperspektivet

Det er vigtigt, at patientens værdier og præferencer løbende inddrages i patientforløbet. Patienten og dennes familie skal gennem hele behandlingsforløbet orienteres om de forskellige behandlingsmuligheder, der findes i det pågældende regi, aktivt inddrages i beslutningerne om og i evalueringen af hvem og hvilken behandling der bør igangsættes. Dette skal baseres på patientens og dennes families værdier, ressourcer og tidligere erfaringer med behandling, således at den samlede indsats styrkes mest muligt.

I denne retningslinje er patientperspektivet repræsenteret via Angstforeningen, som har udpeget medlemmer i den nedsatte referencegruppe. Derudover har der været mulighed for at afgive hørings svar til udkastet til den færdige retningslinje. Ydermere er patientperspektivet repræsenteret ved et spejlmøde, hvor en række brugere blev interviewet om deres erfaringer som angstlidende i det danske behandlingssystem, samt deres forslag til vigtige nedslagspunkter i denne retningslinje. Endelig er patientperspektivet også repræsenteret i arbejdsgruppen ved to brugere, som selv har haft angstlidelser tæt inde på livet. Se medlemmerne af referencegruppen i afsnit 19 "[Arbejdsgruppen og referencegruppen](#)".

### 3 - Psykoterapeutiske behandlingsprogrammer

Angstlidelser hos børn og unge har igennem mange år været overset og underbehandlet i det danske sundhedsvæsen [101]. Dette skyldes muligvis en antagelse om, at angstsymptomer hos børn og unge ikke kræver intervention, og at der ikke foreligger konkrete behandlingsmuligheder. Arbejdsgruppen anerkender, at angstsymptomer i et begrænset omfang er en normal del af børn og unges udvikling, men ønsker at understrege, at når der er tale om angstdiagnoser, hvor angstsymptomer over en længere periode griber funktionsforstyrrende ind i barnets hverdag (fritid, skole og/eller hjem), er det en behandlingskrævende tilstand, som ikke går over af sig selv [104] [105].

Arbejdsgruppen ønskede at klarlægge evidensen for om angstlidelser hos børn og unge kan behandles effektivt med samtaleterapi sammenlignet med ingen behandling.

#### Stærk anbefaling

Tilbyd etablerede psykoterapeutiske behandlingsprogrammer til børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst.

*Anbefalingen baserer sig på undersøgelser af etablerede psykoterapiformer (herunder kognitiv adfærdsterapi, psykodynamisk terapi, interpersonel terapi, narrativ terapi, oplevelsesorienteret terapi og systemisk terapi) rettet mod angstlidelser hos børn og unge. Interventionen er baseret på en manual/vejledning eller struktureret ud fra en teoretisk forankret tilgang.*

*Interventionerne bestod som minimum af 7 sessioner (gruppe eller individuelt) med direkte kontakt mellem barnet og en person trænet i behandlingsmetoden.*

*Vær opmærksom på at evidensgrundlaget hovedsageligt bygger på undersøgelser af effekten af kognitiv adfærdsterapi (23 af de 25 inkluderede studier). Alle de undersøgte interventioner inkluderede eksponering som behandlingskomponent.*

#### Praktiske Oplysninger

Se teksten i kursiv under anbefalingen

#### Nøgleinformationer

##### Gavnlig og skadelige virkninger

Baseret på de inkluderede outcomes, ser der kun ud til at være gavnlige virkninger af psykoterapi.

Overvejende fordeler af det anbefalede alternativ

##### Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er moderat.

Moderat

**Værdier og præferencer**

Ingen betydelig variation forventet

Arbejdsgruppen mener ikke, at det er præferencefølsomt, da det vurderes, at langt de fleste vil foretrække psykoterapi frem for ingen behandling.

**Rationale**

Arbejdsgruppen lagde vægt på den store effekt til fordel for interventionen sammenlignet med ingen behandling. Samtidig er evidensgrundlaget baseret på en lang række studier, som overordnet set er af moderat kvalitet.

**PICO (3.1)**

**Population:** Børn og unge i alderen 6 til 17 år med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst (DSM eller ICD) som den primære diagnose.

**Intervention:** Etablerede psykoterapiformer (herunder kognitiv adfærdsterapi, psykodynamisk terapi, interpersonel terapi, narrativ terapi, oplevelsesorienteret terapi og systemisk terapi) rettet mod angstlidelser hos børn og unge.

**Sammenligning:** Ingen behandling (venteliste)

Utfald Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Kvaliteten af evidensen Studieresultater & effektestimater	Sammendrag
		Ingen behandling (venteliste)	Etablerede psykoterapiformer (herunder kognitiv adfærdsterapi, psykodynamisk terapi, interpersonel terapi, narrativ terapi, oplevelsesorienteret terapi og systemisk terapi) rettet mod angstlidelser hos børn og unge.		
<b>Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  9 Kritisk	Relative risiko 4.27 (CI 95% 2.97 - 6.13) Baseret på data fra 1,465 patienter i 23 studier. (Randomiserede studier)	<b>120</b> per 1.000  Forskjell: 392 mere per 1.000 (CI 95% 236 mere - 616 mere)	<b>512</b> per 1.000	<b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias	Psykoterapi øger sandsynligvis remissionsraten af den primære angstdiagnose i væsentlig grad sammenlignet med ingen behandling
<b>Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</b>	Relative risiko 1.35 (CI 95% 0.92 - 1.98) Baseret på data fra 69 patienter i 2 studier.	<b>515</b> per 1.000  Forskjell: 180 mere per 1.000 (CI 95% 41 færre - 505 mere)	<b>695</b> per 1.000	<b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat	Psykoterapi øger muligvis remissionsraten af den primære angstdiagnose i væsentlig grad ved

Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)  6 Vigtig	(Randomiserede studier)				længste opfølgning sammenlignet med ingen behandling
<b>Frafald af alle årsager (Attrition)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  6 Vigtig	Relative risiko 0.81 (CI 95% 0.5 - 1.29) Baseret på data fra 1,463 patienter i 23 studier. (Randomiserede studier)	<b>117</b> per 1.000  Forskjell: 22 færre per 1.000 (CI 95% 59 færre - 34 mere)	<b>95</b> per 1.000	<b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias.	Psykotterapi påvirker sandsynligvis ikke frafald i betydelig grad sammenlignet med ingen behandling
<b>Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  6 Vigtig	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 1,329 patienter i 24 studier. (Randomiserede studier)	Forskjell: SMD 0.91 færre (CI 95% 1.19 færre - 0.63 færre)		<b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias	Psykotterapi reducerer sandsynligvis patientrapporterede angstsymptomer i væsentlig grad sammenlignet med ingen behandling
<b>Forælderrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  9 Kritisk	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 1,253 patienter i 20 studier. (Randomiserede studier)	Forskjell: SMD 1.17 færre (CI 95% 1.55 færre - 0.8 færre)		<b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias	Psykotterapi reducerer sandsynligvis forælderrapporterede angstsymptomer i væsentlig grad sammenlignet med ingen behandling
<b>Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)</b> Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)  6 Vigtig	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 122 patienter i 3 studier. (Randomiserede studier)	Forskjell: SMD 1.03 færre (CI 95% 2.86 færre - 0.79 mere)		<b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt inkonsistente resultater	Psykotterapi reducerer muligvis patientrapporterede angstsymptomer i nogen grad ved seneste opfølgning sammenlignet med ingen behandling
<b>Forælderrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer</b>	Målt med: MASC Skala: 0-117 Lavere bedre Baseret på data fra:	<b>49.82</b> (gennemsnit)	<b>40.73</b> (gennemsnit)	<b>Meget lav</b> På grund af meget alvorlig risiko for bias og alvorligt	Effekten af psykotterapi på forælderreporterede angstsymptomer ved

<p><b>(Parent reported anxiety symptoms)</b> Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>41 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskjell: MD 9.1 færre ( CI 95% 11.37 færre - 6.83 færre )</p>	<p>upræcist effektestimat</p>	<p>længste opfølgning er meget usikker</p>
<p><b>Patientrapporteret funktionsevne (Patient reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 329 patienter i 7 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskjell: SMD 0.84 færre ( CI 95% 1.18 færre - 0.49 færre )</p>	<p><b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias</p>	<p>Psykotterapi forbedrer sandsynligvis patientrapporteret funktionsevne i væsentlig grad sammenlignet med ingen behandling</p>
<p><b>Observatørrapporteret funktionsevne (Observer reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 566 patienter i 12 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskjell: SMD 1.42 færre ( CI 95% 1.89 færre - 0.96 færre )</p>	<p><b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias</p>	<p>Psykotterapi forbedrer sandsynligvis observatørrapporteret funktionsevne i væsentlig grad sammenlignet med ingen behandling</p>
<p><b>Kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne (Combined patient and observer reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: ADIS CSR Skala: 0-8 Lavere bedre Baseret på data fra: 679 patienter i 9 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskjell: MD 2.37 færre ( CI 95% 3.16 færre - 1.57 færre )</p>	<p><b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias</p>	<p>Psykotterapi forbedrer sandsynligvis kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne i væsentlig grad sammenlignet med ingen behandling</p>

#### Inkluderte studier og detaljer om opp- og nedgraderingsfaktorer i kvalitetsvurderingen

<p>Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</p>	<p><b>Resultater/ effekt av intervensionen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [2] med inkluderte studier: Holmes 2014, Bernstein 2005, Baer 2005, Barrett 1996, Barrett 1998, Cobham 2012, Flannery Schroeder 2000, Hayward 2000, Kendall 1994,</p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding, usikkerhed om skjult randomisering ; <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimat: Ingen betydelig</b> <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b></p>
--	---	---

	<p>Kendall 1997, Lau 2010, Masia Warner 2005, Melfsen 2011, Nauta 2003, Rapee 2006, Schneider 2011, Shortt 2001, Silverman 1999, Spence 2000, Spence 2006, Warner 2011, Wergeland 2014, ♦st 2015,</p> <p><b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b></p>	
<p>Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</p>	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk oversigtsartikel [2] med inkluderte studier:</b> Bernstein 2005, Hayward 2000,</p> <p><b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b></p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding, usikkerhed om randomisering ;</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Alvorlig Brede konfidensintervaller ;</b> <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b></p>
<p>Frafald af alle årsager (Attrition)</p>	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk oversigtsartikel [2] med inkluderte studier:</b> Kendall 1994, Bernstein 2005, Baer 2005, Barrett 1996, Barrett 1998, Cobham 2012, Flannery Schroeder 2000, Hayward 2000, Kendall 1997, Lau 2010, Masia Warner 2005, Melfsen 2011, Muris 2002, Nauta 2003, Rapee 2006, Schneider 2011, Shortt 2001, Silverman 1999, Spence 2000, Spence 2006, Warner 2011, Wergeland 2014, ♦st 2015,</p> <p><b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b></p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding, usikkerhed om randomisering ;</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b> <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b></p>
<p>Patientrapporterede angstsymptomer målt</p>	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b></p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding, usikkerhed om skjult randomisering ;</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Høj I<sup>2</sup> men studierne peger klart i samme</b></p>



ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)	<p>i Systematisk oversigtsartikel [2] med inkluderte studier: Holmes 2014, Bernstein 2005, Baer 2005, Barrett 1996, Barrett 1998, Cobham 2012, Flannery Schroeder 2000, Hayward 2000, Kendall 1994, Kendall 1997, Lau 2010, Masia Warner 2005, Melfsen 2011, Muris 2002, Rapee 2006, Schneider 2011, Shortt 2001, Silverman 1999, Spence 2000, Spence 2006, Sánchez García 2009, Warner 2011, Wergeland 2014, Øst 2015,</p> <p><b>Utgangsrisiko/komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b></p>	<p>retning ;</p> <p><b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b>  <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b>  <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b></p>
Forælderrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms)	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b></p> <p>i Systematisk oversigtsartikel [2] med inkluderte studier: Kendall 1994, Cobham 2012, Barrett 1996, Barrett 1998, Bernstein 2005, Flannery Schroeder 2000, Hayward 2000, Holmes 2014, Kendall 1997, Lau 2010, Masia Warner 2005, Rapee 2006, Schneider 2011, Shortt 2001, Silverman 1999, Spence 2000, Spence 2006, Warner 2011, Wergeland 2014, Øst 2015,</p> <p><b>Utgangsrisiko/komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b></p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding, usikkerhet om randomisering ;  <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> Høj I<sup>2</sup> men studierne peger klart i samme retning ;  <b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b>  <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b>  <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b></p>
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b></p> <p>i Systematisk oversigtsartikel [2] med inkluderte studier: Bernstein 2005, Hayward 2000, Sánchez García 2009,</p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding, usikkerhet om randomisering ;  <b>Inkonsistente resultater: Alvorlig</b> Høj I<sup>2</sup> ;  <b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b>  <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b>  <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b></p>

	2009, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	
Forælderreporterede angstsymptomer målt ved spørreskemaer (Parent reported anxiety symptoms)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [2] med inkluderte studier: Barrett 1998, Bernstein 2005, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Meget alvorlig</b> Manglende blinding, usikkerhet om randomisering, og uigjennemsiktig flow chart ved oppfølgingsdata ; <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Alvorlig</b> Kun ét studie ; <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b>
Patientrapportert funksjonsevne (Patient reported functioning)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [2] med inkluderte studier: Baer 2005, Bernstein 2005, Hayward 2000, Kendall 1994, Kendall 1997, Lau 2010, Schneider 2011, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding, usikkerhet om skjult randomisering ; <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b> <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b>
Observatørrapportert funksjonsevne (Observer reported functioning)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [2] med inkluderte studier: Kendall 1997, Bernstein 2005, Holmes 2014, Kendall 1994, Lau 2010, Masia Warner 2005, Melfsen 2011, Schneider 2011, Silverman 1999, Spence 2000, Spence 2006, Warner 2011, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding, usikkerhet om skjult randomisering ; <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> Høj I <sup>2</sup> men alle studierne peger klart i samme retning ; <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b> <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b>

Kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne (Combined patient and observer reported functioning)	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [2] med inkluderte studier: Bernstein 2005, Cobham 2012, Holmes 2014, Masia Warner 2005, Melfsen 2011, Rapee 2006, Warner 2011, Wergeland 2014, <sup>◆</sup>st 2015,</p> <p><b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i</b> Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding</b>, usikkerhed om skjult randomisering ;</p> <p><b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Høj I<sup>2</sup></b> men alle studierne peger klart i samme retning ;</p> <p><b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b></p> <p><b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b></p> <p><b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b></p>
---	---	--

## Referencer

[2] NKR angst Pico 1 Psykoterapi vs kontrol.

[3] Baer S., Garland EJ Pilot study of community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2005;44(3):258-264 [Journal](#)

[4] Barrett PM Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. Journal of clinical child psychology 1998;27(4):459-468 [Journal](#)

[5] Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology 1996;64(2):333-342

[6] Bernstein GA, Bernat DH, Victor AM, Layne AE School-based interventions for anxious children: 3-, 6-, and 12-month follow-ups. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2008;47(9):1039-1047 [Journal](#)

[7] Bernstein GA, Layne AE, Egan EA, Tennison DM School-based interventions for anxious children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2005;44(11):1118-1127 [Journal](#)

[8] Cobham VE Do anxiety-disordered children need to come into the clinic for efficacious treatment?. Journal of consulting and clinical psychology 2012;80(3):465-476 [Journal](#)

[9] Erford BT, Kress VE, Giguere M, Cieri D, Erford BM Meta-analysis: Counseling outcomes for youth with anxiety disorders. Journal of Mental Health Counseling 2015;37(1):63-89

[10] Flannery-Schroeder EC, Kendall PC Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. Cognitive Therapy and Research 2000;24(3):251-278

[11] Hayward C., Varady S., Albano AM, Thienemann M., Henderson L., Schatzberg AF Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: results of a pilot study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2000;39(6):721-726 [Journal](#)

- [12] Holmes M.C., Donovan C.L., Farrell L.J., March S. The efficacy of a group-based, disorder-specific treatment program for childhood. *Behaviour research and therapy* 2014;61():122-135
- [13] James A.C., James G., Cowdrey F.A., Soler A., Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews* 2015;2():CD004690-
- [14] Kallapiran K., Koo S., Kirubakaran R., Hancock K. Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health* 2015;20(4):182-194
- [15] Kendall PC Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 1994;62(1):100-110
- [16] Kendall PC, Flannery-Schroeder E., Panichelli-Mindel SM, Southam-Gerow M., Henin A., Warman M. Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 1997;65(3):366-380
- [17] Lau WY, Chan CK, Li JC, Au TK Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. *Behaviour research and therapy* 2010;48(11):1067-1077 [Journal](#)
- [18] Masia-Warner C., Klein RG, Dent HC, Fisher PH, Alvir J., Albano AM, Guardino M. School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: results of a controlled study. *Journal of abnormal child psychology* 2005;33(6):707-722 [Journal](#)
- [19] Melfsen S., Kuhnemund M., Schwieger J., Warnke A., Stadler C., Poustka F., Stangier U. Cognitive behavioral therapy of socially phobic children focusing on cognition: a randomised wait-list control study. *Child and adolescent psychiatry and mental health* 2011;5(1):5-null [Journal](#)
- [20] Muris P., Meesters C., van Melick M. Treatment of childhood anxiety disorders: a preliminary comparison between cognitive-behavioral group therapy and a psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2002;33(3-4):143-158 [Journal](#)
- [21] Nauta MH, Scholing A., Emmelkamp PM, Minderaa RB Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003;42(11):1270-1278 [Journal](#)
- [22] Ost L.G., Cederlund R., Reuterskiold L. Behavioral treatment of social phobia in youth: Does parent education training improve the outcome?. *Behaviour research and therapy* 2015;67():19-29
- [23] Rapee RM, Abbott MJ, Lyneham HJ Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 2006;74(3):436-444 [Journal](#)
- [24] Reynolds S, Wilson C, Austin J, Hooper L Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical psychology review* 2012;32(4):251-262
- [25] Sánchez-García R, Olivares J Effectiveness of a program for early detection/intervention in children/adolescents with generalized social phobia. *Anales de Psicología/Annals of Psychology* 2009;25(2):241-249
- [26] Schneider S., Blatter-Meunier J., Herren C., Adornetto C., In-Albon T., Lavalée K. Disorder-specific cognitive-behavioral therapy for separation anxiety disorder in young children: a randomized waiting-list-controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics* 2011;80(4):206-215 [Journal](#)

[27] Shortt AL, Barrett PM, Fox TL Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of clinical child psychology* 2001;30(4):525-535 [Journal](#)

[28] Silverman WK, Kurtines WM, Ginsburg GS, Weems CF, Lumpkin PW, Carmichael DH Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 1999;67(6):995-1003

[29] Spence SH, Donovan C., Brechman-Toussaint M. The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 2000;41(6):713-726

[30] Spence SH, Holmes JM, March S., Lipp OV The feasibility and outcome of clinic plus internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology* 2006;74(3):614-621 [Journal](#)

[31] Warner CM, Colognori D., Kim RE, Reigada LC, Klein RG, Browner-Elhanan KJ, Saborsky A., Petkova E., Reiss P., Chhabra M., McFarlane-Ferreira YB, Phoon CK, Pittman N., Benkov K. Cognitive-behavioral treatment of persistent functional somatic complaints and pediatric anxiety: an initial controlled trial. *Depression and anxiety* 2011;28(7):551-559 [Journal](#)

[32] Wergeland G.J., Fjermestad K.W., Marin C.E., Haugland B.S.M., Bjaastad J.F., Oeding K., Bjelland I., W.K. S, L.G. O, O.E. H, Heiervang ER An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour research and therapy* 2014;57():1-12

## Sammenfatning

### Litteratur:

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af 25 randomiserede studier, hvoraf 22 af studierne er fundet gennem 4 systematiske oversigtsartikler[9][13][14][24]. Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning og inkluderede yderligere 3 randomiserede studier[12][22][32]. Flow charts kan tilgås [her](#).

