

Vidensafdækning af tidlige indsatser rettet mod børn og unge med angst eller depression



Mette Verner og Helle Hansen

Vidensafdækning af tidlige indsatser rettet mod børn og unge med angst eller depression

© VIVE og forfatterne, 2021, 2. udg. (let ændret i forhold til 1. udg.)

e-ISBN: 978-87-7119-947-5

Forsidefoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 301880

Finansiering: Socialstyrelsen

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd Herluf

Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Mistrivsel og dårligt mentalt helbred er et voksende problem blandt danske børn og unge, herunder også udbredelsen af lidelserne angst og depression. Der er derfor et voksende fokus på, at den tidlige indsats for børn og unge med psykiske problemer må forstærkes for at sikre, at børn og unges problemer ikke vokser sig større.

Der er dog behov for en større indsigt i, hvilke tidlige indsatser der er mest virksomme, og således også, hvad der kendetegner disse indsatser. I denne vidensafdækning beskrives og analyseres en række udvalgte tidlige indsatser rettet mod børn og unge i alderen 3-18 år med angst og/eller depression med henblik på at identificere, hvilke kerneelementer der kendetegner de virksomme indsatser.

Resultaterne i denne vidensafdækning vil således bidrage til det fortsatte arbejde med at videreudvikle og implementere tidlige indsatser for børn og unge med angst og/eller depression.

Undersøgelsen er gennemført af senioranalytiker Helle Hansen og professor MSO Mette Verner (projektleder).

Vi vil gerne takke to eksterne reviewere, som har gennemlæst og kvalitetssikret rapporten.

Evalueringen er rekvireret og finansieret af Socialstyrelsen.

Hans Hummelgaard

Forsknings- og analysechef for VIVE Effektmåling

2021

Indhold

| | |
|---|----|
| Sammenfatning | 5 |
| 1 Indledning | 6 |
| 1.1 Afgrænsning af målgruppe | 6 |
| 1.2 Afdækning af indsatser | 7 |
| 1.3 Læsevejledning..... | 8 |
| 2 Indsatser til børn og unge med angst eller depression | 9 |
| 2.1 Kognitiv adfærdsterapi | 9 |
| 2.2 Indsatserne | 10 |
| 2.2.1 Back2School | 10 |
| 2.2.2 Biblioterapi | 13 |
| 2.2.3 Caseformuleringsbaseret behandling..... | 15 |
| 2.2.4 Cool Kids/Cool Kids Chilled | 17 |
| 2.2.5 Cool Kids Chilled Out..... | 20 |
| 2.2.6 DU – Mestringskurs for ungdom..... | 20 |
| 2.2.7 FRIENDS for Life | 22 |
| 2.2.8 LÆR AT TACKLE | 23 |
| 2.2.9 Metakognitiv terapi | 25 |
| 2.2.10 Mind My Mind..... | 27 |
| 2.2.11 Mindfulness-baserede interventioner | 28 |
| 2.2.12 Neuroaffektiv Udviklingspsykologisk Struktureret Social Aktivitet (NUSSA) | 31 |
| 2.2.13 Internet-delivered cognitive behavioral therapy (ICBT) | 34 |
| 3 Tværgående elementer | 37 |
| 3.1 Opsummering og sammenligning | 37 |
| 3.2 Beskrivelse af tværgående kerneelementer | 41 |
| 4 Afsluttende bemærkninger | 45 |
| Litteratur..... | 46 |

Sammenfatning

I denne vidensafdækning kortlægges viden om en række tidlige indsatser rettet mod børn og unge med angst eller depression. Indholdet i de udvalgte sociale indsatser er beskrevet, og der er indsamlet og præsenteret evalueringer og effektmålinger af indsatserne. I den tværgående analyse foretages en sammenligning af de teoretiske tilgange, metoder og resultater af effektmålinger, og der identificeres syv tværgående kerneelementer, der karakteriserer de beskrevne, virksomme indsatser.

De identificerede tværgående kerneelementer i de virksomme indsatser er:

- Psykoedukation
- Udarbejdelse af handleplaner og målsætning
- Kognitiv omstrukturering
- Eksponering
- Mestring
- Involvering af familie
- Forebyggelse af tilbagefald.

Disse tværgående kerneelementer svarer i høj grad til hovedelementerne i kognitiv adfærdsterapi, hvilket afspejler, at hovedparten af de beskrevne virksomme indsatser er helt eller delvist baseret på kognitiv adfærdsterapi.

Resultatet vil kunne indgå i en vurdering af, om der er grundlag for at igangsætte et arbejde med at videreudvikle og udbrede udvalgte indsatser rettet mod målgruppen.

Det skal bemærkes, at de indsatser, som er inddraget og beskrevet i denne kortlægning, er udvalgt i samarbejde med rekvirenten (Socialstyrelsen) bl.a. ud fra en viden om, hvilke indsatser der benyttes i de nordiske lande. Men de inkluderede indsatser skal ikke ses som en udtømmende afdækning af alle eksisterende indsatser på området. Desuden er udbredelsen og erfaringer med brug af indsatserne ikke en del af denne vidensafdækning.

1 Indledning

Flere nyere danske undersøgelser finder, at en betydelig andel af børn og unge udviser tegn på psykisk mistrivsel, og der er derfor behov for at sikre behandlingstilbud til disse unge. Formålet med denne vidensafdækning er dels at beskrive den udvalgte målgruppe, dels at indhente og afdække viden om sociale indsatser rettet mod målgruppen. Indholdet i de sociale indsatser beskrives, ligesom evalueringer og effektmålinger af de sociale indsatser indsamles og præsenteres. Der foretages en tværgående analyse af indsatserne, som har til formål at afdække tværgående kerneelementer, der karakteriserer de beskrevne, virksomme indsatser. Den viden, der tilvejebringes i denne vidensafdækning, vil kunne indgå i vurderingen af, om der er grundlag for at igangsætte et arbejde med at videreudvikle og udbrede udvalgte indsatser rettet mod målgruppen.

1.1 Afgrænsning af målgruppe

De fleste børn og unge har som led i deres naturlige udvikling forbigående psykiske symptomer, og nogle har også en ængstelig eller bekymret natur, uden at der nødvendigvis er tale om en emotionel lidelse. For eksempel kan separationsangst være helt normalt hos mindre børn, ligesom frygten for ikke at være god nok kan være en naturlig del af udviklingen blandt unge.

Due et al. (2014) vurderer på baggrund af tidligere undersøgelser, at angst- og depressionsforekomsten blandt børn og unge ligger mellem ca. 1,5 % og 4 %. Undersøgelserne viser, at angst og depression forekommer mindst dobbelt så hyppigt blandt unge kvinder som blandt unge mænd. Der er desuden en tendens til at være sociale forskelle i forekomsten af angst og depression. Bendtsen, Mikkelsen & Tholstrup (2015) finder således, at elever på erhvervsskolerne noget hyppigere end gymnasieeleverne er plaget af emotionelle lidelser, mens Due et al. (2014) tilsvarende viser, at børn og unge, der vokser op i familier med lavere socioøkonomisk status, oftere har emotionelle problemer, end dem, der kommer fra mere ressourcerstærke hjem. Desuden er der evidens for, at emotionelle lidelser har højere forekomst i nogle familier end i andre, hvilket taler for en genetisk komponent.

Ifølge Due et al. (2014) manifesterer angstsymptomer sig hyppigst i barndommen, mens depressive symptomer oftest debuterer i puberteten. Generelt ses, at alderen ved debut er faldende. Studier har desuden vist stigende forekomst af emotionelle lidelser ved stigende alder blandt piger (Reinholdt-Dunne et al., 2011). Allerede fra 6-årsalderen viser der sig en øget forekomst af psykiske symptomer blandt piger sammenlignet med drenge. Fra pubertetsalderen og frem er der en klar tendens til, at depression og angst optræder op til næsten fem gange hyppigere hos piger end hos drenge, både hvad angår diagnose og symptomer (Reinholdt-Dunne et al., 2011; Rapee, 2012; Wesselhoeft, 2013; Ottosen et al., 2018a).

I sundhedsdata på området skelnes der imellem angst og depressive lidelser (i diagnosekodingen i ICD-10). Desuden underinddeles angstlidelser i separationsangst, fobier, generaliseret angst og socialangst. Depressive lidelser inddeles derimod i let, moderat og svær depression. Som det ses i boks 1.1, er der desuden et vist overlap af symptomer for de to lidelser.

1.1 Symptomer på angst og depression

Symptomer på angst

- *Fysiske og kropslige symptomer:* hjertebanken, sveden, rysten, mundtørhed, vejrtrækningsbesvær, hovedpine, mavepine, kvalme og nedsat appetit.
- *Psykiske symptomer:* svimmelhed, uvirkelighedsfølelse og dødsangst.
- *Uspecifikke symptomer:* irritabilitet, søvnbesvær og koncentrationsbesvær.

Symptomer på depression

- *Kernesymptomer:* nedtrykthed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi eller øget træthed.
- *Ledsagesymptomer:* nedsat selvtillid eller skyldfølelse, selvbeprejdelser, tanker om død eller selvmord, tænke- eller koncentrationsbesvær, motorisk uro eller anspændthed, søvnforstyrrelser.

(Sundhedsdatastyrelsen, 2017)

Forekomsten af angst og depression blandt børn og unge er desuden svær at vurdere. I befolkningsundersøgelser blandt børn og unge spørges ofte ind til symptomer, som dækker begge kategorier af symptomer for at få et bud på forekomsten.

Sundhedsdatastyrelsen (2017) viser, at forekomsten af diagnosticeret angst og/eller depression blandt børn og unge (0-18 år) er steget væsentligt over en 10-årig periode, således at forekomsten i 2016 var 7.189 diagnosticerede børn og unge, mens det tilsvarende tal for 2006 var 2.354 diagnosticerede børn og unge. Det er dog usikkert, om forekomsten af angst og depression rent faktisk er steget væsentligt blandt danske børn, og en øget forekomst er ikke nødvendigvis udtryk for, at flere får en psykisk lidelse, men kan være et udtryk for, at flere diagnosticeres end tidligere.

Desuden sker udredning og behandling af emotionelle lidelser i Danmark overvejende i primærsektoren, dvs. i kommunalt regi og hos alment praktiserende læge. Det betyder, at antallet af diagnoser indberettet fra de børnepsykiatriske afdelinger ikke vil afspejle den reelle forekomst, da det kun er et fåtal af de børn og unge, der opfylder kriterierne for en eller flere diagnoser på en emotionel lidelse, der bliver henvist til et psykiatrisk hospital.

Projektet fokuserer på tidlige indsatser til børn og unge i alderen 3-18 år i psykisk mistrivsel med særlig fokus på børn og unge med angst eller depression. Der fokuseres på børn og unge med få eller flere samtidige, men korterevarende symptomer og tegn på angst eller depression, som derfor typisk vil indplaceres på det tidlige indsatstrin.

1.2 Afdækning af indsatser

Afdækningen af indsatser vil bl.a. tage udgangspunkt i de indsatser, der indgår i Børne- og Undervisningsministeriets "Inspiration til implementering af lettere behandling" samt "Forløbsprogrammet for børn og unge med angst og depression", som er udarbejdet i et samarbejde mellem Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammet indeholder handlingsanvisninger til behandlingen af børn og unge, der har angst og/eller depression. I beskrivelsen af programmet anbefales, at regioner og kommuner arbejder ud fra en model om graduerede indsatser, idet børn og unge med psykiske lidelser ikke alle har samme behov. Det vil sige, at der arbejdes med en "step-care" tilgang.

Modellen har 4 trin:

1. Tidlig indsats
2. Uddybende vurdering og indsats
3. Udredning, diagnostik og behandling
4. Opfølgning.

Denne vidensafdækning vil fokusere på indsatser på trin 1: den tidlige indsats. Den tidlige indsats beskrives således:

Det anbefales, at kommunen, evt. i samarbejde med almen praksis eller anden relevant kompetence, foretager en faglig vurdering af barnet/den unge og på den baggrund tager stilling til, om barnet/den unge og familien har behov for en kommunal indsats samt igangsætter og varetager indsatsen ved identificeret behov.

Indsatserne på trin 1 vil typisk tilbydes i kommunalt regi og bestå af brede og kortvarige indsatser. Indsatserne kan være rettet mod barnet/den unge selv og/eller familien eller mod fagprofessionelle i fx dagtilbuddet eller skolen.

Ud over de indsatser, der findes anvendt i Danmark, inddrager afdækningen indsatser fra Norge og Sverige. Disse er fundet via søgninger på relevante hjemmesider og samtaler med eksperter i de to lande.

Det skal således bemærkes, at denne vidensafdækning ikke er en systematisk litteratursøgning af relevante indsatser, men et overblik, der kan bidrage til det videre arbejde med udvikling af indsatser til målgruppen.

Afdækningen af indsatserne brugt i Danmark, Norge og Sverige gav tilsammen en liste på 29 indsatser. I dialog med Socialstyrelsen blev denne kortet ned til 17 indsatser, som der blev søgt yderligere information om. Ved nærmere gennemgang var der yderligere 3 indsatser, der udgik, fordi målgruppen ikke passede i forhold til det, som var defineret i projektet.

Der er således 14 indsatser beskrevet i denne rapport. Der er lagt særlig vægt på kerneelementerne i indsatserne, da disse indgår i analysen, som beskriver tværgående kerneelementer, der karakteriserer de beskrevne, virksomme indsatser. Analysen vil kunne danne grundlag for beslutninger om udviklingsarbejdet med indsatser til børn og unge med angst eller depression.

1.3 Læsevejledning

I **kapitel 2** præsenteres de udvalgte metoder og indsatser. Beskrivelsen af indsatserne er bygget op efter samme skabelon, således at målgruppen, metoden, implementeringen og effekten beskrives for hver indsats.

I **kapitel 3** sammenlignes indsatserne med henblik på at identificere de tværgående elementer i de indsatser, som har vist sig mest virksomme. Desuden beskrives de identificerede tværgående kerneelementer.

I **kapitel 4** opsummeres og afrundes denne vidensafdækning.

2 Indsatser til børn og unge med angst eller depression

Dette kapitel beskriver en række tidlige indsatser, der bruges til børn og unge i alderen 3-18 år med få eller flere samtidige, men korterevarende symptomer og tegn på angst eller depression i Danmark, Norge og Sverige. For hver indsats beskrives målgruppen, metoden med et særligt fokus på kerneelementerne, erfaringerne med implementering og effekten af indsatsen.

Indledningsvist (afsnit 2.1.) beskrives kognitiv adfærdsterapi generelt, idet denne terapiform helt eller delvist danner grundlag for en række af de indsatser, der indgår i denne vidensafdækning.

2.1 Kognitiv adfærdsterapi

Kognitiv adfærdsterapi (også kaldet KAT eller CBT efter det engelske Cognitive Behavioural Therapy) er en af de mest anvendte former for behandling af angst hos børn og unge. Der er gennemført flere systematiske reviews, som viser, at den kognitive tilgang har stor effekt i forhold til at behandle børn med angst.

Det er en behandling, der tager udgangspunkt i tænkningen og evnen til at erkende. Der lægges vægt på sammenhængen mellem den enkeltes tanker, antagelser, følelser, kropslige reaktioner og handlinger i forskellige situationer (Leth & Esbjørn, 2012; Stallard, 2007, Schlander & Jørgensen, 2018).

En stor del af de indsatser, der bruges i de nordiske lande til børn og unge med angst, bygger på kognitiv adfærdsterapi. Metoden bruges i indsatser, der foregår både individuelt, gruppebaseret eller familiebaseret. Et review fra 2013 peger på, at der ikke er forskel på effekten af hhv. individuel, gruppe- eller familiebaseret terapi (James et al., 2013). Selvom det er forskellige indsatser, så er der en række fællestræk. Generelt er der i alle former for KAT fokus på:

- kognitioner (hvad vi tænker)
- følelser (hvordan vi føler)
- adfærd (hvad vi gør).

Formålet er at ændre uhensigtsmæssige negative tanker, så følelser og adfærd afspejler og passer til situationen. Samt at lære barnet eller den unge at løse problemer i hverdagen, så der dannes grundlag for varige forbedringer i barnet eller den unges trivsel (Leth & Esbjørn, 2012; Stallard, 2007).

Angst anses i den kognitive terapi som en tillært reaktion, som gennem terapien kan aflæres og erstattes af andre handlemønstre eller strategier. Barnet eller den unge lærer at genkende følelser og kropslige reaktioner samt negative tanker og antagelser, som er knyttet til angsten. Herefter afprøver barnet og behandleren i fællesskab nye strategier til at håndtere angstfremkaldende situationer (Leth & Esbjørn, 2012).

