

# Tidlige tiltak

Kristin Martinsen

PhD

Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), Helseregion Øst og Sør /  
Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Det transdiagnostiske tiltaket Mestrende barn skal forebygge *både* angst og depresjon hos barn.

Nesten 30 prosent av barn og unge har symptomer på angst og depresjon, noe som er med på å redusere livskvalitet og daglig funksjon (Balazs et al., 2013). Vi ser også at symptomer på angst og depresjon øker risikoen for at disse problemene utvikler seg til en lidelse (Kovacs & Lopez-Duran, 2010). Angst- og depresjonssymptomer hos barn er ofte vanskelig å gjenkjenne, selv for voksne som er nær barnet (De Los Reyes et al., 2015), noe som kan bidra til at barna ikke får hjelp (Avenevoli & Steinberg, 2001). Tidlig innsats eller forebyggende tiltak er derfor viktig for barna, familiene – og for samfunnet. I min doktoravhandling har jeg effektevaluert et nytt tiltak for disse barna, kalt Mestrende barn (Martinsen et al., 2018).

## Mestrende barn-tiltaket og TIM-studien

Det forebyggende tiltaket Mestrende barn (Martinsen, Kendall, Stark, Rodriguez, & Arora, 2014) ble utviklet ved RBUP Øst og Sør i samarbeid med to amerikanske forskningsmiljøer. Mestrende barn integrerer antatt virksomme elementer fra to eksisterende tiltak, som er utviklet og evaluert i USA. Det ene tiltaket retter seg mot angst (Coping cat / på norsk Mestringskatten; Kendall, Martinsen, & Neumer, 2006), mens det andre retter seg mot depresjon (The Action program; Stark, Streusand, Prerna, & Patel, 2012). Begge tiltakene er basert på kognitiv atferdsterapi, som har vist seg virksomt i å forebygge og behandle angst og depresjon (f.eks. Weisz, Jensen-Doss, & Hawley, 2006). Mestrende barn-tiltaket retter seg altså mot symptomer på angst og depresjon samtidig, og er dermed en såkalt transdiagnostisk tilnærming. Angst og depresjon opptrer ofte samtidig (Garber & Weersing, 2010), og en intervensjon som retter seg mot begge typer vansker, vil kunne forebygge både angst og depresjon og vil derfor være et viktig redskap for fagpersoner som møter disse barna. Målgruppen for tiltaket er barn i alderen 8–12 år som viser forhøyet nivå av symptomer på angst og depresjon. Hensikten er å nå barna og lære dem nye ferdigheter for å takle vanskene før problemene har utviklet seg til en diagnose.

Vi vurderte skolen som en ideell arena for å gjennomføre tiltaket, fordi vanskene ofte viser seg her (Ginsburg, Becker, Kingery, & Nichols, 2008). Skolen er et godt sted å lære nye ferdigheter som så kan overføres til andre områder i livet (Mychailyszyn, Brodman, Read, & Kendall, 2012). Skolen er også et egnet sted å identifisere barn som strever, da mange engstelige og triste barn ikke søker hjelp fra helsetjenestene selv (Ryan & Warner, 2012).

Mestrende barn har oppgaver og øvelser rettet mot opprettholdende faktorer for både angst og depresjon. Sentralt i tiltaket er arbeid med emosjonsforståelse og -regulering, avspenning, kognitiv restrukturering og atferdsintervensjoner, som eksponering og atferdsaktivering. Øvelser for å styrke selvbildet er også inkludert. Barna møtes i grupper to ganger i uken i 10 uker. Foreldrene møtes i grupper syv ganger. I løpet av disse ukene lærer foreldrene de samme strategiene som barna sammen med strategier for å støtte barnets mestring.

Tiltaket ble først prøvd ut i en pilotundersøkelse på en skole (Martinsen, Kendall, Stark, & Neumer, 2016). Deltakelsen og brukertilfredsheten var høy. Barna opplevde også i liten grad å bli stigmatisert ved å delta i grupper i skoletiden.

