SUNDHEDSSTYRELSEN

2019

Behandling af angst hos børn og unge

IKKE OPDATERET

National klinisk retningslinje



© Sundhedsstyrelsen, 2019. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Kategori: Faglig rådgivning
Version: 1.1
Format: PDF

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-334-9

Kontaktperson

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67, DK-2300 København S
NKRsekretariat@sst.dk
+45 72 22 74 00

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, således at borgere og patienter også kan 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. Sundhedspersoner skal generelt inddrage patienten (samt pårørende til børn og unge patienter), når de vælger behandling.

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-334-9
Version: 1.1

Indhold

Centrale budskaber 4
1. Læsevejledning 8
2. Indledning 10
3. Psykoterapeutiske behandlingsprogrammer 12
4. Kognitiv adfærdsterapi eller andre former for psykoterapeutisk behandling 18
5. Psykoterapi eller antidepressiva (SSRI/SNRI) 20
6. Kombination af psykoterapi og antidepressiva (SSRI/SNRI) eller psykoterapi alene 27
7. Psykoterapeutiske behandlingsprogrammer specifikt rettet mod socialfobi eller generiske behandlingsprogrammer rettet mod flere typer af angst 34
8. Individuel terapi eller gruppeterapi 39
9. Betydeligt omfang af deltagelse fra forældre i behandlingsforløbet 45
10. Kropsøvelser (motion, afspændings- og vejrtrækningsøvelser) 51
11. Bilag 1: Baggrund 53
12. Bilag 2: Implementering 54
13. Bilag 3: Monitorering 55
14. Bilag 4: Opdatering og videre forskning 56
15. Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode 57
16. Bilag 6: Fokuserede spørgsmål på PICO-form 58
17. Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer 59
18. Bilag 8: Søgebeskrivelser og evidensvurderinger 61
19. Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen 62
20. Bilag 10: Forkortelser og begreber 64
Referencer 65

Centrale budskaber

1. Læsevejledning

2. Indledning

3. Psykoterapeutiske behandlingsprogrammer

Stærk anbefaling

Tilbyd kognitiv adfærdsterapeutiske behandlingsprogrammer til børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Remark: Der er kun fundet randomiserede kontrollerede studier af kognitiv adfærdsterapi og adfærdsterapi, selvom der er søgt efter studier af andre etablerede psykoterapiretninger. Evidensgrundlaget bygger således på undersøgelser af effekten af kognitiv adfærdsterapi (23 af de 25 inkluderede studier). Alle de undersøgte interventioner inkluderede eksponering som behandlingskomponent.

Der er evidens for, at kognitiv adfærdsterapi er en effektiv behandlingsform til børn og unge med angst. Det er ikke muligt at vurdere, hvorvidt andre former for psykoterapi er effektive for denne population, da der mangler randomiserede kontrollerede studier af disse.

Evidensen bygger på studier af interventioner, der er baseret på en manual/vejledning eller er struktureret ud fra en teoretisk forankret tilgang. Interventionerne bestod som minimum af syv sessioner (gruppe eller individuelt) med direkte kontakt mellem barnet og en person trænet i behandlingsmetoden.

4. Kognitiv adfærdsterapi eller andre former for psykoterapeutisk behandling

God praksis (konsensus)

Det er god praksis at overveje anvendelse af psykoterapiretninger med dokumenteret effekt som behandling af børn og unge med angst. Kognitiv adfærdsterapi er på nuværende tidspunkt den eneste psykoterapiretning, som gennem randomiserede kontrollerede studier har dokumenteret effekt i behandlingen af børn og unge med angst.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Remark: Der er ikke fundet evidens til at besvare spørgsmålet, da der ikke er fundet randomiserede kontrollerede studier, der direkte sammenligner kognitiv adfærdsterapi med andre etablerede psykoterapiformer.
Arbejdsgruppen påpeger, at langt størstedelen af de randomiserede kontrollerede studier der viser, at psykoterapi er en effektiv behandlingform, er baseret på kognitiv adfærdsterapi.

5. Psykoterapi eller antidepressiva (SSRI/SNRI)

Stærk anbefaling

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Remark: Der blev ikke fundet randomiserede kontrollerede studier, som sammenlignede medicin med andre etablerede psykoterapiretninger end kognitiv adfærdsterapi.

Det var ikke muligt at vurdere effekten af psykoterapi og antidepressiva for forskellige sværhedsgrader af angst i de inkluderede studier.

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

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde kognitiv adfærdsterapi alene frem for kombinationen af kognitv adfærdsterapi og antidepressiva (SSRI/SNRI), da det er meget usikkert, om der er yderligere effekt af kombinationsbehandlingen sammenlignet med kognitiv adfærdsterapi alene. Samtidig er der fundet en fordobling i risikoen for selvmordsadfærd og aggressiv adfærd ved brugen af antidepressiva (SSRI/SNRI) til børn og unge.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Remark:
Hvis kognitiv adfærdsterapi ikke har den ønskede effekt, bør man overveje anden behandling. Eksempelvis yderligere psykoterapi (eventuelt i et andet format eller en anden terapiretning) eller kombinationsbehandling. Hvis medicinsk behandling påbegyndes, skal den varetages af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri under nøje monitorering grundet risikoen for alvorlige bivirkninger.

Der blev ikke fundet randomiserede kontrollerede studier, som benyttede andre etablerede psykoterapiretninger end kognitiv adfærdsterapi.

Det var ikke muligt at vurdere effekten af psykoterapi og antidepressiva for forskellige sværhedsgrader af angst i det inkluderede studie.

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

Svag anbefaling

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Remark: Det er vigtigt at være opmærksom på, at generiske kognitive adfærdsterapeutiske behandlingsprogrammer her effekt over for børn og unge med socialfobi. De generiske kognitive adfærdsterapeutiske 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.

Der blev ikke fundet randomiserede kontrollerede studier, som benyttede andre etablerede psykoterapiretninger end kognitiv adfærdsterapi.

8. Individuel terapi eller gruppeterapi

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde enten individuelle eller gruppebaserede kognitiv adfærdsterapeutiske behandlingsprogrammer til behandling af socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst hos børn og unge, da der ikke er fundet forskel i effekt mellem de to terapiformater.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Remark: Der blev ikke fundet randomiserede kontrollerede studier, som benyttede andre etablerede psykoterapiretninger end kognitiv adfærdsterapi.

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 børn/unge 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.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Remark:
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 barnets/den unges alder, familiedynamikken samt barnets/den unges 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. Kontakten 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.
Forældrenes handlemønstre kan både være en vedligeholdende og en beskyttende faktor for barnets angstproblematik.

Der blev ikke fundet randomiserede kontrollerede studier, som benyttede andre etablerede psykoterapiretninger end kognitiv adfærdsterapi.

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.

10. Kropsøvelser (motion, afspændings- og vejrtrækningsøvelser)

God praksis (konsensus)

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Remark: Der er ikke fundet randomiserede kontrollerede studier, der direkte sammenligner vanlig behandling med vanlig behandling suppleret med motion, vejrtrænings- og afspændingsøvelser i behandling af børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst.

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

1. Læsevejledning

Retningslinjen er bygget op i to lag:

1. Lag - Anbefalingen

Stærk anbefaling for (Grøn)
Der gives en stærk anbefaling for, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne. Det betyder, at alle, eller næsten alle, patienter vil ønske den anbefalede intervention

Stærk anbefaling imod (Rød)
Der gives en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Der anvendes også en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nytteløs.

Svag/betinget anbefaling for (Gul)
Der gives en svag/betinget anbefaling for interventionen, når det vurderes, 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. Denne anbefaling anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Svag/betinget anbefaling imod (orange)
Der gives en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når det vurderes, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Denne anbefaling anvendes også, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelige at afgøre. Ligeledes anvendes den også, når det vurderes, at patientens præferencer varierer.

God praksis (Grå)
God praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Da der er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de evidensbaseret er stærke eller svage.

Se bilag "Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer" for mere information

2. Lag – Grundlaget for anbefalingen

Klik på anbefalingen, hvis du vil vide mere om grundlaget for anbefalingen

Evidensprofilen: De samlede effektestimater samt referencer til studierne.

Sammenfatning: Overblik over samt kort gennemgang af den tilgrundliggende evidens

Kvaliteten af evidensen:
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.

- : 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.

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

Referencer: Referenceliste for anbefalingen.

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baseres på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

For en hurtig og informativ introduktion til GRADE anbefales følgende artikel G.Goldet, J.Howick. Understanding GRADE: an introduction. http://www.gradeworkinggroup.org

Desuden henvises der til Sundhedsstyrelsens metodehåndbog for en overordnet introduktion til metoden bag udarbejdelsen af de Nationale Kliniske Retningslinjer.

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 psykiske lidelser *[1][2][3][4]*. 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 *[5]*, og forårsager betydelig funktionsnedsættelse og lidelse hos barnet/den unge og i mange tilfælde også for barnets/den unges familie *[6]*.

En national klinisk retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. *hvad* der skal gøres og *hvem* er det relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (*hvem* skal tilbydes indsatsen, *hvem* der skal tilbyde indsatsen) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på *ressourcerne* og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram, et referenceprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

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 *[7]*.

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 *[8]*.

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 og forsøge at afhjælpe de kontekstafhængige belastninger, der kunne ligge til grund for eller vedligeholde en velbegrundet angst hos barnet/den unge.
Når behandling iværksættes fremhæver arbejdsgruppen 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.

Komorbiditet for angstlidelser er reglen frem for undtagelsen, da 40 – 60 % af børn og unge med angstlidelser opfylder kriterierne for en anden sameksisterende psykisk lidelse, hvilket typisk består i en anden angstlidelse, depression eller adfærdsforstyrrelse *[10]*. 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.

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*[9]* 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.
De undersøgte retninger inden for psykoterapi er baseret på, hvad der i litteraturen betragtes som de mest veletablerede psykoterapiformer *[11][12]*.

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, pædagoger og unge med angst.

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 behandlingsforløbet. Patienten og dennes familie skal gennem hele behandlingsforløbet orienteres om de forskellige behandlingsmuligheder, der findes i det pågældende regi, aktivt inddrages i beslutningerne om disse og i evalueringen af 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 udarbejdelsen af denne retningslinje har patientperspektivet været repræsenteret via Angstforeningen, Bedre Psykiatri og SIND, som har udpeget medlemmer i den nedsatte referencegruppe. Derudover har der været mulighed for at afgive høringssvar 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 ved deltagelse i arbejdsgruppen af to brugere, som selv har haft angstlidelser tæt inde på livet. Se medlemmerne af referencegruppen i Bilag 9: "Arbejdsgruppen og referencegruppen".