### Gennemgang af evidensen:

Populationen bestod af børn og unge i alderen 7 - 17 år med socialfobi, separationsangst ellers generaliseret angst som primær diagnose. Størstedelen af de inkluderede studier undersøgte en population med børn i alderen 7-14 år, og forælderreporterede angstsymptomer blev derfor vurderet som værende et kritisk outcome.

Interventionen bestod i næsten alle tilfælde af standard kognitiv adfærdsterapi, med undtagelse af to studier der bestod af adfærdsterapi (primært eksponering) suppleret med social færdighedstræning[3][22]. Alle interventionerne omfattede eksponering som behandlingskomponent. Antallet af sessioner varierede fra 7 til 18, men var i de fleste tilfælde mellem 10 til 14 sessioner. Interventionerne varierede mellem gruppe eller intervention med minimal eller betydelig forældreinddragelse. Sammenligningen var venteliste (ingen behandling) i et tidsrum svarende til interventionsforløbet.

Der blev fundet store klinisk relevante effekter på de kritiske outcome (remission af den primære angstdiagnose og forælderreporterede angstsymptomer efter endt behandling) til fordel for psykoterapi. Den samme tendens blev fundet på de fleste vigtige outcomes efter endt behandling. Der var kun få studier, der sammenlignede psykoterapi

med ingen behandling ved opfølgning, da de fleste patienter af etiske årsager blev tilbudt interventionen umiddelbart efter de havde stået på venteliste i en periode svarende til interventionsforløbet. Resultaterne ved opfølgning er derfor mere usikre.

Kvaliteten af de kritiske outcomes var moderat, da der var alvorlig risiko for bias, da der var alvorlig risiko for bias, som primært skyldes manglende blinding af patienterne.

En stor del af studierne er inkluderet i et Cochrane review [13], hvorfra informationer om resultater og risk of bias vurderinger er benyttet.

## 4 - Kognitiv adfærdsterapi eller andre former for psykoterapeutisk behandling

Kognitiv adfærdsterapi (KAT) bliver i udenlandske undersøgelser og guidelines ofte anbefalet som førstevalget til behandling af angstlidelser hos voksne samt børn og unge (se eksempelvis [NICE guideline for socialfobi, CG159](#)). Imidlertid er det uklart, om KAT har vist sig mere effektiv end andre etablerede former for psykoterapi. Arbejdsgruppen ønskede derfor at undersøge, om der var studier, der direkte sammenlignede effekten af KAT med andre etablerede former for psykoterapi.

### God Praksis (Konsensus)

Det er god praksis at overveje at tilbyde etablerede psykoterapiretninger, som er teoribaserede og benytter velbeskrevne metoder til behandlingen af børn og unge med angst.

Der er ikke fundet randomiserede kontrollerede studier, der direkte sammenligner KAT med andre etablerede psykoterapiformer, og der foreligger derfor ikke evidens for, at KAT er mere effektiv end andre etablerede psykoterapiformer. Arbejdsgruppen påpeger, at langt størstedelen af de randomiserede kontrollerede studier der viser, at psykoterapi er en effektiv behandlingform, er baseret på KAT.

### Praktiske Oplysninger

Arbejdsgruppen fremhæver vigtigheden af at behandleren foretager en struktureret udredning, lader sig guide af en evidensbaseret psykoterapiform, opsøger kompetenceudvikling i evidensbaserede metoder, modtager supervision og tager højde for patientens værdier og præferencer.

### Nøgleinformationer

#### Gavnlig og skadelige virkninger

Da der ikke er fundet studier, der sammenligner behandlingsformerne direkte, er det ikke muligt at vurdere forskelle i eventuelle gavnlige og skadelige virkninger mellem KAT og andre etablerede psykoterapiformer.

Arbejdsgruppen understreger dog, at man ved, at kognitiv adfærdsterapi er en effektiv psykoterapiform mod angst hos børn og unge, da langt størstedelen af de randomiserede kontrollerede studier inden for området har undersøgt denne psykoterapiform.

#### Kvaliteten af evidensen

Der blev ikke fundet evidens til at besvare det fokuserede spørgsmål.

#### Værdier og præferencer

Arbejdsgruppen vurderer, at valget af psykoterapiform er præferencefølsomt.

Det fremhæves af de patienter, som var involveret i udarbejdelsen af retningslinjen, at det er vigtigt, at terapeuten har en klar plan for behandlingsforløbet og fremstår sikker i sin fremgangsmåde.

Betydelig variation er forventet eller usikker

## Rationale

Arbejdsgruppen lagde vægt på, at der ikke var direkte evidens for, at kognitiv adfærdsterapi er en mere effektiv behandlingsform sammenlignet med andre etablerede former for psykoterapi. Samtidig mente arbejdsgruppen, at det er vigtigt at fremhæve, at kognitiv adfærdsterapi er den form for psykoterapi, der har været genstand for langt størstedelen af de randomiserede kontrollerede undersøgelser af psykoterapeutisk behandling af angst hos børn og unge.

## PICO (4.1)

**Population:** Børn og unge i alderen 6 til 17 år med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst (DSM eller ICD) som den primære diagnose.

**Intervention:** Kognitive adfærdsterapeutiske behandlingsprogrammer (generiske eller diagnosespecifikke programmer rettet mod socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst).

**Sammenligning:** Etablerede psykoterapiformer (herunder psykodynamisk terapi, interpersonel terapi, narrativ terapi, oplevelsesorienteret terapi og systemisk terapi) rettet mod angstlidelser hos børn og unge.

Utfald Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Kvaliteten af evidensen Studieresultater & effektestimater	Sammendrag
		Etablerede psykoterapiformer (herunder psykodynamisk terapi, interpersonel terapi, narrativ terapi, oplevelsesorienteret terapi og systemisk terapi) rettet mod angstlidelser hos børn og unge.	Kognitive adfærdsterapeutiske behandlingsprogrammer (generiske eller diagnosespecifikke programmer rettet mod socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst).		
<b>Alle outcome (All outcomes)</b>	Baseret på data fra 0 patienter i 0 studier				Vi fandt ingen studier

Inkluderte studier og detaljer om opp- og nedgraderingsfaktorer i kvalitetsvurderingen

### Referencer

[33] NKR 43 Angst PICO 2 CBT vs anden psykoterapi.

[34] Erford BT, Kress VE, Giguere M, Cieri D, Erford BM Meta-analysis: Counseling outcomes for youth with anxiety disorders. *Journal of Mental Health Counseling* 2015;37(1):63-89

[35] Ginsburg GS, Becker KD, Drazdowski TK, Tein JY Treating Anxiety Disorders in Inner City Schools: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial Comparing CBT and Usual Care. *Child & youth care forum* 2012;41(1):1-19  
[Journal](#)



[36] Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Moitra E., Myers VH, Dalrymple KL, Brandsma LL Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: a randomized controlled trial. Journal of anxiety disorders 2009;23(2):167-177 [Journal](#)

[37] James A.C., James G., Cowdrey F.A., Soler A., Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. The Cochrane database of systematic reviews 2015;2():CD004690- [Link](#)

## Sammenfatning

### Litteratur:

Litteratursøgningen fandt ingen randomiserede kontrollerede forsøg, som direkte sammenlignede kognitiv adfærdsterapi med andre etablerede former for psykoterapi. Der blev inkluderet 2 oversigtsartikler[9][13] om kognitiv adfærdsterapeutisk behandling af angstlidelser hos børn og unge, men ingen af de inkluderede studier i disse reviews kunne bruges til besvarelse af spørgsmålet efter nærmere gennemgang. Flow charts kan tilgås [her](#).

Der foreligger randomiserede kontrollerede forsøg hvori kognitiv adfærdsterapi sammenlignes direkte med vanlig behandling eller psykoedukation og opmærksomhed fra en terapeut, men arbejdsgruppen mente ikke, at disse sammenligninger kunne benyttes til at besvare det fokuserede spørgsmål, da det ikke var etablerede former for psykoterapi.

## 5 - Psykoterapi eller antidepressiva (SSRI/SNRI)

Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) og Serotonin og Noradrenaline Reuptake Inhibitor (SNRI) bliver i nogle tilfælde i praksis anvendt som eneste behandling af børn og unge med angstlidelser, hvilket muligvis skyldes manglende samtaleterapeutiske behandlingstilbud for børn og unge med angst. Det er dog uklart, om psykoterapi er en mere effektivt behandlingsform end behandling med SSRI eller SNRI alene. Da brugen af antidepressiva ofte sættes i forbindelse med risiko for bivirkninger, ønskede arbejdsgruppen at sammenligne gavnlige og skadelige virkninger for de to behandlingsformer.

### Stærk anbefaling

Anvend etablerede psykoterapiformer frem for antidepressiva (SSRI/SNRI) som førstevalg i behandlingen af børn og unge med socialfobi, separationsangst og generaliseret angst.

*Påbegyndelse af medicinsk behandling skal varetages af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri under nøje monitorering grundet risikoen for alvorlige bivirkninger.*

### Praktiske Oplysninger

Se teksten i kursiv under anbefalingen

### Nøgleinformationer

#### Gavnlige og skadelige virkninger

Overvejende fordeler af det anbefalede alternativ

Studierne viser, at psykoterapi muligvis har en bedre effekt på remissionsrate og funktionsevne efter endt behandling sammenlignet med SSRI behandling. Resultaterne ved opfølgning er dog meget usikre.

I de inkluderede studier fandt arbejdsgruppen ingen klinisk relevante forskelle i skadelige virkninger mellem psykoterapi og SSRI. Arbejdsgruppen er dog opmærksom på, at der foreligger et review om skadevirkningerne af SSRI og SNRI[44], som viser en fordobling af aggressioner samt selvmordstanker og -adfærd hos børn og unge, som er i behandling med SSRI eller SNRI. Reviewet fremhæver også en bekymring om underrapportering (publikationsbias) af skadevirkninger ved SSRI og SNRI.

#### Kvaliteten af evidensen

Lav

Kvaliteten af evidensen er lav.

#### Værdier og præferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Valget af intervention skønnes at være præferencefølsomt. Det vurderes, at de fleste patienter (samt deres forældre) ønsker en non-farmakologisk behandling, da farmakologisk behandling kan være forbundet med bivirkninger.

## Rationale

Arbejdsgruppen lagde særligt vægt på de potentielle alvorlige skadevirkninger ved brugen af SSRI og SNRI til børn og unge. Da det samtidig var usikkert, om der var nogen klinisk relevant forskel i udbyttet af de forskellige interventioner, anbefales etablerede psykoterapiformer som førstevalg frem for SSRI og SNRI.

### PICO (5.1)

**Population:** Børn og unge i alderen 6 til 17 år med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst (DSM eller ICD) som den primære diagnose.

**Intervention:** Etablerede psykoterapiformer (herunder kognitiv adfærdsterapi, psykodynamisk terapi, interpersonel terapi, narrativ terapi, oplevelsesorienteret terapi og systemisk terapi) rettet mod angstlidelser hos børn og unge.

**Sammenligning:** SSRI præparater og SNRI præparater.

Utfald Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Kvaliteten af evidensen Studieresultater & effektestimater	Sammendrag
		SSRI præparater og SNRI præparater.	Etablerede psykoterapiformer (herunder kognitiv adfærdsterapi, psykodynamisk terapi, interpersonel terapi, narrativ terapi, oplevelsesorienteret terapi og systemisk terapi) rettet mod angstlidelser hos børn og unge.		
<b>Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  9 Kritisk	Relative risiko 1.61 (CI 95% 0.58 - 4.44) Baseret på data fra 362 patienter i 2 studier. (Randomiserede studier)	<b>398</b> per 1.000  Forskjell: 243 mere per 1.000 ( CI 95% 167 færre - 1,369 mere )	<b>641</b> per 1.000	<b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effektestimat	Psykoterapi øger muligvis remissionsraten af den primære angstdiagnose i væsentlig grad sammenlignet med SSRI
<b>Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</b> Follow-up: 6 år (Follow-up: 6 years)  6 Vigtig	Relative risiko 0.95 (CI 95% 0.7 - 1.29) Baseret på data fra 162 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	<b>519</b> per 1.000  Forskjell: 26 færre per 1.000 ( CI 95% 156 færre - 151 mere )	<b>493</b> per 1.000	<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig upræcist effektestimat og alvorlig manglende overførbarehed	Effekten på outcome er meget usikker

<p><b>Remission af den primær angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</b> Follow-up: 6 måneder (Follow-up: 6 months)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 1.03 (CI 95% 0.81 - 1.3) Baseret på data fra 272 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p><b>504</b> per 1.000</p> <p><b>519</b> per 1.000</p> <p>Forskjell: 15 mere per 1.000 (CI 95% 96 færre - 151 mere)</p>	<p><b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig upræcist effektestimater og alvorlig manglende overførbarehed</p>	<p>Effekten på outcome er meget usikker</p>
<p><b>Frafald af alle årsager (Attrition)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 0.45 (CI 95% 0.17 - 1.23) Baseret på data fra 374 patienter i 2 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p><b>193</b> per 1.000</p> <p><b>87</b> per 1.000</p> <p>Forskjell: 106 færre per 1.000 (CI 95% 160 færre - 44 mere)</p>	<p><b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig inkonsistente resultater</p>	<p>Psykotering har muligvis lavere frafald af alle årsager sammenlignet med SSRI</p>
<p><b>Kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne (Combined patient and observer reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 2.51 (CI 95% 1.15 - 5.46) Baseret på data fra 90 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p><b>182</b> per 1.000</p> <p><b>457</b> per 1.000</p> <p>Forskjell: 275 mere per 1.000 (CI 95% 27 mere - 812 mere)</p>	<p><b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effektestimater</p>	<p>Psykotering øger muligvis kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne i væsentlig grad sammenlignet med SSRI</p>
<p><b>Selvordstanker (Suicidal thoughts)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 10.53 (CI 95% 0.59 - 188.57) Baseret på data fra 272 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p>		<p><b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og meget alvorlig upræcist effektestimater</p>	<p>Der var for få, der oplevede selvmordstanker til at afgøre om psykotering gjorde en forskel (der var 5 events i psykotering ud af 139 og 0 events ud af 133 i SSRI gruppen)</p>
<p><b>Selvordsadfærd (Suicidal behaviors)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Baseret på data fra 272 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p>		<p><b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og meget alvorlig upræcist effektestimater</p>	<p>Ingen events i nogen af betingelserne</p>
<p><b>Serious adverse events</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p>	<p>Relative risiko 0.19 (CI 95% 0.01 - 3.95)</p>		<p><b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for</p>	<p>Der var for få, der oplevede serious adverse events til at</p>

9 Kritisk	Baseret på data fra 272 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)		bias og meget alvorlig upræcist effektestimat	afgøre, om psykoterapi gjorde en forskel (der var 0 events i psykoterapi ud af 139 og 2 events ud af 133 i SSRI gruppen)
<b>Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  9 Kritisk	Målt med: SPAI-C Skala: 0-52 Lavere bedre Baseret på data fra: 90 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	<b>15.6</b> Point (gennemsnit)	<b>17.2</b> Point (gennemsnit)	Psykoterapi påvirker muligvis ikke patientrapporteret angstsymptomer i betydelig grad sammenlignet med SSRI
<b>Forælderrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  6 Vigtig	Målt med: CBCL-internalizing Skala: 0-64 Lavere bedre Baseret på data fra: 90 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	<b>58.1</b> (gennemsnit)	<b>59.3</b> (gennemsnit)	Psykoterapi påvirker muligvis ikke forælderrapporteret angstsymptomer i betydelig grad sammenlignet med SSRI
<b>Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)</b> Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)  6 Vigtig				Der blev ikke fundet studier, der opgjorde patientrapporteret angstsymptomer målt ved spørgeskemaer
<b>Forælderrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms)</b> Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)  6 Vigtig			CI 95%	Der blev ikke fundet studier, der opgjorde forælderrapporteret angstsymptomer målt ved spørgeskemaer

<p><b>Patientrapporteret funktionsevne (Patient reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>		<p>CI 95%</p>		<p>Der blev ikke fundet studier, der opgjorde patientrapporteret funktionsevne</p>
<p><b>Observatørrapporteret funktionsevne (Observer reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: C-GAS Skala: 1-100 Højere bedre Baseret på data fra: 362 patienter i 2 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskjell: MD 1.73 mere ( CI 95% 4.34 færre - 7.8 mere )</p>	<p><b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig inkonsistente resultater og alvorlig upræcist effektestimant</p>	<p>Effekten af psykoterapi på outcome er meget usikker sammenlignet med SSRI</p>
<p><b>Inkluderte studier og detaljer om opp- og nedgraderingsfaktorer i kvalitetsvurderingen</b></p>				
<p>Remission af den primær angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</p>	<p><b>Resultater/ effekt av intervensionen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [38] med inkluderte studier: Beidel 2007, Walkup 2008, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i</b> Kontrollarm i referanse brukt for intervensionen ovenfor</p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald, på grund af Støtte fra medicinindustri ; <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimant: Alvorlig</b> Brede konfidensintervaller ; <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b></p>		
<p>Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</p>	<p><b>Resultater/ effekt av intervensionen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [38] med inkluderte studier: Walkup 2008, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i</b> Kontrollarm i referanse brukt for intervensionen ovenfor</p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding ; <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhed: Alvorlig</b> Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation (kun responders inkluderete) ; <b>Upræcist effektestimant: Alvorlig</b> Kun data fra ét studie ; <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b></p>		
<p>Remission af den primær angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</p>	<p><b>Resultater/ effekt av intervensionen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [38] med inkluderte studier: Walkup 2008, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er</b></p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding ; <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhed: Alvorlig</b> Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation (kun responders) ; <b>Upræcist effektestimant: Alvorlig</b> Kun data fra ét studie ; <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b></p>		