Målgruppen

Forskningen har fundet en række færdigheder, der skal være til stede hos barnet i forbindelse med et KAT-forløb. Barnet skal kunne forstå, at:

- tanker og udsagn kan undersøges og vurderes (både egne og andres)
- mentale tilstande kan kontrolleres
- mentale tilstande er styrende for egen og andres adfærd
- tanker og antagelser kan samles i en generel forståelse af verden.

Forskningen finder, at børn fra ca. 6-årsalderen kan indgå i KAT. Forløbene tilpasses således, at jo ældre barnet/den unge er, desto mere abstrakte teknikker kan anvendes (Leth & Esbjørn, 2012).

Elementerne i kognitiv adfærdsterapi

Selvom udformningen kan være forskellig, afhængig af hvilken type angst behandlingen omhandler, så indgår følgende kerneelementer ofte (James et al., 2013; Reynolds et al., 2012; Stallard, 2006; Leth & Esbjørn, 2012):

- *Psykoedukation* om angst eller depression (undervisning i, hvad angst eller depression er) herunder belønning og selvbelønning.
- *Caseformulering* (dvs. en beskrivelse af, hvad der er problemet, og hvordan det er opstået), der laves i samarbejde mellem terapeut, barnet selv og familien. Caseformuleringen danner udgangspunkt for behandlingens fokus.
- At arbejde med følelser: at kunne genkende følelser og kunne ændre på dem.
- At arbejde med tanker: at kunne genkende tanker, udfordre dem og opstille alternative tanker.
- At arbejde med adfærd: eksponering og problemløsning (dvs. at man aktivt opsøger det, der udløser angst, og finder strategier til at håndtere det).
- At forebygge tilbagefald.

Når der er tale om familiebaseret KAT indgår også følgende komponenter:

- Modificering af forældrenes forståelse af, hvordan de skal hjælpe deres barn.
- Hjælp til forældrene, så de reagerer hensigtsmæssigt på barnets angst og undvigende adfærd.
- Hjælp til forældrene med at håndtere egen angst.

Som nævnt kan elementerne have forskellige vægtning alt efter, hvilken type angst der behandles. Som en del af angstbehandlingen er der hver uge hjemmearbejde. Barnet eller den unge og terapeuten udfører sammen nogle øvelser, der oftest vil indebære, at barnet eller den unge skal registrere sin egen tænkning, forsøge at ændre denne og udsætte sig for noget, der udløser en vis mængde angst.

2.2 Indsatserne

2.2.1 Back2School

Back2School er målrettet børn og unge med omfattende skolefravær. Programmet indgår i denne kortlægning, fordi årsagen til børnenes fravær kan være angst, social fobi, mobning og depression. Programmet er tilrettelagt, så det kan tage højde for og arbejde med de specifikke udfordringer, der ligger til grund for det enkelte barns fravær (Thastum & Arendt, 2017).

Målgruppe

Den primære målgruppe for programmet er børn og unge med omfattende skolefravær, og den sekundære målgruppe er børnenes forældre og skolen.

Metode

Back2School er en systematisk indsats, der kan mindske skolefraværet hos børn med opmærksomhedskrævende skolefravær. Back2School baserer sig på kognitive adfærdsterapeutiske principper. I programmet finder familien sammen med en psykolog frem til årsagerne til fraværet, og hvad der skal til, for at barnet skal komme i skole igen. Programmet bygger på et tæt samarbejde mellem familien, psykologen og skolen.

Samtalerne mellem familien og psykologen foregår over 10 sessioner, hvor psykologen sammen med barnet og forældrene sætter mål, som leder frem mod hovedmålet: At barnet kommer mere i skole. Som en del af arbejdet mod dette mål arbejdes der også med børnenes angst eller depression. Herudover er der tre skolemøder, samt en samtale og et skolemøde 3 måneder efter endt forløb.

Følgende temaer indgår i samtalerne med familien:

- Barnets motiver for at blive hjemme
- Målsætning for arbejdet
- Forældrenes motivation for at deltage
- Identifikation og reducere af vedligeholdende faktorer i hjemmet
- Motivationsværktøj
- Eksponeringsplaner
- Kognitiv omstrukturering.

Selve sessionerne har følgende fokus:

1. Session: *Caseformulering, SMART-mål og belønninger*. Denne session indeholder psykoedukation om fravær, præsentation og drøftelse af "En fælles forståelse", psykoedukation om og udarbejdelse af SMART-mål med familien samt introduktion af belønninger.
2. Session: *Etablering af gode rutiner samt intro til ros og belønningsskema*. Sessionen indeholder bl.a. en identifikation og reducere af faktorer i hjemmet, der vedligeholder skolefravær, samt etablering af mere hensigtsmæssige rutiner i hjemmet via belønningsskemaer. Derudover introduceres forældrene til ros og belønning som motivationsværktøj for barnet.
3. Session: *Tydelige krav og planlagt ignorering*. I denne session fokuseres der på, at forældrene øver sig i at give instrukser og fremsætte krav på en tydelig og venlig måde. Derudover introduceres planlagt ignorering af uhensigtsmæssig adfærd.
4. Session: *At vende tilbage til skolen*. Sessionen indeholder psykoedukation om eksponering. Herefter skal familien udarbejde en gradueret eksponeringsplan (trappetigen) for at komme tilbage i skole.
5. Session: *Psykoedukation, den kognitive diamant og kognitiv omstrukturering*. Den kognitive diamant består af: tanker, følelser, krop og adfærd. I denne session indgår også psykoedukation om den unges primære problem relateret til fraværet (angst, depression eller adfærdsproblemer).

6. Session: *At vende tilbage til skolen: opfølgning og problemløsning*. Denne session indeholder opfølgning på realistisk tænkning og trappestigen samt introduktion til problemløsning til barnet og positive stunder med barnet.
7. Session: *Start på opdeling af sessionen efter barnets hovedproblematik (adfærd ved angst/depression)*. Hvis barnets hovedproblematik er angst, arbejdes der med: 1) Samle op på arbejdet med skoletrappestigen og hjemmearbejde med problemløsning samt arbejdet med positive stunder; 2) Tale med familien om sikkerhedsadfærd; 3) Lave trappestiger for ting, som barnet er bange for. Hvis barnets hovedproblematik er depression, arbejdes der med: 1) Samle op på arbejdet med skoletrappestigen og hjemmearbejde med problemløsning samt arbejdet med positive stunder; 2) Depressionens onde cirkel; 3) Adfærdsaktivering og lystbetonede aktiviteter; 4) Positiv dagbog.
8. Session: *Forældreadfærd*. Hvis barnets hovedproblematik er angst, arbejdes der med trappestigen og normalisering af, at det kan være svært at være forælder til et barn med angst og at vide, hvordan man skal reagere. Derudover præsenteres forældrene for almindelige typer forældreadfærd hos forældre til børn med angst, og hvad forældrene genkender hos sig selv. Herefter er der en drøftelse af, hvilken type forældreadfærd forældrene kan erstatte eventuel uhensigtsmæssig forældreadfærd med. Endelig støttes forældrene i, hvordan de kan opfordre og støtte selvstændig og modig adfærd hos barnet. Hvis barnets hovedproblematik er depression, arbejdes der med trappestigen. Derudover indeholder sessionen psykoedukation om depression hos børn og en samtale om, hvordan forældrene bedst støtter barnet i adfærdsaktivering.
9. Session: *Hvis barnet har angst*, arbejdes der med eksponering, bl.a. ved opfølgning på trappestigen og hjemmearbejdet med problemløsning. Derudover bruges sessionen til at planlægge og udføre eksponeringsøvelser samt at samle op på eksponeringsøvelserne og sikre, at barnet tager læring med fra øvelserne. Hvis barnets hovedproblematik er depression, arbejdes der fortsat med adfærdsaktivering og ugeskema samt med at drøfte og planlægge målstyrede aktiviteter.
10. Session: *Hold fast i fremskridtene*. Sessionen fokuserer på at få italesat, hvad der hjælper, og hvad det er vigtigt at blive ved med at gøre. Derudover tales der om tilbagefald, og hvordan det bedst forebygges.

Møderne med skolen afholdes sideløbende med sessionerne. Temaerne er:

1. Planlægning af skolens involvering i barnets forøgede skolegang.
2. Fortsat planlægning af skolens involvering i barnets tilbagevenden til skolen. Der er fokus på at finde løsninger på barnets vanskeligheder med skolegang. Afhængigt af barnets vanskeligheder drøftes strategier for, hvordan barnets angst eller depression håndteres. Dette gøres ved at lave en plan for, hvordan barnets eventuelle faglige vanskeligheder tackles, og lave en plan for, hvordan barnet får flest muligt positive sociale oplevelser.
3. Der er fokus på, hvordan skolen følger op på hjælpen til barnet, og hvordan skolen fortsætter med at støtte barnet i dets skolegang efter afslutningen af Back2School. Der tales om risikofaktorer og forebyggelse af tilbagefald, og der laves en plan for, hvordan tilbagefald håndteres.

Opfølgningssamtalerne 3 måneder efter endt forløb har fokus på, hvordan familien kan holde fast i fremskridtene, og hvordan skolen kan arbejde videre med at sikre barnets skolegang og trivsel, samt hvordan tilbagefald kan forebygges.

Implementering

CEBU (Center for Psykologisk Behandling til Børn og Unge) arbejder på at revidere Back2School manualen og det tilhørende materiale om bl.a. visitation og udredning, herefter vil manualen blive offentlig tilgængelig og kan bruges af interesserede kommuner og andre, der arbejder med børn og unge med skolefravær. Derudover planlægger CEBU at tilbyde 5-dages kurser og supervision i brug af Back2School manualen i starten af 2021.

Effekt

I en systematisk forskningsoversigt fra Campbell undersøger Maynard et al. (2012) effekten af programmer, der er udviklet med specifikt fokus på skolefravær blandt elever med kronisk fravær. Overordnet set viser resultatet af metaanalysen, at det har en signifikant positiv og moderat effekt i forhold til reduktion af børns skolefravær at deltage i interventionerne.

I forhold til denne kortlægning er det mere relevant at se på, hvorvidt der også er en effekt i forhold til børnenes psykiske trivsel. CEBU gennemfører et randomiseret forsøg, hvor Back2School sammenlignes med en kommunes almindelige tilbud. I studiet deltager 152 familier, hvor børnene er 11-17 år og har 10 % fravær de sidste 3 måneder. Blandt børnene i studiet havde 26,3 % en psykiatrisk diagnose. Resultaterne er endnu ikke publiceret, men på en konference i november blev de foreløbige resultater præsenteret. Både forældre og børn oplevede en signifikant reduktion på SDQ score (SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman et al., 1998). For dette trivselsmål er en lav score tegn på god trivsel. Ved sammenligningen af de to indsatser var reduktionen signifikant bedre ved Back2School for begge mål og for besvarelser fra både forældre og børn. Derudover var der en signifikant øgning i self-efficacy for både unge og forældre, der deltog i Back2School, hvilket ikke var tilfældet i gruppen, der modtog kommunens almindelige tilbud (Johnsen, 2020).

2.2.2 Biblioterapi

Biblioterapi er målrettet forældre og børn i alderen 6-12 år, der har angst som primær diagnose (Lyneham et al., 2006). Formålet med programmet er at lære forældrene, hvordan de kan hjælpe deres barn til at mestre og overvinde angsten, samt lære forældrene nye måder at håndtere børnenes angstadfærd (Rapee et al., 2008; Perrini et al., 2013). Det er den samme forskergruppe, der har udviklet Cool Kids og Biblioterapi.

Målgruppe

Målgruppen er 6-12-årige med angst som primærdiagnose og deres forældre (Lyneham et al., 2008) (Cool Kids er beskrevet i afsnit 2.2.4). Ligesom Cool Kids er Biblioterapi generisk og henvender sig derfor til børn med alle typer af angstdiagnoser.

Metode

Biblioterapi er et manualbaseret, kognitivt, adfærdsterapeutisk angstprogram, der inddrager forældre som assisterende terapeuter. Biblioterapi består af en manual til terapeuten, en selvhjælpsbog til forældrene samt et arbejdshæfte til barnet. Programmet løber over 10 uger og indeholder 5 vejledningssessioner, hvor forældrene samarbejder med terapeuten. Hver session er 1,5 time. Hver uge bliver forældrene introduceret til et nyt tema og praktiske opgaver, som de kan udføre med barnet uden terapeuten. Et tema er eksempelvis: *Hvad er angst*, hvor barnet skal lære at koble tanker og følelser sammen. Forældrene introducerer temaet for barnet og støtter barnet i arbejdet med de praktiske opgaver (Lyneham et al. 2006; Rapee et al., 2008).

Biblioterapi er baseret på kognitiv adfærdsterapi, og opbygningen af programmet er derfor den samme, som er beskrevet i afsnit 2.1. Derudover er kerneelementerne stort set de samme som i Cool Kids programmet (Rapee et al., 2006a, 2008). Der er dog enkelte forskelle. Kapitlet om afspænding i bogen *Hjælp dit ængstelige barn* er en del af Biblioterapi, men er ikke en del af Cool Kids. I Cool Kids indgår der en del omkring drillerier og mobning, dette er ikke en del af Biblioterapi (Rapee et al., 2006b, 2008).

Kerneelementerne i Biblioterapi er bygget op omkring kognitiv terapi ligesom Cool Kids:

- Psykoedukation, hvor der introduceres til, hvad der kendetegner og skaber angst, og hvordan angst behandles.
- Kognitiv omstrukturering, hvor barnet lærer at erstatte de angstfyldte automatiske tanker med en mere rationel og realistisk tænkning.
- Gradvis eksponering, der handler om, at barnet gradvist udsættes for de ting, som det frygter. Formålet er at ændre barnets hidtidige undgåelsesadfærd.
- Responshindring, hvor barnet lærer teknikker til ikke at reagere på de ubehagelige tanker og følelser, når det oplever angstfyldte situationer.
- Forældretræning, hvor forældre introduceres til, hvordan de mest hensigtsmæssigt håndterer barnets angst.
- Færdighedstræning, hvor barnet får viden om og træner bl.a. sociale og assertive færdigheder.

Forældrene arbejder ud fra bogen *Hjælp dit ængstelige barn – trin til trin guide til forældre* (Rapee et al., 2008). Tanken er, at forældrene skal lære angsthåndtering fra bogen, mens sessionerne med terapeuten skal fungere som vejledning frem for undervisning i færdigheder.

Vejledningssessionerne indeholder følgende temaer:

1. At komme i gang med programmet og sætte mål.
2. Detektivtænkning og trappestiger: Ved *Detektivtænkning* skal barnet, hver gang det bliver bekymret, forestille sig, at hun/han er en detektiv, og finde beviser for bekymringerne. Herefter skal barnet vurdere, om det er en realistisk tanke og få bekymringstallet til at falde. Forældrene skal som en del af hjemmearbejdet snakke med barnet hver eftermiddag eller aften og tale om, hvad der er sket i løbet af dagen, og om detektivtænkningen. *Trappestigerne* er en trinvis plan for, hvordan barnet overvinder angsten. Børn og forældre udarbejder trappestigen i fællesskab. Barnet skal forsøge at gennemføre et trin ad gangen – man starter med det letteste trin og arbejder sig frem mod de mere angstprovokerende situationer. Barnet lærer, at selvom de føler bekymring, kan de godt klare det (Rapee et al., 2006a).
3. At håndtere angstdfærd. Her introduceres den strukturerede problemløsningsmodel, der består af 6 dele. 1) Opsummer, hvad problemet er; 2) Find ud af, hvad der kan ændres (situation/reaktion); 3) Brainstorm over andre mulige måder, hvorpå problemet kan løses, uden at være kritisk; 4) Gennemgå hver mulig løsning og undersøg, hvad resultatet vil blive; 5) Bed barnet om at vælge den løsning, der fører til det bedste resultat; 6) Når barnet har afprøvet løsningen, vurder da, hvor godt det har virket (Rapee et al., 2006a).
4. Problemløsning på trappestiger.
5. Status og tilbagefaldsforebyggelse.

Forløbet afsluttes med en samtale, hvor både barn og forældre deltager.

Implementering

Til implementeringen af programmet er der udviklet en manual til terapeuten. Terapeuten skal have kendskab til kognitiv adfærdsterapi og træning i terapeutiske teknikker for at kunne anvende manualen. Det anbefales også, at terapeuten har erfaring i at arbejde med børn og familier (CEBC, 2015; Lyneham et al., 2010; Rapee et al., 2006a).

Angstklinikken på Aarhus Universitet er i gang med at afprøve programmet i Danmark, og i den forbindelse vil terapeutmanualen og arbejdshæftet for børn blive oversat til dansk. Ellers er der ikke understøttende kurser eller materialer til implementeringen.