Rationale for ikke at opdatere i 2019

SST har på baggrund af tilbagemeldinger fra faglige selskaber, samt en overordnet litteratursøgning, besluttet ikke at opdatere retningslinjen i 2019. Som udgangspunkt vil der tages stilling til behov for opdatering hvert tredje år.

3. Psykoterapeutiske behandlingsprogrammer

Angstlidelser hos børn og unge har igennem mange år været overset og underbehandlet i det danske sundhedsvæsen *[113]*. 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 *[1] [2]*.

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

Stærk anbefaling

Tilbyd kognitiv adfærdsterapeutiske behandlingsprogrammer til børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Der er kun fundet randomiserede kontrollerede studier af kognitiv adfærdsterapi og adfærdsterapi, selvom der er søgt efter studier af andre etablerede psykoterapiretninger. Evidensgrundlaget bygger således på undersøgelser af effekten af kognitiv adfærdsterapi (23 af de 25 inkluderede studier). Alle de undersøgte interventioner inkluderede eksponering som behandlingskomponent.

Der er evidens for, at kognitiv adfærdsterapi er en effektiv behandlingsform til børn og unge med angst. Det er ikke muligt at vurdere, hvorvidt andre former for psykoterapi er effektive for denne population, da der mangler randomiserede kontrollerede studier af disse.

Evidensen bygger på studier af interventioner, der er baseret på en manual/vejledning eller er struktureret ud fra en teoretisk forankret tilgang. Interventionerne bestod som minimum af syv sessioner (gruppe eller individuelt) med direkte kontakt mellem barnet og en person trænet i behandlingsmetoden.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger — Overvejende fordele ved det anbefalede alternativ

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

Kvaliteten af evidensen — Moderat

Kvaliteten af evidensen er moderat.

Patientpræferencer — Ingen betydelig variation forventet

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

Rationale

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

Fokuseret Spørgsmål

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)

Sammenfatning

Litteratur:

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af 25 randomiserede studier, hvoraf 22 af studierne er fundet gennem 4 systematiske oversigtsartikler *[19][23][24][34]*. Litteratursøgning blev opdateret hvilket resulterede i inklusion af yderligere 3 randomiserede studier *[22][32][42]*. 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 forældrerapporterede 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 *[13][32]*. 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. Interventionernes format varierede mellem gruppe eller individuel 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 forældrerapporterede 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, at 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, som primært skyldes manglende blinding af patienterne.

En stor del af studierne er inkluderet i et Cochrane review *[23]*, hvorfra informationer om resultater og risk of bias vurderinger er benyttet.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Ingen behandling (venteliste)	**Intervention** Psykoterapi	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis) 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. [1] (Randomiserede studier)	**120** per 1.000	**512** per 1.000 Forskel: **392 flere** per 1.000 (CI 95% 236 flere — 616 flere)	**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [2]	Psykoterapi øger sandsynligvis remissionsraten af den primære angstdiagnose i væsentlig grad sammenlignet med ingen behandling
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis) Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)	Relative risiko 1.35 (CI 95% 0.92 — 1.98) Baseret på data fra 69 patienter i 2 studier. [3] (Randomiserede studier)	**515** per 1.000	**695** per 1.000 Forskel: **180 flere** per 1.000 (CI 95% 41 færre — 505 flere)	**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat [4]	Psykoterapi øger muligvis remissionsraten af den primære angstdiagnose i væsentlig grad ved længste opfølgning sammenlignet med ingen behandling

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Ingen behandling (venteliste)	**Intervention** Psykoterapi	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
6 Vigtig **Frafald af alle årsager (Attrition)** 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. [5] (Randomiserede studier)	117 per 1.000	95 per 1.000 Forskel: **22 færre** per 1.000 (CI 95% 59 færre — 34 flere)	**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias. [6]	Psykoterapi påvirker sandsynligvis ikke frafald i betydelig grad sammenlignet med ingen behandling
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 1,329 patienter i 24 studier. [7] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 0.91 lavere** (CI 95% 1.19 lavere — 0.63 lavere)		**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [8]	Psykoterapi reducerer sandsynligvis patientrapporterede angstsymptomer i væsentlig grad sammenlignet med ingen behandling
Forældrerapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms) Efter endt behandling (End of treatment) 9 Kritisk	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 1,253 patienter i 20 studier. [9] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 1.17 lavere** (CI 95% 1.55 lavere — 0.8 lavere)		**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [10]	Psykoterapi reducerer sandsynligvis forældrerapporterede angstsymptomer i væsentlig grad sammenlignet med ingen behandling
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms) Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 122 patienter i 3 studier. [11] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 1.03 lavere** (CI 95% 2.86 lavere — 0.79 højere)		**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt inkonsistente resultater [12]	Psykoterapi reducerer muligvis patientrapporterede angstsymptomer i nogen grad ved seneste opfølgning sammenlignet med ingen behandling

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Ingen behandling (venteliste)	**Intervention** Psykoterapi	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
6 Vigtig **Forældrerapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms)** Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)	Målt med: MASC Skala: 0 — 117 Lavere bedre Baseret på data fra: 41 patienter i 1 studier. [13] (Randomiserede studier)	49.82 (gennemsnit)	40.73 (gennemsnit) Forskel: MD 9.1 lavere (CI 95% 11.37 lavere — 6.83 lavere)	**Meget lav** På grund af meget alvorlig risiko for bias og alvorligt uprøvet effektestimat [14]	Effekten af psykoterapi på forældrerapporterede angstsymptomer ved længste opfølgning er meget usikker
6 Vigtig **Patientrapporteret funktionsevne (Patient reported functioning)** Efter endt behandling (End of treatment)	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 329 patienter i 7 studier. [15] (Randomiserede studier)	Forskel: SMD 0.84 lavere (CI 95% 1.18 lavere — 0.49 lavere)		**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [16]	Psykoterapi forbedrer sandsynligvis patientrapporteret funktionsevne i væsentlig grad sammenlignet med ingen behandling
6 Vigtig **Observatørrapporteret funktionsevne (Observer reported functioning)** Efter endt behandling (End of treatment)	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 566 patienter i 12 studier. [17] (Randomiserede studier)	Forskel: SMD 1.42 lavere (CI 95% 1.89 lavere — 0.96 lavere)		**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [18]	Psykoterapi forbedrer sandsynligvis observatørrapporteret funktionsevne i væsentlig grad sammenlignet med ingen behandling
6 Vigtig **Kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne (Combined patient and observer reported functioning)** Efter endt behandling (End of	Målt med: ADIS CSR Skala: 0 — 8 Lavere bedre Baseret på data fra: 679 patienter i 9 studier. [19] (Randomiserede studier)	Forskel: MD 2.37 lavere (CI 95% 3.16 lavere — 1.57 lavere)		**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [20]	Psykoterapi forbedrer sandsynligvis kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne i væsentlig grad sammenlignet med ingen behandling

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Ingen behandling (venteliste)	**Intervention** Psykoterapi	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
treatment) 6 Vigtig					

1. Systematisk oversigtsartikel [43] med inkluderede studier: Barrett 1998, Barrett 1996, Flannery Schroeder 2000, Cobham 2012, Holmes 2014, Kendall 1997, Spence 2006, Spence 2000, Melfsen 2011, Masia Warner 2005, Rapee 2006, Nauta 2003, Shortt 2001, Schneider 2011, Baer 2005, Silverman 1999, Wergeland 2014, Warner 2011, Lau 2010, Öst 2015, Hayward 2000, Bernstein 2005, Kendall 1994. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, usikkert om randomisering er korrekt udført. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [43] med inkluderede studier: Bernstein 2005, Hayward 2000. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
4. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, usikkert om randomisering er korrekt udført. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
5. Systematisk oversigtsartikel [43] med inkluderede studier: Hayward 2000, Rapee 2006, Barrett 1996, Kendall 1997, Warner 2011, Nauta 2003, Shortt 2001, Schneider 2011, Barrett 1998, Bernstein 2005, Flannery Schroeder 2000, Cobham 2012, Kendall 1994, Spence 2006, Öst 2015, Wergeland 2014, Baer 2005, Lau 2010, Muris 2002, Melfsen 2011, Masia Warner 2005, Spence 2000, Silverman 1999. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
6. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, usikkert om randomisering er korrekt udført. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [43] med inkluderede studier: Cobham 2012, Flannery Schroeder 2000, Kendall 1997, Lau 2010, Hayward 2000, Kendall 1994, Muris 2002, Rapee 2006, Masia Warner 2005, Melfsen 2011, Silverman 1999, Spence 2000, Schneider 2011, Shortt 2001, Holmes 2014, Bernstein 2005, Spence 2006, Sánchez García 2009, Baer 2005, Barrett 1996, Wergeland 2014, Öst 2015, Barrett 1998, Warner 2011. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
8. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, usikkert om randomisering er korrekt udført. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig.** Høj heterogenicitet men studierne peger klart i samme retning. **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
9. Systematisk oversigtsartikel [43] med inkluderede studier: Cobham 2012, Barrett 1996, Schneider 2011, Kendall 1994, Shortt 2001, Silverman 1999, Kendall 1997, Lau 2010, Öst 2015, Flannery Schroeder 2000, Warner 2011, Wergeland 2014, Masia Warner 2005, Rapee 2006, Hayward 2000, Holmes 2014, Barrett 1998, Bernstein 2005, Spence 2000, Spence 2006. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
10. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, usikkert om randomisering er korrekt udført. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig.** Høj heterogenicitet men studierne peger klart i samme retning. **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
11. Systematisk oversigtsartikel [43] med inkluderede studier: Bernstein 2005, Hayward 2000, Sánchez García 2009. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
12. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, usikkert om randomisering er korrekt udført. **Inkonsistente resultater: Alvorligt.** Høj heterogenicitet. **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
13. Systematisk oversigtsartikel [43] med inkluderede studier: Bernstein 2005, Barrett 1998. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
14. **Risiko for bias: Meget alvorligt.** Manglende blinding, usikkert om randomisering er korrekt udført, og uigennemskueligt flow chart ved opfølgningsdata. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
15. Systematisk oversigtsartikel [43] med inkluderede studier: Lau 2010, Schneider 2011, Baer 2005, Kendall 1994, Kendall 1997, Bernstein 2005, Hayward 2000. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.

16. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, usikkert om randomisering er korrekt udført. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
17. Systematisk oversigtsartikel [43] med inkluderede studier: Lau 2010, Masia Warner 2005, Holmes 2014, Kendall 1994, Silverman 1999, Spence 2000, Melfsen 2011, Schneider 2011, Spence 2006, Warner 2011, Kendall 1997, Bernstein 2005. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
18. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, usikkert om randomisering er korrekt udført. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig.** Høj heterogenitet men alle studierne peger klart i samme retning. **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
19. Systematisk oversigtsartikel [43] med inkluderede studier: Rapee 2006, Wergeland 2014, Melfsen 2011, Cobham 2012, Öst 2015, Bernstein 2005, Warner 2011, Holmes 2014, Masia Warner 2005. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
20. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, usikkert om randomisering er korrekt udført. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig.** Høj heterogenitet men alle studierne peger klart i samme retning. **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**

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). Imidlertidig 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 anvendelse af psykoterapiretninger med dokumenteret effekt som behandling af børn og unge med angst. Kognitiv adfærdsterapi er på nuværende tidspunkt den eneste psykoterapiretning, som gennem randomiserede kontrollerede studier har dokumenteret effekt i behandlingen af børn og unge med angst.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Der er ikke fundet evidens til at besvare spørgsmålet, da der ikke er fundet randomiserede kontrollerede studier, der direkte sammenligner kognitiv adfærdsterapi med andre etablerede psykoterapiformer.
Arbejdsgruppen påpeger, at langt størstedelen af de randomiserede kontrollerede studier der viser, at psykoterapi er en effektiv behandlingform, er baseret på kognitiv adfærdsterapi.

Nøgleinformationer

Gavnlige 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, at man fra randomiserede kontrollede studier ved, at kognitiv adfærdsterapi er en effektiv psykoterapiform til behandling af angst hos børn og unge, mens der mangler randomiserede kontrollerede studier, der undersøger andre etablerede psykoterapiretninger.

Kvaliteten af evidensen

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

Patientpræferencer Betydelig variation er forventet eller usikker

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.

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.

Fokuseret Spørgsmål

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.

Sammenfatning

Litteratur:

Litteratursøgningen fandt ingen randomiserede kontrollerede forsøg, som direkte sammenlignede kognitiv adfærdsterapi med andre etablerede former for psykoterapi. Der blev inkluderet 2 oversigtsartikler *[19][23]* 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.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Andre former for psykoterapi	**Intervention** Kognitiv adfærdsterapi	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Alle outcome (All outcomes)	Baseret på data fra: 0 patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier

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 (se Sundhedsstyrelsen: Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser*[57]*), ønskede arbejdsgruppen at sammenligne gavnlige og skadelige virkninger for de to behandlingsformer.

Stærk anbefaling

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Der blev ikke fundet randomiserede kontrollerede studier, som sammenlignede medicin med andre etablerede psykoterapiretninger end kognitiv adfærdsterapi.

Det var ikke muligt at vurdere effekten af psykoterapi og antidepressiva for forskellige sværhedsgrader af angst i de inkluderede studier.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger — Overvejende fordele ved det anbefalede alternativ

Studierne viser, at psykoterapi muligvis har en bedre effekt på remissionsrate og funktionsevne efter endt behandling sammenlignet med SSRI behandling. Ved opfølgning er der i studierne ikke vist forskel på resmissionsraten efter 6 måneder og 6 år, og resultaterne ved opfølgning er 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*[53]*, som viser en fordobling af aggressioner samt selvmordstanker og -adfærd hos børn og unge, som er i behandling med SSRI eller SNRI. Der er foretaget subgruppe analyse på de studier i reviewet, som kun omhandler børn og unge med angst og OCD, og resultatet viste det samme med hensyn til den forøgede risiko for de alvorlige bivirkninger ved brug af SSRI og SNRI. Reviewet fremhæver også en bekymring om underrapportering (publikationsbias) af skadevirkninger ved SSRI og SNRI.

Kvaliteten af evidensen — Lav

Kvaliteten af evidensen er lav.

Patientpræferencer — 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 alvorlige bivirkninger.

Rationale

Arbejdsgruppen lagde i formuleringen af anbefalingen særligt vægt på de potentielle alvorlige skadevirkninger ved brugen af SSRI og SNRI til børn og unge, hvor et review*[53]* viser en fordobling af aggressioner samt selvmordstanker og -adfærd hos børn og unge, som er i behandling med SSRI eller SNRI. Da det samtidig var usikkert, om der var nogen klinisk relevant forskel i udbyttet af de forskellige interventioner, anbefales kognitiv adfærdsterapi som førstevalg frem for SSRI og SNRI. Endvidere forventes betydelig patientpræference for non-farmakologisk behandling.
Grundet en fordobling i risikoen for alvorlige bivirkninger, vurderede arbejdsgruppen, at det var nødvendig med en stærk anbefaling, til trods for de få inkluderede studier og den lave kvalitet af evidensen.

Fokuseret Spørgsmål

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.

Sammenfatning

Litteratur:

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af to randomiserede studier *[49][55]*.
Begge randomiserede studier er fra en systematisk oversigtsartikel *[51]*. Litteratursøgning blev opdateret hvilket resulterede i inklusion af yderligere 2 artikler med opfølgningsdata for studiet af Walkup et al. *[50][52]* samt ét studie om skadevirkninger på det samme studie *[53]*. 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 kognitiv adfærdsterapi, og det andet var kognitiv adfærdsterapi 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 effektestimat, som eksempelvis at der ved nogle outcomes kun foreligger ét studie.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** SSRI/SNRI	**Intervention** Psykoterapi	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis) 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. [1] (Randomiserede studier)	398 per 1.000	641 per 1.000 Forskel: **243 flere** per 1.000 (CI 95% 167 færre — 1,369 flere)	**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effektestimat [2]	Psykoterapi øger muligvis remissionsraten af den primære angstdiagnose i væsentlig grad sammenlignet med SSRI
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis) Follow-up: 6 år (Follow-up: 6 years)	Relative risiko 0.95 (CI 95% 0.7 — 1.29) Baseret på data fra 162 patienter i 1 studier. [3] (Randomiserede studier)	519 per 1.000	493 per 1.000 Forskel: **26 færre** per 1.000 (CI 95% 156 færre — 151 flere)	**Meget lav** På grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig upræcist effektestimat og alvorlig manglende overførbarhed [4]	Effekten på outcome er meget usikker

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** SSRI/SNRI	**Intervention** Psykoterapi	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
6 Vigtig **Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis)** Follow-up: 6 måneder (Follow-up: 6 months) 6 Vigtig	Relative risiko 1.03 (CI 95% 0.81 — 1.3) Baseret på data fra 272 patienter i 1 studier. [5] (Randomiserede studier)	504 per 1.000	519 per 1.000 Forskel: **15 flere** per 1.000 (CI 95% 96 færre — 151 flere)	**Meget lav** På grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig upræcist effektestimat og alvorlig manglende overførbarhed [6]	Effekten på outcome er meget usikker
Frafald af alle årsager (Attrition) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig	Relative risiko 0.45 (CI 95% 0.17 — 1.23) Baseret på data fra 374 patienter i 2 studier. [7] (Randomiserede studier)	193 per 1.000	87 per 1.000 Forskel: **106 færre** per 1.000 (CI 95% 160 færre — 44 flere)	**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig inkonsistente resultater [8]	Psykoterapi har muligvis lavere frafald af alle årsager sammenlignet med SSRI
Kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne (Højere er bedre) (Combined patient and observer reported functioning) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig	Relative risiko 2.51 (CI 95% 1.15 — 5.46) Baseret på data fra 90 patienter i 1 studier. [9] (Randomiserede studier)	182 per 1.000	457 per 1.000 Forskel: **275 flere** per 1.000 (CI 95% 27 flere — 812 flere)	**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effektestimat [10]	Psykoterapi øger muligvis kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne i væsentlig grad sammenlignet med SSRI
Selvmordstanker (Suicidal thoughts) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig	Relative risiko 10.53 (CI 95% 0.59 — 188.57) Baseret på data fra 272 patienter i 1 studier. [11] (Randomiserede studier)			**Meget lav** På grund af alvorlig risiko for bias og meget alvorlig upræcist effektestimat [12]	Der var for få, der oplevede selvmordstanker til at afgøre om psykoterapi gjorde en forskel(der var 5 events i psykoterapi ud af 139 og 0 events ud af 133 i SSRI gruppen)

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** SSRI/SNRI	**Intervention** Psykoterapi	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Selvmordsadfærd (Suicidal behaviors) Efter endt behandling (End of treatment) 9 Kritisk	Baseret på data fra 272 patienter i 1 studier. [13] (Randomiserede studier)			**Meget lav** På grund af alvorlig risiko for bias og meget alvorlig uprækcist effektestimat [14]	Ingen events i nogen af betingelserne
Serious adverse events Efter endt behandling (End of treatment) 9 Kritisk	Relative risiko 0.19 (CI 95% 0.01 — 3.95) Baseret på data fra 272 patienter i 1 studier. [15] (Randomiserede studier)			**Meget lav** På grund af alvorlig risiko for bias og meget alvorlig uprækcist effektestimat [16]	Der var for få, der oplevede serious adverse events til at afgøre, om psykoterapi gjorde en forskel (der var 0 events i psykoterapi ud af 139 og 2 events ud af 133 i SSRI gruppen)
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms) 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. [17] (Randomiserede studier)	**15.6** Point (gennemsnit)	**17.2** Point (gennemsnit) Forskel: **MD 1.6 højere** (CI 95% 2.93 lavere — 6.13 højere)	**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig uprækcist effektestimat [18]	Psykoterapi påvirker muligvis ikke patientrapporteret angstsymptomer i betydelig grad sammenlignet med SSRI
Forældrerapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms) 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. [19] (Randomiserede studier)	**58.1** (gennemsnit)	**59.3** (gennemsnit) Forskel: **MD 1.2 højere** (CI 95% 2.52 lavere — 4.92 højere)	**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig uprækcist effektestimat [20]	Psykoterapi påvirker muligvis ikke forældrerapporteret angstsymptomer i betydelig grad sammenlignet med SSRI
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety					Der blev ikke fundet studier, der opgjorde patientrapporteret angstsymptomer målt ved spørgeskemaer

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** SSRI/SNRI	**Intervention** Psykoterapi	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
symptoms) Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up) 6 Vigtig					
Forældrerapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms) Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up) 6 Vigtig					Der blev ikke fundet studier, der opgjorde forældrerapporteret angstsymptomer målt ved spørgeskemaer
Patientrapporteret funktionsevne (Patient reported functioning) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig					Der blev ikke fundet studier, der opgjorde patientrapporteret funktionsevne
Observatørrapporteret funktionsevne (Observer reported functioning) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig	Målt med: C-GAS Skala: 1 — 100 Højere bedre Baseret på data fra: 362 patienter i 2 studier. [21] (Randomiserede studier)	Forskel: **MD 1.73 højere** (CI 95% 4.34 lavere — 7.8 højere)		**Meget lav** På grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig inkonsistente resultater og alvorlig upræcist effektestimat [22]	Effekten af psykoterapi på outcome er meget usikker sammenlignet med SSRI

1. Systematisk oversigtsartikel [58] med inkluderede studier: Walkup 2008, Beidel 2007. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald, på grund af Støtte fra medicinindustri. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [58] med inkluderede studier: Walkup 2008. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.

4. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation (kun responders inkluderete). **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
5. Systematisk oversigtsartikel [58] med inkluderede studier: Walkup 2008. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
6. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation (kun responders). **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [58] med inkluderede studier: Walkup 2008, Beidel 2007. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
8. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald. **Inkonsistente resultater: Alvorligt.** Den statistiske heterogenicitet er høj. **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
9. Systematisk oversigtsartikel [58] med inkluderede studier: Beidel 2007. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
10. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
11. Systematisk oversigtsartikel [58] med inkluderede studier: Walkup 2008. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
12. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Meget alvorligt.** Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie, Få patienter (<100) /(100-300) inkludert i studiene. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
13. Systematisk oversigtsartikel [58] med inkluderede studier: Walkup 2008. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
14. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Meget alvorligt.** Kun data fra ét studie, Brede konfidensintervaller, Få patienter (<100) /(100-300) inkludert i studiene. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
15. Systematisk oversigtsartikel [58] med inkluderede studier: Walkup 2008. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
16. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Meget alvorligt.** Kun data fra ét studie, Brede konfidensintervaller, Få patienter (<100) /(100-300) inkludert i studiene. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
17. Systematisk oversigtsartikel [58] med inkluderede studier: Beidel 2007. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
18. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie, Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
19. Systematisk oversigtsartikel [58] med inkluderede studier: Beidel 2007. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
20. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
21. Systematisk oversigtsartikel [58] med inkluderede studier: Walkup 2008, Beidel 2007. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
22. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald. **Inkonsistente resultater: Alvorligt.** Den statistiske heterogenicitet er høj, Konfidenintervallerne i de inkluderede studier overlapper ikke. **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**

Fokuseret Spørgsmål

Population:	Børn og unge med angst eller obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)
Intervention:	SSRIer
Sammenligning:	Placebo

Sammenfatning

Efter litteratursøgningen og analyserne i 5.1, blev arbejdsgruppen opmærksom på et nyt review omhandlende bivirkninger ved brugen af antidepressiva *[53]*. Disse analyser er en subgruppe analyse af dette review *[53]*, hvor kun børn og unge med angst eller OCD analyseres. Subgruppeanalysen blev udført for at adskille børn og unge med angst og OCD fra børn og unge med depression, da der muligvis kunne være forskelle i bivirkninger. Det vurderes, at der ikke er grund til at antage, at der vil være forskelle i birvirkninger for børn og unge med angst sammenlignet med børn og unge med OCD.

Subgruppeanalysen er lavet på 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).

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Placebo	**Intervention** SSRIer	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Selvmordsadfærd (Suicidal behaviors) 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. [1] (Randomiserede studier)	5 per 1.000	8 per 1.000 Forskel: **4 flere** per 1.000 (CI 95% 3 færre — 35 flere)	**Lav** Pga meget upræcist effektestimat [2]	SSRIer øger muligvis risikoen for selvmordsadfærd i nogen grad
Aggressiv adfærd (Aggressive behaviors) 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. [3] (Randomiserede studier)	15 per 1.000	44 per 1.000 Forskel: **29 flere** per 1.000 (CI 95% 6 flere — 77 flere)	**Moderat** Pga. upræcist effektestimat [4]	SSRIer øger sandsynligvis aggresiv adfærd i nogen grad

1. Systematisk oversigtsartikel [57] med inkluderede studier: PAR-704, SER-90CE21-0498, FLX-HCJW, PAR-676. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Meget alvorligt.** Få patienter og bredt konfidensinterval. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [57] med inkluderede studier: SER-90CE21-0498, PAR-704, PAR-676, FLX-HCJW. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
4. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Få hændelser. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**

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 (se Sundhedsstyrelsen: Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser*[57]*), ønskede arbejdsgruppen at sammenligne gavnlige og skadelige virkninger for henholdsvis behandling med psykoterapi alene eller psykoterapi i kombination med SSRI/SNRI behandling.

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde kognitiv adfærdsterapi alene frem for kombinationen af kognitv adfærdsterapi og antidepressiva (SSRI/SNRI), da det er meget usikkert, om der er yderligere effekt af kombinationsbehandlingen sammenlignet med kognitiv adfærdsterapi alene. Samtidig er der fundet en fordobling i risikoen for selvmordsadfærd og aggressiv adfærd ved brugen af antidepressiva (SSRI/SNRI) til børn og unge.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Hvis kognitiv adfærdsterapi ikke har den ønskede effekt, bør man overveje anden behandling. Eksempelvis yderligere psykoterapi (eventuelt i et andet format eller en anden terapiretning) eller kombinationsbehandling. Hvis medicinsk behandling påbegyndes, skal den varetages af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri under nøje monitorering grundet risikoen for alvorlige bivirkninger.

Der blev ikke fundet randomiserede kontrollerede studier, som benyttede andre etablerede psykoterapiretninger end kognitiv adfærdsterapi.

Det var ikke muligt at vurdere effekten af psykoterapi og antidepressiva for forskellige sværhedsgrader af angst i det inkluderede studie.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger — Overvejende fordele ved det anbefalede alternativ

Der foreligger kun et enkelt studie, som sammenligner psykoterapi alene eller i kombination med SSRI/SNRI, 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*[53]*, 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.

Patientpræferencer — 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 alvorlige bivirkninger.

Rationale

Arbejdsgruppen lagde i formuleringen af anbefalingen særligt vægt på de potentielle alvorlige skadevirkninger ved brugen af SSRI og SNRI til børn og unge, hvor et review*[53]* viser en fordobling af aggressioner samt selvmordstanker og -adfærd hos børn og unge, som er i behandling med SSRI eller SNRI. Da det samtidig var usikkert, om der var nogen klinisk relevant forskel i udbyttet af de forskellige interventioner, anbefales kognitiv adfærdsterapi alene som førstevalg frem for i kombination med SSRI og SNRI.

Fokuseret Spørgsmål

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.

Sammenfatning

Litteratur:

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af ét randomiseret studie *[64]*. Det randomiserede studie er fra en systematisk oversigtsartikel *[61]*. Litteratursøgning blev opdateret hvor der blev fundet to artikler med opfølgningsdata for det randomiserede studie *[60][62]* samt ét studie om skadevirkninger på det samme studie *[63]*. 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 advers 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 effektestimat, da der kun foreligger ét studie.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Psykoterapi	**Intervention** Psykoterapi med SSRI/SNRI	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis) Efter endt behandling (End of treatment) 9 Kritisk	Relative risiko 1.49 (CI 95% 1.2 — 1.84) Baseret på data fra 279 patienter i 1 studier. [1] (Randomiserede studier)	460 per 1.000	685 per 1.000 Forskel: **225 flere** per 1.000 (CI 95% 92 flere — 386 flere)	**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effektestimat [2]	Psykoterapi i kombination med SSRI/SNRI øger muligvis remissionsraten af den primære angstdiagnose væsentligt efter endt behandling sammenlignet med psykoterapi alene
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis) Follow-up: 6 år (Follow-up: 6 years) 6 Vigtig	Relative risiko 0.87 (CI 95% 0.63 — 1.2) Baseret på data fra 161 patienter i 1 studier. [3] (Randomiserede studier)	519 per 1.000	452 per 1.000 Forskel: **67 færre** per 1.000 (CI 95% 192 færre — 104 flere)	**Meget lav** på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimat, på grund af alvorlig manglende overførbarhed [4]	Effekten af psykoterapi i kombination med SSRI/SNRI på outcome er meget usikker

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Psykoterapi	**Intervention** Psykoterapi med SSRI/SNRI	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis) Follow-up: 6 måneder (Follow-up: 6 months) 6 Vigtig	Relative risiko 1.46 (CI 95% 1.2 — 1.78) Baseret på data fra 273 patienter i 1 studier. [5] (Randomiserede studier)	504 per 1.000	736 per 1.000 Forskel: **232 flere** per 1.000 (CI 95% 101 flere — 393 flere)	**Meget lav** på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig uprækcist effektestimat, på grund af alvorlig manglende overførbarhed [6]	Effekten af psykoterapi i kombination med SSRI/ SNRI på outcome er meget usikker
Frafald af alle årsager (Attrition) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig	Relative risiko 2.15 (CI 95% 0.84 — 5.5) Baseret på data fra 279 patienter i 1 studier. [7] (Randomiserede studier)	43 per 1.000	92 per 1.000 Forskel: **49 flere** per 1.000 (CI 95% 7 færre — 194 flere)	**Lav** på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig uprækcist effektestimat [8]	Psykoterapi i kombination med SSRI/SNRI påvirker muligvis ikke frafald af alle årsager i betydelig grad
Kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne (Combined patient and observer reported functioning) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig					Vi fandt ingen studier, der opgjorde kombineret patient og observatør rapporteret funktionsforstyrrelse efter endt behandling
Selvmordstanker (Suicidal thoughts) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig	Relative risiko 0.99 (CI 95% 0.29 — 3.35) Baseret på data fra 279 patienter i 1 studier. [9] (Randomiserede studier)	36 per 1.000	36 per 1.000 Forskel: **0 færre** per 1.000 (CI 95% 26 færre — 85 flere)	**Meget lav** på grund af alvorlig risiko for bias og meget alvorlig uprækcist effektestimat [10]	Effekten af psykoterapi i kombination med SSRI/ SNRI på selvmordstanker er meget usikker
Selvmordsadfærd (Suicidal behaviors) Efter endt behandling (End of treatment)	Baseret på data fra 279 patienter i 1 studier. [11] (Randomiserede studier)			**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig uprækcist effektestimat [12]	Ingen events i nogen af betingelserne