	<b>funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>	
Frafald af alle årsager (Attrition)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [38] med inkluderte studier: Beidel 2007, Walkup 2008, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald ; Inkonsistente resultater: Alvorlig Den statistiske heterogenitet er høy ; Manglende overførbarhed: Ingen betydelig Upræcist effektestimater: Ingen betydelig Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Kombineret patient- og observatørrapportert funksjonsevne (Combined patient and observer reported functioning)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [38] med inkluderte studier: Beidel 2007, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Manglende overførbarhed: Ingen betydelig Upræcist effektestimater: Alvorlig Kun data fra ét studie ; Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Selvordstanker (Suicidal thoughts)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Manglende overførbarhed: Ingen betydelig Upræcist effektestimater: Meget alvorlig Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie, Få pasienter (&lt;100)/(100-300) inkludert i studiene ; Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Selvordsadfærd (Suicidal behaviors)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Manglende overførbarhed: Ingen betydelig Upræcist effektestimater: Meget alvorlig Kun data fra ét studie, Brede konfidensintervaller, Få pasienter (&lt;100)/(100-300) inkludert i studiene ; Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Serious adverse events	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er</b>	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Manglende overførbarhed: Ingen betydelig Upræcist effektestimater: Meget alvorlig Kun data fra ét studie, Brede konfidensintervaller, Få pasienter (&lt;100)/(100-300) inkludert i studiene ; Publikationsbias: Ingen betydelig</b>

	<b>funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>	
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgekemaer (Patient reported anxiety symptoms)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [38] med inkluderte studier: Beidel 2007, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Manglende overførbarhet: Ingen betydelig Upræcist effektestimater: Alvorlig Kun data fra ét studie, Brede konfidensintervaller ; Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Forælderreporterede angstsymptomer målt ved spørgekemaer (Parent reported anxiety symptoms)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [38] med inkluderte studier: Beidel 2007, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Manglende overførbarhet: Ingen betydelig Upræcist effektestimater: Alvorlig Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie ; Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgekemaer (Patient reported anxiety symptoms)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [38] med inkluderte studier: <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>	
Forælderreporterede angstsymptomer målt ved spørgekemaer (Parent reported anxiety symptoms)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [38] med inkluderte studier: <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>	
Patientrapporteret funksjonsevne (Patient reported functioning)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [38] med	



	inkluderte studier: <b>Utgangsrisiko/komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>	
Observatørrapportert funksjonsevne (Observer reported functioning)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk oversigtsartikel [38] med inkluderte studier: Beidel 2007, Walkup 2008, Utgangsrisiko/komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald ; Inkonsistente resultater: Alvorlig Den statistiske heterogenitet er høy, Konfidensintervallerne i de inkluderede studier overlapper ikke ; Manglende overførbarhet: Ingen betydelig Upræcist effektestimater: Alvorlig Brede konfidensintervaller ; Publikationsbias: Ingen betydelig</b>

## Referencer

[38] NKR 43 Angst PICO 3 Psykoterapi vs SSRI/SNRI.

[39] Beidel DC, Turner SM, Sallee FR, Ammerman RT, Crosby LA, Pathak S. SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007;46(12):1622-1632 [Journal](#)

[40] Ginsburg G.S., Becker E.M., Keeton C.P., Sakolsky D., Piacentini J., Albano A.M., Compton S.N., Iyengar S., Sullivan K., Caporino N., Peris T., Birmaher B., Rynn M., March J., Kendall PC Naturalistic follow-up of youths treated for pediatric anxiety disorders. *JAMA Psychiatry* 2014;71(3):310-318

[41] James A.C., James G., Cowdrey F.A., Soler A., Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews* 2015;2():CD004690-

[42] Piacentini J, Bennett S, Compton SN, Kendall PC, Birmaher B, Albano AM, March J, Sherrill J, Sakolsky D, Ginsburg G, Rynn M, Bergman RL, Gosch E, Waslick B, Iyengar S, McCracken J, Walkup J 24- and 36-week outcomes for the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2014;53(3):297-310

[43] Rynn MA, Walkup JT, Compton SN, Sakolsky DJ, Sherrill JT, Shen SA, Kendall PC, McCracken J, Albano AM, Piacentini J, Riddle MA, Keeton C, Waslick B, Chrisman A, Iyengar S, March JS, Birmaher B Child/adolescent anxiety multimodal study: Evaluating safety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2015;54(3):180-190

[44] Sharma T., Guski LS, Freund N., Gotzsche PC Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ (Clinical research ed.)* 2016;352 i65-null [Journal](#)

[45] Walkup JT, Albano AM, Piacentini J., Birmaher B., Compton SN, Sherrill JT, Ginsburg GS, Rynn MA, McCracken J., Waslick B., Iyengar S., March JS, Kendall PC Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *The New England journal of medicine* 2008;359(26):2753-2766 [Journal](#)

[46] SSRIs for anxiety and OCD disorders.

## Sammenfatning

### Litteratur:

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af to randomiserede studier[39][45]. Begge randomiserede studier er fra en systematisk oversigtsartikel[41]. Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning og fundet to artikler med opfølgingsdata for studiet af Walkup et al. [40][42] samt ét studie om skadevirkninger på det samme studie[43]. Flow charts kan tilgås [her](#).

### Gennemgang af evidensen:

Populationen bestod af børn og unge i alderen 7 - 17 år med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst som primær diagnose. Interventionen var i begge studier manualbaserede kognitive adfærdsterapeutisk behandlingsprogramer, hvoraf det ene var standard generisk KAT, og det andet var KAT med høj grad af socialfærdighedstræning for socialfobiske patienter. Sammenligningen var behandling med SSRI præparater (Zoloft eller Fluoxetin) alene.

Der blev fundet klinisk relevant effekt på det kritiske outcome (remission af den primære angstdiagnose efter endt behandling) til fordel for psykoterapi, men ingen klinisk relevant forskel på de kritiske outcomes for patientrapporterede angstsymptomer, serious adverse events eller selvmordsadfærd. Der var ikke rapporteret data for andre kritiske outcomes. Kvaliteten af de kritiske outcomes var lav til meget lav, da der var alvorlig risiko for bias samt alvorlig upræcist effektestimater, som eksempelvis at der ved nogle outcomes kun foreligger ét studie.

## PICO (5.2)

**Population:** Børn og unge med angst eller obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)

**Intervention:** SSRIs

**Sammenligning:** Placebo

Utfald Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Kvaliteten af evidensen Studieresultater & effektestimater	Sammendrag
		Placebo	SSRIs		
<b>Selvmoedsadfærd (Suicidal behaviors)</b> Efter endt behandling (End of treatment)	Odds ratio 1.77 (CI 95% 0.38 - 8.21) Baseret på data fra 821 patienter i 4 studier. (Randomiserede studier)	<b>5</b> per 1.000	<b>8</b> per 1.000	<b>Lav</b> Pga meget upræcist effektestimater	SSRIs øger muligvis risikoen for selvmordsadfærd i nogen grad
		Forskjell: 4 mere per 1.000 (CI 95% 3 færre - 35 mere)			

9 Kritisk				
<b>Aggressiv adfærd (Aggressive behaviors)</b> Efter endt behandling (End of treatment)	Odds ratio 3.04 (CI 95% 1.39 - 6.66) Baseret på data fra 821 patienter i 4 studier. (Randomiserede studier)	<b>15</b> per 1.000	<b>44</b> per 1.000	<b>Moderat</b> Pga. upræcist effekttestimat
6 Vigtig		Forskjell: 29 mere per 1.000 ( CI 95% 6 mere - 77 mere )		SSRIer øger sandsynligvis aggressiv adfærd i nogen grad

## Inkluderte studier og detaljer om opp- og nedgraderingsfaktorer i kvalitetsvurderingen

Selvmondsadfærd (Suicidal behaviors)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i</b> Systematisk oversigtsartikel [46] med inkluderte studier: FLX-HCJW, PAR-676, PAR-704, SER-90CE21-0498, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i</b> Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Ingen betydelig</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effekttestimat: Meget alvorlig</b> Få patienter og bredt konfidensinterval ; <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b>
Aggressiv adfærd (Aggressive behaviors)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i</b> Systematisk oversigtsartikel [46] med inkluderte studier: FLX-HCJW, PAR-676, PAR-704, SER-90CE21-0498, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i</b> Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Ingen betydelig</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effekttestimat: Alvorlig</b> Få hendelser ; <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b>

## Referencer

[44] Sharma T., Guski LS, Freund N., Gotzsche PC Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ (Clinical research ed.)* 2016;352 i65-null [Journal](#)

[46] SSRIs for anxiety and OCD disorders.

### **Sammenfatning**

Disse analyser er en subgruppe analyse af Sharma et al [44]. Der er tale om trial 26, 33, 34 og 56 (figur 3 i artiklen). Alle fire studier er randomiserede forsøg, som sammenligner et SSRI præparat med placebo. Trial 33 er et forsøg med børn og unge med angst, trial 26, 34 og 56 er forsøg med børn og unge med OCD.

Subgruppeanalysen giver samme billede som den overordnede analyse, som inkluderer børn og unge med andre lidelser eksempelvis depression. Den overordnede analyse finder en odds ratio for selvmordsadfærd på 2.39 (1.31 til 4.33).

## 6 - Kombination af psykoterapi og antidepressiva (SSRI/SNRI) eller psykoterapi alene

Kombinationsbehandlingen med psykoterapi og SSRI eller SNRI benyttes i praksis til behandling af angstlidelser hos børn og unge, men det er uklart, om denne kombinationsbehandling er mere effektiv end psykoterapi alene. Da brugen af antidepressiva ofte sættes i forbindelse med risiko for bivirkninger, ønskede arbejdsgruppen at sammenligne gavnlige og skadelige virkninger for de to behandlingsformer.

### Svag Anbefaling

Overvej at tilbyde psykoterapi alene frem for kombinationen af psykoterapi og antidepressiva (SSRI/SNRI), da det er meget usikkert, om der er yderligere effekt af kombinationsbehandlingen sammenlignet med psykoterapi alene, og der samtidig er risiko for alvorlige bivirkninger ved brugen af antidepressiva (SSRI/SNRI) til børn og unge.

*Hvis førstevalget ikke har den ønskede effekt, bør man overveje anden behandling. Eksempelvis yderligere psykoterapi (eventuelt i et andet format eller en anden terapiretning) eller kombinationsbehandling.*

*Påbegyndelse af medicinsk behandling skal varetages af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri under nøje monitorering grundet risikoen for alvorlige bivirkninger.*

### Praktiske Oplysninger

Se teksten i kursiv under anbefalingen

### Nøgleinformationer

#### Gavnlig og skadelige virkninger

Overvejende fordeler af det anbefalede alternativ

Der foreligger kun et enkelt studie, som sammenligner interventionerne, og det er derfor usikkert, om der er nogen forskel i udbyttet af kombineret psykoterapi og SSRI/SNRI sammenlignet med psykoterapi alene.

I det inkluderede studie fandtes der ingen klinisk relevante forskelle i skadelige virkninger mellem psykoterapi og kombinationen af psykoterapi og SSRI. Arbejdsgruppen er dog opmærksom på, at der foreligger et review om skadevirkningerne af SSRI og SNRI[44], som viser en fordobling af aggressioner samt selvmordstanker og -adfærd hos børn og unge, som er i behandling med SSRI eller SNRI. Reviewet fremhæver også en bekymring om underrapportering (publikationsbias) af skadevirkninger ved SSRI og SNRI.

#### Kvaliteten af evidensen

Lav

Kvaliteten af evidensen er lav.

#### Værdier og præferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Valget af intervention skønnes at være præferencefølsomt. Det vurderes, at de fleste patienter (samt deres forældre) ønsker en non-farmakologisk behandling, da farmakologisk behandling kan være forbundet med bivirkninger.

## Rationale

Arbejdsgruppen lagde særligt vægt på de potentielle alvorlige skadevirkninger ved brugen af SSRI og SNRI til børn og unge. Da det samtidig er usikkert, om der er nogen klinisk relevant forskel i udbyttet af de forskellige interventioner, anbefales psykoterapi alene som førstevalg.

## PICO (5.2)

**Population:** Børn og unge med angst eller obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)

**Intervention:** SSRler

**Sammenligning:** Placebo

Utfald Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Kvaliteten af evidensen Studieresultater & effektestimater	Sammendrag
		Placebo	SSRler		
<b>Selvmoedsadfærd (Suicidal behaviors)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  9 Kritisk	Odds ratio 1.77 (CI 95% 0.38 - 8.21) Baseret på data fra 821 patienter i 4 studier. (Randomiserede studier)	<b>5</b> per 1.000  Forskjell: 4 mere per 1.000 ( CI 95% 3 færre - 35 mere )	<b>8</b> per 1.000	<b>Lav</b> Pga meget upræcist effektestimat	SSRler øger muligvis risikoen for selvmordsadfærd i nogen grad
<b>Aggressiv adfærd (Aggressive behaviors)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  6 Vigtig	Odds ratio 3.04 (CI 95% 1.39 - 6.66) Baseret på data fra 821 patienter i 4 studier. (Randomiserede studier)	<b>15</b> per 1.000  Forskjell: 29 mere per 1.000 ( CI 95% 6 mere - 77 mere )	<b>44</b> per 1.000	<b>Moderat</b> Pga. upræcist effektestimat	SSRler øger sandsynligvis aggressiv adfærd i nogen grad

### Inkluderte studier og detaljer om opp- og nedgraderingsfaktorer i kvalitetsvurderingen

Selvmoedsadfærd (Suicidal behaviors)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i</b> Systematisk oversigtsartikel [46] med inkluderte studier: FLX- HCJW, PAR-676, PAR-704, SER-90CE21-0498, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i</b> Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Ingen betydelig</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimat: Meget alvorlig</b> Få patienter og bredt konfidensinterval ; <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
---	---	---

Aggressiv adfærd (Aggressive behaviors)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i</b> Systematisk oversigtsartikel [46] med inkluderte studier: FLX-HCJW, PAR-676, PAR-704, SER-90CE21-0498, <b>Utgangsrisiko/komparator estimat er funnet i</b> Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Ingen betydelig</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Alvorlig</b> Få hændelser ; <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
--	---	--

## Referencer

[44] Sharma T., Guski LS, Freund N., Gotzsche PC Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ (Clinical research ed.)* 2016;352 i65-null [Journal](#)

[46] SSRIs for anxiety and OCD disorders.

## Sammenfatning

Disse analyser er en subgruppe analyse af Sharma et al [44]. Der er tale om trial 26, 33, 34 og 56 (figur 3 i artiklen). Alle fire studier er randomiserede forsøg, som sammenligner et SSRI præparat med placebo. Trial 33 er et forsøg med børn og unge med angst, trial 26, 34 og 56 er forsøg med børn og unge med OCD.

Subgruppeanalysen giver samme billede som den overordnede analyse, som inkluderer børn og unge med andre lidelser eksempelvis depression. Den overordnede analyse finder en odds ratio for selvmordsadfærd på 2.39 (1.31 til 4.33).

## PICO (6.1)

**Population:** Børn og unge i alderen 6 til 17 år med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst (DSM eller ICD) som den primære diagnose.

**Intervention:** SSRI eller SNRI i kombination med etablerede psykoterapiformer (herunder kognitiv adfærdsterapi, psykodynamisk terapi, interpersonel terapi, narrativ terapi, oplevelsesorienteret terapi og systemisk terapi) rettet mod angstlidelser hos børn og unge.

**Sammenligning:** Etablerede psykoterapiformer rettet mod angstlidelser hos børn og unge.

Utfald Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater Etablerede psykoterapiformer		Kvaliteten af evidensen Studieresultater	Sammendrag
		SSRI eller SNRI i kombination med			

				& effektestimater	
<p><b>Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Relative risiko 1.49 (CI 95% 1.2 - 1.84) Baseret på data fra 279 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p><b>460</b> per 1.000</p> <p>Forskjell: 225 mere per 1.000 (CI 95% 92 mere - 386 mere)</p>	<p><b>685</b> per 1.000</p>	<p><b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effektestimat</p>	<p>Psykotterapi i kombination med SSRI/SNRI øger muligvis remissionsraten af den primære angstdiagnose væsentligt efter endt behandling sammenlignet med psykotterapi alene</p>
<p><b>Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</b> Follow-up: 6 år (Follow-up: 6 years)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 0.87 (CI 95% 0.63 - 1.2) Baseret på data fra 161 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p><b>519</b> per 1.000</p> <p>Forskjell: 67 færre per 1.000 (CI 95% 192 færre - 104 mere)</p>	<p><b>452</b> per 1.000</p>	<p><b>Meget lav</b> på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimat, på grund af alvorlig manglende overførbarehed</p>	<p>Effekten af psykotterapi i kombination med SSRI/SNRI på outcome er meget usikker</p>
<p><b>Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</b> Follow-up: 6 måneder (Follow-up: 6 months)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 1.46 (CI 95% 1.2 - 1.78) Baseret på data fra 273 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p><b>504</b> per 1.000</p> <p>Forskjell: 232 mere per 1.000 (CI 95% 101 mere - 393 mere)</p>	<p><b>736</b> per 1.000</p>	<p><b>Meget lav</b> på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimat, på grund af alvorlig manglende overførbarehed</p>	<p>Effekten af psykotterapi i kombination med SSRI/SNRI på outcome er meget usikker</p>
<p><b>Frafald af alle årsager (Attrition)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 2.15 (CI 95% 0.84 - 5.5) Baseret på data fra 279 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p><b>43</b> per 1.000</p> <p>Forskjell: 49 mere per 1.000 (CI 95% 7 færre - 194 mere)</p>	<p><b>92</b> per 1.000</p>	<p><b>Lav</b> på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimat</p>	<p>Psykotterapi i kombination med SSRI/SNRI påvirker muligvis ikke frafald af alle årsager i betydelig grad</p>
<p><b>Kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne (Combined patient and observer reported functioning)</b></p>					<p>Vi fandt ingen studier, der opgjorde kombineret patient og observatør rapporteret funktionsforstyrrelse efter endt behandling</p>



Efter endt behandling (End of treatment)				
6 Vigtig				
<b>Selvmodstanker (Suicidal thoughts)</b> Efter endt behandling (End of treatment)	Relative risiko 0.99 (CI 95% 0.29 - 3.35) Baseret på data fra 279 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	<b>36</b> per 1.000	<b>36</b> per 1.000	<b>Meget lav</b> på grund af alvorlig risiko for bias og meget alvorlig upræcist effektestimant
6 Vigtig		Forskjell: 0 færre per 1.000 (CI 95% 26 færre - 85 mere)		Effekten af psykoterapi i kombination med SSRI/SNRI på outcome er meget usikker
<b>Selvmodsfærd (Suicidal behaviors)</b> Efter endt behandling (End of treatment)	Baseret på data fra 279 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)			<b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effektestimant
9 Kritisk				Ingen events i nogen af betingelserne
<b>Serious adverse events</b> Efter endt behandling (End of treatment)	Relative risiko 2.98 (CI 95% 0.12 - 72.5) Baseret på data fra 279 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)			<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og meget alvorlig upræcist effektestimant
9 Kritisk				Der var for få, der oplevede serious adverse events til at afgøre om psykoterapi i kombination med SSRI gjorde en forskel (der var 1 event i kombinationen psykoterapi + SSRI ud af 140 og 0 events ud af 139 i psykoterapi gruppen)
<b>Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)</b> Efter endt behandling (End of treatment)				Der blev ikke fundet studier, der opgjorde patientrapporterede angstsymptomer efter endt behandling
6 Vigtig				
<b>Forælderrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms)</b>				Der blev ikke fundet studier, der opgjorde forælderrapporterede angstsymptomer efter endt behandling