Effekt

Et RCT-studie i Australien (Rapee et al., 2006) undersøgte effekten af Biblioterapi sammenlignet med Cool Kids og en anden kontrolgruppe, der stod på venteliste. 267 børn i 6-12-årsalderen deltog. Heraf blev 90 børn tilfældigt tildelt behandling med Cool Kids angstprogrammet, 90 børn blev tildelt behandling med Biblioterapi, og de sidste 87 børn kom på venteliste. Resultaterne af undersøgelsen viste, at 26 % af børnene, der modtog Biblioterapi, var diagnosefrie efter endt behandling. Til sammenligning var 61 % af børnene i Cool Kids forløbet og 7 % af børnene på ventelisten diagnosefrie efter endt forløb. Ved en opfølgende måling 3 måneder senere var 74 % af børnene, der modtog Cool Kids, og 18 % af børnene, der modtog Biblioterapi, diagnosefrie.

Et andet RCT-studie (Lyneham & Rapee 2006) undersøgte effekten af forskellige former af Biblioterapi. Forældrene fik enten fast telefonkonsultation med terapeuten, fast e-mailudveksling eller ubegrænset adgang til terapeuten. I studiet indgik der 100 børn i alderen 6-12 år. Heraf fik 28 tilfældigt tildelt telefonkonsultation, 21 blev tildelt e-mailudvekslinger, og 29 fik ubegrænset adgang til terapeuten. De resterende 22 børn kom på venteliste. Resultaterne af undersøgelsen viste, at 79 % af børnene, hvor forældrene fik telefonkonsultation, var diagnosefrie efter endt behandling. 33 % af børnene, hvor forældrene fik e-mails fra terapeuten, var diagnosefrie efter endt behandling, mens 31 % af børnene, hvor forældrene havde ubegrænset adgang til terapeuten, var diagnosefrie efter endt behandling. Ingen børn fra ventelisten var diagnosefrie ved endt forløb. Ved opfølgningen 12 måneder senere var effekten af behandling øget. Studiet peger på, at Biblioterapi suppleret med faste telefonkonsultationer med terapeuten har den bedste effekt (Lyneham & Rapee, 2006).

Efter behandlingen var 34 % af børnene, der modtog Biblioterapi, og 51 % af børnene i Cool Kids gruppen frie af deres primære angstdiagnose. Derudover var henholdsvis 21 % og 38 % frie af alle deres angstdiagnoser. 3 måneder efter behandlingen var 41 % af børnene, der modtog Biblioterapi, og 79 % af børnene, der modtog Cool Kids, frie af deres primære angstdiagnose. Ligeledes var henholdsvis 27 % og 62 % frie af alle deres angstdiagnoser. Der var signifikant forskel på grupperne ved 3 måneders opfølgningen (Thastum et al., 2013).

2.2.3 Caseformuleringsbaseret behandling

Caseformuleringsbaseret behandling er baseret på kognitiv adfærdsterapi, der oprindeligt er udviklet af psykiateren Aaron T. Beck. Metoden er målrettet børn fra 7 år med angst som primær diagnose. Formålet med behandlingen er at hjælpe barnet til at udvikle nye mestringsstrategier, der hjælper barnet ud af angsten. Indsatsen er tilpasset barnet og familien gennem

et individuelt tilrettelagt behandlingsprogram. Programmets længde varierer fra korte til lange forløb (Esbjörn et al., 2012, 2015b).

Målgruppe

Indsatsen er målrettet børn fra 7 år med angst som primær diagnose. I danske forskningsstudier er effekten vurderet for 7-12-årige (Esbjörn et al., 2015b).

Metode

Caseformuleringsbaseret behandling er baseret på kognitiv adfærdsterapi og er målrettet børn fra 7-årsalderen. (Stallard, 2006; Esbjörn et al., 2012). Kognitiv adfærdsterapi er baseret på antagelsen om, at menneskets følelser og handlinger i høj grad er bestemt af tanker. Det gensidige forhold mellem tanker, følelser og handlinger gør, at kognitive og adfærdsmæssige interventioner kan være med til at skabe nye mestringsstrategier (Stallard, 2007; Esbjörn et al., 2012).

Kernekomponenterne i behandlingen er:

1. Caseformulering og målsætning
2. Psykoedukation om angst, kognitiv adfærdsterapi og teorien bag metoden
3. Arbejde med følelser – identificere og ændre følelser
4. Arbejde med tanker – identificere, udfordre og omstrukturere tanker.
5. Arbejde med adfærd – eksponering og problemløsning.
6. Forebyggelse af tilbagefald (Kilde: Vidensportalen).

Behandlingen følger ikke en manual, men tilbydes i stedet individuelt og tilpasses det enkelte barn og familiens behov gennem en individualiseret behandlingsplan. Det enkelte behandlingsforløb kan derfor variere i forhold til varighed, form og indhold (Esbjörn et al., 2012, 2015b; Stallard, 2007).

Implementering

I Danmark har Center for Angst, Københavns Universitet, afprøvet caseformuleringsbaseret behandling til børn. I afprøvningen var alle behandlerne ikke specialister i kognitiv adfærdsterapi, men nogle modtog træning undervejs (Esbjörn et al., 2015b).

Der findes ingen formelle uddannelseskrav for at kunne arbejde med caseformuleringsbaseret behandling, men Stallard (2007) pointerer, at behandleren bør have viden om samt kunne anvende den teoretiske model og de centrale principper, der danner grundlag for kognitiv adfærdsterapi med børn og unge. Derudover finder forskningen, at kvaliteten af caseformulering øges i takt med klinisk erfaring og træning (Esbjörn et al., 2015b).

Effekt

Der er fundet to studier af effekter af Caseformuleringsbaseret behandling: Lundkvist-Houndoumadi et al., 2016 og Esbjörn et al., 2015b. Begge effektstudier er baseret på før-efter målinger, og der er således ikke identificeret effektstudier med en kontrolgruppe, der ikke modtager en indsats.

CEBU ved Århus Universitet (Lundkvist-Houndoumadi et al., 2016) lavede i 2016 et studie, som undersøgte, hvorvidt caseformuleringsbaseret behandling kunne bruges til børn/unge (9-17 år), hvor Cool Kids behandlingen var ineffektiv. Ud af de 106 unge i studiet var 16 non-

responders til Cool Kids-indsatsen. Heraf accepterede 14 unge at få caseformuleret behandling. Resultaterne viste, at 42,9 % var frie for alle angstdiagnoser lige efter behandlingen, og efter 3 måneders opfølgning var 64,3 % frie for alle angstdiagnoser.

En undersøgelse med forskellige former for Caseformuleringsbaseret behandling fra Danmark viser positiv effekt ved behandling af angst hos børn og unge med caseformuleringsbaseret behandling (CB) (Esbjörn et al., 2015b). I undersøgelsen deltog 54 danske børn i alderen 7-12 år med angst som primær diagnose. Heraf blev 26 tilfældigt tildelt en version af caseformuleringsbaseret behandling kaldet co-facilitator. Yderligere 28 blev tildelt en anden version af Caseformuleringsbaseret behandling kaldet co-client. De to versioner er kendetegnet ved:

Caseformuleringsbaseret behandling kaldet co-facilitator:

- Forældrene er primært tiltænkt en rolle i forhold til at facilitere barnets udvikling
- Indsatsen består af to familiesessioner målrettet barn og forældre og 12 behandlings-sessioner målrettet barnet
- Forældrene understøtter undervejs og efter endt behandling barnets udvikling
- Indholdsmæssigt er behandlingsformen baseret på kognitiv adfærdsterapi og indeholder følgende elementer: caseformulering, psykoedukation, angst og forebyggelse af tilbagefald.

Caseformuleringsbaseret behandling kaldet co-client:

- Forældre er primært tiltænkt en rolle som klient i lighed med barnet
- Indsatsen består af to familiesessioner målrettet barn og forældre, 6 behandlingssessioner målrettet barnet og 6 behandlingssessioner målrettet forældrene
- Forældrene understøtter undervejs og efter endt behandling barnets udvikling
- Indholdsmæssigt er behandlingsformen baseret på kognitiv adfærdsterapi og indeholder følgende elementer: caseformulering, psykoedukation, angst og forebyggelse af tilbagefald. Desuden indeholder denne version følgende supplerende elementer: undgåelsesadfærd, kognitiv omstrukturering, herunder forældres overinvolvering, samt fokus på at nedsætte negativitet i forældre-barn-relationen.

Resultaterne fra studiet viste, at 50 % af de børn, der deltog i caseformuleringsbaseret behandling, var frie af deres primære angstdiagnose efter endt behandling. Ved endt behandling var flere af de børn, der deltog i co-facilitator udgaven, frie af deres angst, sammenlignet med den anden form for forældreinddragelse. Ved 6 måneders opfølgning var 62 % af de børn, der deltog i behandlingen, hvor forældre inddrages som co-facilitators, frie af alle angstdiagnoser (Esbjörn et al., 2015b).

2.2.4 Cool Kids/Cool Kids Chilled

Cool Kids/ Cool Kids Chilled er kognitivt adfærdsterapeutisk behandlingsprogram for børn/unge med angstlidelser. Programmet stammer fra et lignende australsk program fra Macquarie University. Programmet er oversat dansk på Angstklinikken på Psykologisk Institut, Aarhus Universitet. Målgruppen for Cool Kids er børn i alderen 6-12 år, mens målgruppen for Cool Kids Chilled er 13-18 år. Fælles for begge målgrupper er, at de har angst som deres primærdiagnose.

Målgruppe

Målgruppen for Cool Kids er børn i alderen 6-12 år, som har angst som deres primærdiagnose. Cool Kids Chilled er en udvikling af programmet til 13-18-årige også med angst som primærdiagnose. Programmet er generisk og retter sig bredt mod behandling af børn/unge med alle former for angstlidelser (Perrini et al., 2013; Arendt, Thastum & Hougaard, 2016). Hvis primærdiagnosen er en anden end angst, eks. depression eller adfærdsforstyrrelser, så skal denne behandles inden angstbehandlingen sættes i gang (Rapee et al., 2006).

Metode

Formålet med programmet er, at børn og forældre i fællesskab lærer bedre måder at håndtere angst på. Forældrene er i Cool Kids med i behandlingen og er tiltænkt en aktiv rolle, mens de i Cool Kids Chilled har en mere støttende rolle (Rapee et al., 2006).

I forløbet får forældre og barn eller den unge viden om angst og om barnets/den unges udfordringer, samtidig med at de lærer fx at udvikle en plan for, hvordan de kan håndtere angst i konkrete situationer med forskellige redskaber. Forløbet består som udgangspunkt af 10 gruppemøder af 2 timers varighed og med et opfølgende møde efter 3 måneder (Angstklinikken).

Cool Kids og Cool Kids Chilled findes både i en gruppebaseret og i en individuel udgave. Programmerne er tilpasset forskellige målgrupper, men indeholder ellers de samme kernekomponenter. Cool Kids' gruppeformat er udgangspunktet for nedenstående beskrivelse af kerneelementer. En gruppe vil oftest bestå af 4-8 familier, der er sammensat, således at der tages højde for børnenes alder og udviklingsniveau (Rapee et al., 2006; Thastum et al., 2012).

Forløbet er manualbaseret, og hvert møde er beskrevet i manualen. Sessionerne er generelt bygget op efter følgende skabelon (Vidensportalen):

- Hele gruppen introduceres til dagens tema og tilbageblik på familiernes arbejde siden sidst (5 minutter)
- Terapeuten har adskilt tid med børnegruppen (30-50 minutter)
- Terapeuten har adskilt tid med forældregruppen (45-60 minutter)
- Fælles opsamling og gennemgang af hjemmeopgaver til næste gang (15 minutter) (Rapee et al., 2006).

Sessionerne har følgende temaer:

1. Psykoedukation
2. Realistisk tænkning
3. Forældre til et barn med angst
4. Eksponering
5. Kreativ eksponering – håndtering af følelser
6. Identifikation af problemer og vanskeligheder
7. Sociale færdigheder og assertion
8. Vedvarende fremskridt
9. Måloverblik og det sidste skub
10. Fastholdelse – og hvordan man tackler tilbagefald (Thastum et al., 2012; Rapee et al., 2006).

Implementering

Cool Kids-programmet er udviklet i Australien og er efterfølgende implementeret i flere forskellige lande, samt oversat til tyrkisk, svensk, islandsk, kinesisk, koreansk, spansk og dansk. I 2010 blev programmet oversat til dansk og bearbejdet af Angstklinikken på Aarhus Universitet. Det er efterfølgende afprøvet på en universitetsklinik og i almen klinisk praksis (Arendt, Thastum & Hougaard, 2016; Jónsson et al., 2015).

CEBU – Center for Psykologisk Behandling til Børn og Unge har indført certificering af professionelle, der ønsker at benytte Cool Kids-programmerne. Certificeringen sker i samarbejde med Centre for Emotional Health, Macquarie University, Sydney, Australien, der oprindeligt udviklede Cool Kids-programmerne. For at blive certificeret skal behandleren være psykolog eller psykiater, gennemføre kursuset, bestå eksamen samt modtage supervision. Andre faggrupper kan deltage i kurset samt få bevis for kursusdeltagelse, men kan ikke opnå certificering.

Effekter

Et australsk RCT-studie af Cool Kids-programmet med 112 børn i alderen 7-16 år viste signifikant positiv effekt af programmet sammenlignet med indsatser uden elementer af kognitiv adfærdsterapi (Hudson et al., 2009). Studiet viste, at 68,6 % af børnene i indsatgruppen var frie for deres angstdiagnose ved opfølgningen 6 måneder efter, mens dette var tilfældet for 45,5 % i sammenligningsgruppen.

Et dansk studie af Cool Kids som gruppebehandlingsforløb, hvor 87 børn deltog, viste, at lige efter behandlingen var 46 % af børnene frie for de mest alvorlige lidelser, og 37 % var frie for alle angstdiagnoser. 3 måneder efter behandlingen var 60 % frie for de mest alvorlige angstdiagnoser og 53 % for alle angstdiagnoser (Jónsson et al., 2015)

Effekten af det danske Cool Kids/Cool Kids Chilled-program er undersøgt af forskere fra Århus Universitet (Arendt, Thastum & Hougaard, 2016). I et randomiseret kontrollerede forsøg deltog 109 danske børn og unge i alderen 7-16 år. Studiet viste, at 48 % af indsatsgruppen var frie af alle deres angstdiagnoser. For børnene, der var randomiseret til venteliste, var andelen 5,7 %. Resultaterne viser desuden, at effekten af behandlingen var vedligeholdt et år efter afsluttet behandling.

Øvrige bemærkninger

Der er udviklet et **Cool Little Kids**-program, der er særlig interessant i denne vidensafdækning, fordi det har til formål at forebygge psykiske lidelser som angst og depression. Programmet er målrettet børn mellem 3-6 år, der er i risiko og udviser ængstelig adfærd.

Cool Little Kids er udviklet på Macquarie University og oversat til dansk på CEBU. Programmet forløber over seks sessioner med et indholdsmæssigt fokus på psykoedukation, samt hvordan børnene kan opbygge selvsikkerhed og udvikle færdigheder, der hjælper dem med at håndtere angst og andre negative følelser under opvæksten. Dette sker med hjælp fra forældrene (Perini et al., 2013, Angstklinikken). Programmet kan gennemføres i gruppe- eller individuel version.

Sessionerne er bygget op i stil med Cool Kids/Cool Kids Chilled-programmerne. Hver session starter med et oplæg fra psykologen, hvor teorien bag sessionstema bliver gennemgået sammen med eventuelle hjemmeopgaver. Herefter diskuteres temaet i plenum, og der er afsat tid til, at temaet kan relateres eller anvendes på familiens egen problematik gennem øvelser eller arbejdsark. I slutningen af sessionen gennemgås eventuelt hjemmearbejde.

Effekten af programmet er endnu ikke undersøgt, men CEBU arbejder på dette.

2.2.5 Cool Kids Chilled Out

Chilled Out er et kognitivt adfærdsterapeutisk internetprogram til behandling af unge i alderen 13-17 år med angstlidelser. Det terapeutiske indhold i Chilled Out Online er sammenligneligt med indholdet i face-to-face behandlingsprogrammer som Cool Kids Chilled.

Metode

Chilled Out programmet er baseret på kognitiv adfærdsterapi og har ligesom i de andre programmer fokus på at udvikle nye handlestrategier og gradvis eksponering.