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Psykoterapi	**Intervention** Psykoterapi med SSRI/SNRI	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
9 Kritisk					
Serious adverse events Efter endt behandling (End of treatment) 9 Kritisk	Relative risiko 2.98 (CI 95% 0.12 — 72.5) Baseret på data fra 279 patienter i 1 studier. [13] (Randomiserede studier)			**Meget lav** På grund af alvorlig risiko for bias og meget alvorlig upræcist effektestimat [14]	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)
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig					Der blev ikke fundet studier, der opgjorde patientrapporterede angstsymptomer efter endt behandling
Forældrerapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms) Efter endt behandling (End of treatment) 9 Kritisk					Der blev ikke fundet studier, der opgjorde forældrerapporterede angstsymptomer efter endt behandling
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms) Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-					Der blev ikke fundet studier, der opgjorde patientrapporterede angstsymptomer ved opfølgning (minimum 3 måneder)

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Psykoterapi	**Intervention** Psykoterapi med SSRI/SNRI	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
up) 6 Vigtig					
Forældrerapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms) 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)
Patientrapporteret funktionsevne (Patient reported functioning) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig					Der blev ikke fundet studier, der opgjorde patientrapporteret funktionsforstyrrelse efter endt behandling
Observatørrapporteret funktionsevne (Observer reported functioning) 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. [15] (Randomiserede studier)	63.8 Point (gennemsnit) Forskel: MD 4.8 højere (CI 95% 2.38 højere — 7.22 højere)	68.6 Point (gennemsnit)	**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effektestimat [16]	Psykoterapi i kombination med SSRI påvirker muligvis ikke observatørrapporteret funktionsforstyrrelse efter endt behandling i betydelig grad sammenlignet med psykoterapi alene

1. Systematisk oversigtsartikel [65] med inkluderede studier: Walkup 2008. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [65] med inkluderede studier: Walkup 2008. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
4. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation (responders). **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
5. Systematisk oversigtsartikel [65] med inkluderede studier: Walkup 2008. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference

brugt til interventionen.
6. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [65] med inkluderede studier: Walkup 2008. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
8. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
9. Systematisk oversigtsartikel [65] med inkluderede studier: Walkup 2008. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
10. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Meget alvorligt.** Kun data fra ét studie, Brede konfidensintervaller, Få patienter (<100) /(100-300) inkludert i studiene. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
11. Systematisk oversigtsartikel [65] med inkluderede studier: Walkup 2008. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
12. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
13. Systematisk oversigtsartikel [65] med inkluderede studier: Walkup 2008. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
14. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Meget alvorligt.** Kun data fra ét studie, Brede konfidensintervaller, Få patienter (<100) /(100-300) inkludert i studiene. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
15. Systematisk oversigtsartikel [65] med inkluderede studier: Walkup 2008. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
16. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**

Fokuseret Spørgsmål

Population:	Børn og unge med angst eller obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)
Intervention:	SSRIer
Sammenligning:	Placebo

Sammenfatning

Efter litteratursøgningen og analyserne i 6.1, blev arbejdsgruppen opmærksom på et nyt review omhandlende bivirkninger ved brugen af antidepressiva *[53]*. Disse analyser er en subgruppe analyse af dette review *[53]*, hvor kun børn og unge med angst eller OCD analyseres. Subgruppeanalysen blev udført for at adskille børn og unge med angst og OCD fra børn og unge med depression, da der muligvis kunne være forskelle i bivirkninger. Det vurderes, at der ikke er grund til at antage, at der vil være forskelle i birvirkninger for børn og unge med angst sammenlignet med børn og unge med OCD.

Subgruppeanalysen er lavet på 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).

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Placebo	**Intervention** SSRIer	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Selvmordsadfærd (Suicidal behaviors) 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. [1] (Randomiserede studier)	5 per 1.000	8 per 1.000 Forskel: **4 flere** per 1.000 (CI 95% 3 færre — 35 flere)	**Lav** Pga meget upræcist effektestimat [2]	SSRIer øger muligvis risikoen for selvmordsadfærd i nogen grad
Aggressiv adfærd (Aggressive behaviors) 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. [3] (Randomiserede studier)	15 per 1.000	44 per 1.000 Forskel: **29 flere** per 1.000 (CI 95% 6 flere — 77 flere)	**Moderat** Pga. upræcist effektestimat [4]	SSRIer øger sandsynligvis aggresiv adfærd i nogen grad

1. Systematisk oversigtsartikel [57] med inkluderede studier: FLX-HCJW, PAR-676, SER-90CE21-0498, PAR-704. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Meget alvorligt.** Få patienter og bredt konfidensinterval. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [57] med inkluderede studier: PAR-704, FLX-HCJW, SER-90CE21-0498, PAR-676. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
4. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Få hændelser. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**

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 flere 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 *[56]*. 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. Eksempler på diagnosespecifikke behandlingsprogrammer rettet mod socialfobi hos børn og unge er behandlingsprogrammer med fokus på optræning af sociale færdigheder *[71]* og behandlingsprogrammer, som tager udgangspunkt i Clarks og Wells model for socialfobi *[69] [72]*.

Svag anbefaling

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Det er vigtigt at være opmærksom på, at generiske kognitive adfærdsterapeutiske behandlingsprogrammer her effekt over for børn og unge med socialfobi. De generiske kognitive adfærdsterapeutiske 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.

Der blev ikke fundet randomiserede kontrollerede studier, som benyttede andre etablerede psykoterapiretninger end kognitiv adfærdsterapi.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger — Lille netto gevinst eller små forskelle mellem 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 inteventionen og sammenligningen havde forskellig format med henholdsvis individuelt- og gruppeformat.

Patientpræferencer — Ingen betydelig variation forventet

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

Rationale

Arbejdsgruppen lagde i formuleringen af anbefalingen 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.

Fokuseret Spørgsmål

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.

Sammenfatning

Litteratur:

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af ét randomiseret kontrolleret studie *[67]*. Der blev ikke fundet brugbare studier til besvarelse af dette fokuserede spørgsmål gennem hverken NICE guideline for socialfobi (CG159) eller den inkluderede systematiske oversigtsartikel *[68]*. Det randomiserede studie er fundet ved en opdateret 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 *[69]*. 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 patientrapporterede 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 effektestimat (kun ét studie) og alvorlig manglende overførbarhed, da den diagnosespecifikke intervention er i individuelt format mens sammenligningen er i gruppeformat.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Generiske programmer	**Intervention** Specifikke programmer	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis) Efter endt behandling (End of treatment) 9 Kritisk					Der blev ikke fundet studier, der opgjorde remission af primær angstdiagnose efter endt behandling
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis) 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. [1] (Randomiserede studier)	467 per 1.000 Forskel: **201 flere** per 1.000 (CI 95% 126 færre — 841 flere)	668 per 1.000	**Meget lav** På grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig upræcist effektestimat og alvorlig manglende overførbarhed [2]	Effekten af diagnosespecifikke behandlingsprogrammer på remissionsraten af socialfobi er meget usikker

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Generiske programmer	**Intervention** Specifikke programmer	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Frafald af alle årsager (Attrition) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig	Relative risiko 0.65 (CI 95% 0.42 — 1.01) Baseret på data fra 94 patienter i 1 studier. [3] (Randomiserede studier)	638 per 1.000	415 per 1.000 Forskel: 223 færre per 1.000 (CI 95% 370 færre — 6 flere)	**Meget lav** På grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig upræcist effektestimat og alvorlig manglende overførbarhed [4]	Effekten af diagnosespecifikke behandlingsprogrammer på frafald er meget usikker
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms) Efter endt behandling (End of treatment) 9 Kritisk	Målt med: SPAI-C Skala: 0 — 52 Lavere bedre Baseret på data fra: 41 patienter i 1 studier. [5] (Randomiserede studier)	23.16 Points (gennemsnit)	7.86 Points (gennemsnit) Forskel: MD 15.3 højere (CI 95% 20.08 højere — 10.52 højere)	**Meget lav** På grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig upræcist effektestimat og alvorlig manglende overførbarhed [6]	Effekten af diagnosespecifikke behandlingsprogrammer på patientrapporterede angstsymptomer er meget usikker
Forældrerapporterede angstssymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig					Der blev ikke fundet studier, der opgjorde forældrerapporteret angstsymptomer efter endt behandling
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms) Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up) 6 Vigtig	Målt med: SPAI-C Skala: 0 — 52 Lavere bedre Baseret på data fra: 41 patienter i 1 studier. [7] (Randomiserede studier)	18.35 point (gennemsnit)	10.29 point (gennemsnit) Forskel: MD 8.06 højere (CI 95% 12.95 højere — 3.17 højere)	**Meget lav** På grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig upræcist effektestimat og alvorlig manglende overførbarhed [8]	Effekten af diagnosespecifikke behandlingsprogrammer på patientrapporterede angstsymptomer er meget usikker

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Generiske programmer	**Intervention** Specifikke programmer	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Forældrerapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms) Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up) 6 Vigtig					Der blev ikke fundet studier, der opgjorde forældrerapporteret angstsymptomer ved længst follow-up
Patientrapporteret funktionsevne (Patient reported functioning) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig					Der blev ikke fundet studier, der opgjorde patientrapporteret funktionsevne
Observatørrapporteret funktionsevne (Observer reported functioning) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig					Der blev ikke fundet studier, der opgjorde observatørrapporteret funktionsevne
Kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne (Combined patient and observer reported functioning) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig					Der blev ikke fundet studier, der opgjorde kombineret patient og observatørrapporteret funktionsforstyrrelse

1. Systematisk oversigtsartikel [72] med inkluderede studier: Ingul 2014. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Forskelle mellem ønsket intervention/komparator og de i studiet anvendte. **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [72] med inkluderede studier: Ingul 2014. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
4. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Differences between the intervention/comparator of interest and those studied. **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
5. Systematisk oversigtsartikel [72] med inkluderede studier: Ingul 2014. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
6. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Differences between the intervention/comparator of interest and those studied. **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [72] med inkluderede studier: Ingul 2014. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
8. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Differences between the intervention/comparator of interest and those studied. **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**

8. Individuel terapi eller gruppeterapi

Psykoterapi for børn og unge med angstlidelser bliver tilbudt både i individuelt og grupppeformat, 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

Overvej at tilbyde enten individuelle eller gruppebaserede kognitiv adfærdsterapeutiske behandlingsprogrammer til behandling af socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst hos børn og unge, da der ikke er fundet forskel i effekt mellem de to terapiformater.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Der blev ikke fundet randomiserede kontrollerede studier, som benyttede andre etablerede psykoterapiretninger end kognitiv adfærdsterapi.

