

Forfatterfoto mangler

Af Lisbeth Jørgensen og Mikael Thastum

**Kontakt**

lisbeth.jorgensen@me.com

**Biografi**

Lisbeth Jørgensen er privatpraktiserende psykolog ved Kognitiv Terapi Center Århus og har tidligere været klinisk psykolog ved Angstklinikken, Aarhus Universitet. Mikael Thastum er professor i klinisk børnepsykologi ved Angstklinikken, Aarhus Universitet.

# Behandling af børn med angst – ”Cool kids”



**RESUME:** Ifølge de Nationale Kliniske Retningslinjer er der evidens for, at kognitiv adfærdsterapi (KAT) er en effektiv behandlingsform til børn og unge med angst. ”Cool Kids” er et KAT-behandlingsprogram, som er udviklet i Australien og tilpasset til danske forhold af den ene af artiklens forfattere. Via en case gennemgås metoden, og resultaterne fra en mindre, dansk randomiseret undersøgelse præsenteres.

MÅNEDSSKRIFT  
for almen praksis

**Case:**

*Cecilie (10 år) og hendes mor henvender sig til deres praktiserende læge, fordi moren er frustreret over, at hun ikke kan få Cecilie til at tage i skole om morgenen. Cecilie klager over at have ondt i maven, og at hjertet hamrer i hendes bryst. Hver morgen har de store skænderier om, hvorvidt Cecilie er syg eller ej. Cecilie græder voldsomt, men moren holder fast i, at man skal have feber for at være syg. Når Cecilie er fraværende fra skole, liver hun typisk op efter få timer derhjemme og tigger om at komme ud at lege om eftermiddagen. Hver morgen slæber moren Cecilie grædende til skole. Cecilie klynger sig til hende og insisterer på, at hun ikke må gå, og det ender ofte med, at moren sidder bagest i klassen og må melde sig syg fra arbejde. Hjemme er Cecilie begyndt at overvåge sin mor og følge i hælene af hende, selv når hun blot skal ud med skraldet. Moren har indstillet alle aktiviteter ud af huset om aftenen. Cecilies far synes, at moren er dårlig til at sætte grænser, og de to har mange skænderier om Cecilie. Moren er indkaldt til samtale hos chefen pga. sit høje fravær. Hun er dybt frustreret over den uholdbare situation, men aner ikke, hvad hun skal stille op.*

Angst er en naturlig og nødvendig del af et barns normale udvikling. Der er tale om klinisk angst, når den er ubegrundet og ude af proportion med den reelle fare og det forventede for alderen. Børn med svær angst kan henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, men der er oftest få ressourcer til psykologisk behandling. Læs om ”Cool Kids”, en nyere metode, som praktiseres i PPR-regi i en række kommuner.

Appetizer



### Udbredelse

Angst er en af de mest udbredte psykiske lidelser blandt børn og unge (1). Man regner med, at der i hver skoleklasse sidder et til to børn, som lider af angst, og Sundhedsstyrelsen har estimeret, at 40- 48.000 børn og unge i alderen 6-18 år lider af behandlingskrævende angst. Angst er overrepræsenteret blandt børn af forældre med angstlidelser, hos børn der lider af andre former for psykopatologi, fx Autismespektrumforstyrrelse (2) (adfærdsforstyrrelser), og hos børn der er født for tidligt (3).

Man har tidligere fejlagtigt regnet med, at børn voksede ud af angst, og anset angst for at være forbigående. Måske er det årsagen til, at angstlidelser hos børn og unge ofte overses og er underbehandlede i Danmark. I dag ved vi, at ubehandlet angst i mange tilfælde fortsætter ind i voksenlivet med risiko for at udvikling af andre psykiske lidelser, herunder depression og misbrugsproblematikker (4). Det er derfor vigtigt at få behandlet angstlidelser hos børn og unge tidligt i forløbet.