Efter endt behandling (End of treatment)  9 Kritisk				
<b>Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)</b> Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)  6 Vigtig				Der blev ikke fundet studier, der opgjorde patientrapporterede angstsymptomer ved opfølgning (minimum 3 måneder)
<b>Forældrerapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms)</b> Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)  6 Vigtig				Der blev ikke fundet studier, der opgjorde forældrerapporterede angstsymptomer ved opfølgning (minimum 3 måneder)
<b>Patientrapporteret funktionsevne (Patient reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  6 Vigtig				Der blev ikke fundet studier, der opgjorde patientrapporteret funktionsforstyrrelse efter endt behandling
<b>Observatørrapporteret funktionsevne (Observer reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  6 Vigtig	Målt med: CGAS Skala: 1-100 Højere bedre Baseret på data fra: 279 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	<b>63.8</b> Point (gennemsnit)	<b>68.6</b> Point (gennemsnit)	<b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effektestimater
Forskjell: MD 4.8 mere (CI 95% 2.38 mere - 7.22 mere)				
Psykoterapi i kombination med SSRI påvirker muligvis ikke observatørrapporteret funktionsforstyrrelse efter endt behandling i betydelig grad sammenlignet med psykoterapi alene				
Inkluderte studier og detaljer om opp- og nedgraderingsfaktorer i kvalitetsvurderingen				

Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [48] med inkluderte studier: Walkup 2008, <b>Utgangsrisiko/komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding ;</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Alvorlig Kun data fra ét studie ;</b> <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [48] med inkluderte studier: Walkup 2008, <b>Utgangsrisiko/komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding ;</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhed: Alvorlig Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation (responders) ;</b> <b>Upræcist effektestimater: Alvorlig Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie ;</b> <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [48] med inkluderte studier: Walkup 2008, <b>Utgangsrisiko/komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding ;</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhed: Alvorlig Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation ;</b> <b>Upræcist effektestimater: Alvorlig Kun data fra ét studie ;</b> <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Frafald af alle årsager (Attrition)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [48] med inkluderte studier: Walkup 2008, <b>Utgangsrisiko/komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding ;</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Alvorlig Kun data fra ét studie ;</b> <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Selvmodstanker (Suicidal thoughts)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel <b>Utgangsrisiko/komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding ;</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Meget alvorlig Kun data fra ét studie, Brede konfidensintervaller, Få patienter (&lt;100) / (100-300) inkludert i studiene ;</b> <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b>

	referanse brukt for intervensjonen ovenfor	
Selvmoedsadfærd (Suicidal behaviors)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding ;</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Alvorlig</b> Kun data fra ét studie ; <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b>
Serious adverse events	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding ;</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Meget alvorlig</b> Kun data fra ét studie, Brede konfidensintervaller, Få pasienter (<100) /(100-300) inkludert i studiene ; <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b>
Patientrapporterte angstsymptomer målt ved spørjeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [48] med inkluderte studier: <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	
Forælderreporterte angstsymptomer målt ved spørjeskemaer (Parent reported anxiety symptoms)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [48] med inkluderte studier: <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	
Patientrapporterte angstsymptomer målt ved spørjeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [48] med inkluderte studier: <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i	

	referanse brukt for intervensjonen ovenfor	
Forælderrapporterede angstsymptomer målt ved spørreskemaer (Parent reported anxiety symptoms)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [48] med inkluderte studier: <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	
Patientrapportert funksjonsevne (Patient reported functioning)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [48] med inkluderte studier: <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	
Observatørrapportert funksjonsevne (Observer reported functioning)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [48] med inkluderte studier: Walkup 2008, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Manglende overførbarhet: Ingen betydelig Upræcist effektestimater: Alvorlig Kun data fra ét studie ; Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b>

## Referencer

[48] NKR 43 Angst PICO 4 Psykoterapi + SSRI/SNRI vs Psykoterapi alene.

[49] Ginsburg G.S., Becker E.M., Keeton C.P., Sakolsky D., Piacentini J., Albano A.M., Compton S.N., Iyengar S., Sullivan K., Caporino N., Peris T., Birmaher B., Rynn M., March J., Kendall PC Naturalistic follow-up of youths treated for pediatric anxiety disorders. JAMA Psychiatry 2014;71(3):310-318

[50] James A.C., James G., Cowdrey F.A., Soler A., Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. The Cochrane database of systematic reviews 2015;(2):CD004690-

[51] Piacentini J, Bennett S, Compton SN, Kendall PC, Birmaher B, Albano AM, March J, Sherrill J, Sakolsky D, Ginsburg G, Rynn M, Bergman RL, Gosch E, Waslick B, Iyengar S, McCracken J, Walkup J 24- and 36-week outcomes

for the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2014;53(3):297-310

[52] Rynn MA, Walkup JT, Compton SN, Sakolsky DJ, Sherrill JT, Shen SA, Kendall PC, McCracken J, Albano AM, Piacentini J, Riddle MA, Keeton C, Waslick B, Chrisman A, Iyengar S, March JS, Birmaher B Child/adolescent anxiety multimodal study: Evaluating safety. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2015;54(3):180-190

[53] Walkup JT, Albano AM, Piacentini J., Birmaher B., Compton SN, Sherrill JT, Ginsburg GS, Rynn MA, McCracken J., Waslick B., Iyengar S., March JS, Kendall PC Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. The New England journal of medicine 2008;359(26):2753-2766 [Journal](#)

[54] Sharma T., Guski LS, Freund N., Gotzsche PC Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ (Clinical research ed.) 2016;352 i65-null [Journal](#)

## Sammenfatning

### Litteratur:

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af ét randomiseret studie[53]. Det randomiserede studie er fra en systematisk oversigtsartikel[50]. Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning og fundet to artikler med opfølgingsdata for det randomiserede studie[49][51] samt ét studie om skadevirkninger på det samme studie[52]. Flow charts kan tilgås [her](#).

### Gennemgang af evidensen:

Populationen i det inkluderede studie bestod af børn og unge i alderen 7 - 17 år (omkring 75 % var mellem 7 og 12 år) med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst som primær diagnose. Interventionen bestod af kombinationen mellem et 14-sessioners manualbaseret kognitiv adfærdsterapeutisk behandlingsprogram (Coping Cat) og SSRI (Zoloft). Sammenligningen bestod af det 14-sessioners behandlingsprogram alene.

Der blev fundet klinisk relevant effekt på det kritiske outcome (remission af den primære angstdiagnose efter endt behandling) til fordel for kombinationsbehandlingen, men ingen klinisk relevant forskel på det kritiske outcomes for serious adverse events. Der var ikke rapporteret data for andre kritiske outcomes. Kvaliteten af de kritiske outcomes var lav til meget lav, da der var alvorlig risiko for bias samt alvorlig upræcist effekttestimat, da der kun foreligger ét studie.

## 7 - Psykoterapeutiske behandlingsprogrammer specifikt rettet mod socialfobi eller generiske behandlingsprogrammer rettet mod flere typer af angst

Størstedelen af behandlingsprogrammerne rettet mod børn og unge med en primær angstdiagnose er såkaldte "generiske" behandlingsprogrammer, som retter sig mod alle former for angstdiagnoser, og ikke specifikt mod en bestemt type angstdiagnose.

Børn og unge med socialfobi har vist sig at have signifikant dårligere udbytte af generiske behandlingsprogrammer sammenlignet med børn og unge med andre primære angstdiagnoser [47]. Arbejdsgruppen ønskede derfor at undersøge, om børn og unge med socialfobi har større udbytte af diagnosespecifikke behandlingsprogrammer rettet mod socialfobi, sammenlignet med udbyttet af generiske behandlingsprogrammer rettet mod flere former for angstdiagnoser.

### Svag Anbefaling

Overvej at tilbyde diagnosespecifikke behandlingsprogrammer frem for generiske behandlingsprogrammer til børn og unge med socialfobi, men vær opmærksom på, at evidensen på området er meget usikker.

*Det er vigtigt at være opmærksom på, at generiske behandlingsprogrammer er effektive over for børn og unge med socialfobi. De generiske behandlingsprogrammer er dog mere effektive over for andre angstlidelser, som eksempelvis separationsangst og generaliseret angst, sammenlignet med socialangst. Man bør derfor stadig tilbyde generiske behandlingsprogrammer til børn og unge med socialfobi, hvis ikke der foreligger efterprøvede diagnosespecifikke behandlingsprogrammer rettet mod socialfobi hos børn og unge.*

### Praktiske Oplysninger

Se teksten i kursiv under anbefalingen

### Nøgleinformationer

#### Gavnlig og skadelige virkninger

Lille netto gevindst eller små forskelle imellem alternativerne

På de outcomes der er rapporteret, er der fundet en gavnlig effekt af det individuelle diagnosespecifikke behandlingsprogram sammenlignet med den generiske gruppebehandling. Der er ikke fundet skadelige virkninger ved nogen af behandlingsformerne.

#### Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Kvaliteten af evidensen er meget lav. Dette skyldes blandt andet, at interventionen og sammenligningen havde henholdsvis individuelt- og gruppeformat.

#### Værdier og præferencer

Ingen betydelig variation forventet

Arbejdsgruppen vurderer, at valget mellem generiske og diagnosespecifikke behandlingsprogrammer ikke er præferencefølsomt.

## Rationale

Arbejdsgruppen lagde vægt på, at selvom kvaliteten af evidensen var meget lav, havde det diagnosespecifikke behandlingsprogram en noget større effekt på både kritiske og vigtige outcomes sammenlignet med det generiske behandlingsprogram.

### PICO (7.1)

**Population:** Børn og unge i alderen 6 til 17 år med socialfobi (DSM eller ICD) som den primære diagnose.

**Intervention:** Etablerede psykoterapiformer (herunder kognitiv adfærdsterapi, psykodynamisk terapi, interpersonel terapi, narrativ terapi, oplevelsesorienteret terapi og systemisk terapi) specifikt rettet mod socialfobi hos børn og unge.

**Sammenligning:** Generiske etablerede psykoterapiformer rettet mod flere typer af angst.

Utfald Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Kvaliteten af evidensen Studieresultater & effektestimater	Sammendrag
<b>Remission af den primær angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  9 Kritisk					Der blev ikke fundet studier, der opgjorde remission af primær angstdiagnose efter endt behandling
<b>Remission af den primær angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</b> Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)  6 Vigtig	Relative risiko 1.43 (CI 95% 0.73 - 2.8) Baseret på data fra 27 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	<b>467</b> per 1.000  Forskjell: 201 mere per 1.000 (CI 95% 126 færre - 841 mere)	<b>668</b> per 1.000	<b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig upræcist effektestimater og alvorlig manglende overførbarehed	Effekten af diagnosespecifikke behandlingsprogrammer på remissionsraten af socialfobi er meget usikker



<p><b>Frafald af alle årsager (Attrition)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 0.65 (CI 95% 0.42 - 1.01) Baseret på data fra 94 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p><b>638</b> per 1.000</p> <p><b>415</b> per 1.000</p> <p>Forskjell: 223 færre per 1.000 (CI 95% 370 færre - 6 mere)</p>	<p><b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig upræcist effektestimater og alvorlig manglende overførbarehed</p>	<p>Effekten af diagnosespecifikke behandlingsprogrammer på frafald er meget usikker</p>
<p><b>Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Målt med: SPAI-C Skala: 0-52 Lavere bedre Baseret på data fra: 41 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p><b>23.16</b> Points (gennemsnit)</p> <p><b>7.86</b> Points (gennemsnit)</p> <p>Forskjell: MD 15.3 (CI 95% 20.08 - 10.52)</p>	<p><b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig upræcist effektestimater og alvorlig manglende overførbarehed</p>	<p>Effekten af diagnosespecifikke behandlingsprogrammer på patientrapporterede angstsymptomer er meget usikker</p>
<p><b>Forældrerapporterede angstssymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>				<p>Der blev ikke fundet studier, der opgjorde forældrerapporteret angstsymptomer efter endt behandling</p>
<p><b>Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)</b> Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: SPAI-C Skala: 0-52 Lavere bedre Baseret på data fra: 41 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p><b>18.35</b> point (gennemsnit)</p> <p><b>10.29</b> point (gennemsnit)</p> <p>Forskjell: MD 8.06 mere (CI 95% 12.95 mere - 3.17 mere)</p>	<p><b>Meget lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig upræcist effektestimater og alvorlig manglende overførbarehed</p>	<p>Effekten af diagnosespecifikke behandlingsprogrammer på patientrapporterede angstsymptomer er meget usikker</p>
<p><b>Forældrerapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms)</b> Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)</p>				<p>Der blev ikke fundet studier, der opgjorde forældrerapporteret angstsymptomer ved længst follow-up</p>

6 Vigtig				
<b>Patientrapporteret funktionsevne (Patient reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  6 Vigtig				Der blev ikke fundet studier, der opgjorde patientrapporteret funktionsevne
<b>Observatørrapporteret funktionsevne (Observer reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  6 Vigtig				Der blev ikke fundet studier, der opgjorde observatørrapporteret funktionsevne
<b>Kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne (Combined patient and observer reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  6 Vigtig				Der blev ikke fundet studier, der opgjorde kombineret patient og observatørrapporteret funktionsforstyrrelse
<b>Inkluderte studier og detaljer om opp- og nedgraderingsfaktorer i kvalitetsvurderingen</b>				
Remission af den primær angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk oversigtsartikel [55] med inkluderte studier: Ingul 2014, Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>		<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Manglende overførbarhed: Alvorlig Forskelle mellem ønsket intervention/komparator og de i studiet anvendte ; Upræcist effektestimater: Alvorlig Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie ; Publikationsbias: Ingen betydelig</b>	
Frafald af alle årsager (Attrition)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b>		<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b>	

	<p>i Systematisk oversigtsartikel [55] med inkluderte studier: Ingul 2014,  <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i</b> Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</p>	<p><b>Manglende overførbarhed: Alvorlig</b> Differences between the intervention/comparator of interest and those studied ;  <b>Upræcist effektestimat: Alvorlig</b> Kun data fra ét studie ;  <b>Publikasjonsbias: Ingen</b> betydelig</p>
<p>Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgekemaer (Patient reported anxiety symptoms)</p>	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i</b> Systematisk oversigtsartikel [55] med inkluderte studier: Ingul 2014,  <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i</b> Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald ;  <b>Inkonsistente resultater: Ingen</b> betydelig  <b>Manglende overførbarhed: Alvorlig</b> Differences between the intervention/comparator of interest and those studied ;  <b>Upræcist effektestimat: Alvorlig</b> Kun data fra ét studie ;  <b>Publikasjonsbias: Ingen</b> betydelig</p>
<p>Forælderrapporterede angstssymptomer målt ved spørgekemaer (Parent reported anxiety symptoms)</p>	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i</b> Systematisk oversigtsartikel [55] med inkluderte studier:  <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i</b> Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</p>	
<p>Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgekemaer (Patient reported anxiety symptoms)</p>	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i</b> Systematisk oversigtsartikel [55] med inkluderte studier: Ingul 2014,  <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i</b> Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald ;  <b>Inkonsistente resultater: Ingen</b> betydelig  <b>Manglende overførbarhed: Alvorlig</b> Differences between the intervention/comparator of interest and those studied ;  <b>Upræcist effektestimat: Alvorlig</b> Kun data fra ét studie ;  <b>Publikasjonsbias: Ingen</b> betydelig</p>
<p>Forælderrapporterede angstsymptomer målt ved spørgekemaer (Parent reported anxiety symptoms)</p>	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i</b> Systematisk oversigtsartikel [55] med inkluderte studier:  <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i</b> Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</p>	

<p>Patientrapporteret funktionsevne (Patient reported functioning)</p>	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [55] med inkluderte studier: <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</p>	
<p>Observatørrapporteret funktionsevne (Observer reported functioning)</p>	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [55] med inkluderte studier: <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</p>	
<p>Kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne (Combined patient and observer reported functioning)</p>	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [55] med inkluderte studier: <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</p>	

## Referencer

[55] NKR 43 PICO 5 Specifikke programmer vs generiske.

[56] Ingul J.M., Aune T., Nordahl HM A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo for adolescent social phobia. *Psychotherapy and psychosomatics* 2014;83(1):54-61

[57] Reynolds S, Wilson C, Austin J, Hooper L Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical psychology review* 2012;32(4):251-262

[58] Clark DM, Wells A A cognitive model of social phobia. In: *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. Edited by Richard G. Heimberg, Michael R. Liebowitz, Debra A. Hope, Franklin R. Schneier. New York; London : Guilford Press, 1995;():Page 69-93

## Sammenfatning

### Litteratur:

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af ét randomiseret kontrolleret studie[56]. Der blev ikke fundet brugbare studier til besvarelse af dette fokuserede spørgsmål gennem hverken [NICE guideline for socialfobi \(CG159\)](#) eller den inkluderede systematiske oversigtsartikel[57]. Det randomiserede studie er fundet gennem en opdaterende litteratursøgning. Flow charts kan tilgås [her](#).

### Gennemgang af evidensen:

Populationen i det inkluderede studie bestod af unge i alderen 13 -16 år med socialfobi som deres primære diagnose. Eftersom alle deltagerne var mindst 13 år gamle, blev patientrapporterede angstsymptomer efter endt behandling betragtet som kritisk outcome. Interventionen bestod af diagnosespecifik individuel kognitiv adfærdsterapi baseret på Clark og Wells' indflydelsesrige model for socialfobi hos voksne[58]. Sammenligningen bestod af et generisk kognitiv adfærdsterapeutisk gruppebehandlingsprogram for børn og unge med angst.

Der blev fundet klinisk relevant effekt på det kritiske outcome (patientrapporteret angstsymptomer målt ved spørgeskemaer efter endt behandling) til fordel for den diagnosespecifikke behandling. Samme tendens blev fundet på alle rapporterede vigtige outcomes (frafald af alle årsager samt patientrapporteret angstsymptomer og remissionsrate af primærdiagnosen ved seneste opfølgning). Hverken det andet kritiske outcome (remissionsrate af den primære angstdiagnose efter endt behandling) eller andre vigtige outcomes var rapporteret i studiet.