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 børn/unge pr gruppe).

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger — Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

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

Kvaliteten af evidensen — Moderat

Kvaliteten af evidensen er moderat.

Patientpræferencer — Betydelig variation er forventet eller usikker

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

Andre overvejelser — Ingen væsentlige problemer med anbefalet alternativ

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

Rationale

Arbejdsgrupppen lagde i formuleringen af anbefalingen 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.

Fokuseret Spørgsmål

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

Sammenfatning

Litteratur:

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af seks randomiserede studier *[74][75][76][77][79][80]*. Fem af studierne er fundet gennem en systematiske oversigtsartikel *[81]*. Litteratursøgning blev opdateret hvilket resulterede i inklusion af yderligere 1 randomiseret studie *[82]*. 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 *[77]*. 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).

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Gruppe	**Intervention** Individuel	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis) Efter endt behandling (End of treatment) 9 Kritisk	Relative risiko 1.08 (CI 95% 0.86 — 1.36) Baseret på data fra 334 patienter i 3 studier. [1] (Randomiserede studier)	433 per 1.000	468 per 1.000 Forskel: **35 flere** per 1.000 (CI 95% 61 færre — 156 flere)	**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [2]	Formatet af psykoterapi påvirker sandsynligvis ikke remission af den primære angstdiagnose i betydelig grad
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis) Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)	Relative risiko 0.97 (CI 95% 0.76 — 1.26) Baseret på data fra 244 patienter i 3 studier. [3] (Randomiserede studier)	492 per 1.000	477 per 1.000 Forskel: **15 færre** per 1.000 (CI 95% 118 færre — 128 flere)	**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [4]	Formatet af psykoterapi påvirker sandsynligvis ikke remission af den primære angstdiagnose i betydelig grad

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Gruppe	**Intervention** Individuel	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
6 Vigtig **Frafald af alle årsager (Attrition)** Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig	Relative risiko 1.54 (CI 95% 0.88 — 2.69) Baseret på data fra 384 patienter i 4 studier. [5] (Randomiserede studier)	90 per 1.000	139 per 1.000 Forskel: **49 flere** per 1.000 (CI 95% 11 færre — 152 flere)	**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat [6]	Formatet af psykoterapi påvirker muligvis ikke frafald i betydelig grad
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 487 patienter i 6 studier. [7] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 0.02 lavere** (CI 95% 0.2 lavere — 0.15 højere)		**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [8]	Formatet af psykoterapi påvirker sandsynligvis ikke patientrapporterede angstsymptomer i betydelig grad
Forældrerapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms) Efter endt behandling (End of treatment) 9 Kritisk	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 487 patienter i 6 studier. [9] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 0.06 lavere** (CI 95% 0.32 lavere — 0.2 højere)		**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [10]	Formatet af psykoterapi påvirker sandsynligvis ikke forældrerapporterede angstsymptomer i betydelig grad
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms) Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 282 patienter i 4 studier. [11] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 0.12 højere** (CI 95% 0.12 lavere — 0.35 højere)		**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [12]	Formatet af psykoterapi påvirker sandsynligvis ikke patientrapporterede angstsymptomer i betydelig grad

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Gruppe	**Intervention** Individuel	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
6 Vigtig **Forældrerapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms)** Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up)	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 290 patienter i 4 studier. [13] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 0.01 lavere** (CI 95% 0.32 lavere — 0.31 højere)		**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [14]	Formatet af psykoterapi påvirker sandsynligvis ikke forældrerapporterede angstsymptomer i betydelig grad
6 Vigtig **Patientrapporterede funktionsevne (Patient reported functioning)** Efter endt behandling (End of treatment)	Målt med: Self rated performance Skala: 1 — 5 Højere bedre Baseret på data fra: 45 patienter i 1 studier. [15] (Randomiserede studier)	**3.33** Point (gennemsnit)	**3.49** Point (gennemsnit) Forskel: **MD 0.16 højere** (CI 95% 0.32 lavere — 0.64 højere)	**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat [16]	Formatet af psykoterapi påvirker muligvis ikke patientrapporteret funktionsevne i betydelig grad
6 Vigtig **Observatørrapporterede funktionsevne (Observer reported functioning)** Efter endt behandling (End of treatment)	Målt med: Standardiseret Højere bedre Baseret på data fra: 152 patienter i 3 studier. [17] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 0.45 lavere** (CI 95% 0.77 lavere — 0.12 lavere)		**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [18]	Individuel psykoterapi medfører sandsynligvis nogen forbedring af observatørrapporteret funktionsevne sammenlignet med gruppeformat
6 Vigtig **Kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne (Combined patient and observer reported functioning)** Efter endt	Målt med: ADIS C/P CSR Skala: 0 — 8 Lavere bedre Baseret på data fra: 179 patienter i 1 studier. [19] (Randomiserede studier)	**4.65** (gennemsnit)	**4.76** (gennemsnit) Forskel: **MD 0.11 højere** (CI 95% 0.59 lavere — 0.81 højere)	**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat [20]	Formatet af psykoterapi påvirker muligvis ikke kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne i betydelig grad

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Gruppe	**Intervention** Individuel	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
behandling (End of treatment) 6 Vigtig					

1. Systematisk oversigtsartikel [82] med inkluderede studier: Wergeland 2014, Liber 2008, Flannery Schroeder 2000. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding og usikkerhed om skjult randomiseringssekvens. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [82] med inkluderede studier: Flannery Schroeder 2000, deGroot 2007, Wergeland 2014. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
4. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding og usikkerhed om skjult randomiseringssekvens. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
5. Systematisk oversigtsartikel [82] med inkluderede studier: Herbert 2009, Liber 2008, deGroot 2007, Wergeland 2014. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
6. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding og usikkerhed omkring randomiseringsproceduren. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [82] med inkluderede studier: Liber 2008, Manassis 2002, Flannery Schroeder 2000, Herbert 2009, Wergeland 2014, deGroot 2007. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
8. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding og usikkerhed om skjult randomiseringssekvens. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
9. Systematisk oversigtsartikel [82] med inkluderede studier: deGroot 2007, Flannery Schroeder 2000, Manassis 2002, Wergeland 2014, Herbert 2009, Liber 2008. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
10. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding og usikkerhed om skjult randomiseringssekvens. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
11. Systematisk oversigtsartikel [82] med inkluderede studier: Herbert 2009, Wergeland 2014, deGroot 2007, Flannery Schroeder 2000. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
12. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
13. Systematisk oversigtsartikel [82] med inkluderede studier: Wergeland 2014, deGroot 2007, Flannery Schroeder 2000, Herbert 2009. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
14. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
15. Systematisk oversigtsartikel [82] med inkluderede studier: Herbert 2009. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
16. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
17. Systematisk oversigtsartikel [82] med inkluderede studier: deGroot 2007, Herbert 2009, Manassis 2002. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
18. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding og usikkerhed om skjult randomisering. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
19. Systematisk oversigtsartikel [82] med inkluderede studier: Wergeland 2014. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
20. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding og usikkerhed om randomiseringsprocedure. **Inkonsistente resultater: Ingen**

betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt. Kun ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**

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 *[80] [84] [90] [103]* 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.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

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 barnets/den unges alder, familiedynamikken samt barnets/den unges 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. Kontakten 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.
Forældrenes handlemønstre kan både være en vedligeholdende og en beskyttende faktor for barnets angstproblematik.

Der blev ikke fundet randomiserede kontrollerede studier, som benyttede andre etablerede psykoterapiretninger end kognitiv adfærdsterapi.

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.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger — Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

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.

Kvaliteten af evidensen — Moderat

Kvaliteten af evidensen er moderat

Patientpræferencer — Betydelig variation er forventet eller usikker

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

Rationale

Arbejdsgruppen lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at betydelig inddragelse af forældrene i behandlingen så ud til at have nogen klinisk relevant effekt på outcome 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.

Fokuseret Spørgsmål

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

Sammenfatning

Litteratur:

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af 13 randomiserede studier *[85][86][89][92][93][94][97][98][99][100][101][102][105]*. Ni af studierne er fundet gennem tre systematiske oversigtsartikler *[84][90][103]*. Litteratursøgning blev opdateret hvilket resulterede i inklusion af yderligere 4 randomiserede studier *[92][93][99][100]*. 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. Forældrerapporterede 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 forældrerapporterede angstsymptomer efter endt behandling. Der var ingen klinisk betydningsfulde forskelle mellem interventionen og kontrolgrupppen på nogen af de vigtige outcomes.
Kvaliteten af de kritiske outcomes var moderat (remission) til lav (forældrerapporteret angstsymptomer), da der var alvorlig risiko for bias samt inkonsistente resultater.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Minimal forældreinddragelse	**Intervention** Betydelig forældreinddragelse	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary diagnosis) Efter endt behandling (End of treatment) 9 Kritisk	Relative risiko 1.18 (CI 95% 1.02 — 1.36) Baseret på data fra 562 patienter i 11 studier. [1] (Randomiserede studier)	533 per 1.000	629 per 1.000 Forskel: 96 flere per 1.000 (CI 95% 11 flere — 192 flere)	**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [2]	Psykoterapi med forældreinddragelse øger sandsynligvis remissionsraten af den primære angstdiagnose i nogen grad sammenlignet med psykoterapi med kun minimal forældreinddragelse
Remission af den primære angstdiagnose (Remission of primary	Relative risiko 1.04 (CI 95% 0.93 — 1.15) Baseret på data fra 621 patienter i 13 studier. [3] (Randomiserede studier)	670 per 1.000	697 per 1.000 Forskel: 27 flere per 1.000 (CI 95% 47 færre — 100 flere)	**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [4]	Psykoterapi med forældreinddragelse påvirker sandsynligvis ikke remissionsraten af den primære angstdiagnose i betydelig