I perioden 2014 - 2016 inviterte vi 36 barneskoler fra tre regioner til å delta. Studien hadde et klyngerandomisert design, der skoler ble tilfeldig fordelt til tiltak- eller kontrollbetingelse. Endring i angst- og depresjonssymptomer hos barna som deltok i tiltaksgruppene, ble sammenlignet med symptomnivået hos en kontrollgruppe, som besto av barn som fikk vanlig oppfølging av fastlege eller skolehelsetjenesten. Fagpersoner fra skolehelsetjenesten, PPT og i noen tilfeller BUP, ledet gruppesamlingene. Alle barn og foreldre i de aktuelle klassetrinnene fikk informasjon om studien. Barn som var interesserte og der foreldrene samtykket til deltakelse (N = 1686), fylte ut spørreskjema der de rapporterte angst- og depressive symptomer. Omtrent 870 barn (56,9 prosent jenter, gjennomsnittsalder 9,6 år) i alderen 8 - 12 år, og som var mer engstelige eller lei seg enn gjennomsnittet, fikk tilbud om å delta i studien. Foreldrene til disse barna fylte også ut spørreskjema på nett.

Effektevaluering av tiltaket Mestrende barn ble gjennomført som en del av studien Tidlig Intervensjon Mestrende barn (TIM), et samarbeid mellom de tre regionsentrene RBUP Øst og Sør, RKBU Midt og RKBU Nord.

## Hovedfunn

- Tiltaket Mestrende barn gav dobbelt så stor nedgang i symptomer hos engstelige og triste barn sammenlignet med de som ikke mottok tiltaket.
- Flest barn rapporterte symptomer på både angst og depresjon.

## Lovende resultater

Nærmere 50 prosent av barna som deltok i studien, rapporterte symptomer på både angst og depresjon, mens færre barn rapporterte kun depresjonssymptomer eller kun angstsymptomer. Dette var overraskende, da angstsymptomer ofte viser seg før depresjonssymptomer, og vi hadde derfor forventet at flest barn i denne aldersgruppen ville rapportere angstsymptomer. Samtidig vet vi at det er vanlig at barn i førstelinjen rapporterer flere symptomer samtidig (Jamison, Creese, & Prentice, 1999).

I effektundersøkelsen av tiltaket fant vi at triste og engstelige skolebarn som deltok i Mestrende barn-grupper, rapporterte dobbelt så stor nedgang i symptomer på angst og depresjon sammenlignet med barn som fikk vanlig oppfølging. Også foreldrene rapporterte om en signifikant reduksjon av depressive symptomer hos barna i tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.

Gitt at angst- og depresjonssymptomer er en indikator for om barn senere utvikler en lidelse, kan en slik reduksjon i symptomnivå være viktig for barnets utvikling. Samtidig rapporterte foreldrene et vesentlig lavere symptomnivå enn hva barna gjorde. Dette er ikke overraskende, da barn kan vise symptomer i situasjoner der foreldrene ikke kan observere dem, for eksempel på skolen, og forskning viser at foreldre og barn ofte rapporterer forskjellig symptomnivå (De Los Reyes et al., 2015). Når man

rekrutterer barn til forebyggende tiltak, er det av den grunn viktig å spørre dem om egen opplevelse av symptomer.

## Ny teknologi

TIM-studien er den største studien som har undersøkt effekten av et transdiagnostisk forebyggende tiltak rettet mot barn med emosjonelle vansker i skolen. Styrker ved studien var blant annet at den fant sted i skolen med gruppeledere som gjennomførte tiltaket i tillegg til vanlige arbeidsoppgaver, og at barna ble rekruttert fra små og store skoler. Mulige begrensninger i studien var at barna som deltok, hadde mer symptomer enn mange skolebarn, da målgruppen var barn med forhøyet nivå av angst- og depresjonssymptomer. Barna ble også inkludert kun basert på egenrapportering av symptomer.