### Konsekvenser

Omkostningerne ved at have angst er store – både for den enkelte og for samfundet. De personlige omkostninger relaterer sig bl.a. til fritid, skole og familie (5, 6). Mange børn med angst er tilbøjelige til at isolere sig, hvilket umiddelbart koster fritidsaktiviteter og venskaber og på sigt risikerer at påvirke barnets udvikling af sociale færdigheder. Der ses ofte tab af læring hos børn med angst, idet de kan have svært ved at koncentrere sig i skolen og være mentalt til stede pga. bekymringer. Dertil kommer, at mange af børnene har en høj fraværsprocent, og nogle udvikler regulær skolevægring, hvilket ser ud til at have langsigtede negative konsekvenser i forhold til gennemførelse af ungdomsuddannelse (7). Angst medfører endvidere ofte konflikter i familierne, dels fordi forældre sjældent er enige om håndteringen af barnets angst; typisk ses en forælder, som er tilbøjelig til at overbeskytte barnet, mens den anden forælder forsøger at skubbe på for at få barnet i gang. Den uensartede tilgang forvirrer barnet og gør det mere utrygt og dermed ofte mere ængstelig. Angste børn fremstår ofte skrøbelige, og voksne er tilbøjelige til at løse problemer for dem, hvorved barnet ikke selv lærer at håndtere vanskelige situationer. Det kan være til stor bekymring for forældrene, men kan også medføre irritation og vrede over for barnet. Forældrene kan føle sig fanget i en fælde, hvor de på den ene side sagtens selv kan se, at deres adfærd er uhensigtsmæssig, men samtidig står de med et barn, som de frygter "går i stykker", hvis de ikke tilpasser sig angsten.



**Foto 1 /**  
xxx  
Foto: Colourbox

På et samfundsmæssigt plan har angst også store omkostninger. En opgørelse fra Sundhedsstyrelsen i 2015 viste, at de årlige omkostninger forbundet med angst beløber sig på 9,6 mia. kr. Dermed er angst den dyreste enkeltstående lidelse i Danmark. Det årlige produktionstab for angstpatienter er på hele 8,6 mia. kr., hvilket er det markant største samlede produktionstab blandt store sygdomme i Danmark (8).

### **Karakteristika**

Et barn, der lider af angst, præsenterer sig ofte med katastrofetanker og uvillighed til at nærme sig det, det frygter, eller det udviser høj grad af angst, vrede eller gråd, når det bliver sat i situationer, som vækker angst. Mange børn vil have somatiske klager, såsom hyppig hovedpine eller mavepine, som dog ofte forsvinder, når de angstprovokerende stimuli er på afstand. De har ofte en meget lav tiltro til deres egne evner til at håndtere svære situationer og holder sig fx tæt på voksne, som kan hjælpe dem. De er grundlæggende usikre på sig selv i verden, når de er



**Man regner med,  
at der i hver  
skoleklasse sidder  
et til to børn, som  
lider af angst**

væk fra deres primære omsorgspersoner. Angstfølelsen ledsages typisk af en række kropslige symptomer, som barnet er tilbøjeligt til at katastrofefortolke. Af og til er barnet mere bange for de ubehagelige symptomer i situationen end selve situationen!

Nogle børn har meget specifik og afgrænset angst, og de kan være svære at spotte, når man ser dem i klinikken, fordi de fremstår helt upåfaldende. Det kan være børn, som lider af fx enkelfobi for hunde. Selvom angsten er afgrænset, kan den dog have store konsekvenser for barnet, der kan have store vanskeligheder ved at færdes alene uden for hjemmet, nægte at besøge bedsteforældre og veninder, der har hund. Det tør ikke tømme postkassen og kan ikke tage med på klasseture, fordi det forudser risikoen for konfrontation med en hund.

Børn, der har mere udtalt angst, som Cecilie beskrevet ovenfor, er typisk lettere at spotte, fordi symptomerne manifesterer sig åbenlyst og viser sig på flere arenaer i barnets liv.