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Minimal forældreinddragelse	**Intervention** Betydelig forældreinddragelse	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
diagnosis) Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up) 6 Vigtig					grad sammenlignet med psykoterapi med kun minimal forældreinddragelse
Frafald af alle årsager (Attrition) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig	Relative risiko 1.05 (CI 95% 0.52 — 2.12) Baseret på data fra 602 patienter i 11 studier. [5] (Randomiserede studier)	79 per 1.000	83 per 1.000 Forskel: **4 flere** per 1.000 (CI 95% 38 færre — 88 flere)	**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [6]	Psykoterapi med forældreinddragelse påvirker sandsynligvis ikke frafald i betydelig grad sammenlignet med psykoterapi med kun minimal forældreinddragelse
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety symptoms) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 624 patienter i 13 studier. [7] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 0.05 lavere** (CI 95% 0.23 lavere — 0.13 højere)		**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [8]	Psykoterapi med forældreinddragelse påvirker sandsynligvis ikke patientrapporterede angstsymptomer i betydelig grad sammenlignet med psykoterapi med kun minimal forældreinddragelse
Forældrerapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms) Efter endt behandling (End of treatment) 9 Kritisk	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 521 patienter i 10 studier. [9] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 0.09 lavere** (CI 95% 0.4 lavere — 0.21 højere)		**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig inkonsistente resultater [10]	Psykoterapi med forældreinddragelse påvirker muligvis ikke forældrerapporterede angstsymptomer i betydelig grad sammenlignet med psykoterapi med kun minimal forældreinddragelse
Patientrapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Patient reported anxiety	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 581 patienter i 12 studier. [11] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 0.04 lavere** (CI 95% 0.3 lavere — 0.21 højere)		**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig inkonsistente resultater [12]	Psykoterapi med forældreinddragelse påvirker muligvis ikke patientrapporterede angstsymptomer i betydelig grad sammenlignet med psykoterapi med kun

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Minimal forældreinddragelse	**Intervention** Betydelig forældreinddragelse	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
symptoms) Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up) 6 Vigtig					minimal
Forældrerapporterede angstsymptomer målt ved spørgeskemaer (Parent reported anxiety symptoms) Længste follow-up (min. 3 mdr.) (Longest follow-up) 6 Vigtig	Målt med: Standardiseret Lavere bedre Baseret på data fra: 517 patienter i 10 studier. [13] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 0.21 lavere** (CI 95% 0.58 lavere — 0.16 højere)		**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig inkonsistente resultater [14]	Psykoterapi med forældreinddragelse påvirker muligvis ikke forældrerapporterede angstsymptomer i betydelig grad sammenlignet med psykoterapi med kun minimal forældreinddragelse
Patientrapporteret funktionsevne (Patient reported functioning) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig	Målt med: Standardiseret Højere bedre Baseret på data fra: 158 patienter i 2 studier. [15] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 0.21 lavere** (CI 95% 0.52 lavere — 0.1 højere)		**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [16]	Psykoterapi med forældreinddragelse påvirker sandsynligvis ikke patientrapporterede funktionsevne i betydelig grad sammenlignet med psykoterapi med kun minimal forældreinddragelse
Observatørrapporteret funktionsevne (Observer reported functioning) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig	Målt med: Standardiseret Højere bedre Baseret på data fra: 283 patienter i 5 studier. [17] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 0.01 lavere** (CI 95% 0.22 lavere — 0.25 højere)		**Moderat** På grund af alvorlig risiko for bias [18]	Psykoterapi med forældreinddragelse påvirker sandsynligvis ikke observatørrapporteret funktionsevne i betydelig grad sammenlignet med psykoterapi med kun minimal forældreinddragelse
Kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne (Combined patient and	Målt med: ADIS CSR Skala: 0 — 8 Lavere bedre Baseret på data fra: 218 patienter i 4 studier. [19] (Randomiserede studier)	Forskel: **MD 0.02 lavere** (CI 95% 0.99 lavere — 1.04 højere)		**Lav** På grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig inkonsistente resultater [20]	Psykoterapi med forældreinddragelse påvirker muligvis ikke kombineret patient- og observatørrapporteret funktionsevne i betydelig grad sammenlignet med psykoterapi med kun

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Minimal forældreinddragelse	**Intervention** Betydelig forældreinddragelse	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
observer reported functioning) Efter endt behandling (End of treatment) 6 Vigtig					minimal forældreinddragelse

1. Systematisk oversigtsartikel [105] med inkluderede studier: Esbjorn 2014, Barrett 1998, Barrett 1996, Bernstein 2005, Kendall 2008, Wood 2006, GarciaLopez 2014, Nauta 2003, Nauta 2001, Spence 2000, Ost 2015. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding og usikkerhed omkring randomiseringsproceduren . **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [105] med inkluderede studier: Bernstein 2005, Barrett 1998, Schneider 2013, GarciaLopez 2014, Nauta 2003, Nauta 2001, Wood 2006, Ost 2015, Barrett 1996, Esbjorn 2014, Spence 2000, Siqueland 2005, Kendall 2008. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
4. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding og usikkerhed omkring randomiseringsproceduren . **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
5. Systematisk oversigtsartikel [105] med inkluderede studier: Esbjorn 2014, Ost 2015, GarciaLopez 2014, Kendall 2008, Schneider 2013, Barrett 1996, Siqueland 2005, Spence 2000, Barrett 1998, Nauta 2003, Wood 2006. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
6. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding og usikkerhed omkring randomiseringsproceduren . **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [105] med inkluderede studier: Spence 2000, Wood 2006, Nauta 2001, Siqueland 2005, GarciaLopez 2014, Barrett 1998, Esbjorn 2014, Nauta 2003, Barrett 1996, Schneider 2013, Mendlowitz 1999, Kendall 2008, Ost 2015. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
8. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding og usikkerhed omkring randomiseringsproceduren. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
9. Systematisk oversigtsartikel [105] med inkluderede studier: Nauta 2001, Nauta 2003, Esbjorn 2014, Kendall 2008, Spence 2000, Wood 2006, Ost 2015, Schneider 2013, Barrett 1996, Barrett 1998. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
10. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding og usikkerhed omkring randomiseringsproceduren . **Inkonsistente resultater: Alvorligt.** Den statistiske heterogenicitet er høj. **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
11. Systematisk oversigtsartikel [105] med inkluderede studier: Ost 2015, Schneider 2013, Wood 2006, GarciaLopez 2014, Siqueland 2005, Spence 2000, Esbjorn 2014, Kendall 2008, Barrett 1996, Barrett 1998, Nauta 2001, Nauta 2003. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
12. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding og usikkerhed omkring randomiseringsproceduren . **Inkonsistente resultater: Alvorligt.** Den statistiske heterogenicitet er høj. **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
13. Systematisk oversigtsartikel [105] med inkluderede studier: Wood 2006, Barrett 1996, Kendall 2008, Nauta 2001, Barrett 1998, Esbjorn 2014, Schneider 2013, Spence 2000, Nauta 2003, Ost 2015. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
14. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding og usikkerhed omkring randomiseringsproceduren . **Inkonsistente resultater: Alvorligt.** Den statistiske heterogenicitet er høj. **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**

15. Systematisk oversigtsartikel [105] med inkluderede studier: Kendall 2008, Schneider 2013. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
16. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
17. Systematisk oversigtsartikel [105] med inkluderede studier: Barrett 1998, Kendall 2008, Barrett 1996, Schneider 2013, Spence 2000. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
18. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding og usikkerhed omkring randomiseringsproceduren . **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
19. Systematisk oversigtsartikel [105] med inkluderede studier: Wood 2006, Nauta 2003, Ost 2015, GarciaLopez 2014. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
20. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding. **Inkonsistente resultater: Alvorligt.** Den statistiske heterogenicitet er høj. **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**

10. Kropsøvelser (motion, afspændings- og vejrtrækningsøvelser)

Motion bliver generelt set anbefalet som en måde at forøge både fysisk og psykisk velvære særligt for personer med affektive lidelser som depression eller angst. Kropsøvelser, som eksempelvis vejrtrækningsøvelser og afspændingsøvelser, indgår desuden ofte som en del af behandlingsforløb til børn og unge samt voksne med angstlidelser. Imidlertidig 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.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019

Der er ikke fundet randomiserede kontrollerede studier, der direkte sammenligner vanlig behandling med vanlig behandling suppleret med motion, vejrtræknings- og afspændingsøvelser i behandling af børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst.

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.

Patientpræferencer Betydelig variation er forventet eller usikker

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

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 vejrtrækningsøvelser eller afspændingsøvelser, og at suppleringen af vanlig behandling med disse kropsøvelser derfor bør baseres på familiens og behandlerens præferencer.

Fokuseret Spørgsmål

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

Sammenfatning

Litteratur:

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

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Comparator** Vanlig behandling	**Intervention** Vanlig behandling og kropsøvelser	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Alle outcome (All outcomes)	Baseret på data fra: 0 patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier

11. Bilag 1: Baggrund

Angstlidelser er blandt de mest prævalente psykiske 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*[5][10]*. Til trods for den høje forekomst bliver angstlidelser hos børn og unge ofte overset og er underbehandlede*[111][113]*.

Uden behandling er angstlidelser hos børn og unge kronisk vedvarende eller tilbagevendende*[1][2]* og associeres med en række alvorlige negative faktorer såsom nedsat livskvalitet, social og akademisk formåen*[6]*, såvel som forøget risiko for udvikling andre angstlidelser*[3][116]*, depression*[4]*, adfærdsforstyrrelser*[109]* og misbrug*[112]* senere i livet. Angstlidelser hos børn og unge er ligeledes forbundet med betydelige samfundsmæssige omkostninger*[110]*, og i Sundhedsstyrelsens seneste sygdomsbyrdeopgørelse ligger angstlidelser i toppen på flere parametre*[114]*, som eksempelvis produktionstabsomkostninger.

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 tre af de 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 re tningslinje 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 anbef alinger 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 og kommunalt 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 evidensgraduering 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
Monitorering af udskrivelse af SSRI /SNRI til børn og unge og udviklingen heraf kan monitoreres via Lægemiddelstatistikregisteret. Det skønnes ikke, at data fra henholdsvis Landspatientregisteret eller Sygesikringsregisteret vil kunne anvendes i belysningen af, hvorvidt retningslinjens anbefalinger følges.

14. Bilag 4: Opdatering og videre forskning

Opdatering
Som udgangspunkt vil der tages stilling til behov for opdatering hvert tredje år 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 behandlingstilbuddene 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 se her.

17. Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

Formulering af evidensbaserede anbefalinger:
En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Ved evidens vælges en af følgende fire typer af anbefalinger.

Stærk anbefaling for (Grøn)
Der gives en stærk anbefaling for, når der er pålidelig evidens, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.
Det er klart, at fordelene opvejer ulemperne. Det betyder, at alle, eller næsten alle, patienter vil ønske den anbefalede intervention.