Det bør bemærkes, at tilliden til resultaterne er meget usikker, da kvaliteten af evidensen er meget lav grundet alvorlig risiko for bias (blinding og højt frafald), alvorlig upræcist effekttestimat (kun ét studie) og alvorlig manglende overførbarehed, da den diagnosespecifikke intervention er i individuelt format mens sammenligningen er i gruppeformat.

## 8 - Individuel terapi eller gruppeterapi

Psykotераpi for børn og unge med angstlidelser bliver tilbudt både i individuelt og gruppeformat, men der er begrænset viden om, hvorvidt der er forskel i effekten af disse to behandlingsformater. Arbejdsgruppen ønskede derfor at sammenligne behandlingseffekten mellem disse behandlingsformater.

### Svag Anbefaling

Både individuelle og gruppebaserede etablerede psykoterapiformer kan anvendes til behandling af socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst hos børn og unge, da der ikke er fundet forskel i effekt.

*Der blev udelukkende fundet studier, der sammenlignede individuelt og gruppebaseret kognitiv adfærdsterapeutisk behandling af angstlidelser hos børn og unge. Arbejdsgruppen kan derfor ikke sige noget om eventuelle forskelle i effekten individuelt og gruppebaseret psykoterapi for andre psykoterapiretninger. De sammenlignede individuelle og gruppebaserede behandlingsprogrammer havde samme antal sessioner, men længden på sessionerne varierede (45 - 60 minutter pr session for individuelt og 90 - 120 minutter for grupper med 4 - 6 familier pr gruppe).*

### Praktiske Oplysninger

Se teksten i kursiv under anbefalingen

### Nøgleinformationer

#### Gavnlig og skadelige virkninger

Arbejdsgruppen fandt ingen klinisk betydningsfulde forskelle i hverken gavnlige eller skadelige virkninger mellem gruppe og individuelt format.

Lille netto gevindst eller små forskelle imellem alternativerne

#### Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er moderat.

Moderat

#### Værdier og præferencer

Arbejdsgruppen vurderer, at behandlingsformatet er præferencefølsomt for patienten, familien og behandleren.

Betydelig variation er forventet eller usikker

#### Andre overvejelser

Arbejdsgruppen ved på nuværende tidspunkt ikke, om der for specifikke angstdiagnoser er bedre outcome for gruppe eller individuelt format af psykoterapi.

Ingen væsentlige problemer med anbefalet alternativ

## Rationale

Arbejdsgruppen lagde vægt på, at der ikke blev fundet evidens for forskelle i behandlingsudbyttet mellem individuelt og gruppeformat. Samtidig var arbejdsgruppen opmærksom på, at behandlingsformatet kan være præferencefølsomt for både barn, forældre og terapeut.

### PICO (8.1)

**Population:** Børn og unge i alderen 6 til 17 år med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst (DSM eller ICD) som den primære diagnose.

**Intervention:** Individuel psykoterapi

**Sammenligning:** Gruppebaseret psykoterapi

Utfald Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Kvaliteten af evidensen Studieresultater & effektestimater	Sammendrag
		Gruppebaseret psykoterapi	Individuel psykoterapi		
<p><b>Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Relative risiko 1.08 (CI 95% 0.86 - 1.36) Baseret på data fra 334 patienter i 3 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p><b>433</b> per 1.000</p> <p>Forskjell: 35 mere per 1.000 (CI 95% 61 færre - 156 mere)</p>	<p><b>468</b> per 1.000</p>	<p><b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias</p>	<p>Formatet af psykoterapi påvirker sandsynligvis ikke remission af den primære angstdiagnose i betydelig grad</p>
<p><b>Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</b> Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 0.97 (CI 95% 0.76 - 1.26) Baseret på data fra 244 patienter i 3 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p><b>492</b> per 1.000</p> <p>Forskjell: 15 færre per 1.000 (CI 95% 118 færre - 128 mere)</p>	<p><b>477</b> per 1.000</p>	<p><b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias</p>	<p>Formatet af psykoterapi påvirker sandsynligvis ikke remission af den primære angstdiagnose i betydelig grad</p>
<p><b>Frafald af alle årsager (Attrition)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 1.54 (CI 95% 0.88 - 2.69) Baseret på data fra 384 patienter i 4 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p><b>90</b> per 1.000</p> <p>Forskjell: 49 mere per 1.000 (CI 95% 11 færre - 152 mere)</p>	<p><b>139</b> per 1.000</p>	<p><b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat</p>	<p>Formatet af psykoterapi påvirker muligvis ikke frafald i betydelig grad</p>

<p><b>Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 487 patienter i 6 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskjell: SMD 0.02 færre ( CI 95% 0.2 færre - 0.15 mere )</p>	<p><b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias</p>	<p>Formatet af psykoterapi påvirker sandsynligvis ikke patientrapporterede angstsymptomer i betydelig grad</p>
<p><b>Forælderreporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 487 patienter i 6 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskjell: SMD 0.06 færre ( CI 95% 0.32 færre - 0.2 mere )</p>	<p><b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias</p>	<p>Formatet af psykoterapi påvirker sandsynligvis ikke forælderreporterede angstsymptomer i betydelig grad</p>
<p><b>Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)</b> Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 282 patienter i 4 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskjell: SMD 0.12 mere ( CI 95% 0.12 færre - 0.35 mere )</p>	<p><b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias</p>	<p>Formatet af psykoterapi påvirker sandsynligvis ikke patientrapporterede angstsymptomer i betydelig grad</p>
<p><b>Forælderreporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms)</b> Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 290 patienter i 4 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskjell: SMD 0.01 færre ( CI 95% 0.32 færre - 0.31 mere )</p>	<p><b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias</p>	<p>Formatet af psykoterapi påvirker sandsynligvis ikke forælderreporterede angstsymptomer i betydelig grad</p>
<p><b>Patientrapporterede funktionsevne (Patient reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p>	<p>Målt med: Self rated performance Skala: 1-5 Højere bedre Baseret på data fra: 45 patienter i 1 studier.</p>	<p><b>3.33</b>                      <b>3.49</b> Point (gennemsnit)      Point (gennemsnit)</p> <p>Forskjell: MD 0.16 mere ( CI 95% 0.32 færre - 0.64 mere )</p>	<p><b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimater</p>	<p>Formatet af psykoterapi påvirker muligvis ikke patientrapporteret funktionsevne i betydelig grad</p>



6 Vigtig	(Randomiserede studier)			
<b>Observatørrapporterede funktionsevne (Observer reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)	Målt med: Standardiseret Højere bedre Baseret på data fra: 152 patienter i 3 studier. (Randomiserede studier)	Forskjell: SMD 0.45 færre (CI 95% 0.77 færre - 0.12 færre)	<b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias	Individuel psykoterapi medfører sandsynligvis nogen forbedring af observatørrapporteret funktionsevne sammenlignet med gruppeformat
6 Vigtig				
<b>Kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne (Combined patient and observer reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)	Målt med: ADIS C/ P CSR Skala: 0-8 Lavere bedre Baseret på data fra: 179 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	<b>4.65</b> (gennemsnit) <b>4.76</b> (gennemsnit) Forskjell: MD 0.11 mere (CI 95% 0.59 færre - 0.81 mere)	<b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimater	Formatet af psykoterapi påvirker muligvis ikke kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne i betydelig grad
6 Vigtig				

## Inkluderte studier og detaljer om opp- og nedgraderingsfaktorer i kvalitetsvurderingen

Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)	<b>Resultater/ effekt av intervensionen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [59] med inkluderte studier: Flannery Schroeder 2000, Liber 2008, Wergeland 2014, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensionen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding og usikkerhet om skjult randomiseringssekvens ; <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b> <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b>
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)	<b>Resultater/ effekt av intervensionen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [59] med inkluderte studier: deGroot 2007, Flannery Schroeder 2000, Wergeland 2014, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i	<b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding og usikkerhet om skjult randomiseringssekvens ; <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b> <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b>

	referanse brukt for intervensjonen ovenfor	
Frafald af alle årsager (Attrition)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [59] med inkluderte studier: deGroot 2007, Herbert 2009, Liber 2008, Wergeland 2014, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding og usikkerhed omkring randomiseringsproceduren ; <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Alvorlig</b> Brede konfidensintervaller ; <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgekemaer (Patient reported anxiety symptoms)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [59] med inkluderte studier: deGroot 2007, Flannery Schroeder 2000, Herbert 2009, Liber 2008, Manassis 2002, Wergeland 2014, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding og usikkerhed om skjult randomiseringssekvens ; <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b> <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Forælderreporterede angstsymptomer målt ved spørgekemaer (Parent reported anxiety symptoms)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [59] med inkluderte studier: deGroot 2007, Flannery Schroeder 2000, Herbert 2009, Liber 2008, Manassis 2002, Wergeland 2014, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding og usikkerhed om skjult randomiseringssekvens ; <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b> <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgekemaer (Patient reported anxiety symptoms)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [59] med inkluderte studier: deGroot 2007, Flannery	<b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding ; <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b> <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b>

	Schroeder 2000, Herbert 2009, Wergeland 2014, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	
Forælderreporterede angstsymptomer målt ved spørgekemaer (Parent reported anxiety symptoms)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [59] med inkluderte studier: deGroot 2007, Flannery Schroeder 2000, Herbert 2009, Wergeland 2014, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Manglende overførbarhed: Ingen betydelig Upræcist effektestimater: Ingen betydelig Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Patientreporterede funksjonsevne (Patient reported functioning)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [59] med inkluderte studier: Herbert 2009, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Manglende overførbarhed: Ingen betydelig Upræcist effektestimater: Alvorlig Kun ét studie ; Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Observatørrapporterede funksjonsevne (Observer reported functioning)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [59] med inkluderte studier: deGroot 2007, Herbert 2009, Manassis 2002, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding og usikkerhet om skjult randomisering ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Manglende overførbarhed: Ingen betydelig Upræcist effektestimater: Ingen betydelig Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Kombineret patient- og observatørrapportert funksjonsevne (Combined patient and observer reported functioning)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet</b> i Systematisk oversigtsartikel [59] med inkluderte studier: Wergeland 2014, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet</b> i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding og usikkerhet om randomiseringsprocedure ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Manglende overførbarhed: Ingen betydelig Upræcist effektestimater: Alvorlig Kun ét studie ; Publikationsbias: Ingen betydelig</b>

funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor

## Referencer

[59] NKR angst PICO 6 individual vs group.

[60] de Groot J., Cobham V., Leong J., McDermott B. Individual versus group family-focused cognitive-behaviour therapy for childhood anxiety: pilot randomized controlled trial. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2007;41(12):990-997 [Journal](#)

[61] Flannery-Schroeder E., Choudhury MS, Kendall PC Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: 1-Year follow-up. Cognitive Therapy and Research 2005;29(2):253-259

[62] Flannery-Schroeder E., Kendall PC Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. Cognitive Therapy and Research 2000;24(3):251-278

[63] Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Moitra E., Myers VH, Dalrymple KL, Brandsma LL Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: A randomized controlled trial. Journal of anxiety disorders 2009;23(2):167-177

[64] Ingul J.M., Aune T., Nordahl HM A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo for adolescent social phobia. Psychotherapy and psychosomatics 2014;83(1):54-61

[65] Liber JM, Van Widenfelt BM, Utens EM, Ferdinand RF, Van DL, Van Gastel W., Treffers PD No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines 2008;49(8):886-893 [Journal](#)

[66] Manassis K., Mendlowitz SL, Scapillato D., Avery D., Fiksenbaum L., Freire M., Monga S., Owens M. Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a randomized trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2002;41(12):1423-1430 [Journal](#)

[67] Reynolds S., Wilson C., Austin J., Hooper L. Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. Clinical psychology review 2012;32(4):251-262

[68] Wergeland G.J., Fjermestad K.W., Marin C.E., Haugland B.S.M., Bjaastad J.F., Oeding K., Bjelland I., Silverman W.K., Ost L.G., Havik O.E., Heiervang ER An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. Behaviour research and therapy 2014;57():1-12

## Sammenfatning

### Litteratur:

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af 6 randomiserede studier. Fem af studierne er fundet gennem en systematiske oversigtsartikel[67]. Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning, hvor yderligere ét randomiseret studie blev inkluderet[68]. Flow charts kan tilgås [her](#).

## Gennemgang af evidensen:

Populationen bestod af børn og unge i alderen 7 - 17 år med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst som primær diagnose. Størstedelen af den inkluderede population var børn i alderen 7-13 år, og kun ét studie undersøgte udelukkende unge i alderen 12-17 år[63]. Forældrerapporterede angstsymptomer blev derfor vurderet som værende et kritisk outcome.

Interventionen bestod i alle undersøgelserne af kognitiv adfærdsterapi i individuelt format (typisk 45 - 60 minutter pr session). Sammenligningen var i alle tilfælde kognitiv adfærdsterapi i grupper (typisk 1,5 - 2 timer med 4 - 6 familier pr gruppe).

Antallet af sessioner var i alle undersøgelser det samme i begge betingelser, hvorfor kun varigheden af de individuelle sessioner og gruppesessionerne varierede.

Der blev ikke fundet klinisk relevant forskel i effekt mellem individuelt eller gruppeformat på nogen af de kritiske outcomes (remission af den primære angstdiagnose eller forældrerapporterede angstsymptomer efter endt behandling). Der var heller ingen klinisk betydningsfulde forskelle mellem individuelt og gruppeformat på nogen af de vigtige outcomes, med undtagelse af observatørrapporteret funktionsevne efter endt behandling, hvor der sandsynligvis er nogen klinisk relevant effekt til fordel for individuelt format.

Kvaliteten af de kritiske outcomes var moderat, da der var alvorlig risiko for bias (blinding).

## 9 - Betydeligt omfang af deltagelse fra forældre i behandlingsforløbet

Forældre til børn og unge med angstlidelser inddrages ofte i et betydeligt omfang i psykoterapeutiske behandlingsforløb af deres børn. En række meta-analyser [66][69][75][88] har sat spørgsmålstegn ved, hvorvidt der er en yderligere effekt af at inddrage forældrene i et betydeligt omfang sammenlignet med en minimal inddragelse af forældrene. En betydelig inddragelse af forældrene, kan være meget ressourcekrævende for familien.

Arbejdsgruppen fandt det derfor relevant at undersøge, om man bør anbefale en betydelig inddragelse af forældrene i psykoterapeutiske behandlingsforløb af børn og unge med angst. Betydelig forældreinddragelse blev defineret som de tilfælde, hvor forældrene som minimum deltager i 30 % af sessionerne eller har et sideløbende program undervejs.

### Svag Anbefaling

Overvej at inddrage forældrene til børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst i betydeligt omfang i behandlingsforløbet

*Ved behandling af angst hos børn og unge er der altid forældreinddragelse i en eller anden grad, og denne anbefaling går på omfanget af forældreinddragelse. Valget af omfanget af inddragelse kan blandt andet baseres på barnet/den unges alder, familiedynamikken samt barnets og familiens præferencer.*

*Forældre er typisk aktive i at opsøge behandling, aktive i at barnet/den unge kommer til behandling, og står for kontakten til behandlingssystemet. Denne kontakt med behandlingsstedet vil i de fleste tilfælde omfatte en grad af psykoeksklusion for forældrene. Forældrene vil ofte være inddraget i barnets øvelser mellem sessionerne (eksempelvis eksponeringsøvelser), og det antages, at barnet/den unge ofte vil tale med forældrene om sessionernes indhold.*

*Evidensen er udelukkende baseret på randomiserede kontrollerede undersøgelser, som benyttede kognitiv adfærdsterapi. Arbejdsgruppen fandt ingen studier med andre former for psykoterapi.*

*Betydelig forældreinddragelse er i de inkluderede studier beskrevet som enten sideløbende, parallelle sessioner for forældrene, eller hvor forældrene er fuldt deltagende i barnets/den unges behandlingssessioner.*

*Forældrenes handlemønstre kan både være en vedligeholdende og en beskyttende faktor for barnets angstproblematik.*

## Praktiske Oplysninger

Se teksten i kursiv under anbefalingen

## Nøgleinformationer

### Gavnlig og skadelig virkning

Betydelig forældreinddragelse har sandsynligvis en mere gavnlig effekt for remission af den primære angstdiagnose efter endt behandling sammenlignet med minimal forældreinddragelse i behandlingen. Der ser ikke ud til at være nogen klinisk betydelig forskel mellem interventionerne på andre outcomes.

Man bør være opmærksom på, at betydelig forældreinddragelse kan kræve mange ressourcer fra forældrenes side.

Lille netto gevinst eller små forskelle imellem alternativerne

Moderat

**Kvaliteten af evidensen**

Kvaliteten af evidensen er moderat

**Værdier og præferencer**

Arbejdsgruppen vurderer, at valget af intervention er præferencefølsomt. Præferencen kan afhænge af barnets/den unges alder, forældrenes ressourcer samt relationen mellem forældrene og barnet/den unge.

Betydelig variation er forventet eller usikker

**Rationale**

Arbejdsgruppen lagde vægt på, at betydelig inddragelse af forældrene i behandlingen så ud til at have nogen klinisk relevant effekt på udbyttet sammenlignet med minimal inddragelse af forældrene.

Samtidig var arbejdsgruppen opmærksom på, at valget om forældreinddragelse kan være meget præferencefølsomt både for barnet, forældrene og terapeuten, og at valget må baseres på en klinisk vurdering i samråd med barnet/den unge og forældrene.

**PICO (9.1)**

**Population:** Børn og unge i alderen 6 til 17 år med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst (DSM eller ICD) som den primære diagnose.