Forløbet er på 8 online moduler a ca. 35 minutters varighed hver i et forløb på 14 uger. Selve programmet består af hjemmearbejde, hvor den unge bruger interaktive internetbaserede eksempler, øvelser og informationsvideoer. Dette materiale bliver tilgået hjemmefra og med støtte fra egne forældre.

Implementering

Der er udviklet en terapeutmanual, der forudsætter, at terapeuten har kendskab til kognitiv adfærdsterapi samt træning i terapeutiske teknikker. Det anbefales, at terapeuten har erfaring i at arbejde med unge og familier (Lyneham et al., 2010; Rapee et al., 2006). Der er udviklet en terapeutmanual, der understøtter terapeuten i arbejdet med indsatsen. Derudover er der udviklet et onlinebaseret program og et arbejdshæfte for den unge samt et hæfte for forældre, som skal guide forældrene til at understøtte den unges udvikling (Lyneham et al., 2006; Wuthrich, 2013).

Effekt

Et RCT-studie fra CEBU fra 2019 (Stjerneklar et al., 2019) har undersøgt den danske version af Chilled Out programmet på danske unge. I studiet deltog 70 13-17-årige unge med angstlidelser. De blev randomiseret til enten at modtage 14 ugers behandling med Chilled Out Online eller til at stå på venteliste i samme tidsrum. Studiet viste, at 40 % af de unge i indsatsgruppen blev frie af deres primære angstdiagnose, sammenlignet med 16 % af unge i kontrolgruppen. Derudover blev 29 % af de unge i behandlingsgruppen frie af alle deres angstdiagnoser, mens dette var tilfældet for 3 % af de unge i kontrolgruppen. Studiet viser desuden, at de forbedringer, som de unge havde opnået lige efter behandlingsafslutningen, var vedligeholdt et år efter endt behandling.

2.2.6 DU – Mestringskurs for ungdom

Mestringskurs for ungdom (DU) er en gruppebaseret indsats for unge i alderen 14-20 år med lette eller moderate depressionssymptomer. Indsatsen er udviklet i Norge og har til formål at reducere symptomer, forebygge udvikling af depression og forebygge tilbagefald. Det teoretiske grundlag for DU er kognitiv adfærdsterapi.

Målgruppe

DU er målrettet unge 14-20 år med lette eller moderate depressionssymptomer. Indsatsen anbefales ikke til unge med misbrug, ADD, ADHD, bipolare lidelser og unge med vag affekt regulering.

Metode

Formålet med indsatsen er at mindske symptomerne og forebygge tilbagefald. I indsatsen lærer de unge om faktorer, der øger risikoen for nedtrykthed og depression, samt mestringsstrategier, der mindsker symptomer og mindsker sandsynligheden for tilbagefald. Der er fokus på, at deltagerne skal lære at genkende deres reaktioner, så de kan forudse og handle på dem med de nye værktøjer, som de får igennem forløbet.

Indsatsen er gruppebaseret og består af 10 sessioner og er som regel med 8-12 deltagere. Sessionerne er ugentlige og varer 2,5 time inkl. en halv times pause. De sidste to sessioner (session 9 og 10) afholdes 3 og 6 uger efter session 8 og varer 1,5 time. Forløbet varetages af en kursusleder og en hjælper.

Temaerne i sessionerne i DU-indsatsen er:

- Hvordan følelser opstår
- Situationer og tanker, der kan lede til depression
- Brug af tanker til at styre følelser
- Brug af handlinger til at styre følelser
- Udvikling af mere hensigtsmæssigt tankemønster
- Træning af positiv tænkning
- Forbedring af social kontakt
- Mestringsstrategier og brug af kognitive teknikker til at påvirke tanker, følelser og adfærd
- Session 9 og 10 handler om brug af metoderne i dagligdagen og afslutning af forløbet.

Indsatsen er beskrevet i en manual til kursuslederne, hvor der er fokus på det teoretiske grundlag, gode råd til den praktiske gennemførelse af sessionerne og oplæg til emnerne på de enkelte sessioner. Derudover er der også et arbejdshæfte til deltagerne, der beskriver de teknikker, øvelser og opgaver, der indgår i indsatsen (Wergeland, Skotheim & Kvello, 2016).

Implementering

For at blive certificeret i DU skal man som minimum have en bacheloruddannelse inden for et relevant område. Selve certificeringen består af et forløb på 40 timer, der strækker sig over en uge, hvor der veksles mellem teori og træning.

Ud over materialet til kursuslederen og de unge er der også udviklet et evalueringsskema til kursushjælperen, der bruges til at give feedback til kursuslederen om, hvorvidt forløbet gennemføres i henhold til manualen (Wergeland, Skotheim & Kvello, 2016).

Effekt

Der er gennemført et studie i Norge, hvor der indgår opfølgning 6 måneder efter endt forløb. Resultaterne viser en signifikant nedgang i depressionssymptomerne i løbet af indsatsen og et yderligere fald i symptomerne ved opfølgningen 6 måneder efter. Resultaterne viste, at 57 % af deltagerne havde en reduktion af symptomer på 6 point målt ved Beck Depression Inventory (BDI), hvilket vurderes som en klinisk signifikant ændring. Men studiet anvender ikke en kontrolgruppe, og der er et stort frafald, så det antages, at ændringerne er overestimeret (Wergeland, Skotheim & Kvello, 2016).

2.2.7 FRIENDS for Life

FRIENDS for Life er et kognitivt adfærdsterapeutisk program for angst hos børn og unge. Det originale program er udarbejdet af Paula Barrett (Barrett, 2004) og oversat til en række andre lande. Indsatsen er tiltænkt grupper, hvor børnene eller de unge lærer af hinanden, men det kan også tilrettelægges som et individuelt forløb. I disse forløb inddrages forældrene eller søskende i højere grad i forløbet (Barrett, 2004).

Målgruppe

I Norge er der to versioner af programmet, en til børn i alderen 8-12 år og en til unge i alderen 12-15 år, som forebyggelse eller behandling af alle former for angst (Ungsinn, 2018).

Beskrivelse

FRIENDS for Life er baseret på kognitiv adfærdsterapi og har tre kerneelementer: fysiologi, kognition og læring. Fysiologi handler om at genkende og forstå kroppens reaktioner på angst og lære deltagerne afslapningsøvelser. Igennem den kognitive adfærdsterapi lærer deltagerne om negative tankemønstre og negativ egen vurdering, samt hvordan de kan bruge positiv selvinstruktion og egen belønning til at ændre de negative tanker. Læringskomponenten fokuserer på at hjælpe deltagerne til at blive bedre til at problemløse og derigennem blive bedre til at mestre deres angst (Ungsinn, 2018).

Der er udarbejdet en manual til terapeuterne, der beskriver, hvordan programmet skal gennemføres, samt en arbejdsbog til deltagerne. Manualen giver instruktion til hver session samt opgaver, der skal gennemføres i sessionen og derhjemme. Gennemføres programmet for en gruppe er sessionerne 90 minutter med 6-8 deltagere, mens sessionerne i et individuelt forløb generelt er 60 minutter. Bogstaverne i FRIENDS beskriver de syv trin i de programmer, som børnene eller de unge skal igennem.

- **Følelser:** være opmærksom på egne og andres følelser
- **Rolig og afslappet:** Bruge afspænding og afslapningsøvelser
- **Indre hjælpsomme tanker:** At snakke positivt til sig selv – kaldet grønne tanker
- **Et trin af gangen på trappetigen:** Eksponering/problemløsning
- **Når jeg kan belønne mig selv:** Belønning for indsats og opnåelse af mål
- **Det er øvelse, der gør mester:** Nødvendigheden af øvelse og repetition
- **Smil og ha' det godt:** Brug af støttegruppe/socialstøtte eller rollemodeller.

Der er også to sessioner, hvor forældrene deltager. Programmet lægger vægt på at inddrage forældrene, så forældrene kan øve eksponering derhjemme og snakke om opgaverne i arbejdshæftet. Hensigten er at styrke kommunikationen i familien og forældrenes rolle som rollemodeller. Forældrene deltager i slutningen af hver session, hvor hjemmeøvelserne planlægges. Derudover er der opfølgningssessioner 1 måned og 3 måneder efter forløbets afslutning.

Implementering

Der er udarbejdet en implementeringsplan, der beskriver oplæring, vejledning, standarder for implementeringskvalitet og systematisk evaluering. Uddannelsen i FRIENDS for Life tager 5 dage. Herefter er der 30 timers vejledning (Haugland, Rogde & Bjåstad, 2012).

Effekt

FRIENDS for Life er blevet undersøgt i to norske effektstudier (Martinsen et al., 2009; Wergeland et al., 2014). Det første er et pilotstudie, som viste en generel tilfredshed med programmet hos forældrene og børnene. Det andet er et RCT-studie med venteliste design (N = 182) med børn/unge i alderen 8-15 år med angstdiagnoser. I studierne er der estimeret effekter af gruppebaseret og individuel intervention. Studiet fandt positiv signifikante effekter af begge interventionsformer, idet 20-25 % af børnene/de behandlede unge helt slap ud af angstlidelsen, mens det kun var tilfældet for 2,6 % i kontrolgruppen.

2.2.8 LÆR AT TACKLE

LÆR AT TACKLE er et program, som i én version er målrettet unge i alderen 15-25 år med angst og/eller depression, men som også kan bruges i andre aldersgrupper og med andre problemstillinger. Kurset kan bruges i forhold til borgergrupper med: langvarig/kronisk sygdom, symptomer på angst/depression, kroniske smerter, langvarig sygdom, pårørende til brogere med langvarig sygdom (Kusier et al., 2019). LÆR AT TACKLE angst og depression har til formål at lære unge at håndtere angst- og depressionssymptomer i dagligdagen og de udfordringer, der ellers kan være i en hverdag med angst og depression.

Målgruppe

Målgruppen for kurset LÆR AT TACKLE angst og depression for unge er unge 15-25-årige, der har angst og/eller depression. Ifølge Sundhedsstyrelsen behøver de unge ikke have en diagnose for at være i målgruppen for indsatsen (Sundhedsstyrelsen, 2016). En evaluering fra 2019 belyser kursets målgruppe i 39 kommuner og viste, at 24 % af kursisterne havde høj angst og 39 % svær depression, mens 52 % havde moderat angst, og 23 % havde moderat depression. 32 % havde desuden én eller flere andre diagnoser end angst og/eller depression (Kusier et al., 2019).

Metode

LÆR AT TACKLE er et manualbaseret mestringsprogram, som er baseret på kognitiv indlæringspsykologi. Indsatsen er teoretisk funderet i Albert Banduras mestringsprogram og hans begreb self-efficacy, dvs. den enkeltes tro på egne evner og handlinger i forhold til at sætte mål og nå dem (Bandura, 1997). Det blev udviklet ved Stanford University i USA og bliver udbudt i af 2 ud af 3 kommuner i Danmark. Kurset varer 6-7 uger med én ugentlig mødegang af 2,5 time. Der er typisk 12-16 deltagere. (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017).

Formålet med LÆR AT TACKLE er, at deltagerne lærer at håndtere deres symptomer og mestre hverdagen med en langvarig sygdom eller symptomer. Målet med indsatsen er derfor at:

- styrke personlige ressourcer til aktiv egenomsorg
- give redskaber til at tackle daglige udfordringer
- øge den enkeltes oplevelse af at have kontrol og livskvalitet i hverdagen.

Kurserne ses som et supplement til den behandling, rådgivning og undervisning, der i øvrigt finder sted (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017).

Der er i sessionerne fokus på at opbygge den enkeltes tro på egne evner til at kunne håndtere sin situation (self-efficacy), derfor tager de udgangspunkt i fire centrale undervisningsmetoder, der skal være med til at styrke troen på egne evner:

- Tilegnelse af færdigheder, fx at opstille mål og nå dem via handleplaner og problemløsning
- Revurdering af symptomer
- Brug af rollemodeller
- Brug af gruppedynamik.

Eksempler på temaer på kurserne:

- At genkende symptomer
- Muskelafspænding og afledning
- Vanskelige følelser og kommunikation
- At sætte mål – lave handleplaner
- At løse problemer og træffe beslutninger
- Håndtering af træthed, smerte og åndenød
- Samarbejde med sundhedsvæsenet (Komiteen for Sundhedsoplysning, u.å.).

To certificerede instruktører leder undervisningen på kurserne, hvoraf mindst én, og typisk begge to, er peer-støttegivere. Det vil sige, at de selv har eller har haft den pågældende situation tæt inde på livet. Indholdet på de enkelte sessioner er beskrevet i en undervisningsmanual. Der indgår ikke opfølgningssessioner i indsatsen, men Komiteen for Sundhedsoplysning anbefaler, at deltagerne bliver tilbudt at deltage i et netværk efter endt forløb. Ud over undervisningsmanualen er der udviklet kursusbøger til deltagerne samt en app til deres personlige handleplan. Herudover er der udarbejdet manualer til instruktørerne samt en håndbog til koordinatorene (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017).

Implementering

Kvalitative analyser fra syv kommuner peger på, at en forankring af indsatsen på tværs af forvaltninger og institutioner fremmer rekrutteringen af kursister til LÆR AT TACKLE angst og depression for unge. Det kan være en fordel at forankre indsatsen i forvaltninger/institutioner, hvor de unge har deres daglige gang (Kusier et al., 2019).

For at blive instruktør skal man gennemføre et 4-dages instruktørkursus og afholde to kurser i sin organisation, fx kommunen, hvor vedkommende bliver vejledt og vurderet. Undervisningen af instruktørerne varetages af masterinstruktører, der har modtaget 5 dages masterinstruktør-uddannelse og er rekrutteret af Komiteen for Sundhedsoplysning (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017). Herefter modtager instruktøren et certifikat.

Komiteen for Sundhedsoplysning har indgået en licensaftale med Stanford University i USA, således at de kan udstede licens til kommuner og organisationer, der ønsker at udbyde kurser. Udbyderne af kurser forpligter sig til at:

- anvende kursusprogrammet i sin helhed og benytte det nyeste kursusmateriale
- benytte uddannede instruktører
- indberette antal afholdte kurser og antal kursister, der gennemførte/faldt fra
- kvalitetssikre programmet ved at anvende det i overensstemmelse med retningslinjer for kvalitetssikring, herunder fx at kursusdeltagerne skal have mulighed for at evaluere kurset skriftligt

- udpege en koordinator for de kurser, som udbydes, samt en økonomisk ansvarlig (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017).

Instruktørerne skal revurderes efter 2 år, og det anbefales, at instruktørerne deltager i et 1-dags metodekursus inden revurderingen. Instruktørerne skal løbende notere feedback i en udviklingsbog fra masterinstruktørerne som en del af kvalitetssikringen.

Alle kurser afsluttes med en evaluering. De enkelte kommuner eller organisationer indsamler selv data og kan lave lokale rapporter. Derudover udgiver Komiteen for Sundhedsoplysning årligt nationale rapporter for hvert af kursisterne, hvilket gør det muligt at sammenligne den enkelte organisation med samlede nationale data (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2017).

Effekt

Et dansk RCT-studie (Sundhedsstyrelsen, 2016) vurderede effekten af LÆR AT TACKLE angst og depression til voksne (18+). Der indgik på 853 borgere i studiet. De blev randomiseret således, at 567 borgere fik LÆR AT TACKLE, og 286 kom på venteliste. Resultaterne viser, at der er små signifikante positive effekter af indsatsen. Ved baselinemålingen havde 12 % af deltagerne en meget lav symptombyrde i form af minimal depression og lav angst. Ved afslutningen af forløbet havde flere oplevet forbedring, idet det her var 35 % af deltagerne i indsatsgruppen og 25 % i kontrolgruppen, der havde en meget lav symptombyrde.

Et andet dansk evalueringsstudie (Kusier et al., 2019) har undersøgt effekten af LÆR AT TACKLE angst og depression for unge i alderen 15-25 år. Evalueringen bygger på en spørgeskemaundersøgelse, som deltagerne besvarer ved forsamtalen, sidste kursusmodul og 5 måneder efter kursusstart. 483 unge i 39 kommuner deltog i den første måling ved forsamtalen. Besvarelsesprocenten var 67 % ved sidste kursusmodul og 33 % ved opfølgningen 5 måneder efter kursusstart. Resultaterne viser et statistisk signifikant fald i de unges depressionsscore og i deres angstscore. Faldet i de unges angstscore er ligeledes statistisk signifikant 5 måneder efter kursusstart. Analyse viser, at faldet i angst- og depressionssymptomer er højest blandt kursister med en høj symptombyrde ved baseline. Ligeledes finder studiet en signifikant positiv udvikling i self-efficacy. Det er vigtigt at holde for øje, at der ikke er en kontrolgruppe i studiet, men virkningen er målt ved før- og eftermåling, og derfor er resultaterne behæftet med en vis usikkerhed.