Ordlyd: *Giv/brug/anvend…*

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Stor gavnlig 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.

Stærk anbefaling imod (Rød)
Der gives en stærk anbefaling imod, når der er høj tiltro til, at de samlede ulemper er klart større end fordelene. Det samme gælder, hvis der er stor tiltro til, at en intervention er nytteløs.

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

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.
Klinikeren vil meget sjældent tilbyde interventionen.

Svag anbefaling for (Gul)
Der gives en svag 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. Der er større mulighed for variation i individuelle præferencer.

Ordlyd: *Overvej at…*

Følgende vil trække i retning af en svag 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 anbefaling imod (Orange)
Der gives en svag 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 anbefaling imod, anvendes også hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

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

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.

Formulering af anbefaling ved mangel på evidens:
God praksis anbefaling (Grå)
God praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således udelukkende på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Da der udelukkende er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de evidensbaseret er stærke eller svage.

De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger:

Ordlyd:
For:
Det er god praksis at overveje….

Imod:
Det er ikke god praksis rutinemæssigt at…

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 er 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 kan tilgås på Sundhedsstyrelsens hjemmeside og her:

- Guidelines
- Systematiske reviews + metaanalyser
- Primære studier

AGREE-vurderinger kan tilgås på Sundhedsstyrelsens hjemmeside og her

AMSTAR-vurderinger kan tilgås på Sundhedsstyrelsens hjemmeside og her

RevMan-filer med risiko for bias-vurderinger og meta-analyser samt beskrivelse af in- og ekskluderede studier kan tilgås på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Flowcharts kan tilgås på Sundhedsstyrelsens hjemmeside

19. Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen

Arbejdsgruppen

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

- Marlene Øhrberg Krag, formand, Sundhedsstyrelsen
- 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:

- Marlene Øhrberg Krag, formand, Sundhedsstyrelsen
- 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:

- Britta Tendal, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Helene Sognstrup, søgespecialist, Sundhedsstyrelsen
- Kristian Bech Arendt, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Rasmus Trap Wolf, projektleder, 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
- Kommunernes Landsforening
- Sundheds- og Ældreministeriet
- Læge Videnskabelige Selskaber
- SIND
- Socialstyrelsen
- Danske Fysioterapeuter
- Birgit Schulz-Formand EMDR Danmark
- Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Einar Heiervang, Professor, Universitetet i Oslo
- Bente Storm Mowatt Haugland, PhD, Clinical psychologist, Regional center for child and youth mental health and child welfare, Uni Health, Uni Research

20. Bilag 10: Forkortelser og begreber

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD: International Classification of Diseases
KAT: Kognitiv adfærdsterapi
NICE: National Institute for Health and Care Excellence
OCD: obsessive-compulsive disorder
PTSD: Post Traumatic Stress Disorder
SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
SNRI: Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitor

Referencer

1. 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

2. Kessler RC, Avenevoli S., Costello EJ, Georgiades K., Green JG, Gruber MJ, et al. : 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

3. 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

4. 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

5. 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. Cambridge University Press, 2011;2nd ed. 56-75 Link

6. 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

7. American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington DC : American Psychiatric Association, 2013;5. ed. xliv, 947 s.

8. Sundhedsstyrelsen : National klinisk retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD). Sundhedsstyrelsen, 2016; Link

9. 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 May 27 [Epub]; Journal

10. 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

11. Norcross JC, Karpiak CP : Clinical Psychologists in the 2010s: 50 Years of the APA Division of Clinical Psychology. Clinical Psychology: Science and Practice 2012;19(1):1-12 Journal Link

12. Jacobsen CH, Nielsen J, Orlinsky DE : Danish Psychologists as Psychotherapists. Nordic Psychology (online) 2013;64(3):168-181 Journal

13. 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

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

15. 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

16. 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

17. 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

18. 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

19. 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

20. 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

21. 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

22. 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

23. 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

24. 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

25. Kendall PC : Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. Journal of consulting and clinical psychology 1994;62(1):100-110

26. 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

27. 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

28. Masia-Warner C., Klein RG, Dent HC, Fisher PH, Alvir J., Albano AM, et al. : 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

29. Melfsen S., Kuhnemund M., Schwieger J., Warnke A., Stadler C., Poustka F., et al. : 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 Journal

30. 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

31. 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

32. 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

33. 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

34. 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

35. 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

36. Schneider S., Blatter-Meunier J., Herren C., Adornetto C., In-Albon T., Lavallee 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

37. 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

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

39. 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

40. 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

41. Warner CM, Colognori D., Kim RE, Reigada LC, Klein RG, Browner-Elhanan KJ, et al. : Cognitive-behavioral treatment of persistent functional somatic complaints and pediatric anxiety: an initial controlled trial. Depression and anxiety 2011;28(7):551-559 Journal

42. Wergeland G.J., Fjermestad K.W., Marin C.E., Haugland B.S.M., Bjaastad J.F., Oeding K., et al. : An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. Behaviour research and therapy 2014;57 1-12

43. NKR Behandling af angst hos børn og unge: PICO 1 Psykoterapi vs kontrol - metaanalyse. Sundhedsstyrelsen 2016; Link

44. 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

45. 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

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

47. 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

48. 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

49. Ginsburg G.S., Becker E.M., Keeton C.P., Sakolsky D., Piacentini J., Albano A.M., et al. : 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, et al. : 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, et al. : Child/adolescent anxiety multimodal study: Evaluating safety. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2015;54(3):180-190

53. 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 Journal

54. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J., Birmaher B., Compton SN, Sherrill JT, et al. : Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. The New England journal of medicine 2008;359(26):2753-2766 Journal

55. Hudson JL, Keers R, Roberts S, Coleman JRI, Breen G, Arendt K, et al. : 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 Pubmed Journal

56. Sundhedsstyrelsen : Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser : VEJ nr 9194 af 11/04/2013 : Gældende. Opdateret: 04.05.2013;Senest hentet: 05.09.2016 Link

57. NKR Behandling af angst hos børn og unge: SSRIs for anxiety and OCD disorders - metaanalyse. Sundhedsstyrelsen 2016; Link

58. NKR Behandling af angst hos børn og unge: PICO 3 Psykoterapi vs SSRI/SNRI - metaanalyse. Sundhedsstyrelsen 2016; Link

59. Ginsburg G.S., Becker E.M., Keeton C.P., Sakolsky D., Piacentini J., Albano A.M., et al. : Naturalistic follow-up of youths treated for pediatric anxiety disorders. JAMA Psychiatry 2014;71(3):310-318

60. 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

61. Piacentini J, Bennett S, Compton SN, Kendall PC, Birmaher B, Albano AM, et al. : 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

62. Rynn MA, Walkup JT, Compton SN, Sakolsky DJ, Sherrill JT, Shen SA, et al. : Child/adolescent anxiety multimodal study: Evaluating safety. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2015;54(3):180-190

63. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J., Birmaher B., Compton SN, Sherrill JT, et al. : Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. The New England journal of medicine 2008;359(26):2753-2766 Journal

64. 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 Journal

65. NKR Behandling af angst hos børn og unge: PICO 4 Psykoterapi + SSRI/SNRI vs Psykoterapi alene - metaanalyse. Sundhedsstyrelsen 2016; Link

66. 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

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. 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

69. Hudson JL, Keers R, Roberts S, Coleman JRI, Breen G, Arendt K, et al. : 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 Pubmed Journal

70. Beidel DC, Turner SM, Morris TL : Behavioral treatment of childhood social phobia. Journal of consulting and clinical psychology 2000;68(6):1072-80 Pubmed

71. Melfsen S, Kühnemund M, Schwieger J, Warnke A, Stadler C, Poustka F, et al. : 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 Pubmed Journal

72. NKR Behandling af angst hos børn og unge: PICO 5 Specifikke programmer vs generiske - metaanalyse. Sundhedsstyrelsen 2016; Link

73. 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

74. 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

75. 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

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

77. 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

78. Liber JM, Van Widenfelt BM, Utens EM, Ferdinand RF, Van DL, Van Gastel W., et al. : 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

79. Manassis K., Mendlowitz SL, Scapillato D., Avery D., Fiksenbaum L., Freire M., et al. : 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

80. 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

81. Wergeland G.J., Fjermestad K.W., Marin C.E., Haugland B.S.M., Bjaastad J.F., Oeding K., et al. : An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. Behaviour research and therapy 2014;57 1-12

82. NKR Behandling af angst hos børn og unge: PICO 6 individual vs group - metaanalyse. Sundhedsstyrelsen 2016; Link

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

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

85. 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

86. 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

87. 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

88. 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

89. 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

90. 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

91. 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

92. 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

93. 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

94. 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

95. 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

96. 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

97. 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

98. 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

99. Schneider S., Blatter Meunier J., Herren C., InAlbon T., Adornetto C., Meyer A., et al. : 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

100. 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

101. 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

102. 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

103. 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

104. 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

105. NKR Behandling af angst hos børn og unge: PICO 7 forældreinddragelse - metaanalyse. Sundhedsstyrelsen 2016; Link

106. 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

107. 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

108. 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

109. 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

110. 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

111. 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

112. 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

113. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. : Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. Sundhedsstyrelsen, 2015; Link

114. National Collaborating Centre for Mental Health : Social anxiety disorder (CG159). National Institute for Health Care and Excellence (NICE) 2013;Clinical Guideline 159 Link

115. 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

116. Sundhedsstyrelsen : Anbefalinger om fysisk aktivitet. Opdateret: 27.01.2016;Senest hentet: 03.03.2016 Link

117. Norcross JC, Karpiak CP : Clinical Psychologists in the 2010s: 50 Years of the APA Division of Clinical Psychology. Clinical Psychology: Science and Practice 2012;19(1):1-12 Journal Link

118. Søgeprotokol for NKR Behandling af angst hos børn og unge - Guidelines. Sundhedsstyrelsen 2016; Link

119. Søgeprotokol for NKR Behandling af angst hos børn og unge - Sekundærlitteratur. Sundhedsstyrelsen 2016; Link

120. Søgeprotokol for NKR Behandling af angst hos børn og unge - Primærlitteratur. Sundhedsstyrelsen 2016; Link

121. Flowcharts for NKR Behandling af angst hos børn og unge. Sundhedsstyrelsen 2016; Link

122. AMSTAR-vurdering af systematiske reviews for NKR Behandling af angst hos børn og unge. Sundhedsstyrelsen 2016; Link

123. AGREE-vurdering af retningslinjer for NKR Behandling af angst hos børn og unge. Sundhedsstyrelsen 2016; Link