Tiltaket er lovende og kan vise til positive effekter. For å gjøre programmet mer fleksibelt og mindre ressurskrevende planlegger vi nå å digitalisere deler av tiltaket og bruke ny teknologi for å øke effekten. En oppfølgingsstudie, ECHO, starter i 2019.

### Doktorgrad om forebygging

- Kristin Martinsen ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), Helseregion Øst og Sør / UiO forsvarte i mars 2018 sin doktorgrad Prevention of anxiety and depression in school children. The development and testing of the new transdiagnostic EMOTION intervention ved Psykologisk institutt, UiO.
- Doktorgraden var en del av TIM-studien med spesielt fokus på effektevaluering av Mestrende barn-tiltaket<sup>1</sup>.
- Trine Waaktaar var hovedveileder (UiO) og Simon-Peter Neumer (RBUP Øst og Sør) var biveileder og prosjektleder. standardavvik eller mer over et valgt gjennomsnitt på angst- eller depresjonssymptomer, ble invitert med inn i studien.

## Referanser

- Avenevoli, S., & Steinberg, L. (2001). The continuity of depression across the adolescent transition. I *Advances in Child Development and Behavior* (s. 139 - 173). San Diego, CA: Academic Press.
- Balazs, J., Miklosi, M., Keresztesy, A., Hoven, C.W., Carli, V., Wasserman, C., . . . Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 670 - 677. doi:10.1111/jcpp.12016
- De Los Reyes, A., Augenstein, T.M., Wang, M., Thomas, S.A., Drabick, D.A., Burgers, D.E., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*, 141(4), 858 - 900. doi:10.1037/a0038498
- Garber, J., & Weersing, V. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 293 - 306. doi:10.1111/j.1468 - 2850.2010.01221.x

- Ginsburg, G.S., Becker, K.D., Kingery, J.N., & Nichols, T. (2008). Transporting CBT for childhood anxiety disorders into inner-city school-based mental health clinics. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*(2), 148 - 158. doi:10.1016/j.cbpra.2007.07.001
- Jamison, D.T., Creese, A., & Prentice, T. (1999). *The world health report 1999 – making a difference*. Ginebra: World Health Organization, 65 - 79.
- Kendall, P.C., Martinsen, K., & Neumer, S.-P. (2006). *Mestringskatten (Coping cat): terapeutmanual : kognitiv adferdsterapi for barn med angst*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kovacs, M., & Lopez-Duran, N. (2010). Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: Implications for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(4), 472 - 496. doi:10.1111/j.1469 - 7610.2010.02230.x
- Martinsen, K.D., Kendall, P.C., Stark, K.D., Rodriguez, K.A.O.N., & Arora, P. (2014). *Mestrende barn, gruppeledermanual barn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K.D., Kendall, P.C., Stark, K., & Neumer, S.-P. (2016). Prevention of anxiety and depression in children: Acceptability and feasibility of the transdiagnostic EMOTION program. *Cognitive and Behavioral Practice, 23*(1), 1 - 13. doi:10.1016/j.cbpra.2014.06.005
- Martinsen, K.D., Rasmussen, L.M.P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A.M., Lovaas, M.E.S., . . . Neumer, S.P. (2018). Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. doi:10.1037/ccp0000360
- Mychailyszyn, M.P., Brodman, D.M., Read, K.L., & Kendall, P.C. (2012). Cognitive-behavioral school-based interventions for anxious and depressed youth: A meta-analysis of outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice, 19*(2), 129 - 153. doi:10.1111/j.1468 - 2850.2012.01279.x
- Ryan, J.L., & Warner, C.M. (2012). Treating adolescents with social anxiety disorder in schools. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 21*(1), 105 - 118. doi:10.1016/j.chc.2011.08.011
- Stark, K.D., Streusand, W., Prerna, A., & Patel, P. (2012). Childhood Depression: The ACTION Treatment Program. I P.C. Kendall (red.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-Behavioral Procedures* (4. utg., s. 190 - 233). New York, NY: Guilford Press.
- Weisz, J.R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K.M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist, 61*(7), 671 - 689. doi:10.1037/0003 - 066X.61.7.67