2.2.9 Metakognitiv terapi

Metakognitiv terapi er en behandlingsform målrettet børn med generaliseret angst, oprindeligt er den udviklet til voksne (kilde: Vidensportalen). Et barns tankemåde kan fastholde negative følelser og opfattelser. Formålet er at lære barnet at håndtere sin angst ved at identificere og udfordre sine tanker om tanker. Center for Angst på Københavns Universitet har udviklet en manual til metakognitiv terapi for børn, og det er denne indsats, der beskrives herunder.

Målgruppe

Målgruppen er 7-13-årige med generaliseret angst som primærdiagnose og deres forældre (Esbjörn, Reinholdt-Dunne & Normann, 2016; Esbjörn et al., 2015a).

Metode

Indsatsen er baseret på metakognitions teori i hvilken grundantagelsen er, at tanker om egne tanker (metakognitioner) bestemmer tankerne (kilde: Vidensportalen). Tilgangen inden for

metakognitiv terapi er således, at det ikke er tilstedeværelsen af negative tanker, som er grunden til, at man får angst og depression, men snarere den tid, der bruges på at bearbejde og bekymre sig om de negative tanker. En uhensigtsmæssig ændring i tanke- og opmærksomhedsmønstre (også kaldet kognitiv opmærksomhedssyndrom) består oftest i bekymringer og grublerier, en fikseret opmærksomhed på trusler og negative følelser og uhensigtsmæssig håndtering heraf, hvilket kan forværre udfordringerne (Esbjörn et al., 2015a).

Både metakognitioner og det kognitive opmærksomhedssyndrom er derfor i fokus i behandlingen af angst. I behandlingen lærer man at identificere og udfordre metakognitioner. Metakognitiv terapi hjælper barnet med at stoppe de uhensigtsmæssige tankeprocesser, og barnet indlærer strategier til at håndtere de negative tanker. Der arbejdes således med de processer, der er involveret i tænkning, idet barnet lærer at identificere de tanker, der udløser bekymringsprocesser og lærer at lade disse tanker være. Dette trænes gennem en række teknikker som bl.a. opmærksomhedstræning og detached mindfulness (DM-teknik).

Indsatsen består af to forældre workshops af 2 timers varighed, 8 gruppesessioner for børnene af 2 timers varighed og 1 frivillig 'booster-workshop'. Booster-sessionen er målrettet potentielle tilbagefald (Esbjörn et al., 2015a).

For hver af de 8 børnefokuserede gruppesessioner er der et specifikt formål, som er udgangspunkt for indholdet af sessionen. Der er desuden løbende hjemmeopgaver i tilknytning til indholdet i sessionen, som barnet skal løse. I forbindelse med den sidste session er hjemmeopgaven, at barnet fortsat skal implementere den nye plan (Esbjörn et al., 2015a).

Indholdet i forældreworkshops

De to forældreworkshops ligger forud for barnets 1. og 5. session. Formålet med disse forældreworkshops er at introducere forældrene til den metakognitive tilgang og det kognitive opmærksomhedssyndrom. Desuden diskuteres, hvad der kan være med til at opretholde angsten, og hvorledes forældrene håndterer barnets angst (Esbjörn et al., 2015a).

Frivillig booster-session

Formålet er, at forældre og barnet i samarbejde udarbejder en plan for at undgå tilbagefald. Den fælles opgave efter booster-sessionen er at arbejde på baggrund af denne plan (Esbjörn et al., 2015a).

Implementering

Center for Angst udgav i 2016 manualen '*Metakognitiv terapi til børn med angst*', der beskriver behandlingen målrettet til børn med generaliseret angst, og hvordan denne kan tilpasses målgruppen. Manualen henvender sig til professionelle psykologer, psykiatere og andre professionelle, der har en terapeutisk grunduddannelse og har erfaring med at arbejde med børn og unge med psykiske lidelser (Esbjörn, Reinholdt-Dunne & Normann, 2016).

Det er vigtigt, at materialet og teknikken skal tilpasses barnet, da metakognitiv terapi ud fra Wells' metakognitive terapiform arbejder på et højt abstraktionsniveau. Konkretisering af materialet er dermed afgørende, når man anvender behandlingsformen til børn (Esbjörn, Reinholdt-Dunne & Normann, 2016).

Effekter

Center for Angst har foretaget en effektundersøgelse af indsatsen (N = 38) (Esbjörn, Reinholdt-Dunne & Normann, 2016). Resultaterne viser, at 68,4 % af børnene ikke længere havde nogen

form for angstdiagnose ved afslutningen af behandlingen. I studiet indgår ikke en kontrolgruppe, og antallet af deltagere er relativt lavt, og det kan således ikke konkluderes, at metakognitiv terapi for børn med angst er mere effektiv end andre terapiformer.

Et senere studie også foretaget på Center for Angst på KU (Walczak et al., 2019), viste blandt 63 børn mellem 7-14 år, at metakognitiv terapi var effektiv behandling i forhold til generaliseret angst (i et før/efter studie). Studiet sammenligner CBT og metakognitiv terapi og finder, at CBT er den mest effektive, især for børn med mere alvorlige symptomer.

2.2.10 Mind My Mind

Psykiatrifonden har bidraget til udvikling og afprøvning af en tidlig indsats Mind My Mind til børn og unge i alderen 6-16 år med tegn på angst, depression og adfærdsvanskeligheder. Mind My Mind er opbygget i moduler af kognitive og adfærdsterapeutiske metoder, og der er fokus på børnene og de unges tanker, følelser og adfærd og om at ændre på disse, så de ikke griber forstyrrende ind i børnenes dagligdag (Jeppesen, 2015).

Målgruppe

Målgruppen er børn og unge i alderen 6-16 år med tegn på angst, depression og/eller adfærdsvanskeligheder. Mind My Mind er en tidlig indsats, og en del af børnene og de unge vil derfor kun have tegn på angst eller depression og ikke en diagnose.

Metode

Mind My Mind-træning er et individuelt forløb for barnet/den unge og forældre med 9-13 sessioner over 13 uger. Det samlede antal og fordelingen af sessioner til børn og forældre afhænger af behov. Efterfølgende er der mulighed for at få 2 booster sessions hhv. 4 og 8 uger efter afsluttet træningsforløb.

Mind My Mind hviler på en manual, der beskriver en sekvens af moduler og metoder, hvor de enkelte metoder kan anvendes i varierende omfang afhængigt af behovet hos barn/forældre. Manualen skal ikke følges rigidt, men tilpasses efter det enkelte barn og dets forældres aktuelle behov. Uanset omfanget af forældreinvolvering er barnet det primære mål for interventionen.

Overskrifter for træning af barn med angst:

- Psykoedukation om angst og den kognitive diamant (cirkelmetoden)
- Følelsetermometer
- Tankemetoder og omstrukturering af tanker
- Detektivtænkning
- Forældresession
- Eksponering
- Problemløsning
- Perspektivtagning og træning af sociale færdigheder
- Opsamling og nye mål.

Overskrifterne for træning af barn med depression:

- Psykoedukation om depression
- Forældresession
- Positiv dagbog
- Problemløsning
- Adfærdsaktivering
- Tankemetoder og omstrukturering af tanker
- Om ruminationer
- Afslapningsøvelser
- Perspektivtagning og træning af sociale færdigheder
- Opsamling og tilbagefaldsforebyggelse.

Børn eller unge med tegn på depression skal bl.a. arbejde med aktiviteter, der påvirker deres humør positivt, så de får positive oplevelser. Ved symptomer på angst arbejdes der med, at forskellige tanker i den samme situation kan føre til forskellige følelser og adfærd, så barnet eller den unge lærer at håndtere sin frygt.

Derudover arbejdes der i hver session med opsamling på hjemmeopgaver og forberedelse af næste ugens hjemmeopgaver, og der anvendes belønningssystemer både i sessionerne og i hjemmet. Forældrene tilbydes mindst en times psykoedukation uden deltagelse af barn eller den unge. Forældrene kan enten være til stede under hele sessionen eller kun ved start og slut. Dette afhænger tilpasses barnet/den unge og familien.

Implementering

Første udgave af manualerne er udviklet i foråret 2015 og afprøves i de igangværende studier. Træningen og supervisionen i forhold til indsatsen og brugen af manualerne udføres af psykologer fra pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR), og supervisionen udføres af psykologer fra den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Derudover er målet at skabe en landsdækkende supportorganisation i Psykiatrifonden.

Effekt

Psykiatrifonden i samarbejde med Helsingør, Holstebro, Næstved og Vordingborg Kommune har foretaget et stort RCT-studie, der inkluderer 396 børn i skolealderen med tidlige tegn på angst, depressive symptomer og/eller adfærdsvanskeligheder. Børnene er randomiseret tilfældigt til en af de to behandlingsgrupper for at undersøge effekter og omkostninger ved Mind My Mind-træning versus TAU. Resultaterne viser positive signifikante effekter af indsatsen, både målt vha. SDQ impact score (SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire (Goodman et al., 1998) og ændringer i angst, depressionssymptomer og skolefravær (Jeppesen et al., 2021). For eksempel findes det, at reduktionen på SDQ impact score er på 2,34 point for deltagergruppen (udgangspunktet var 4,12) og 1,23 for kontrolgruppen (udgangspunktet var 4,21). Det vil sige, at den estimerede effekt er 1,1.

2.2.11 Mindfulness-baserede interventioner

Mindfulness-baserede interventioner har til formål at træne og udvikle evnen til at rette opmærksomheden mod nuet. Når man er "mindful", rettes opmærksomheden mod observation af følelser, tanker og sansninger, og det er centralt, at man accepterer det, man observerer, og

dermed bliver man bedre til at mestre stressende og angstfremkaldende situationer. To af de metoder inden for mindfulness, som ofte anvendes i forbindelse med angstproblematikker, er mindfulness-baseret stress reduktion (MBSR) og mindfulness-baseret kognitiv terapi (MBCT) (se Segal et al., 2002).

Målgruppe

Mindfulness kan anvendes bredt i behandling af børn og unge med alle former for angstlidelser. Det anbefales at tilpasse forløbet til deltagernes alder (Bluth et al., 2016). De to varianter MBSR og MBCT anvendes til børn og unge med forskellige angstrelaterede vanskeligheder.

Metode

Mindfulness-træning består i udførelse af opmærksomhedsøvelser, som udvikler evnen til at rette opmærksomheden mod nuet. I mindfulness betragtes opmærksomheden som en muskel, der bliver stærkere, når den trænes. Opmærksomheden rettes mod observation af følelser, tanker og sansninger. Det handler således om at skifte fra "autopilot" til at have den fulde opmærksomhed på sine sanser, dvs. føle, høre, se, lugte og smage. Det er vigtigt, at de tanker, følelser og sansninger, man observerer, accepteres uden at vurdere eller bedømme det, man oplever (Semple & Burke, 2012).

Accepten kan betyde, at børn og unge bliver bedre til at mestre stressende og angstfremkaldende situationer, og således styrkes den psykiske modstandskraft i forhold til at møde udfordringer i livet.

Der er forskellige metoder inden for mindfulness, fx mindfulness-baseret stress reduktion (MBSR) og mindfulness-baseret kognitiv terapi (MBCT). I både MBSR og MBCT kan øvelserne være rettet mod åndedrætsmeditation, kropsmeditation og situationsmeditation. For begge typer af terapi er de centrale elementer:

- Sessioner med en uddannet mindfulness-underviser
- Daglige mindfulness-øvelser
- Fokus på accept frem for forandring.

MBCT integrerer desuden et element af kognitive teknikker. Det betyder, at der i MBCT fokuseres på de humørrelaterede kognitive følelsesmæssige og psykologiske mønstre (Semple & Burke, 2012). Typiske mindfulness-forløb består af 8-12 sessioner af en varighed på 40-90 minutter, og derudover kræves daglig træning hjemme.

Indholdet i en mindfulness-sektion består af følgende elementer (Greco & Hayes, 2008):

- **Undervisning.** Underviseren fortæller bl.a. om grundregler i mindfulness.
- **Guidning gennem mindfulnessøvelser.** Underviseren fortæller om de forskellige mindfulness-øvelser og guider disse. Øvelserne kan være kropsskanning, åndedrætsmeditation, visualisering, øvelser med fokus på sansninger.
- **Gruppediskussioner og erfaringsudveksling på holdet.** I hver sektion er der mulighed for at stille spørgsmål og dele erfaringer på tværs af holdet.
- **Introduktion til hjemmeøvelser.** Børnene eller de unge instrueres i de mindfulness-øvelser, som de skal lave hjemme.

En udfordringen i MBSR og MBCT er, at den daglige træning af mindfulness er vigtig. Forskningen viser, børn let kan glemme at øve sig i mindfulness derhjemme. En måde at håndtere dette kan være små huskesedler, der minder børnene eller de unge om øvelserne. En anden måde er involvering af forældrene, så mindfulness bliver en naturlig del af hverdagen (Semple & Burke, 2012). Belønninger som farverige klistermærker eller egen personlig mindfulness-notesbog kan også være med til at understøtte, at børnene eller de unge får lavet øvelserne derhjemme. Endelig skal der være fokus på, at det tager tid at blive mindful, og at tålmodighed derfor er vigtig (Greco & Hayes, 2008).

Implementering

I tilrettelæggelsen af et mindfulness-forløb bør følgende overvejes:

- Holdstørrelsen
- Antal og længde af sektioner
- Typen af mindfulness-øvelser, så som åndedræts- og kropsmeditation samt mindfulness under daglige gøremål, fx under brusebadet eller måltiderne
- Materialer i form af bøger, CD'er m.m.

Der er forskellige anbefalinger i forhold til antal sessioner og holdstørrelse alt efter hvilken af de to metoder, der vælges. Forskerne bag Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) for børn anbefaler et forløb bestående af 8 sektioner af 40-90 minutter med 8-30 deltagere. Øvelserne må vare 1 minut for hvert af barnets leveår. Eksempelvis kan et barn på 10 år udføre mindfulness-øvelser, som varer 10 minutter. Forskerne bag Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) anbefaler, at holdstørrelsen ikke bliver større end 8, da børn kræver mere opmærksomhed end voksne. Derudover består forløbet af 12 sektioner.

Undervisere med stor erfaring med mindfulness kan gøre det lettere for børnene at lære mindfulness, da de kan forstå børnenes oplevelse af mindfulness og respondere på det, børnene fortæller. Det er vigtigt, at underviseren har særlig fokus på sproget, der anvendes, når mindfulness undervises til børn og unge (Greco & Hayes, 2008):

- Sproget bør altid tilpasses børnenes alder
- Instruktionerne bør være korte
- Børn kan have glæde af brugen af billedsprog i øvelserne
- I stedet for at kræve deltagelse bør underviseren indbyde til deltagelse
- Der bør anvendes åbne spørgsmål, når der tales om børnenes oplevelse af mindfulness.

Det anbefales, at børn og unge ikke får tilbudt ens mindfulness-forløb, men at dette tilpasses deltagerne. Forløbet kan også justeres undervejs ved brug af deltagerne feedback (Bluth et al., 2016).

Effekter

Der eksisterer en række systematiske reviews og metaanalyser, som dokumenterer effekten af mindfulness over for børn og unge med angst.

Et systematisk forskningsreview (Zoogman et al., 2015) af 20 studier om mindfulness-indsatser til børn/unge. Resultatet af reviewets metaanalyse er, at mindfulness har signifikante positive effekter af moderat størrelse – specielt for udfaldsmål for psykiske symptomer. Ligeledes viser

studiet, at især kliniske studier, dvs. studier hvor de deltagende har angstlidelser, finder, at mindfulness er effektiv. I reviewet er der inkluderet både RCT-studier, OCT-studier og studier uden kontrolgruppe (før- og eftermålinger).

Kallapiran (Kallapiran et al., 2015) fandt ud fra 15 RCT-studier, at mindfulness-baserede interventioner kan være effektiv for børn og unge med mentale sundhedsproblemer og kan formindske stress, angst og depressive symptomer. Dette gælder både for studier foretaget i kliniske og ikke-kliniske omgivelser.

Dunning et al. (2019) udfører metaanalyse på 33 studier af mindfulness-baserede interventioner for børn og unge, der alle har benyttet RCT-design. Studiet finder signifikante effekter for en række udfaldsmål, bl.a. opmærksomhed, depression, angst og stress. Størrelserne for disse effekter rapporteres til at være små til moderate. De finder desuden indikation på, at der er forskelle i graden af effektiviteten for forskellige aldersgrupper og "doseringer" af mindfulness.