### **Klinisk angst**

Angst er en naturlig og nødvendig del af et barns normale udvikling. Der er tale om klinisk angst, når angsten er ubegrundet og ude af proportion med den reelle fare og det forventede for alderen. Klinisk angst er funktionsforstyrrende for barnets udvikling og forhindrer det i at lave alderssvarende aktiviteter inden for områderne fritid, skole og/eller hjem.

### **Der findes en række angstlidelser (ICD-10):**

**Abnorm separationsangst:** Barnet er bange for at være væk fra sine omsorgspersoner, da det er bange for, at der sker disse eller dem selv noget alvorligt, mens de er adskilt. Barnet har ofte svært ved alle situationer, der indebærer adskillelse fra forældre. Typiske situationer er at sove ude, lege hos andre, sige farvel i skolen, være alene hjemme (med/uden babysitter).

**Enkelfobi:** Barnet er bange for bestemte ting eller situationer, for eksempel hunde, vaccinationer, højder eller at flyve. Det reagerer med at græde, klynge sig til sine forældre eller stivne, når det bliver udsat for eller forestiller sig det specifikke, det er bange for. For at der er tale om angstlidelse, skal det medføre betydelig undgåelse.

**Generaliseret angst:** Barnet er overdrevent bekymret om alle mulige ting, som skal foregå. Det tænker straks: "Hvad nu hvis ..." Det har brug for at være godt forberedt på situationer og stiller ofte mange forsik-

rende spørgsmål til de voksne for at opnå beroligelse. Barnet er ofte anspændt og kan have svært ved at koncentrere sig i skolen eller falde i søvn om aftenen.

Social angst: Barnet er bange for, at andre mennesker vurderer det negativt. Det er typisk bange for præstationssituationer som at fremlægge i klassen eller spørge om noget i en butik. Nogle børn er også bange for at være i mere frie sociale sammenhænge som frikvarterer og fester.

**Panikangst med agorafobi:** Barnet får pludselige angstanfald, som kommer ud af det blå og uden nogen forudgående stimuli. Barnet begynder at frygte nye anfald og bliver ofte mere og mere begrænset i sine udfoldelsesmuligheder pga. dette.

### **Kognitiv adfærdsterapi: Cool Kids**

Ifølge de Nationale Kliniske Retningslinjer er der evidens for, at kognitiv adfærdsterapi (KAT) er en effektiv behandlingsform til børn og unge med angst (9). Cool Kids er et manualbaseret KAT- behandlingsprogram til børn med angstlidelser, som er udviklet på Macquarie University i Australien og bearbejdet og tilpasset til dansk af Mikael Thastum og medarbejdere, Angstklinikken, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.

Cool Kids er et relativt kort behandlingsprogram, som har en høj grad af forældreinddragelse. Det består af 10 to-timers sessioner og udføres typisk i grupper med 4-7 børn/unge og deres forældre. Ofte inkluderes en booster-session efter 3 måneder. Det findes også i en version for unge, Chilled, som indeholder de samme behandlingselementer, men er tilpasset unges kognitive niveau. Programmet forudsætter, at terapeuten har viden om KAT og grundlæggende færdigheder i at arbejde med børn og familier. I Cool Kids deltager forældrene lige så meget som børnene. Man tilsigter at hjælpe barnet til en mere adaptiv og selvunderstøttende tænkning (via detektivtænkning) samt at se sin frygt i øjnene via graderet eksponering, som man også betegner trappestiger. Derudover er der et skarpt fokus på forældrevedligeholdende adfærd, som forældrene gennem forløbet arbejder med at modificere, samt belønning. Nedenfor præsenteres meget kort et eksempel på, hvordan man kunne arbejde med Cecilies separationsangst.