**Intervention:** Betydelig forældreinddragelse

**Sammenligning:** Minimal forældreinddragelse

Utfald Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimer		Kvaliteten af evidensen Studieresultater & effektestimer	Sammendrag
		Minimal forældreinddragelse	Betydelig forældreinddragelse		
<b>Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)</b> Efter endt behandling (End of treatment)  9 Kritisk	Relative risiko 1.18 (CI 95% 1.02 - 1.36) (Randomiserede studier)	<b>533</b> per 1.000  Forskjell: 96 mere per 1.000 (CI 95% 11 mere - 192 mere)	<b>629</b> per 1.000	<b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias	Psykoterapi med forældreinddragelse øger sandsynligvis remissionsraten af den primære angstdiagnose i nogen grad sammenlignet med psykoterapi med kun minimal forældreinddragelse
<b>Remission af den primære angstdiagnose</b>	Relative risiko 1.04 (CI 95% 0.93 - 1.15) (Randomiserede studier)	<b>670</b> per 1.000  Forskjell: 27 mere per 1.000	<b>697</b> per 1.000	<b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias	Psykoterapi med forældreinddragelse påvirker sandsynligvis ikke remissionsraten af den primære

<p><b>(Remission of primary diagnosis)</b> Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)</p> <p>6 Vigtig</p>		( CI 95% 47 færre - 100 mere )		angstdiagnose i betydelig grad sammenlignet med psykoterapi med kun minimal forældreinddragelse
<p><b>Frafald af alle årsager (Attrition)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	Relative risiko 1.05 (CI 95% 0.52 - 2.12) (Randomiserede studier)	<p><b>79</b> per 1.000</p> <p><b>83</b> per 1.000</p> <p>Forskjell: 4 mere per 1.000 ( CI 95% 38 færre - 88 mere )</p>	<b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias	Psykoterapi med forældreinddragelse påvirker sandsynligvis ikke frafald i betydelig grad sammenlignet med psykoterapi med kun minimal forældreinddragelse
<p><b>Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 624 patienter i 13 studier. (Randomiserede studier)	Forskjell: SMD 0.05 færre ( CI 95% 0.23 færre - 0.13 mere )	<b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias	Psykoterapi med forældreinddragelse påvirker sandsynligvis ikke patientrapporterede angstsymptomer i betydelig grad sammenlignet med psykoterapi med kun minimal forældreinddragelse
<p><b>Forældrerapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>9 Kritisk</p>	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 521 patienter i 10 studier. (Randomiserede studier)	Forskjell: SMD 0.09 færre ( CI 95% 0.4 færre - 0.21 mere )	<b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig inkonsistente resultater	Psykoterapi med forældreinddragelse påvirker muligvis ikke forældrerapporterede angstsymptomer i betydelig grad sammenlignet med psykoterapi med kun minimal forældreinddragelse
<p><b>Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms)</b> Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)</p> <p>6 Vigtig</p>	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 581 patienter i 12 studier. (Randomiserede studier)	Forskjell: SMD 0.04 færre ( CI 95% 0.3 færre - 0.21 mere )	<b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig inkonsistente resultater	Psykoterapi med forældreinddragelse påvirker muligvis ikke patientrapporterede angstsymptomer i betydelig grad sammenlignet med psykoterapi med kun minimal



<p><b>Forældrerapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms)</b> Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 517 patienter i 10 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskjell: SMD 0.21 færre ( CI 95% 0.58 færre - 0.16 mere )</p>	<p><b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig inkonsistente resultater</p>	<p>Psykotterapi med forældreinddragelse påvirker muligvis ikke forældrerapporterede angstsymptomer i betydelig grad sammenlignet med psykotterapi med kun minimal forældreinddragelse</p>
<p><b>Patientrapporteret funktionsevne (Patient reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: Standardiseret Højere bedre Baseret på data fra: 158 patienter i 2 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskjell: SMD 0.21 færre ( CI 95% 0.52 færre - 0.1 mere )</p>	<p><b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias</p>	<p>Psykotterapi med forældreinddragelse påvirker sandsynligvis ikke patientrapporteret funktionsevne i betydelig grad sammenlignet med psykotterapi med kun minimal forældreinddragelse</p>
<p><b>Observatørrapporteret funktionsevne (Observer reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: Standardiseret Højere bedre Baseret på data fra: 283 patienter i 5 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskjell: SMD 0.01 færre ( CI 95% 0.22 færre - 0.25 mere )</p>	<p><b>Moderat</b> På grund af alvorlig risiko for bias</p>	<p>Psykotterapi med forældreinddragelse påvirker sandsynligvis ikke observatørrapporteret funktionsevne i betydelig grad sammenlignet med psykotterapi med kun minimal forældreinddragelse</p>
<p><b>Kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne (Combined patient and observer reported functioning)</b> Efter endt behandling (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: ADIS CSR Skala: 0-8 Lavere bedre Baseret på data fra: 218 patienter i 4 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>Point Point Forskjell: MD 0.02 færre ( CI 95% 0.99 færre - 1.04 mere )</p>	<p><b>Lav</b> På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig inkonsistente resultater</p>	<p>Psykotterapi med forældreinddragelse påvirker muligvis ikke kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne i betydelig grad sammenlignet med psykotterapi med kun minimal forældreinddragelse</p>

#### Inkluderte studier og detaljer om opp- og nedgraderingsfaktorer i kvalitetsvurderingen

Remission af den primære angstdiagnose	Resultater/ effekt av intervensionen er funnet i Systematisk oversigtsartikel [91] med	Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding og usikkerhed omkring randomiseringsproceduren ; Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Manglende overførbarehed: Ingen betydelig
--	--	---

(Remission of primary diagnosis)	inkluderte studier: Esbjorn 2014, Barrett 1996, Barrett 1998, Bernstein 2005, GarciaLopez 2014, Kendall 2008, Nauta 2001, Nauta 2003, Ost 2015, Spence 2000, Wood 2006, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>	<b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b> <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [91] med inkluderte studier: Esbjorn 2014, Barrett 1996, Barrett 1998, Bernstein 2005, GarciaLopez 2014, Kendall 2008, Nauta 2001, Nauta 2003, Ost 2015, Schneider 2013, Siqueland 2005, Spence 2000, Wood 2006, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding og usikkerhet omkring randomiseringsproceduren ;</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b> <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Frafald af alle årsager (Attrition)	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [91] med inkluderte studier: GarciaLopez 2014, Barrett 1996, Barrett 1998, Esbjorn 2014, Kendall 2008, Nauta 2003, Ost 2015, Schneider 2013, Siqueland 2005, Spence 2000, Wood 2006, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b>	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding og usikkerhet omkring randomiseringsproceduren ;</b> <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b> <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b> <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b> <b>Publikationsbias: Ingen betydelig</b>
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørreskemaer	<b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b>	<b>Risiko for bias: Alvorlig Manglende blinding og usikkerhet omkring randomiseringsproceduren , Inadequate sequence generation/ generation of comparable groups, resulting in potential for selection bias, Inadequate concealment of allocation</b>

(Patient reported anxiety symptoms)	<p>oversigtsartikel [91] med inkluderte studier: GarciaLopez 2014, Barrett 1996, Barrett 1998, Esbjorn 2014, Kendall 2008, Mendlowitz 1999, Nauta 2001, Nauta 2003, Ost 2015, Schneider 2013, Siqueland 2005, Spence 2000, Wood 2006, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b></p>	<p>during randomization process, resulting in potential for selection bias ;  <b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b>  <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b>  <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b>  <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b></p>
Forælderreporterede angstsymptomer målt ved spørgekemaer (Parent reported anxiety symptoms)	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [91] med inkluderte studier: Barrett 1996, Barrett 1998, Esbjorn 2014, Kendall 2008, Nauta 2001, Nauta 2003, Ost 2015, Schneider 2013, Spence 2000, Wood 2006, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b></p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding og usikkerhet omkring randomiseringsproseduren ;  <b>Inkonsistente resultater: Alvorlig</b> Den statistiske heterogenitet er høy ;  <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b>  <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b>  <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b></p>
Patientreporterede angstsymptomer målt ved spørgekemaer (Patient reported anxiety symptoms)	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [91] med inkluderte studier: GarciaLopez 2014, Barrett 1996, Barrett 1998, Esbjorn 2014, Kendall 2008, Nauta 2001, Nauta 2003, Ost 2015, Schneider 2013, Siqueland 2005, Spence 2000, Wood 2006, <b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b></p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding og usikkerhet omkring randomiseringsproseduren ;  <b>Inkonsistente resultater: Alvorlig</b> Den statistiske heterogenitet er høy ;  <b>Manglende overførbarhet: Ingen betydelig</b>  <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b>  <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b></p>
Forælderreporterede angstsymptomer målt ved spørgekemaer	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b></p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding og usikkerhet omkring randomiseringsproseduren ;  <b>Inkonsistente resultater: Alvorlig</b> Den statistiske heterogenitet er høy ;</p>

(Parent reported anxiety symptoms)	<p>oversigtsartikel [91] med inkluderte studier: Barrett 1996, Barrett 1998, Esbjorn 2014, Kendall 2008, Nauta 2001, Nauta 2003, Ost 2015, Schneider 2013, Spence 2000, Wood 2006,</p> <p><b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b></p>	<p><b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b>  <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b>  <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b></p>
Patientrapporteret funksjonsevne (Patient reported functioning)	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [91] med inkluderte studier: Kendall 2008, Schneider 2013,</p> <p><b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b></p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding , Inadequate sequence generation/ generation of comparable groups, resulting in potential for selection bias, Inadequate concealment of allocation during randomization process, resulting in potential for selection bias, Inadequate/lack of blinding of participants and personnel, resulting in potential for performance bias ;</p> <p><b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b>  <b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b>  <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b>  <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b></p>
Observatørrapporteret funksjonsevne (Observer reported functioning)	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [91] med inkluderte studier: Barrett 1996, Barrett 1998, Kendall 2008, Schneider 2013, Spence 2000,</p> <p><b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b></p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding og usikkerhet omkring randomiseringsproseduren ;</p> <p><b>Inkonsistente resultater: Ingen betydelig</b>  <b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b>  <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b>  <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b></p>
Kombineret patient- og observatørrapporteret funksjonsevne (Combined patient and observer reported functioning)	<p><b>Resultater/ effekt av intervensjonen er funnet i Systematisk</b> oversigtsartikel [91] med inkluderte studier: GarciaLopez 2014, Nauta 2003, Ost 2015, Wood 2006,</p> <p><b>Utgangsrisiko/ komparator estimat er funnet i Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen ovenfor</b></p>	<p><b>Risiko for bias: Alvorlig</b> Manglende blinding ;</p> <p><b>Inkonsistente resultater: Alvorlig</b> Den statistiske heterogenitet er høy ;</p> <p><b>Manglende overførbarhed: Ingen betydelig</b>  <b>Upræcist effektestimater: Ingen betydelig</b>  <b>Publikasjonsbias: Ingen betydelig</b></p>

## Referencer

[91] NKR Angst PICO 7 forældreinddragelse. ;():-

[69] Aydin A. Parental involvement in cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders (Provisional abstract). 2014;(2):181-189

[70] Barrett PM Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of clinical child psychology* 1998;27(4):459-468 [Journal](#)

[71] Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 1996;64(2):333-342

[72] Barrett PM, Duffy AL, Dadds MR, Rapee RM Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6-year) follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology* 2001;69(1):135-141

[73] Bernstein GA, Bernat DH, Victor AM, Layne AE School-based interventions for anxious children: 3-, 6-, and 12-month follow-ups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008;47(9):1039-1047 [Journal](#)

[74] Bernstein GA, Layne AE, Egan EA, Tennison DM School-based interventions for anxious children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005;44(11):1118-1127 [Journal](#)

[75] Brendel KE, Maynard BR Child-parent interventions for childhood anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice* 2014;24(3):287-295

[76] Esbjorn B.H., Reinholdt Dunne M.L., Nielsen S.K., Smith A.C., Breinholst S., Leth I. Exploring the effect of case formulation driven CBT for children with anxiety disorders: a feasibility study. *Behavioural and cognitive psychotherapy* 2015;43(1):20-30

[77] Esbjorn B.H., Somhovd M.J., Nielsen S.K., Normann N., Leth I., Reinholdt Dunne ML Parental changes after involvement in their anxious child's cognitive behavior therapy. *Journal of anxiety disorders* 2014;28(8):664-670

[78] Garcia Lopez L.J., Diaz Castela M.D.M., Muela Martinez J.A., Espinosa Fernandez L. Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement?. *Journal of anxiety disorders* 2014;28(8):812-822

[79] Kendall PC, Hudson JL, Gosch E., Flannery-Schroeder E., Suveg C. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of consulting and clinical psychology* 2008;76(2):282-297 [Journal](#)

[80] Khanna MS, Kendall PC Exploring the role of parent training in the treatment of childhood anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology* 2009;77(5):981-986 [Journal](#)

[81] Mendlowitz SL, Manassis K., Bradley S., Scapillato D., Miezitis S., Shaw BF Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: the role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999;38(10):1223-1229

[82] Nauta MH, Scholing A., Emmelkamp PM, Minderaa RB Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003;42(11):1270-1278 [Journal](#)

[83] Nauta MH, Scholing A, Emmelkamp PMG, Minderaa RB Cognitive-behavioural therapy for anxiety disordered children in a clinical setting: does additional cognitive parent training enhance treatment effectiveness?. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2001;8(5):330-340 [Journal](#)

[84] Ost L.G., Cederlund R., Reuterskiold L. Behavioral treatment of social phobia in youth: Does parent education training improve the outcome?. *Behaviour research and therapy* 2015;67():19-29

[85] Schneider S., Blatter Meunier J., Herren C., InAlbon T., Adornetto C., Meyer A., Lavallee KL The efficacy of a family-based cognitive-behavioral treatment for separation anxiety disorder in children aged 8-13: A randomized comparison with a general anxiety program. *Journal of consulting and clinical psychology* 2013;81(5):932-940

[86] Siqueland L., Rynn M., Diamond GS Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies. *Journal of anxiety disorders* 2005;19(4):361-381 [Journal](#)

[87] Spence SH, Donovan C., Brechman-Toussaint M. The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 2000;41(6):713-726

[88] Thulin U, Svirsky L, Serlachius E, Andersson G, Ost L The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy* 2014;43(3):185-200

[89] Wood JJ, McLeod BD, Piacentini JC, Sigman M. One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders: Exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child psychiatry and human development* 2009;40(2):301-316 [Journal](#)

[90] Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow M., Chu BC, Sigman M. Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006;45(3):314-321 [Journal](#)

## Sammenfatning

### Litteratur:

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af 13 randomiserede studier. Ni af studierne er fundet gennem tre systematiske oversigtsartikler[69][75][88]. Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning og inkluderet yderligere 4 randomiserede studier[76][78][84][85]. Flow charts kan tilgås [her](#).

### Gennemgang af evidensen:

Populationen bestod af børn og unge i alderen 7 - 17 år med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst som primær diagnose. Størstedelen af de inkluderede studier undersøgte en population med børn i alderen 7-13 år, og kun to studier undersøgte udelukkende unge i alderen 14-17 år. Forældre-rapporterede angstsymptomer blev derfor vurderet som værende et kritisk outcome. Det var derfor heller ikke muligt at lave separate analyser for børn og unge, da der var for få studier, der skelnede mellem aldersgrupperne.

Interventionen bestod i alle tilfælde af kognitiv adfærdsterapi med en høj grad af forældreinddragelse (60 - 100% af sessionerne) enten sammen med børnene/de unge eller sideløbende sessioner kun for forældrene.

Sammenligningen var i alle tilfælde kognitiv adfærdsterapi med minimal forældreinddragelse (0 -17% af sessionerne).

Der blev fundet klinisk relevant effekt på det kritiske outcome for remission af den primære angstdiagnose efter endt behandling til fordel for psykoterapi med forældreinddragelse, men ingen klinisk relevant forskel på det kritiske outcome for forælderapporerede angstsymptomer efter endt behandling. Der var ingen klinisk betydningsfulde forskelle mellem interventionen og kontrolgruppen på nogen af de vigtige outcomes.

Kvaliteten af de kritiske outcomes var moderat (remission) til lav (forælderapporeret angstsymptomer), da der var alvorlig risiko for bias samt inkonsistente resultater.

## 10 - Kropsøvelser (motion, afspændings- og vejrtrækningsøvelser)

Motion bliver generelt set anbefalet som en måde at forøge både fysisk og psykisk velvære, og særligt for personer med affektive lidelser som depression eller angst. Ligeledes indgår kropsøvelser som vejrtrækningsøvelser og afspændingsøvelser ofte som en del af behandlingsforløb til børn og unge samt voksne med angstlidelser. Imidlertid er det usikkert, hvorvidt disse former for kropslige øvelser bidrager med yderligere effekt sammenlignet med en vanlig behandling, hvori kropslige øvelser ikke indgår.

Arbejdsgruppen ønskede derfor at undersøge om vanlig behandling med suppleringen af kropslige øvelser (motion,afspændings- og vejrtrækningsøvelser) er mere effektiv end vanlig behandling, hvori kropsøvelser ikke indgår.

### God Praksis (Konsensus)

Det er god praksis at overveje at supplere vanlig behandling med motion, vejrtræknings- og afspændingsøvelser i behandlingen af børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst.

## Praktiske Oplysninger

Se teksten i *kursiv* under anbefalingen

## Nøgleinformationer

### Gavnlige og skadelige virkninger

Arbejdsgruppen kan ikke sige noget om forskellene i gavnlige og skadelige virkninger mellem vanlig behandling suppleret med kropsøvelser, og vanlig behandling som ikke benytter kropsøvelser, da der ikke er fundet studier, som sammenligner disse behandlingsformer direkte.

Der er generelt set fundet gavnlige virkninger af fysisk aktivitet for børn og unge (jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet, som kan læses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [Anbefalinger om fysisk aktivitet](#)). Arbejdsgruppen antager ikke, at det er anderledes for børn og unge med angst.

Arbejdsgruppen kan hverken dokumentere gavnlige eller skadelige virkninger af vejrtrækningsøvelser og afspændingsøvelser, men disse indgår ofte som en del af behandlingsprogrammer for børn og unge med angst.

### Kvaliteten af evidensen

Der blev ikke fundet evidens til at besvare det fokuserede spørgsmål.

### Værdier og præferencer

Arbejdsgruppen vurderer, at brugen af kropsøvelser (motion, afspændings- og vejrtrækningsøvelser) i behandlingen er præferencefølsomt for patienten, forældrene og behandleren.

Betydelig variation er forventet eller usikker



## Rationale

Da arbejdsgruppen ikke fandt nogen studier, der sammenlignede interventionerne direkte, blev der i stedet lagt vægt på de generelle gavnlige virkninger, der er forbundet med fysisk aktivitet hos børn og unge (jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet, som kan læses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [Anbefalinger om fysisk aktivitet](#)).

Arbejdsgruppen vurderede ikke, at der var skadevirkninger forbundet med vejtrækningsøvelser eller afspændingsøvelser, og at suppleringen af vanlig behandling med disse kropsøvelser derfor bør baseres på familiens og behandlerens præferencer.

## PICO (10.1)

**Population:** Børn og unge i alderen 6 til 17 år med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst (DSM eller ICD) som den primære diagnose.

**Intervention:** Vanlig behandling suppleret med kropsøvelser

**Sammenligning:** Vanlig behandling

Utfald Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Kvaliteten af evidensen Studieresultater & effektestimater	Sammendrag
		Vanlig behandling	Vanlig behandling suppleret med kropsøvelser		
<b>Alle outcome (All outcomes)</b>	Baseret på data fra 0 patienter i 0 studier				Vi fandt ingen studier

Inkluderte studier og detaljer om opp- og nedgraderingsfaktorer i kvalitetsvurderingen

### Referencer

[92] Parslow R, Morgan AJ, Allen NB, Jorm AF, O'Donnell CP, Purcell R Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety in children and adolescents. Medical Journal of Australia 2008;188(6):355-359

[93] Wipfli BM, Rethorst CD, Landers DM The anxiolytic effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. Journal of Sport & Exercise Psychology 2008;30(4):392-410

### Sammenfatning

#### Litteratur:

Litteratursøgningen fandt ingen randomiserede kontrollerede forsøg, som direkte sammenlignede vanlig behandling med vanlig behandling suppleret med kropsøvelser (motion, afspændings- og vejtrækningsøvelser). Der

blev inkluderet 2 systematiske oversigtsartikler[92][93], men der var ingen af studierne i disse reviews, der kunne bruges til at besvare spørgsmålet efter en nærmere gennemgang. Flow charts kan tilgås [her](#).

## 11 - Bilag 1: Baggrund

Angstlidelser er blandt de mest prævalente psykiatriske lidelser hos børn og unge, og det estimeres at mellem 5 – 10 % af børn og unge på et tidspunkt vil opfylde kriterierne for en angstdiagnose, inden de når voksenalderen[100][109]. Til trods for den høje forekomst, bliver angstlidelser hos børn og unge ofte overset og er underbehandlede[98][101].

Uden behandling er angstlidelser hos børn og unge kronisk vedvarende eller tilbagevendende[104][105], og associeres med en række alvorlige negative faktorer såsom nedsat livskvalitet, samt social og akademisk formåen[102], såvel som forøget risiko for udvikling andre angstlidelser[106][108], depression[110], adfærdsforstyrrelser[96] og misbrug[99] senere i livet. Angstlidelser hos børn og unge er ligeledes forbundet med betydelige samfundsmæssige omkostninger[97], og i [Sundhedsstyrelsens seneste sygdomsbyrdeopgørelse](#) ligger angstlidelser i toppen på flere parametre[103].

Selvom der i løbet af de seneste år er kommet mere opmærksomhed på angstlidelser hos børn og unge, er der i Danmark meget få behandlingsmuligheder i det offentlige regi for denne patientgruppe. Det er derfor vigtigt, at viden om behandlingen af de tre mest prævalente og forstyrrende angstlidelser, socialfobi, separationsangst og generaliseret angst, bliver undersøgt og formidlet videre til de faggrupper, der er involveret i behandlingsforløbene af denne patientgruppe, såvel som de personer, som er påvirkede af disse angstlidelser.

## 12 - Bilag 2: Implementering

Regionerne og regionernes sygehuse spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske retningslinje gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis. For at understøtte retningslinjens anvendelse lokalt er det hensigtsmæssigt, at den nationale kliniske retningslinje samstemmes med eller integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede anvendes her. Regionerne bør således sikre, at de anbefalinger, som må være relevante for specialiserede afdelinger på sygehusniveau, indarbejdes i instrukser og vejledninger i den pågældende region.

For almen praksis indebærer det, at anbefalinger fra den nationale kliniske retningslinje indarbejdes i regionernes forløbsbeskrivelser for angst hos børn og unge. Således vil de evidensbaserede relevante anbefalinger indgå i de patientvejledninger, som alment praktiserende læger allerede anvender, og som forholder sig til organisering i øvrigt i den pågældende region. Forløbsbeskrivelserne kan med fordel indeholde et link til den fulde nationale kliniske retningslinje.

Herudover kan der med fordel indsættes et link til den nationale kliniske retningslinje i Lægehåndbogen. Regionernes praksiskonsulenter kan desuden have en rolle i at tage stilling til den konkrete implementering.

De faglige selskaber er en vigtig aktør i at udbrede kendskabet til retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår således, at den nationale kliniske retningslinje omtales på de relevante faglige selskabers hjemmeside, evt. med orientering om, hvad den indebærer for det pågældende speciale og med et link til den fulde version af retningslinjen. Her tænkes særligt på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening og Dansk Sygepleje Selskab. Sundhedsstyrelsen foreslår ligeledes, at retningslinjen præsenteres på årsmøder i regi af de faglige selskaber og på Lægedage. Information kan også formidles via medlemsblade og elektroniske nyhedsbreve.

Sundhedsstyrelsen foreslår desuden, at retningslinjens indhold formidles til patienterne, og at relevante patientforeninger som Angstforeningen kan spille en rolle heri.

Implementering af den nationale kliniske retningslinje for angst hos børn og unge er som udgangspunkt et regionalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen. I foråret 2014 publicerede Sundhedsstyrelsen således en værktøjskasse med konkrete redskaber til implementering. Den er tilgængelig som et elektronisk opslagsværk på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#). Værktøjskassen bygger på evidensen for effekten af interventioner, og den er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer af et vist omfang.

Foruden den fulde retningslinje udgives en quick guide. Quick guiden er en kort version på 1-2 A4-ark. Den gengiver alene retningslinjens anbefalinger og evt. centrale budskaber, med angivelse af evidensgradering og anbefalingens styrke.

## 13 - Bilag 3: Monitorering

### Proces- og effektindikatorer

Der findes hverken en klinisk kvalitetsdatabase eller et selvstændigt register for behandlingen af angst hos børn og unge. Det er således vanskeligt at tilgå data, der kan anvendes til at opgøre relevante proces- og effektindikatorer i relation til den nationale kliniske retningslinje for angst hos børn og unge.

#### Datakilder

Det skønnes ikke, at data fra henholdsvis Landspatientregisteret, Lægemiddelregisteret eller Sygesikringsregisteret vil kunne anvendes i belysningen af, hvorvidt retningslinjens anbefalinger følges.

Det anbefales derfor, at man ved opdateringen af retningslinjen vurderer, om der eksisterer egnede data, som kan anvendes som grundlag til proces- og effektindikatorer.

## 14 - Bilag 4: Opdatering og videre forskning

### Opdatering

Som udgangspunkt bør retningslinjen opdateres 3 år efter udgivelsesdato, med mindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger andet.

### Videre forskning

Forskning i angstlidelser hos børn og unge er et relativt nyt forskningsområde, hvilket også afspejles i det lille antal randomiserede kontrollerede undersøgelser, der er fundet til at besvare størstedelen af de fokuserede spørgsmål i denne retningslinje. Endvidere er størstedelen af den forskning, der foreligger på området centreret omkring kognitiv adfærdsterapi, hvorfor der mangler evidens for effekten af andre former for psykoterapi. Der er de seneste år publiceret en række danske undersøgelser af angst hos børn og unge, men yderligere forskning er tiltrængt, da behandlingsmulighederne i Danmark er meget få.

Nedenfor oplistes en række forslag til forskningsområder inden for behandlingen af angstlidelser hos børn og unge. Forslagene udspringer på baggrund af diskussioner i arbejdsgruppen.

- Der er brug for randomiserede kontrollerede undersøgelser af andre former for psykoterapi end kognitiv adfærdsterapi. Både for at bygge et evidensgrundlag for andre psykoterapiretninger, og for at sammenligne effekten af allerede evidensbaserede retninger som kognitiv adfærdsterapi.
- Undersøgelser af om forskellige behandlingsformer (herunder psykoterapiretninger, generiske vs. diagnosespecifikke programmer, face-to-face vs. internetbaseret, gruppe vs. individuelt og grad af forældreinddragelse) er mere eller mindre effektive for bestemte patienter (herunder alder, type af angstlidelse, angstlidelsens sværhedsgrad).
- Flere undersøgelser der sammenligner de gavnlige og skadelige virkninger af psykoterapi, medicin og kombinationen af disse i behandlingen af angst hos børn og unge.
- Viden om hvilken form for behandling, der kan hjælpe de børn og unge, som ikke opnår tilstrækkeligt udbytte af kognitiv adfærdsterapi. Eksempelvis yderligere sessioner af samme terapiform, en anden terapiform, et andet behandlingsformat eller kombinationsbehandling med antidepressiva (SSRI/SNRI).
- Effekten af at benytte kropsøvelser (motion, afspændings- og vejrtrækningsøvelser) i behandlingsforløbet.
- Forskning i hvilke mediatorer, der er effektive i forhold til inddragelse af forældre i behandlingsforløbet.

## 15 - Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode

For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens NKR metodehåndbog version 2.1. Metodehåndbogen kan tilgås [her](#).

## 16 - Bilag 6: Fokuserede spørgsmål på PICO-form

For en uddybet beskrivelse af de spørgsmål, denne kliniske retningslinje besvarer se venligst dokumentet vedr. fokuserede spørgsmål på høringsportalen.



## 17 - Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

Ved evidens vælges en af de første fire typer af anbefalinger. Er der ikke fundet evidens vælges i stedet en god praksis anbefaling.

### De fire typer af anbefalinger til evidensbaserede anbefalinger

En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Der er således følgende fire typer af anbefalinger:

#### Stærk anbefaling for ↑↑

Ordlyd: *Giv/brug/anvend...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling for, når der er pålidelig evidens, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Stor gavnlige effekt og ingen eller få skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartet til fordel for interventionen.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen.
- Langt de fleste klinikere vil tilbyde interventionen.

#### Svag/betinget anbefaling for ↑

Ordlyd: *Overvej at...*

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling for interventionen, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at skadevirkningerne er få eller fraværende.

Følgende vil trække i retning af en svag/betinget anbefaling for:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter.
- Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen, men nogen vil afstå.
- Klinikeren vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

#### Svag/betinget anbefaling imod ↓

Ordlyd: *Anvend kun ... efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker og/eller lille, og der er dokumenterede skadevirkninger såsom...*

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når ulemperne ved interventionen vurderes at være større end fordelene, men hvor man ikke har høj tiltro til de estimerede effekter. Den svage/betingede anbefaling imod, anvendes også hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter. Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Skadevirkningerne vurderes at være marginalt større end den gavnlige effekt.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ville afstå fra interventionen, men nogen vil ønske den.
- Klinikeren vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

#### Stærk anbefaling imod ↓↓

Ordlyd: *Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling imod, når der er der er høj tiltro til, der viser, at de samlede ulemper er klart større

end fordelene. Det samme gælder, hvis der er stor tiltro til, at en intervention er nyttesløs.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Der er stor tiltro til, at interventionen ikke gavner, eller at den gavnlige effekt er lille.
- Der er stor tiltro til, at interventionen har betydelige skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes ikke at ville ønske interventionen.
- Klinikerne vil meget sjældent tilbyde interventionen

For yderligere beskrivelse af de forskellige evidensbaserede anbefalinger se venligst: <http://www.gradeworkinggroup.org>

### **De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger**

#### **God praksis ✓**

For:

Det er god praksis at...

Imod:

Det er ikke god praksis at...

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

Det er god praksis at undlade at...

Det er god praksis at undlade rutinemæssigt at...

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje.

Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

## 18 - Bilag 8: Søgebeskrivelser og evidensvurderinger

### Søgebeskrivelse

Til denne kliniske retningslinje er søgningerne foretaget i en på forhånd defineret gruppe databaser, der er udvalgt til søgning til nationale kliniske retningslinjer, nærmere beskrevet i Metodehåndbogen. Søgningerne er foretaget af AU Library, Psykiatri, ved Helene Sognstrup, i samarbejde med fagkonsulent Kristian Bech Arendt. Søgeprotokoller med søgestrategierne for de enkelte databaser er tilgængelige på høringsportalen.

Litteratursøgningen efter evidens er foretaget i tre trin, og søgningerne er udført i perioden oktober 2015 - april 2016.

Indledende søgning efter kliniske retningslinjer er foretaget i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), HTA database, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Kunnskapssenteret (Norge), Netpunkt, Medline, Embase, PsycInfo og CINAHL.

Det andet trin i søgningen har været søgning efter sekundærlitteratur med udgangspunkt i de fokuserede spørgsmål (PICOs); her er søgt efter systematiske reviews og metaanalyser. Søgningerne er udført i det omfang, de fundne guidelines ikke besvarede de stillede spørgsmål.

I tredje omgang er der søgt efter randomiserede kontrollerede studier med udgangspunkt i de endnu ubesvarede dele af de fokuserede spørgsmål (PICOs). Se alle udførte søgninger i søgeprotokollerne.

### Generelle søgetermer

Engelske: anxiety disorders, generaliz(s)ed anxiety disorders, separation anxiety, social phobia, social anxiety, anxious, anxiety

Dansk: angst, social fobi, social angst

Norsk: angst, generalisert angstlidelse, angstlidelse, sosial fobi, sosial angst

Svensk: ångeststörning, ångest, social fobi, social ångest, generaliserat ångestsyndrom

### Generelle inklusionskriterier

Publikationsår: De sidste 10 år (2005-2016)

Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk

Population: Der er afgrænset til børn og unge i databaserne.

Dokumenttyper: guidelines, clinical guidelines, HTA, meta-analyser, systematiske reviews og randomiserede kontrollerede studier

For søgningerne på de enkelte PICOs er listen af søgeord omfattende, hvorfor der henvises til søgeprotokollen

---

### Søgeprotokoller, evidensvurderinger og flowcharts

- Søgeprotokoller kan tilgås via høringsportalen.
- AMSTAR-vurderinger kan tilgås via høringsportalen.
- RevMan-filer med risiko for bias-vurderinger og meta-analyser samt beskrivelse af in- og ekskluderede studier kan tilgås via høringsportalen.
- Flow charts kan tilgås [her](#).

## 19 - Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen

### Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen for den nationale kliniske retningslinje for angst hos børn og unge består af følgende personer:

- Christina Hammerlund, brugerrepræsentant
- Elisabeth Zambach, praktiserende børne- og ungdomspsykiatrisk speciallæge, udpeget af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab.
- Eva Michaelis, fysioterapeut, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
- Gitte Moth, afdelingssygeplejerske, Afdeling for børn og unge psykiatri i Region Sjælland, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Hanne Urup Engbjerg, autoriseret psykolog, Regionshospitalet Viborg, Børn og Unge, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Julia Bech-Azeddine, læge, Ambulatoriet for små og større børn, Glostrup, udpeget af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
- Kristine Rasmussen, uddannelseslæge i almen praksis, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Lene Unnerup, praktiserende læge, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin (medlem indtil 9/5-2016)
- Marianne Esdahl, specialist og supervisor i Klinisk Børnepsykologi og Psykoterapeut samt Specialpsykolog i Børne- og Ungdomspsykiatri, børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Aarhus Universitetshospital, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Mikael Thastum, professor ved Aarhus Universitet, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Mikkel Hammerlund, brugerrepræsentant
- Nina Tejs Jørring, overlæge, Psykoterapeutisk Enhed Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden, udpeget af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab

Fagkonsulenten Kristian Bech Arendt har som en del af sekretariatet, jf. nedenfor, været overordnet ansvarlig for litteraturgennemgangen og for at udarbejde udkastet til retningslinjen til drøftelse i arbejdsgruppen.

### Habilitetsforhold

En person, der virker inden for det offentlige, og som har en personlig interesse i udfaldet af en konkret sag, må ikke deltage i behandlingen af denne sag. Hvis en person er inhabil, er der risiko for, at han eller hun ikke er uvildig ved vurderingen af en sag. Der foreligger habilitetserklæringer for alle arbejdsgruppemedlemmer. Habilitetserklæringerne kan tilgås [HER](#)

### Referencegruppen

Referencegruppen er udpeget af regioner, kommuner, patientforeninger og andre relevante interessenter på området, og dens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af og det faglige indhold i retningslinjen.

Referencegruppen for den nationale kliniske retningslinje for angst hos børn og unge består af følgende personer:

- Katrine Herbst Ahlquist, udpeget af Angstforeningen
- Marie Särs Andersen, udpeget af Angstforeningen
- Jens Peter Eckardt, udpeget af Bedre Psykiatri
- Janni Bruun Andersen, konsulent, Danske Regioner, udpeget af Danske Regioner
- Jesper Pedersen, ledende overlæge, Afdeling for Børne- og Ungdoms Psykiatri, udpeget af Region Sjælland
- Jimmy Caspersen, kvalitets- og udviklingskoordinator, Børne- og Ungdomspsykiatri, Odense, udpeget af Region Syddanmark
- Merete Juul Sørensen, overlæge, Psykiatrien Region Midtjylland, udpeget af Region Midtjylland
- Susse Kolster, konsulent, Kommunernes Landsforening, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Hanne Bertelsen, konsulent, Kommunernes Landsforening, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Lotte Fensbo, sektionsleder, Aarhus Kommune, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Sarah Bang Refberg, fuldmægtig, Sundheds- og Ældreministeriet, udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet
- Katrine Bærentzen, faglig konsulent, Socialstyrelsen, udpeget af Socialstyrelsen
- Mette Vestergaard, udpeget af Landsforeningen SIND
- Bjarne Nielsen, udpeget af Danmarks Lærerforening

### Sekretariat

Sekretariatet for begge grupper:

- Rasmus Trap Wolf, projektleder, Sundhedsstyrelsen

- Marlene Øhrberg Krag, formand, Sundhedsstyrelsen
- Kristian Bech Arendt, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Britta Tendal, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Helene Sognstrup, søgespecialist, Sundhedsstyrelsen

## Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for angst hos børn og unge har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

- Angstforeningen
- Bedre Psykiatri
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
- Børne- og Ungdomspædagogernes Landsforbund
- Danmarks Lærerforening
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Pædiatrisk Selskab
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Sygepleje Selskab
- Danske Regioner
- Danske Selskab for Fysioterapi
- KL Sundheds- og Ældreministeriet
- Læge Videnskabelige Selskaber
- SIND
- Socialstyrelsen

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Einar Heiervang, Professor, Universitetet i Oslo
- Ingrid Leth, emeritus, Københavns Universitet

## 20 - Bilag 10: Forkortelser og begreber

Liste over forkortelser og begreber bliver offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

## Referencer

[1] NKR angst Pico 1 Psykoterapi vs kontrol.

[2] NKR angst Pico 1 Psykoterapi vs kontrol.