2.2.12 Neuroaffektiv Udviklingspsykologisk Struktureret Social Aktivitet (NUSSA)

NUSSA er udviklet med udgangspunkt i teorien om den neuroaffektive udviklingspsykologi. Den neuroaffektive udviklingspsykologi er en teori udviklet af Hart (2006). Tilgangen søger at lave brobygning mellem tilknytningsteori, udviklingspsykologi og hjerneforskning.

Den neuroaffektive tilgang arbejder ud fra en antagelse om, at hjernen er tredelt i:

- **det autonome nervesystem** (kropssansningerne), der regulerer de vitale organers funktion. Det sansemæssige niveau skal være tilstrækkeligt udviklet, for at man kan mærke sin krop.
- **det limbiske system** (følelserne), der håndterer følelser, omsorg og pleje. Disse funktioner bygger oven på sansehjernens funktioner og afhænger derfor af, at det autonome nervesystem er tilstrækkelig udviklet.
- **det kognitive system** (tænkningen), der håndterer sprog, abstrakt tænkning, meningsdannelse, socialisering og evnen til at mentalisere. Tilstrækkelig udvikling af det autonome nervesystem og det limbiske system er en forudsætning for mentaliseringsevnen.

Interventionen bygger på idéen om, at når der arbejdes med de tre systemer i en følelsesmæssig afstemt proces, vil der ske en integration af de tre systemer, og de neurale netværk i hjernen vil udvides. Det bærende element for disse processer er "mødeøjeblikke", hvor det er centralt, at alle tre dele af nervesystemet bliver mødt, helet og integreret. Dermed sikres det, at oplevelser ikke kun lagres som tanker – men at oplevelserne også erfarer kropsligt og følelsesmæssigt. Denne evne til både at sanse, føle, tænke og handle i overensstemmelse med dette øger barnets psykiske robusthed.

Den neuroaffektive tilgang er ikke en specifik metode, men metodevalget bør afhænge af den givne situation. Neuroaffektiv terapi omsættes dog alligevel til det psykoterapeutiske arbejde og præsenterer forslag til, hvordan man kan skabe personlighedsmæssige udviklingsprocesser i det nervesystem, som ifølge teorien er under opbygning hos barnet. Terapien bygger på den grundlæggende udviklingspsykologiske forståelse, at barnet har brug for anerkendelse og følelsen af samhørighed for at udvikle sig følelsesmæssigt. Det kræver fx, at barnets primære voksne er emotionelt tilgængelige, og at barnet oplever en accept af egne følelser (Hart, 2006).

Hvis et menneskes evne til at affektregulere, mentalisere og indgå i sociale relationer har lidt skade pga. fx et traume eller svigt, kan forskellige former for målrettede interventioner bidrage

til, at barnet udvikler andre måder at relatere på. Dette skyldes, at hjernen er meget plastisk, og med den rette forståelse og støtte er menneskets nervesystem ikke fuldstændig fastlåst. Legen har vist sig meget betydningsfuld i terapiarbejdet med børn, idet barnet afprøver grænser og lærer nyt i en tryk sammenhæng.

NUSSA skaber et miljø, der fremmer børns muligheder for emotionel og social udvikling. NUSSA har til formål at opbygge børnenes følelsesmæssige, personlige og sociale ressourcer gennem struktureret leg, så børnene øger deres relationelle ressourcer og selvindsigt og bliver mere robuste over for psykiske stressfaktorer. Metoden har fokus på tre overordnede indsatsområder: affektregulering, mentalisering og sociale relationer.

Målgruppe

NUSSA som indsats retter sig til børnegrupper på henholdsvis 3-6 år, 6-9 år og 9-12 år, hvori der fremgår variation alt efter aldersgruppen. NUSSA er rettet mod børn, der har det svært i forhold til indsatsområderne: affektregulering, mentalisering og sociale relationer (Madsen et al., 2014).

Metode

Metoden bygger på neuroaffektiv terapi og udviklingspsykologi. NUSSA-metoden består af to hovedelementer: Det ene hovedelement er et gruppebaseret legeprogram på 18 sessioner. I gruppen er der 8-10 børn og 2-3 NUSSA-terapeuter tilknyttet. Det andet hovedelement er tilgangen, der er baseret på principperne om struktur, faste rammer, tydelighed, medbestemmelse og LANE (Leg, Accept, Nysgerrighed, Empati).

- **Struktur og faste rammer:** Forudsigelighed af struktur og rammer er en forudsætning for, at der kan arbejdes med de mikrorytmer, som skaber emotionelle forandringsprocesser. For eksempel fastsætter børn og terapeuter i fælleskab gruppens regler ved første session. Reglerne bidrager til at fastsætte rammerne for sessionen, og det skaber tryghed for børnene. Desuden skaber den gentagne struktur genkendelighed og forudsigelighed omkring hver session, hvilket betyder, at børnene hurtigt føler sig trygge i programmet.
- **Tydelighed:** Med tydelighed menes fx tydelige instruktioner, som forbereder børnene på aktiviteterne, men også tydeligt kropssprog og mimik fra NUSSA-terapeuterne. Derudover er det vigtigt, at rollefordelingen blandt terapeuterne er tydelig.
- **Medbestemmelse:** Børnene skal have lov at være med i aktiviteterne på deres egen måde, og det skal respekteres, at de har forskellige ressourcer at bidrage med. Derudover inddrages så mange af børnenes idéer som muligt.
- **Leg:** Det er centralt, at tilgangen er leg – og at sessionerne foregår legende, og at interaktionen foregår med entusiasme.
- **Accept:** Børnenes følelser og subjektive oplevelser skal mødes med accept.
- **Nysgerrighed:** Terapeuterne skal udvise nysgerrighed i forhold til børnene som individer og i forhold til børnenes adfærd.
- **Empati:** Det vil sige indlevelse i børnenes situation, og at man giver udtryk for det.

NUSSA består af et legeprogram med 18 trin fordelt på 4 trin på 4 niveauer samt en indledning og afslutning. Hvert trin består af en række lege og aktiviteter, der tager hensyn til barnets nærmeste udviklingszone. Hvert trin rummer specifikke mål for, hvornår børnegruppen er parat til at gå op til næste trin og næste niveau.

- **Indledning:** Første trin handler om at opbygge en tryk relation i gruppen.
- **Niveau 1: Rytme, synkronisering og ramsjang (trin 2-5):** Formålet er at hjælpe børnene med at regulere deres arousal-niveau, mærke forskel på behag og ubehag og synkronisere sig i kontakt med såvel trænerne som de andre børn.
- **Niveau 2: Mine, dine og vores følelser (trin 6-9):** Formålet er at hjælpe børnene med at kunne mærke positive og negative følelser samt at turde vise deres følelser over for både trænerne og de andre børn.
- **Niveau 3: Stoppe op, mærke efter, føle og tænke (trin 10-13):** Formålet er at hjælpe børnene med at stoppe op og kunne styre deres impulser.
- **Niveau 4: Tænke og føle klart i forhold til sig selv og andre (trin 14-17):** Formålet er at hjælpe barnet med at mentalisere over sig selv og sine relationer med andre uden for NUSSA-gruppen og de større spørgsmål og overvejelser, som livet giver.
- **Afslutning (trin 18):** Der er fokus på, hvad børnene synes, de har lært, hvad de er tilfredse eller utilfredse med, og hvilke ønsker de har for fremtiden.

Hver session varer 60 minutter og er opbygget omkring følgende struktur:

1. Indledende rundkreds, herunder repetition af gruppens regler
2. Dagens leg – rolleleg eller samarbejdskrævende leg
3. Dagens centrale aktivitet – oftest en tegneaktivitet
4. Afsluttende rundkreds.

Implementering

Der er udviklet en manual og en hjemmeside, som man får adgang til som en del af uddannelsen. Hjemmesiden indeholder materiale og musik til de forskellige lege og øvelser. NUSSA kurset varer 7 dage, men består af to gange 3 dage samt en opfølgingsdag med 2-3 måneder imellem, således at det i alt tager 4 måneder at blive uddannet. I forbindelse med uddannelsen er det muligt at købe materialekassen, som består af alle de rekvisitter, der skal anvendes i legene på de forskellige trin.

Der er ingen krav om en terapeutisk baggrund for at kunne deltage i kurset, men det anbefales, at man er uddannet lærer, pædagog, PPR-psykolog eller på anden vis har erfaring med at arbejde med børn.

Effekter

Der er foretaget en effektevaluering for implementering af NUSSA i Varde Kommune (Varde Kommune, 2014), der konkluderer, at NUSSA-forløbet har haft en positiv effekt på deltagernes mentale trivsel).

Evalueringen er lavet som en før- og eftermåling, så der indgår ingen kontrolgruppe. Desuden er N lavt, idet det kun er 23 børn, der har modtaget indsatsen. Det er således et relativt svagt studiedesign, og der er brug for mere solid forskning af indsatsen.

Indsatser over mobiltelefon

Undersøgelser har vist, at en barriere for at opsøge hjælp og modtage behandling kan være, fordi de unge er bange for at blive udstødt blandt deres kammerater eller utrygge ved at skulle tale om deres psykiske problemer med andre. Derfor er der de senere år udviklet flere indsatser, der foregår via mobiltelefonen.

Målgruppe

Mobilindsatser er hovedsagligt rettet mod unge. Whittaker et al. (2017) beskriver en intervention baseret på kognitiv adfærdsterapi til forebyggelse af depression blandt 13-17-årige. Indsatsen, som er beskrevet og evalueret i Kauer et al., (2012), er rettet mod unge mellem 14-24 år med milde eller mere alvorlige følelsesmæssige eller mentale sundhedsproblematikker.

Metode

Behandlingsindsats på mobilen

Whittaker et al. (2017) beskriver en CBT-baseret intervention til forebyggelse af depression, som fungerer via en app til mobiltelefonen. De unge modtager sms- og mms-beskeder indeholdende videoer og tegneserier.

Monitoreringsindsats på mobilen

Indsatsen, som er beskrevet og evalueret i Kauer et al., (2012), anvendes til at følge den unges psykiske belastning. Indsatsen understøtter den unges forståelse af eget mentale helbred, og desuden kan lægen få indsigt i den unges symptomer (Kauer et al., 2012; Ottosen et al., 2018b).

De unge skal indtaste oplysninger om psykisk belastning, coping strategier og daglige aktiviteter flere gange dagligt samt deres spise-, sove-, bevægelses-/træningsmønstre og alkohol- og cannabisbrug en gang dagligt. Målet er, at de unge bliver mere opmærksomme på deres følelser og derigennem får mulighed for at handle på dem tidligere ved hjælp af coping strategierne.

Implementering

Terapeuterne, der varetager indsatsen, blev på forhånd trænet i brug af app'en og tilhørende hjemmeside. Derudover er der udarbejdet en manual til terapeuterne, der beskriver procedurerne omkring indsatsen, oplysninger om mail og telefonsupport samt psykoedukation om depression, der både er tilgængeligt for terapeuten og den unge.

Effekter

Et RCT-studie (N = 855) fra New Zealand har undersøgt effekten af mobilindsatsen (Whittaker et al. 2017) og fandt ingen signifikant effekt af indsatsen på depression, hverken lige efter interventionens afslutning eller 12 måneder efter interventionen.

Et RCT-studie (N = 163) fra Australien har undersøgt effekten af mobilindsatsen (Kauer et al., 2012) og fundet en relativt stor signifikant positiv effekt af indsatsen på depression ved forøgelsen i de unges emotionelle selvbevidsthed. Evalueringen viser, at monitoreringen kan hjælpe de unge til at være mere opmærksomme på deres følelser og tanker.

Et review undersøger evidensen for indsatser via mobiltelefoner (Punukollu & Marques, 2019). De identificerer kun 4 kvalitetsstudier. Studiet finder generelt, at indsatserne ikke giver signifikante resultater, og konkluderer, at der er brug for flere effektstudier på området.

2.2.13 Internet-delivered cognitive behavioral therapy (ICBT)

Det svenske Internet-delivered cognitive behavioral therapy (ICBT) bygger på kognitiv adfærdsterapi. Målgruppen er 8-12-årige med angst som primærdiagnose (Vigerland et al., 2016; Jolstedt et al., 2018). Derudover anbefales den internetbaserede CBT som et alternativ til børn der bor i landområderne i Sverige og derved ikke nødvendigvis kan modtage regulær CBT-behandling (Jolstedt et al., 2018).

Målgruppe

Målgruppen er 8-12-årige med angst som primærdiagnose. Programmet henvender sig ikke til børn, der ud over angsten har en autisme eller ADHD-diagnose.

Metode

Indsatsen er et 10-12 uger langt forløb med 11 moduler guidet af en terapeut. ICBT defineres som en delt børn-forældre indsats, da 7 af modulerne er tilrettelagt i forhold til forældrene og 4 moduler er tilrettelagt til børnene. Forældrene arbejder med deres moduler først, så de kan hjælpe barnet, når de skal i gang med deres moduler. Modulerne til børnene er en kortere og lettere tilgængelig udgave af forældremodulerne.

Modulerne er opbygget, så forældrene i uge 1-2 arbejder med:

1. Psykoedukation om følelser og angst
2. Psykoedukation om angst og CBT
3. Psykoedukation om mål og eksponeringsstrategier
4. Introduktion til eksponering og coping strategier
5. Introduktion til belønningssystem
6. Introduktion til problemløsning.

I uge 2-3 arbejder børnene med:

7. Psykoedukation om angst
8. Psykoedukation om eksponering, mål og planlægning af eksponering (trappetigen)
9. Planlægge eksponering og coping strategier (vejtrækning og afslapning).

I uge 4-9 er der ingen moduler, der arbejder familien med eksponeringsøvelserne og rapporterer fremskridtene til terapeuten.

I uge 10 har forældrene og barnet hver et modul:

10. Problemløsning og fastholdelsesplan (forældre)
11. Følge op på mål og fastholdelsesplan (barn).

Ud over modulerne bliver familierne desuden tilbudt tre telefonopkald til en terapeut samt feedback på hjemmearbejde. Der er desuden mulighed for flere telefonopkald fra terapeuten, hvis det er nødvendigt (Vigerland et al., 2016). Generelt er terapeutens rolle at afklare tvivlsspørgsmål i forhold til materialet, holde motivationen oppe hos familierne samt hjælpe med at løse problemer, hvis det er nødvendigt.

Implementering

Terapeuterne i denne indsats er oftest uddannet psykolog eller uddannet inden for KAT (Vigerland et al., 2016).

Inaktivitet eller manglende deltagelse er en af de ting, som flere studier sætter fokus på er vigtigt at håndtere (Vigerland et al., 2016; Jolstedt et al., 2018). I studiet gennemført af Jolstedt et al. (2018) er terapeuterne i tvivl om, hvornår de skal afslutte ICBT-forløb og sætte et andet forløb i gang, da de fandt det svært at vurdere, hvorvidt børnene arbejdede med opgaverne, hvis de ikke var aktive på den mobile platform. Terapeuterne i RCT-studiet i Sverige (Vigerland

et al., 2016) gav udtryk for samme problemstilling. Derudover fandt de, at en del af de børn og familier, der faldt fra, kunne have haft gavn af en tættere kontakt med terapeuterne.

Effekt

I Sverige er der lavet et RCT-studie, hvor familierne blev randomiseret til enten at modtage ICBT eller være på venteliste (Vigerland et al., 2016). Der deltog 93 børn i alderen 8-12 år og 182 forældre. Resultaterne viste, at 20 % i behandlingsgruppen var frie for deres primær angstdiagnose sammenlignet med 7 % i kontrolgruppen. Ved opfølgningen 3 måneder efter endt behandling var 50 % i behandlingsgruppen frie for deres primære angstdiagnose. Her er der ikke mulighed for at sammenligne med kontrolgruppen, og der var et frafald på 15 %, hvilket skal tages med i betragtning, når resultaterne tolkes.

3 Tværgående elementer

I dette afsnit opsummeres og sammenlignes indsatserne, som er beskrevet i afsnittet ovenfor. Formålet med denne sammenligning er at belyse forskelle og ligheder mellem indsatserne – og herunder identificere de tværgående elementer, der kendetegner de indsatser, som har vist sig mest virksomme. Det skal understreges, at dette er en identifikation af tværgående elementer i indsatserne, hvor der er fundet en effekt i solide effektmålingsstudier. Det vides derfor ikke, om det er de tværgående elementer, der giver effekten, da det ikke er undersøgt særskilt.

Med afsæt i beskrivelserne i forrige afsnit, opsummeres og sammenlignes indsatserne først. Dernæst identificeres og beskrives de tværgående kerneelementer for de virksomme indsatser.

3.1 Opsummering og sammenligning

Tabel 3.1 indeholder en summarisk oversigt af beskrivelserne for alle de indsatser, der er inkluderet i denne oversigt og beskrevet i kapitel 2.