### **Katastrofetanker og detektivtænkning**

Under samtale med Cecilie (case) bliver det klart, at hun ikke kan forlade sin mor, fordi hun har katastrofetanker om, at moren aldrig kom-



**Cool Kids er et relativt kort behandlingsprogram, som har en høj grad af forældreinddragelse**

mer og henter hende igen: *Hun kører garanteret galt i bilen.* Cecilies tænkning udfordres via en række detektivspørgsmål som alternativ til uhensigtsmæssig beroligelse, som forældre og andre voksne ofte tyr til: Hvor ofte er din mor kørt galt i bilen? Hvor ofte har hun undladt at hente dig fra skole? Er din mor en uansvarlig bilist? Det får Cecilie til at tænke over situationen, og hun laver en række huskekort med hjælpetanker, som hun har med i skole:

- Min mor har aldrig kørt galt, hun er faktisk en stille og rolig person, som er god til at passe på sig selv.
- Min mor har aldrig glemt at hente mig. Hun er nogen gange kommet lidt for sent – men hun kommer altid.

Cecilie får mindre ondt i maven, når hun skal i skole om morgenen, og husker på sine hjælpetanker, som hun selv har været med til at finde på.

## **Eksponering via trappetigetæning**

Cecilie vil gerne kunne gå i skole uden mor, men det er svært. Cecilie bliver dog nødt til at konfrontere sin angst for dels at udslukke den og dels at få afkræftet sine katastrofeforventning. De laver en trappetige, hvor hun gradvist øger tiden i skole uden mor i klassen. Trappetigen laves af Cecilie i samarbejde med de voksne; det er vigtigt, at hun oplever, at hun bliver hørt og selv har stor indflydelse på, hvad hun skal øve sig på hvornår. Hver gang hun øver et trin, skal hun træne at bruge sine hjælpetanker. Nogle trin skal hun øve mange gange, før hun er klar til at gå videre til det næste. Hver gang Cecilie klarer et trin, får hun et klistermærke. Hun kan til slut veksle klistermærkerne til en tur på restaurant med running sushi med sin mor og far. Det motiverer Cecilie.

**Tablet 1 /**

XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX

<b>Mål: At kunne være i skolen fuld tid selv</b>	
Trin 1	Mor sidder ved døren i klassen
Trin 2	Mor sidder lige uden for døren
Trin 3	Mor sidder ca. 20 m væk fra klassen
Trin 4	Mor sidder på skolebiblioteket
Trin 5	Mor sidder på parkeringspladsen
Trin 6	Mor er derhjemme
Trin 7	Mor er på arbejde
<b>Belønning:</b>	
Hver gang jeg forsøger at trin får jeg et klistermærke. 50 klistermærker = Running sushi	

### **BOX: Udredning ved mistanke om angst hos børn**

Til brug for et hurtigt overblik over forekomst og sværhedsgrad af barnets angstsymptomer og angstens indgriben i barnets liv kan anvendes spørgeskemaerne SCAS (Spence Children Anxiety Scale) (12) og CALIS (Childrens Anxiety Life Interference Scale) (13). Begge skemaer findes både i en version til barnet og til forældrene, de er validerede på dansk og kan frit downloades fra Angstklinikken's hjemmeside ([psy.au.dk/angstklinikken](http://psy.au.dk/angstklinikken)). For en grundigere udredning kræves et diagnostisk interview.

### **Resultater fra Angstklinikken**

Effekten af Cool Kids-programmet i Danmark er på forskellige måder undersøgt af medarbejdere ved Angstklinikken, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.

En randomiseret, ventelistekontrolleret undersøgelse med 109 børn og unge med angstlidelse i alderen 7-17 år viste, at i interventionsgruppen var 66 % af børnene fri af deres primære angstdiagnose, og 48 % var fri af alle deres angstdiagnoser lige efter behandlingen. Til sammenligning var der i ventelistegruppen blot 7,5 %, der blev fri af deres sværeste angstdiagnose, og 5,7 %, der blev fri af alle deres angstdiagnoser. Tre måneder efter behandlingen var afsluttet, var 74 % af børnene fri af deres sværeste angstdiagnose, og 58 % var fri af alle angstdiagnoser. Spørgeskemabesvarelser et år efter behandlingens afslutning viste, at behandlingens effekt blev vedligeholdt over tid. Familierne var gennemgående meget tilfredse med behandlingen. Således syntes 80 % af børnene, 73 % af mødre og 70 % af fædre, at behandlingen havde hjulpet dem/deres barn, og 82 % af børnene, 96 % af mødre og 91 % af fædre ville anbefale behandlingen til andre, som kunne have brug for denne type hjælp (10).

En undersøgelse af effekten af Cool Kids-programmet udført på børnepsykiatriske afdelinger og pædagogisk psykologiske rådgivninger viste, at Cool Kids kan implementeres i "det virkelige liv" med god effekt. Lige efter behandlingen var 46 % af børnene fri af deres primære angstdiagnose, og 37 % var fri af alle angstdiagnoser, og 3 måneder efter behandlingen var 60 % fri af deres primære angstdiagnose, og 53 % var fri af alle deres angstdiagnoser (11).

Aktuelt undersøges effekten af en onlinebaseret version af Chilled-programmet for unge i alderen 13-17 år i et randomiseret, ventelistekontrolleret design.







- uid=21735077”J, %Bgels%2oSM%BAuthor%D&cauthor=true&cauthor\_uid=21735077”Bögels SHYPERLINK “https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=B%C3%B6gels%2oSM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\_uid=21735077”HYPERLINK “https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=B%C3%B6gels%2oSM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\_uid=21735077”M, BAuthor%D&cauthor=true&cauthor\_uid=21735077”Perrin S. (2011): Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. Sep;14(3):302-17.
3. Burnett AC, Anderson PJ, Cheong J, Doyle LW, Davey CG & Wood SJ. (2011):
  4. Prevalence of psychiatric diagnoses in preterm and full-term children, adolescents and young adults: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 41, p. 2463-2474.
  5. Fichter MM, Kohlboeck G, Quadflieg N, Wyschkon A & Esser G. (2009). From childhood to adult age: 18-year longitudinal results and prediction of the course of mental disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(9), 792-803.
  7. Boddén DH, Dirksen CD & Bogels SM. (2008). Societal burden of clinically anxious youth referred for treatment: a cost-of-illness study. *J. Abnorm. Child Psychol*, 36(4), 487-497.
  8. Ingul JM & Nordahl HM. (2013). Anxiety as a risk factor for school absenteeism: what
  9. differentiates anxious school attenders from non-attenders? *Annals of General Psychiatry*, 12.
  10. Kearney CA & Graczyk P. (2014). A Response to Intervention Model to Promote School Attendance and Decrease School Absenteeism. *Child & Youth Care Forum*, 43(1), 1-25.
  11. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. 2015. Sundhedsstyrelsen.
  12. Sundhedsstyrelsen. (2016). National klinisk retningslinje for behandling af angst hos børn og unge - Sundhedsstyrelsen.
  13. Arendt K, Thastum M & Hougaard E. (2015). Efficacy of a Danish version of the Cool Kids program: a randomized wait-list controlled trial. *Acta Psychiatr. Scand*, 133(2), 109-121.
  14. Jonsson H, Thastum M, Arendt K & Juul-Sorensen M. (2015). Group cognitive behavioural treatment of youth anxiety in community based clinical practice: Clinical significance and benchmarking against efficacy. *J. Anxiety Disord*, 35, 9-18.
  15. Arendt K, Hougaard E & Thastum M. (2014). Psychometric properties of the child and
  16. parent versions of Spence children’s anxiety scale in a Danish community and clinical sample. *J. Anxiety. Disord*, 28(8).
  17. Lyneham HJ, Sbrulati ES, Abbott MJ, Rapee RM, Hudson JL, Tolin DF & Carlson SE. (2013). Psychometric properties of the Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS). *Journal of Anxiety Disorders*, 27(7), 711-719.