[3] Baer S., Garland EJ Pilot study of community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005;44(3):258-264 [Journal](#)

[4] Barrett PM Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of clinical child psychology* 1998;27(4):459-468 [Journal](#)

[5] Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 1996;64(2):333-342

[6] Bernstein GA, Bernat DH, Victor AM, Layne AE School-based interventions for anxious children: 3-, 6-, and 12-month follow-ups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008;47(9):1039-1047 [Journal](#)

[7] Bernstein GA, Layne AE, Egan EA, Tennison DM School-based interventions for anxious children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005;44(11):1118-1127 [Journal](#)

[8] Cobham VE Do anxiety-disordered children need to come into the clinic for efficacious treatment?. *Journal of consulting and clinical psychology* 2012;80(3):465-476 [Journal](#)

[9] Erford BT, Kress VE, Giguere M, Cieri D, Erford BM Meta-analysis: Counseling outcomes for youth with anxiety disorders. *Journal of Mental Health Counseling* 2015;37(1):63-89

[10] Flannery-Schroeder EC, Kendall PC Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research* 2000;24(3):251-278

[11] Hayward C., Varady S., Albano AM, Thienemann M., Henderson L., Schatzberg AF Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000;39(6):721-726 [Journal](#)

[12] Holmes M.C., Donovan C.L., Farrell L.J., March S. The efficacy of a group-based, disorder-specific treatment program for childhood. *Behaviour research and therapy* 2014;61():122-135

[13] James A.C., James G., Cowdrey F.A., Soler A., Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews* 2015;2():CD004690-

[14] Kallapiran K., Koo S., Kirubakaran R., Hancock K. Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health* 2015;20(4):182-194

- [15] Kendall PC Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 1994;62(1):100-110
- [16] Kendall PC, Flannery-Schroeder E., Panichelli-Mindel SM, Southam-Gerow M., Henin A., Warman M. Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 1997;65(3):366-380
- [17] Lau WY, Chan CK, Li JC, Au TK Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. *Behaviour research and therapy* 2010;48(11):1067-1077 [Journal](#)
- [18] Masia-Warner C., Klein RG, Dent HC, Fisher PH, Alvir J., Albano AM, Guardino M. School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: results of a controlled study. *Journal of abnormal child psychology* 2005;33(6):707-722 [Journal](#)
- [19] Melfsen S., Kuhnemund M., Schwieger J., Warnke A., Stadler C., Poustka F., Stangier U. Cognitive behavioral therapy of socially phobic children focusing on cognition: a randomised wait-list control study. *Child and adolescent psychiatry and mental health* 2011;5(1):5-null [Journal](#)
- [20] Muris P., Meesters C., van Melick M. Treatment of childhood anxiety disorders: a preliminary comparison between cognitive-behavioral group therapy and a psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2002;33(3-4):143-158 [Journal](#)
- [21] Nauta MH, Scholing A., Emmelkamp PM, Minderaa RB Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003;42(11):1270-1278 [Journal](#)
- [22] Ost L.G., Cederlund R., Reuterskiold L. Behavioral treatment of social phobia in youth: Does parent education training improve the outcome?. *Behaviour research and therapy* 2015;67():19-29
- [23] Rapee RM, Abbott MJ, Lyneham HJ Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 2006;74(3):436-444 [Journal](#)
- [24] Reynolds S, Wilson C, Austin J, Hooper L Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical psychology review* 2012;32(4):251-262
- [25] Sánchez-García R, Olivares J Effectiveness of a program for early detection/intervention in children/adolescents with generalized social phobia. *Anales de Psicología/Annals of Psychology* 2009;25(2):241-249
- [26] Schneider S., Blatter-Meunier J., Herren C., Adornetto C., In-Albon T., Lavalley K. Disorder-specific cognitive-behavioral therapy for separation anxiety disorder in young children: a randomized waiting-list-controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics* 2011;80(4):206-215 [Journal](#)
- [27] Shortt AL, Barrett PM, Fox TL Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of clinical child psychology* 2001;30(4):525-535 [Journal](#)
- [28] Silverman WK, Kurtines WM, Ginsburg GS, Weems CF, Lumpkin PW, Carmichael DH Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 1999;67(6):995-1003



- [29] Spence SH, Donovan C., Brechman-Toussaint M. The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 2000;41(6):713-726
- [30] Spence SH, Holmes JM, March S., Lipp OV The feasibility and outcome of clinic plus internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology* 2006;74(3):614-621 [Journal](#)
- [31] Warner CM, Colognori D., Kim RE, Reigada LC, Klein RG, Browner-Elhanan KJ, Saborsky A., Petkova E., Reiss P., Chhabra M., McFarlane-Ferreira YB, Phoon CK, Pittman N., Benkov K. Cognitive-behavioral treatment of persistent functional somatic complaints and pediatric anxiety: an initial controlled trial. *Depression and anxiety* 2011;28(7):551-559 [Journal](#)
- [32] Wergeland G.J., Fjermestad K.W., Marin C.E., Haugland B.S.M., Bjaastad J.F., Oeding K., Bjelland I., W.K. S, L.G. O, O.E. H, Heiervang ER An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour research and therapy* 2014;57():1-12
- [33] NKR 43 Angst PICO 2 CBT vs anden psykoterapi.
- [34] Erford BT, Kress VE, Giguere M, Cieri D, Erford BM Meta-analysis: Counseling outcomes for youth with anxiety disorders. *Journal of Mental Health Counseling* 2015;37(1):63-89
- [35] Ginsburg GS, Becker KD, Drazdowski TK, Tein JY Treating Anxiety Disorders in Inner City Schools: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial Comparing CBT and Usual Care. *Child & youth care forum* 2012;41(1):1-19 [Journal](#)
- [36] Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Moitra E., Myers VH, Dalrymple KL, Brandsma LL Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders* 2009;23(2):167-177 [Journal](#)
- [37] James A.C., James G., Cowdrey F.A., Soler A., Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews* 2015;2():CD004690- [Link](#)
- [38] NKR 43 Angst PICO 3 Psykoterapi vs SSRI/SNRI.
- [39] Beidel DC, Turner SM, Sallee FR, Ammerman RT, Crosby LA, Pathak S. SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007;46(12):1622-1632 [Journal](#)
- [40] Ginsburg G.S., Becker E.M., Keeton C.P., Sakolsky D., Piacentini J., Albano A.M., Compton S.N., Iyengar S., Sullivan K., Caporino N., Peris T., Birmaher B., Rynn M., March J., Kendall PC Naturalistic follow-up of youths treated for pediatric anxiety disorders. *JAMA Psychiatry* 2014;71(3):310-318
- [41] James A.C., James G., Cowdrey F.A., Soler A., Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews* 2015;2():CD004690-
- [42] Piacentini J, Bennett S, Compton SN, Kendall PC, Birmaher B, Albano AM, March J, Sherrill J, Sakolsky D, Ginsburg G, Rynn M, Bergman RL, Gosch E, Waslick B, Iyengar S, McCracken J, Walkup J 24- and 36-week outcomes for the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2014;53(3):297-310

[43] Rynn MA, Walkup JT, Compton SN, Sakolsky DJ, Sherrill JT, Shen SA, Kendall PC, McCracken J, Albano AM, Piacentini J, Riddle MA, Keeton C, Waslick B, Chrisman A, Iyengar S, March JS, Birmaher B Child/adolescent anxiety multimodal study: Evaluating safety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2015;54(3):180-190

[44] Sharma T., Guski LS, Freund N., Gotzsche PC Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ (Clinical research ed.)* 2016;352 i65-null [Journal](#)

[45] Walkup JT, Albano AM, Piacentini J., Birmaher B., Compton SN, Sherrill JT, Ginsburg GS, Rynn MA, McCracken J., Waslick B., Iyengar S., March JS, Kendall PC Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *The New England journal of medicine* 2008;359(26):2753-2766 [Journal](#)

[46] SSRIs for anxiety and OCD disorders.

[47] Hudson JL, Keers R, Roberts S, Coleman JRI, Breen G, Arendt K, Bögels S, Cooper P, Creswell C, Hartman C, Heiervang ER, Hötzel K, In-Albon T, Lavalley K, Lyneham HJ, Marin CE, McKinnon A, Meiser-Stedman R, Morris T, Nauta M, Rapee RM, Schneider S, Schneider SC, Silverman WK, Thastum M, Thirlwall K, Waite P, Wergeland GJ, Lester KJ, Eley TC Clinical Predictors of Response to Cognitive-Behavioral Therapy in Pediatric Anxiety Disorders: The Genes for Treatment (GxT) Study.. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2015;54(6):454-63-null [Pubmed Journal](#)

[48] NKR 43 Angst PICO 4 Psykoterapi + SSRI/SNRI vs Psykoterapi alene.

[49] Ginsburg G.S., Becker E.M., Keeton C.P., Sakolsky D., Piacentini J., Albano A.M., Compton S.N., Iyengar S., Sullivan K., Caporino N., Peris T., Birmaher B., Rynn M., March J., Kendall PC Naturalistic follow-up of youths treated for pediatric anxiety disorders. *JAMA Psychiatry* 2014;71(3):310-318

[50] James A.C., James G., Cowdrey F.A., Soler A., Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews* 2015;(2):CD004690-

[51] Piacentini J, Bennett S, Compton SN, Kendall PC, Birmaher B, Albano AM, March J, Sherrill J, Sakolsky D, Ginsburg G, Rynn M, Bergman RL, Gosch E, Waslick B, Iyengar S, McCracken J, Walkup J 24- and 36-week outcomes for the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2014;53(3):297-310

[52] Rynn MA, Walkup JT, Compton SN, Sakolsky DJ, Sherrill JT, Shen SA, Kendall PC, McCracken J, Albano AM, Piacentini J, Riddle MA, Keeton C, Waslick B, Chrisman A, Iyengar S, March JS, Birmaher B Child/adolescent anxiety multimodal study: Evaluating safety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2015;54(3):180-190

[53] Walkup JT, Albano AM, Piacentini J., Birmaher B., Compton SN, Sherrill JT, Ginsburg GS, Rynn MA, McCracken J., Waslick B., Iyengar S., March JS, Kendall PC Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *The New England journal of medicine* 2008;359(26):2753-2766 [Journal](#)

[54] Sharma T., Guski LS, Freund N., Gotzsche PC Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ (Clinical research ed.)* 2016;352 i65-null [Journal](#)

[55] NKR 43 PICO 5 Specifikke programmer vs generiske.

- [56] Ingul J.M., Aune T., Nordahl HM A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo for adolescent social phobia. *Psychotherapy and psychosomatics* 2014;83(1):54-61
- [57] Reynolds S, Wilson C, Austin J, Hooper L Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical psychology review* 2012;32(4):251-262
- [58] Clark DM, Wells A A cognitive model of social phobia. In: *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. Edited by Richard G. Heimberg, Michael R. Liebowitz, Debra A. Hope, Franklin R. Schneier. New York; London : Guilford Press, 1995;():Page 69-93
- [59] NKR angst PICO 6 individual vs group.
- [60] de Groot J., Cobham V., Leong J., McDermott B. Individual versus group family-focused cognitive-behaviour therapy for childhood anxiety: pilot randomized controlled trial. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007;41(12):990-997 [Journal](#)
- [61] Flannery-Schroeder E., Choudhury MS, Kendall PC Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: 1-Year follow-up. *Cognitive Therapy and Research* 2005;29(2):253-259
- [62] Flannery-Schroeder E., Kendall PC Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research* 2000;24(3):251-278
- [63] Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Moitra E., Myers VH, Dalrymple KL, Brandsma LL Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders* 2009;23(2):167-177
- [64] Ingul J.M., Aune T., Nordahl HM A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo for adolescent social phobia. *Psychotherapy and psychosomatics* 2014;83(1):54-61
- [65] Liber JM, Van Widenfelt BM, Utens EM, Ferdinand RF, Van DL, Van Gastel W., Treffers PD No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 2008;49(8):886-893 [Journal](#)
- [66] Manassis K., Mendlowitz SL, Scapillato D., Avery D., Fiksenbaum L., Freire M., Monga S., Owens M. Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002;41(12):1423-1430 [Journal](#)
- [67] Reynolds S., Wilson C., Austin J., Hooper L. Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical psychology review* 2012;32(4):251-262
- [68] Wergeland G.J., Fjermestad K.W., Marin C.E., Haugland B.S.M., Bjaastad J.F., Oeding K., Bjelland I., Silverman W.K., Ost L.G., Havik O.E., Heiervang ER An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour research and therapy* 2014;57():1-12
- [69] Aydin A. Parental involvement in cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders (Provisional abstract). 2014;(2):181-189

- [70] Barrett PM Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of clinical child psychology* 1998;27(4):459-468 [Journal](#)
- [71] Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 1996;64(2):333-342
- [72] Barrett PM, Duffy AL, Dadds MR, Rapee RM Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6-year) follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology* 2001;69(1):135-141
- [73] Bernstein GA, Bernat DH, Victor AM, Layne AE School-based interventions for anxious children: 3-, 6-, and 12-month follow-ups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008;47(9):1039-1047 [Journal](#)
- [74] Bernstein GA, Layne AE, Egan EA, Tennison DM School-based interventions for anxious children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005;44(11):1118-1127 [Journal](#)
- [75] Brendel KE, Maynard BR Child-parent interventions for childhood anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice* 2014;24(3):287-295
- [76] Esbjorn B.H., Reinholdt Dunne M.L., Nielsen S.K., Smith A.C., Breinholst S., Leth I. Exploring the effect of case formulation driven CBT for children with anxiety disorders: a feasibility study. *Behavioural and cognitive psychotherapy* 2015;43(1):20-30
- [77] Esbjorn B.H., Somhovd M.J., Nielsen S.K., Normann N., Leth I., Reinholdt Dunne ML Parental changes after involvement in their anxious child's cognitive behavior therapy. *Journal of anxiety disorders* 2014;28(8):664-670
- [78] Garcia Lopez L.J., Diaz Castela M.D.M., Muela Martinez J.A., Espinosa Fernandez L. Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement?. *Journal of anxiety disorders* 2014;28(8):812-822
- [79] Kendall PC, Hudson JL, Gosch E., Flannery-Schroeder E., Suveg C. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of consulting and clinical psychology* 2008;76(2):282-297 [Journal](#)
- [80] Khanna MS, Kendall PC Exploring the role of parent training in the treatment of childhood anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology* 2009;77(5):981-986 [Journal](#)
- [81] Mendlowitz SL, Manassis K., Bradley S., Scapillato D., Miezitis S., Shaw BF Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: the role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999;38(10):1223-1229
- [82] Nauta MH, Scholing A., Emmelkamp PM, Minderaa RB Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003;42(11):1270-1278 [Journal](#)
- [83] Nauta MH, Scholing A, Emmelkamp PMG, Minderaa RB Cognitive-behavioural therapy for anxiety disordered children in a clinical setting: does additional cognitive parent training enhance treatment effectiveness?. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2001;8(5):330-340 [Journal](#)

- [84] Ost L.G., Cederlund R., Reuterskiold L. Behavioral treatment of social phobia in youth: Does parent education training improve the outcome?. *Behaviour research and therapy* 2015;67():19-29
- [85] Schneider S., Blatter Meunier J., Herren C., InAlbon T., Adornetto C., Meyer A., Lavallee KL The efficacy of a family-based cognitive-behavioral treatment for separation anxiety disorder in children aged 8-13: A randomized comparison with a general anxiety program. *Journal of consulting and clinical psychology* 2013;81(5):932-940
- [86] Siqueland L., Rynn M., Diamond GS Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies. *Journal of anxiety disorders* 2005;19(4):361-381 [Journal](#)
- [87] Spence SH, Donovan C., Brechman-Toussaint M. The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 2000;41(6):713-726
- [88] Thulin U, Svirsky L, Serlachius E, Andersson G, Ost L The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy* 2014;43(3):185-200
- [89] Wood JJ, McLeod BD, Piacentini JC, Sigman M. One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders: Exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child psychiatry and human development* 2009;40(2):301-316 [Journal](#)
- [90] Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow M., Chu BC, Sigman M. Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006;45(3):314-321 [Journal](#)
- [91] NKR Angst PICO 7 forældreinddragelse. ;():-
- [92] Parslow R, Morgan AJ, Allen NB, Jorm AF, O'Donnell CP, Purcell R Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety in children and adolescents. *Medical Journal of Australia* 2008;188(6):355-359
- [93] Wipfli BM, Rethorst CD, Landers DM The anxiolytic effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 2008;30(4):392-410
- [94] American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington DC : American Psychiatric Association, 2013;5. ed.():xliv, 947 s.-
- [95] Arendt K., Thastum M., Hougaard E. Efficacy of a Danish version of the Cool Kids program: a randomized wait-list controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2015; [Journal](#)
- [96] Bittner A., Egger HL, Erkanli A., Jane Costello E., Foley DL, Angold A. What do childhood anxiety disorders predict?. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 2007;48(12):1174-1183 [Journal](#)
- [97] Bodden DH, Dirksen CD, Bogels SM Societal burden of clinically anxious youth referred for treatment: a cost-of-illness study. *Journal of abnormal child psychology* 2008;36(4):487-497 [Journal](#)
- [98] Chavira DA, Stein MB, Bailey K., Stein MT Child anxiety in primary care: prevalent but untreated. *Depression and anxiety* 2004;20(4):155-164 [Journal](#)

- [99] Costello EJ, Mustillo S., Erkanli A., Keeler G., Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 2003;60(8):837-844 [Journal](#)
- [100] Costello EJ, Egger HL, Copeland W., Erkanli A., Angold A. The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* 2011;2nd ed. 56-75 [Link](#)
- [101] Esbjorn BH, Hoeyer M., Dyrborg J., Leth I., Kendall PC Prevalence and co-morbidity among anxiety disorders in a national cohort of psychiatrically referred children and adolescents. *Journal of anxiety disorders* 2010;24(8):866-872 [Journal](#)
- [102] Essau CA, Conradt J., Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of anxiety disorders* 2000;14(3):263-279 [Journal](#)
- [103] Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. Sundhedsstyrelsen, 2015;()- [Link](#)
- [104] Keller MB, Lavori PW, Wunder J., Beardslee WR, Schwartz CE, Roth J. Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992;31(4):595-599 [Journal](#)
- [105] Kessler RC, Avenevoli S., Costello EJ, Georgiades K., Green JG, Gruber MJ, He JP, Koretz D., McLaughlin KA, Petukhova M., Sampson NA, Zaslavsky AM, Merikangas KR Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry* 2012;69(4):372-380 [Journal](#)
- [106] Kim-Cohen J, Caspi A., Moffitt TE, Harrington H., Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry* 2003;60(7):709-717 [Journal](#)
- [107] National Collaborating Centre for Mental Health Social anxiety disorder (CG159). National Institute for Health Care and Excellence (NICE) 2013;Clinical Guideline 159()- [Link](#)
- [108] Pine DS, Cohen P., Gurley D., Brook J., Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry* 1998;55(1):56-64
- [109] Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual review of clinical psychology* 2009;5 311-341 [Journal](#)
- [110] Roza SJ, Hofstra MB, van der Ende J., Verhulst FC Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *The American Journal of Psychiatry* 2003;160(12):2116-2121 [Journal](#)
- [111] Sundhedsstyrelsen Anbefalinger om fysisk aktivitet. Senest opdateret: 27.01.2016;Senest hentet: 03.03.2016()- [Link](#)
- [112] Sundhedsstyrelsen National klinisk retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD). Sundhedsstyrelsen, 2016;()- [Link](#)
- [113] Sundhedsstyrelsen Søgeprotokol for NKR Behandling af angst hos børn og unge - Guidelines. 04-07-2016;()-

[114] Sundhedsstyrelsen Søgeprotokol for NKR Behandling af angst hos børn og unge - Sekundærlitteratur. 04-07-2016;()-

[115] Sundhedsstyrelsen Søgeprotokol for NKR Behandling af angst hos børn og unge - Primærlitteratur. 04-07-2016;()-

[116] Sundhedsstyrelsen Flowcharts for NKR Behandling af angst hos børn og unge. 04-07-2016;()- [Link](#)