Tabel 3.1 Oversigt over de inkluderede indsatser

| Navn | Målgruppe Alder | Målgruppe diagnose | Teoretisk tilgang | Kerneelementer | Primær metode | Evidens for effektivitet |
|------------------------------------|---------------------|--|------------------------------------|---|--|--|
| Back2School | 6-16 år (skolebørn) | Børn og unge med omfattende skolefravær evt. pga. angst, depression, social fobi eller mobning | Kognitiv adfærdsterapi | Psykoedukation Caseformulering Udarbejdelse af "SMART"-mål Eksponeering Forebyggelse af tilbagefald | Samtaler mellem psykolog, barn og forældre Forældretræning Samarbejde med skolen Brug af motivationsværktøj "Trappestigen" | 1 RCT positiv effekt – ikke publiceret endnu |
| Biblioterapi | 6-12 år | Angst | Kognitiv adfærdsterapi | Psykoedukation Forældretræning Kognitiv omstrukturering Eksponeering Responshindring Forebyggelse af tilbagefald | Individuel Samtaler mellem psykolog, barn og forældre Forældretræning "Trappestigen" | 2 RCT'er Positiv effekt |
| Caseformuleringsbaseret behandling | Fra 7 år | Angst | Kognitiv adfærdsterapi Mestring | Caseformulering Psykoedukation Arbejde med følelser og tanker Omstrukturering af tanker Eksponeering Forebyggelse af tilbagefald | Individuelt Individualiseret handlingsplan | 2 før- og eftermålinger Positiv effekt |
| Chilled out | 13-17 år | Angst | Kognitiv adfærdsterapi | Psykoedukation Kognitiv omstrukturering Eksponeering Forebyggelse af tilbagefald | Internetbaseret Forældrestøttet "Trappestigen" | 1 RCT Positiv effekt |
| Cool Kids | 6-12 år | Angst | Kognitiv adfærdsterapi | Psykoedukation Forældretræning Kognitiv omstrukturering Eksponeering Responshindring Forebyggelse af tilbagefald | Individuelt med forældre Gruppebaseret med forældre Forældretræning "Trappestigen" | 3 RCT Positiv effekt |

| Navn | Målgruppe Alder | Målgruppe diagnose | Teoretisk tilgang | Kerneelementer | Primær metode | Evidens for effek- tivitet |
|-----------------------------|----------------------|---|---|--|--|---|
| Cool Kids Chilled | 13-18 år | Angst | Kognitiv adfærdsterapi | Psykoedukation Forældretræning Kognitiv omstrukturering Eksponering Forebyggelse af tilbagefald | Individuelt med forældre /Gruppe- baseret med forældre Forældretræning "Trappestigen" | 1 RCT positiv effekt |
| DU Mestringskurs for ungdom | 14-20 år | Lette eller mode- rate depressi- onssymptomer | Kognitiv adfærdsterapi | Psykoedukation Omstrukturering af tanker Positiv tænkning Mestringsstrategier | Gruppebaseret | 1 før- og eftermå- ling Positiv effekt Stort frafald |
| FRIENDS for Life | 8-12 år, 12-15 år | Angst | Kognitiv adfærdsterapi | Psykoedukation Positiv tænkning Fysiologi/afspænding Kognition | Gruppebaseret eller individuelt Delvis forældredeltagelse | 1 RCT for Norge, positiv effekt både for individuel og gruppebaseret |
| ICBT | 8-12 årige | Angst | Kognitiv adfærdsterapi | Psykoedukation Eksponering Copingstrategier Fastholdelse | Internetbaseret Delt børn-forældre "Trappestigen" | 1 RCT Positiv effekt |
| LÆR AT TACKLE | 15-25 år | Angst, depres- sion | Kognitiv indlæringspsy- kologi, mestring | Opbygning af "self-efficacy" Udarbejdelse af handleplaner Afspænding Mestring | Gruppebaseret Brug af rollemodeller og gruppedy- namik | 1 RCT viser signifi- kante effekter 1 før- og efterstudie viser positiv effekt |
| Metakognitiv terapi | 7-13 år | Generaliseret angst | Metakognition | Håndtering af negative tanker Opmærksomhedstræning Detached mindfulness | Gruppebaseret Forældreworkshops | 2 før- og efterstu- dier med lavt N Positiv effekt |
| Mind My Mind | 6-16 år | Angst, depres- sion og/eller ad- færdsvanske- ligheder | Kognitiv adfærdsterapi, Adfærdsterapi | Psykoedukation om bl.a. den kog- nitive diamant Omstrukturering af tanker Eksponering Afslapningsøvelser | Individuelt med forældre | Igangværende RCT studie, endnu ingen resultater |

| Navn | Målgruppe Alder | Målgruppe diagnose | Teoretisk tilgang | Kerneelementer | Primær metode | Evidens for effektivitet |
|---|-----------------------------|---|--|---|--|--|
| Mindfulness-baserede interventioner | Tilpasses til aldersgruppen | Angst, stress | Opmærksomhedstræning, evt. med elementer af kognitiv terapi (MBCT) | Opmærksomhedstræning Meditation Mestring | Gruppebaseret Opmærksomheds-øvelser Daglig hjemmetræning | 3 systematiske reviews finder positive effekter af moderat størrelse |
| Mobiltelefon – behandlingsindsats (Whittaker, 2017) | 13-17 år | Depression | Kognitiv adfærdsterapi | Modtager SMS og MMS | App-baseret | 1 RCT Ingen effekt |
| Mobiltelefon – monitoreringsindsats (Kauer, 2012) | 14-24 år | Følelsesmæssige og mentale sundhedsproblematikker | Selvmonitorering | Psykoedukation Forståelse af eget mentalt helbred og følelser ESA (Emotionals Self Awareness) Selvmonitorering | Monitorering via mobil Dialog med egen læge Lavt "trin" i stepped care | 1 RCT Positiv effekt |
| NUSSA | 3-6 år, 6-9 år og 9-12 år | Angst, depression, traumeramte | Neuroaffektiv terapi og udviklingspsykologi | Regulering af arousal-niveau Opmærksomhed på egne følelser Impulsstyring Mentalisering Leg, Accept, Nysgerrighed, Empati (LANE) | Gruppebaseret leg | 1 før- og efterstudie med lavt N |

Af beskrivelserne og tabel 3.1 ses det, at størstedelen af indsatserne retter sig mod børn og unge, der lider af angst, mens en mindre del har børn og unge med depression som målgruppe (i de fleste tilfælde, hvor en indsats retter sig mod depression, retter de sig også mod angst). Ud fra de inddragede studier er det således svært at konkludere, hvilke indsatser der er effektive i behandlingen af børn med depression. Det skal også bemærkes, at angst hos børn og unge kan være et symptom på mange forskellige forhold, fx mobbekultur i skolen eller ustabile forhold i hjemmet, ligesom det kognitive problem kan være knyttet til autisme eller ADHD, og dette forholder de beskrevne indsatser sig ikke i særlig høj grad til.

I forhold til målgruppernes alder retter 5 af indsatserne sig mod børn fra alderen i alderen 6-12 år, og 6 retter sig mod unge ældre end 12 år. 4 af indsatserne retter sig mod et større aldersspænd, fx alderen 6-16 år, evt. i form af tilpassede programmer til aldersgruppen. Af de beskrevne indsatser er det kun NUSSA, der kan benyttes til børn i børnehavealderen, idet der findes en version af legeprogrammet til 3-6-årige, men der findes altså ingen dokumentation for effekten heraf. Som tidligere nævnt er programmet Cool Little Kids ligeledes udviklet til aldersgruppen 3-6 år, men der findes endnu ingen effektstudier af indsatsen.

Det ses, at den dominerende teoretiske tilgang i de inkluderede indsatser er kognitiv adfærdsterapi (KAT) evt. i kombination med andre elementer som fx opmærksomhedstræning/mindfulness. Mængden af identificeret evidens for effekten af de inkluderede studier er overordnet set sparsom. For en række af de KAT-baserede interventioner er der foretaget effektmåling ved hjælp af RCT-design. Disse studier finder generelt signifikant positive effekter af indsatsen, omend der kun er identificeret få studier (1-3) af hver enkelt indsats. For de mindfulnessbaserede interventioner er der fundet 3 systematiske review, der konkluderer, at der er positive effekter af moderat størrelse af disse indsatser på både angst og depression.

Ud over de karakteristika ved de forskellige indsatser, som er beskrevet i tabel 3.1, adskiller indsatserne sig også fra hinanden ud fra, hvor indgribende de er. Således vil indsatser, der er baseret på relativt "løse" koncepter (som fx organiseret leg), være mindre indgribende end de mere manuelfaste koncepter, og det er hensigtsmæssigt at overveje, hvilke børn der har brug for og gavn af forskellige typer af indsatser. Desuden er der store forskelle i kravene til terapeuternes faglige forudsætninger. Disse krav rangerer fra en (relevant) bachelorgrad med et efterfølgende 3 dages kursus til en længere efteruddannelse oven på en uddannelse som psykiater eller klinisk psykolog.

3.2 Beskrivelse af tværgående kerneelementer

I dette afsnit identificeres og beskrives de kerneelementer, der er kendetegnende for de indsatser, som er fundet at have signifikant positive effekter for deltagerne. Dette gøres hovedsageligt ud fra tabel 3.1, hvoraf kerneelementerne i de enkelte indsatser fremgår, samt ud fra hvilke indsatser, som har vist sig at være virksomme. Der er tale om en identifikation af kerneelementerne på tværs af indsatserne, men det er ikke undersøgt, hvorvidt det er det enkelte kerneelement eller sammensætningen af elementer i den konkrete indsats, der giver effekten.

Identificerede tværgående kerneelementer i de virksomme indsatser:

- Psykoedukation
- Udarbejdelse af handleplaner og målsætning
- Kognitiv omstrukturering

- Eksponering
- Mestring
- Involvering af familie
- Forebyggelse af tilbagefald.

Kernelementerne afspejler i høj grad elementerne i forløb, der er baserede på kognitiv adfærdsterapi. Dette er ikke overraskende, eftersom en stor del af de beskrevne indsatser er delvist eller helt baserede på kognitiv adfærdsterapi, og at det i høj grad er i disse indsatser, der findes bedst evidens for positive effekter.

Herunder beskrives de udvalgte kerneelementers indhold og virkemåde.

Psykoedukation

Indhold

Psykoedukation er undervisning/formidling af viden for personer med sindslidelse og/eller deres pårørende. Formålet er at formidle viden om den pågældendes psykiske lidelse, udbredelsen af lidelsen, om indsatsen og forskellige tiltag, som indgår i behandlingen, fx sociale tiltag. Psykoedukation spiller ofte en vigtig rolle i begyndelsen af et terapiforløb og er i de beskrevne indsatser inkluderet i form af læring om selve lidelserne angst og depression. Desuden indgår psykoedukation fx i forbindelse med introduktion af de forskellige elementer i behandlingen.

Ved psykoedukation tilegnes en fælles forståelse af lidelsen, og deltagerne får en forståelse af terapeutens tilgang. Psykoedukation sigter også mod at gøre det lettere at acceptere at have en lidelse, fx ved formidlingen om udbredelsen af lidelsen og mulighederne for bedring i tilstanden (Vidensportalen).

Udarbejdelse af handleplaner og målsætning

Indhold

Opsættelse af (realistiske) delmål for indsatsen og fremdriften i behandlingen indgår i flere indsatser. Målene kan være i form af opnåelse af specifikke kompetencer og/eller specifikke adfærdændringer. Et centralt redskab til udarbejdelsen af handleplaner er "trappetige"-tænkningen. Ved brug af denne tilgang sættes graduerede mål for, hvilken fremdrift behandlingen gerne skal have – ofte udmøntet i meget specifikke handlinger.

Virkemåde

Udarbejdelsen af handleplaner og opsættelse af (del-)mål anskueliggør mulighederne for bedring i løbet af indsatsen og kan evt. motivere til at fastholde indsatsen. Ved udarbejdelsen af handleplanen i fællesskab mellem behandler, barnet/den unge og evt. forældre får behandleren desuden et større indblik i barnets problemer og symptomer.

Kognitiv omstrukturering

Indhold

Kognitiv omstrukturering sigter mod at identificere de negative automatiske tanker barnet/den unge har i angstsituationer og hjælper til ændring af den måde barnet/den unge tænker, når angstsituationer opstår.

Der analyseres fx en oplevet episode, hvor barnet netop har oplevet angst eller ubehag. Ved identifikation og analyse af de angste tanker, der opstod i situationen, får barnet/den unge indsigt i, hvordan tænkningen ofte indebærer en overvurdering af sandsynlighed og farlighed

ved situationen, og at dette producerer, øger og vedligeholder angst. Dernæst findes forslag til og afprøves alternative tanker, der ikke udløser eller forværrer angsten. (Englyst & Trillingsgaard, 2005; Rosenberg, 2005).

Virkemåde

Ved omstrukturering af tanker får barnet/den unge hjælp til at tænke mere konstruktivt og opbygge alternative tanker, der er beroligende og realistiske i den konkrete situation, og til at øve sig i at mobilisere disse tanker i forhold til katastrofetankerne.

Eksponering

Indhold

Eksponering vil sige planlagt, gentagen systematisk udsættelse for situationer, som volder angst eller anden ubehag.

Eksponering kan foregå "in vivo" eller være forestillingsbaseret – eller evt. en kombination heraf. Øvelserne skal være planlagte, strukturerede og forudsigelige og vil ofte have et element af gentagelse. Typisk vil processen for eksponeringen følge en graduering, fx trinnene i "trappestigen". Hvert trin gennemføres mange gange, og angsten eller ubehaget skal være væsentligt reduceret, inden der fortsættes til næste trin. Oftest vil eksponering "in vivo" foretages som hjemmearbejde imellem sessionerne (Rosenberg, 2005).

Virkemåde

Når barnet/den unge eksponeres for en given situation, erfares, at den – imod forventning – ikke har ubehagelige/katastrofale konsekvenser. Når eksponeringen gentages, vil angstreaktionen derfor mindskes og til sidst udeblive, og dermed vil barnet/ den unge have tilegnet sig en følelse af mestring. Således brydes tendensen til undgåelse af en given situation (Rosenberg, 2005; Vidensportalen).

Mestring

Indhold

Begrebet mestring (på engelsk coping) anvendes om at have udviklet strategier og handlemåder, der kan benyttes til at håndtere svære eller ubehagelige situationer.

Virkemåde

Ved at have udviklet og benyttet alternative handlingsstrategier forbedres barnets eller den unges evner til at kunne håndtere disse situationer. Når barnet/den unge har udviklet alternative handlingsstrategier og formår at anvende disse succesfuldt i konkrete ubehagelige situationer, tilegnes en følelse af evnen til mestring. De voksne omkring barnet eller den unge understøtter mestring ved at udvise forståelse for det udfordrende ved de svære situationer og barnet eller den unges eksisterende mestringsstrategier (Vidensportalen).

Involvering af forældre

Indhold

Forældrene involveres i behandlingen og deltager i samarbejdet med terapeuten og barnet. (Øvrig familie, som fx søskende, kan også være en del af samarbejdet). Involveringen kan være af forskelligt omfang og karakter.

Forældre kan være involveret i behandlingen på flere måder. I nogle indsatser deltager de i møder/sessioner sammen med barnet, og i andre er der specifikke sessioner for forældre. Andre former for involvering kan være uden deltagelse i selve behandlingen, fx ved læsning af materiale udviklet til forældrene. Forældrene kan være involveret i at støtte barnet i træningen af eksponering og i mestringsstrategier. Involvering kan også være af mere støttende karakter, som fx opbakning og hjælp til løsning af hjemmeopgaver, støtte i relation til barnets motivation, vedligeholdelse af ændringer og forebyggelse af tilbagefald (Englyst & Trillingsgaard, 2005).

Virkemåde

Når forældre involveres i behandlingen, fx ved deltagelse i møder og sessioner sammen med barnet eller i specifikke sessioner for forældre, vil de kunne få bedre forståelse for barnets situation og lidelse, fx via psykoedukation. De vil dermed forbedre deres muligheder og kompetencer i forhold til at støtte og hjælpe barnet i hverdagen. Også i indsatser, hvor forældrene ikke deltager i sessioner eller workshops, kan det være fordelagtigt, hvis de involverer sig i indsatsen ved fx at hjælpe barnet/den unge med at huske at få lavet hjemmeopgaver/træning.

Forebyggelse af tilbagefald

Indhold

I sidste del af forløbet adresseres risiko for tilbagefald, og hvorledes de indlærte strategier fastholdes for at forebygge sådanne tilbagefald.

I tilbagefaldsforebyggelsen orienteres om den mulige midlertidige tilbagevendelse af symptomer. Der undersøges og analyseres situationer, der vil kunne fremkalde symptomer, og der udvikles og aftales strategier til håndtering af sådanne situationer. Forældrene kan få en central rolle med at identificere tegn på genopdukken af symptomer og med at huske barnet på de indlærte strategier i de konkrete situationer, når indsatsen er afsluttet (Englyst & Trillingsgaard, 2005).

Virkemåde

Ved at have adresseret risikoen for tilbagefald og aftalt, hvordan barnet/den unge kan agere, hvis der igen forekommer symptomer, vil opståen af sådanne situationer være mindre overraskende. Samtalen om symptomernes eventuelle tilbagevenden og strategier til håndtering heraf vil desuden udgøre en synliggørelse og repetition af de indlærte strategier (Englyst & Trillingsgaard, 2005).

4 Afsluttende bemærkninger

I denne vidensafdækning har vi kortlagt viden om en række tidlige indsatser rettet mod børn og unge med angst eller depression. Størstedelen af indsatserne retter sig mod børn og unge, der har angst, mens en mindre del har børn og unge med depression som målgruppe. Indholdet i de sociale indsatser er beskrevet, og vi har indsamlet og præsenteret evalueringer og effektmålinger af de sociale indsatser. I den tværgående analyse har vi ved sammenligning af de teoretiske tilgange, metoder og resultater af effektmålinger identificeret 7 tværgående kerneelementer, der karakteriserer de beskrevne, virksomme indsatser. Den viden, der er tilvejebragt i denne vidensafdækning, vil kunne indgå i vurderingen af, om der er grundlag for at igangsætte et arbejde med at videreudvikle og udbrede udvalgte indsatser rettet mod målgruppen. Som nævnt tidligere er de enkelte kernelementer ikke evalueret, og det kan derfor ikke konkluderes, at de skaber effekten. Samtidig vil det i det videre arbejde være relevant i højere grad at inddrage viden om målgruppen og krav til uddannelse, certificering mv., da dette har betydning for indsatsernes effekt og implementerbarhed.

Det skal bemærkes, at de indsatser, som er inddraget og beskrevet i denne kortlægning, er udvalgt i samarbejde med rekvirenten (Socialstyrelsen) bl.a. ud fra en viden om, hvilke indsatser der benyttes i de nordiske lande. Men de inkluderede indsatser skal ikke ses som en udtømmende afdækning af alle eksisterende indsatser på området. Desuden har det ikke været muligt at undersøge den påkrævede ressourceanvendelse og eventuelle logistiske udfordringer ved brug af indsatserne inden for projektets ramme, ligesom det heller ikke har været muligt at indhente viden om udbredelsen af indsatserne samt erfaringer fra kommuner og anden praksis.

Litteratur

- Arendt, K., M. Thastum & E. Hougaard (2016): Efficacy of a Danish version of the Cool Kids program: a randomized wait-list controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(2),
- Bandura, A. (1997): *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman.
- Barrett, P. (2004): *Friends for Life! for Children. Participant workbook and Leaders Manual*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Bendtsen, P., S.S. Mikkelsen & J.S. Tholstrup (2015): *Ungdomsprofilen 2014: Sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på ungdomsuddannelser*. Odense: Syddansk Universitet.
- Bluth, K., R.A. Campo, S. Pruteanu-Malinici, A. Reams, M. Mullarkey & P.C. Broderick (2016): A school-based mindfulness pilot study for ethnically diverse at-risk adolescents. *Mindfulness*, 7(1), 90-104.
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC), (2015): Cool Kids Outreach Program.
- Due, P., F. Diderichsen, C. Meilstrup, M. Nordentoft, C. Obel & A. Sandbæk. (2014): *Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*. København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Dunning, D.L, K. Griffiths, W. Kuyken, C. Crane, L. Foulkes, J. Parker & T. Dalgleish (2019): The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents – a meta-analysis of randomized controlled trials, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3): 244-258.
- Englyst, I. & A. Trillingsgaard (2005): Kognitiv terapi ved angsttilstande hos børn. I *Kognitiv terapi: modeller og metoder*, M.M. Mørch & N.K. Rosenberg (red.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Esbjörn, B.H., M.L. Reinholdt-Dunne & N. Normann (2016): *Metakognitiv terapi til børn med angst*. 1. udgave. København: Akademisk Forlag.
- Esbjörn, B.H., S.K.K. Nielsen, I.D. Caspersen, S. Breinholst & I. Leth (2012): Kognitiv adfærdsterapi anvendt på børn – generelle principper. I: Leth, I. og B.H. Esbjörn (2012): *Angst hos børn: Kognitiv terapi i teori og praksis – En håndbog for professionelle*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Esbjörn, B.H., M.L. Reinholdt-Dunne, S.K. Nielsen, A.C. Smith, S. Breinholst & I. Leth (2015a): Adapting metacognitive therapy to children with generalised anxiety disorder: Suggestions for a manual. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(3): 159-166.
- Esbjörn, B.H., M.L. Reinholdt-Dunne, S.K. Nielsen, A.C. Smith, S. Breinholst & I. Leth (2015b): Exploring the effect of case formulation driven CBT for children with anxiety disorders: a feasibility study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(1), 20.

- Goodman, R., H. Meltzer & V. Bailey (1998): The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(3): 125-130.
- Greco, L.A. & S.C. Hayes (2008): *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children & Adolescents: A Practitioners Guide*. New Harbinger Publications.
- Hart, S. (2006): *Hjerne, samhörighed, personlighed – Introduktion til neuroaffektiv udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Haugland, B.S., A.H. Rogde & J.F. Bjåstad (2012): *Implementering av FRIENDS*. Bergen: RKBU Vest – Regionalt kunnskapssenter for barn og unge.
- Hudson, J.L., R.M. Rapee, C. Deveney, C.A. Schniering, H.J. Lyneham, N. Bovopoulos (2009): Cognitive-Behavioral Treatment Versus an Active Control for Children and Adolescents With Anxiety Disorders: A Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5): 533-544.
- James, A. C., T. Reardon, A. Soler, G. James & C. Creswell (2013): Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 6.
- Jeppesen, P. (2015): *Mind My Mind – Mestring af følelsesmæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder hos børn og unge i skolealderen. Pilotforsøg med tidlig psykologisk hjælp til børn og unge i kommunen*. 12. Psykiatrifonden. August 2015 version 1.1_VEK.
- Jeppesen, P., R.T. Wolf, S.M. Nielsen, R. Christensen, K.J. Plessen, N. Bilenberg, P.H. Thomsen, M. Thastum, S. Neumer, L.B. Puggaard, M.M.A. Pedersen, A.K. Pagsberg, W.K. Silverman, C.U. Correll (2021): Effectiveness of Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Psychotherapy Compared With Management as Usual for Youth With Common Mental Health Problems A Randomized Clinical Trial, *JAMA Psychiatry*, 78(3): 250-260.
- Johnsen, D.B. (2020): *Et psykologisk forskningsprojekt rettet mod børn og familier der søger hjælp for skolefraværsproblemer. Oplæg på konference: BACK2SCHOOL*, Aarhus Universitet.
- Jolstedt, M., T. Wahlund, F. Lenhard, B. Ljótsson, D. Mataix-Cols, M. Nord, L. Öst, J. Höglström, E. Serlachius & S. Vigerland (2018): Efficacy and cost-effectiveness of therapist-guided internet cognitive behavioural therapy for paediatric anxiety disorders: a single-centre, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(11): 792-801.
- Jónsson, H., M. Thastum, K. Arendt, M. Juul-Sørensen (2015): Group cognitive behavioural treatment of youth anxiety in community based clinical practice: Clinical significance and benchmarking against efficacy, *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 9-18.
- Kallapiran, K., S. Koo, R. Kirubakaran & K. Hancock (2015): Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(4): 182-194.
- Kauer, S.D., S.C. Reid, A.H.D. Crooke, A. Khor, S.J.C. Hearps, A.F. Jorm, L. Ansci & G. Patton (2012): Self-monitoring using mobile phones in the early stages of adolescent depression: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 14(3): 1-17.

- Komiteen for Sundhedsoplysning (2017): *LÆR AT TACKLE: Håndbog for koordinatører*. København: Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Komiteen for Sundhedsoplysning (u.å.): *Beslutningstagere: LÆR AT TACKLE Kronisk sygdom*. Pjece. København: Komiteen for Sundhedsoplysning & Sundhedsstyrelsen.
- Kusier, A.O., M.P. Jensen, S. Andersen, L.C. Thygesen, C.Ø. Cloos, A.P. Folker, S.M.R. Lauridsen & M.B.D. Nielsen (2019): *Evaluering af LÆR AT TACKLE angst og depression: For unge i alderen 15-25 år*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Leth, I. (Ed.) & B.H. Esbjørn (2012): *Angst hos børn: Kognitiv terapi i teori og praksis: en håndbog for professionelle*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Lundkvist-Houndoumadi, I., M. Thastum & E. Hougaard (2016): Effectiveness of an Individualized Case Formulation-based CBT for Non-responding Youths with Anxiety Disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 25(2): 503-517.
- Lyneham, H. & R. Rapee (2006): Evaluation of therapist-supported parent-implemented CBT for anxiety disorders in rural children. *Behaviour Research and Therapy*, 44: 1287-1300.
- Lyneham, H., A. Wignall & R. Rapee (2008): *Helping Your Anxious Child Childrens Workbook*. Centre for Emotional Health, Macquire University, Sydney, Australien.
- Lyneham, H.V. Wuthrich, & R. Rapee (2010): *Cool Kids Child and Adolescent Anxiety Program Adaptation for Supported Bibliotherapy: Therapist Manual*. Centre for Emotional Health, Macquire University Sydney, Australien.
- Madsen, H. J., J. F. Helstrup, K. Jespersen & S. Hart (2014): *NUSSA-manual – Neuroaffektiv udviklingspsykologisk struktureret social aktivitet Afdeling for Traume- og Torturoverlevende*. Psykiatrien i Region Syddanmark & Varde Kommune.
- Martinsen, K. D., M. Aalberg, M. Gere & S.-P. Neumer (2009): Using a structured treatment, Friends for Life, in Norwegian outpatient clinics: Results from a pilot study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2: 10-19.
- Maynard, B.R., K.T. McCrea, T.D. Pigott & M.S. Kelly (2012): Indicated truancy interventions: Effects on school attendance among chronic truant students. *Campbell Systematic Reviews*, 10.
- Ottosen, M. H., A.G. Andreasen, K.M. Dahl, A.-D. Hestbæk, M. Lausten & S.B. Rayce (2018a): *Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Ottosen, M.H., N. Berger, N. Lindeberg & N. Lindeberg (2018b): *Forebyggende indsatser til unge i psykisk mistrivsel – en vidensoversigt*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Perrini, S.J., V.M. Wuthrich & R. M. Rapee (2013): 'Cool kids' in Denmark: Commentary on a cognitive-behavioral therapy group for anxious youth. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(3): 359-370.

- Punukollu, M. & M. Marques (2019): The use of mobile apps and technologies in child and adolescent mental health. *Evidence-Based Mental Health*, 22(4): 161-166.
- Rapee, R.M. (2012): Family Factors in the Development and Management of Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15: 69-80.
- Rapee, R. et al. (2006a): Oversat til dansk og bearbejdet af Gade, A. et al. (2010): *Cool Kids/Chilled* ® angstprogram for børn: *Terapeutens manual*. Centre for Emotional Health, Macquarie University, Sydney, Australien.
- Rapee, R., M. Abbot & H. Lyneham (2006b): Bibliotherapy for Children with Anxiety Disorders Using Written Materials for Parents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74: 436-444.
- Rasmussen, M., L. Kierkegaard, S.V. Rosenwein, B., E. Holstein, M.T. Damsgaard & P. Due (2018): *Skolebørnsundersøgelsen 2018: Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Reinholdt-Dunne, M. L., B. H. Esbjørn, M. Høyer, S. Dahl, A.J. Boesen, S.G. Hansen & I. Leth (2011): Emotional difficulties in seventh grade children in Denmark. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52: 433-439.
- Reynolds, S., C. Wilson, J. Austin & L. Hooper (2012): Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32: 251-262.
- Rosenberg, N.K. (2005): Kognitiv terapi ved panikangst, OCD og generaliseret angst. I *Kognitiv terapi: modeller og metoder*, M.M. Mørch & N.K. Rosenberg (red). København: Hans Reitzels Forlag.
- Schlender, C. & L. Jørgensen (2018): *Kognitiv adfærdsterapi med børn, unge og familier*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Segal Z.V., J.M.G. Williams & J.D. Teasdale (2002): *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Semple, R.J. & C.A. Burke (2012): *Mindfulness-based treatment for children and adolescents*. *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*, 4th ed.: s. 411-426.
- Stallard, P. (2006): *Gode tanker – Gode følelser: Kognitiv adfærdsterapi. Arbejdsbog for børn og unge*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Stallard, P. (2007): *Vejledning til Gode tanker – Gode følelser: Kognitiv adfærdsterapi med børn og unge*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Stjerneklar S, E. Hougaard, LF. McLellan & M. Thastum (2019): A randomized controlled trial examining the efficacy of an internet-based cognitive behavioral therapy program for adolescents with anxiety disorders. *PLoS ONE* 14(9): e0222485. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222485>

- Sundhedsdatastyrelsen (2017): *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2016): *Evaluering af satspulje-projektet: Lær at tackle angst og depression – En randomiseret kontrolleret undersøgelse*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Thastum, M. & K.B. Arendt (2017): *Back2School. Manual til behandling af børn med bekymrende skolefravær: RCT udgave*. Aarhus: CEBU – Center for Psykologisk Behandling til Børn og Unge.
- Thastum, M., L. Jørgensen & I. Lundkvist-Houndoumadi (2012): Manualbaseret gruppebehandling til børn med angstlidelser i Danmark. I: Leth, I. og Esbjørn B.H. (2012): *Angst hos børn: Kognitiv terapi i teori og praksis – En håndbog for professionelle*. København: Dansk Psykologisk Forlag: 247-278.
- Thastum, M., L. Jørgensen, S.M.S. Matthiesen, T. Clausen, T.F. Vadgaard, I. Lundkvist-Houndoumadi & K.B. Arendt (2013): *Therapist assisted bibliotherapy for children with anxiety disorders: preliminary results of a randomized controlled trial*. Abstract from 7th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Lima, Peru.
- Varde Kommune (2014): *Afsluttende evaluering af projekt NUSSA, 2014 -Implementering i Varde Kommune og effektevaluering af NUSSA-metoden*. Region Syddanmark, Psykiatrien i Syddanmark, Varde Kommune.
- Vidensportalen: Vidensportalen på det sociale område: Vidensportal.dk, Socialstyrelsen.
- Vigerland S, B. Ljótsson, U. Thulin, L.G. Öst, G. Andersson & E. Serlachius (2016): Internet-delivered cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorders: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*: 76: 47-56.
- Walczak M, S. Breinholst, B.H. Esbjørn & T. Ollendick (2019): Cognitive Behavior Therapy and Metacognitive Therapy: Moderators of Treatment Outcomes for Children with Generalized Anxiety Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(3): 449-458.
- Wergeland, G.J., S. Skotheim & Ø. Kvello (2016): *Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket DU – Mestringskurs for ungdom* (2.utg.). Ungsinn, 2:1. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/kunnskapsoppsummering-og-klassifisering-av-tiltaket-du-depresjonsmestring-for-ungdom-2-utg/
- Wergeland, G. J., K.W. Fjermestad, C.E. Marin, B.S. Haugland, J.F. Bjaastad, K. Oeding & E.R. Heiervang (2014): An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy*, 57: s. 1-12.
- Wesselhoeft, R., M.J. Sørensen, R.E. Heiervang & N. Bilenberg (2013): Subthreshold depression in children and adolescents – a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 151, 7-22.
- Whittaker, R., K. Stasiak, H. McDowell, I. Doherty, M. Shepherd, S. Chua, E. Dorey, V. Parag, S. Ameratunga, A. Rodgers & S. Merry (2017): MEMO: an mHealth intervention to prevent the onset of depression in adolescents: a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(9): 1014-1022.

Wignall, A., H.J. Lyneham, R.M. Rapee, S.H. Spence, & V. Cobham (2012): *Hjælp dit ængstelige barn: Trin for trin guide til forældre*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Wuthrich, V.M. (2013): *Chilled Out Parent Companion for the Chilled Out computerized program*. Centre for Emotional Health, Macquarie University: Sydney.

Zoogman, S., S. Goldberg, W. Hoyt & L. Miller (2015): Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness*, 6(2), 290-302.

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD