

Forebyggelse af risikoudvikling og psykisk sygdom hos børn af psykisk syge

Der mangler systematiske og målrettede forebyggende tilbud til børn af forældre med alvorlig psykisk sygdom og deres familie. Halvdelen af disse børn udvikler selv psykiske lidelser. En tidlig forebyggende indsats vil kunne mindske risikoudvikling hos børnene og dermed nedsætte deres risiko for senere at udvikle psykiske lidelser. Det vil spare familien for mange lidelser og samfundet for senere udgifter til ofte livslange sociale og sundhedsmæssige ydelser. Denne artikel beskriver en tidlig indsats, målrettet disse familier, der bygger på evidensbaserede behandlingselementer.



SUSANNE HARDER
Københavns Universitet
Institut for Psykologi
E-mail:
susanne.harder@psy.ku.kk



BODIL AGGERNÆS
Københavns Universitet
Institut for Klinisk Medicin
E-mail: boag@regionsjaelland.dk



KIRSTINE DAVIDSEN
Syddansk Universitet
Institut for Psykologi
E-mail:
kirstine.agnete.davidsen@rsyd.dk

Hvilke målgrupper retter indsatsen sig imod, og hvor mange af en årgang er relevante for indsatsen?

De fleste børn af psykisk syge vokser op hos den psykisk syge forælder. Omkring 80% bor fortsat hos den psykisk syge forælder efter det første leveår, og 60% bor der gennem hele barndommen (Ranning et al., 2015). Studier har påvist ikke-optimale sociale udviklingsbetingelser for disse børn allerede i første leveår (Davidsen et al., 2015), og allerede i barndommen viser disse børn forhøjet risikoudvikling, såsom øget forekomst af følelsesmæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder (Ashman et al., 2008; Bagner et al., 2010; Gao et al., 2007), psykiatriske symptomer (Apter-Levy et al., 2013), forsinket kognitiv udvikling (Liu et al., 2017) og usikker tilknytning (Campbell et al., 2004; Cicchetti et al., 1998). Disse faktorer øger risikoen for senere udvikling af psykiske lidelser. Mange af disse tidlige risikoteget er det muligt at forebygge gennem psykosociale indsatser (Uher et al., 2014).

Sundhedsstyrelsens specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri 2017 anslår incidensen af børn af svært psykisk syge til 420 børn, sv.t. i alt 1260 børn i alderen fra 0-3 år på et givet tidspunkt. Da tallet omfatter de mest alvorligt psykisk syge gravide, er der tale om en konservativ vurdering, men præcise tal for den reelle målgruppe er ikke tilgængelige.

Hvad ved vi om problemets konsekvenser i voksenlivet?

Børn af forældre med psykisk lidelse har en stærkt forhøjet risiko for senere i livet at udvikle en eller anden form for psykisk lidelse. Børn med en forælder med skizofreni har 55% risiko

for at udvikle en psykisk lidelse, mens tallet ved bipolar affektiv lidelse er 60% og ved depression 57% (Rasic et al. 2013). Også uddannelsesmæssigt klarer børnene sig ringere end gennemsnittet (Ranning et al., 2017).

En tidlig forebyggende indsats vil kunne mindske risikoudvikling hos børnene og derved nedsætte risikoen for senere udvikling af psykisk lidelse og vil have en høj grad af præcision i forhold til at ramme den relevante målgruppe for den forebyggende indsats.

Hvordan screenes/opspores?

Alle gravide kvinder henvises i dag til visitation i obstetrisk afdeling, så snart graviditet er konstateret. Obstetrisk læge kan derfor let foretage en screening af alle gravide for kendt psykisk lidelse tidligt i graviditeten, hvilket gør det muligt at starte en forebyggende intervention allerede i andet trimester af graviditeten.

Hvad ved vi om indsatsen/behandlingen?

Det er vigtigt at sætte tidligt ind over for disse børn og deres familier for at kunne vende en risikoudvikling så tidligt som muligt. Der er evidens for, at tidlig opsporing og forebyggende indsats er mest effektiv (García et al., 2016). Enkelte steder i Danmark tilbydes der forebyggende behandling specifikt tilpasset målgruppen børn af psykisk syge, men evidensen inden for dette område er begrænset og primært belyst inden for depressionsområdet. Dog er det muligt at pege på evidensbaserede behandlingselementer, der vil kunne adressere

den risikoudvikling, som ses hos disse børn. Vi har på denne baggrund sammensat en forebyggende intervention tilpasset denne målgruppes behov. Modellen består af psykoedukation i graviditeten og en video-baseret forældre-barn intervention (Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting, VIPP) (Juffer et al., 2017) i barnets første leveår, samt en team-baseret tværsektoriel samarbejdsmodel med case-management fra graviditeten gennem spædbarnsalderen frem til barnet er tre år gammel. Alle elementer er evidensbaseret.

Psykoedukation: Formålet med psykoedukation er at forberede parret på forælderrollen og give viden om spædbarnets behov og tidlige udvikling. Psykoedukation i gruppe har vist god effekt på forældrenes holdning til og forestillinger om forældreskabet i forhold til sårbare gravide, herunder gravide med depression (Beardslee et al., 2003; Lara et al., 2010; Thomas et al., 2004).

VIPP: Formålet med VIPP er at øge forældrenes sensitivitet i forhold til at kunne aflæse og møde barnets udviklingsmæssige behov. VIPP har været afprøvet i 12 RCT studier (N = 1116) omfattende forskellige samples, hvor enten familien (fattigdom, minoritetsgruppe), moderen (traume, spiseforstyrrelser, adoption) eller barnet (autisme, for tidlig født) havde særlige udfordringer. Alle studier viste positiv effekt af VIPP med hensyn til at øge moderens evne til sensitiv forældreadfærd med en klinisk relevant effekt ($d = .47$). Interventionen tilpasses individuelt og kan tilpasses specifikt til forældre med psykisk lidelse og deres børn.

Koordinerende team: Formålet med et koordinerende team er at sikre, at familiens behov for hjælp og støtte bliver imødekommet. Graviditet og det at blive forældre er en kritisk fase i livet, hvor der er øget risiko for symptomforværring. Aktuelt er indsatsen omkring disse familier præget af traditionelle skel mellem sektorer, fagområder og tidspunkter for indsats. Dette betyder, at familien fra graviditet og op gennem barnets tidlige opvækst kommer til at møde mange forskellige og skiftende fagpersoner fra forskellige områder i det danske sundheds- og socialfaglige system, hvis tilbud til familien mangler kontinuitet og koordinering. En teambaseret koordinering med case management kombineret med afgrænsede specifikke indsatser kan øge livskvalitet og reducere indlæggelsestid (Smith et al., 2007) og har vist effekt og cost-effektivitet sammenlignet med standard behandling ved tidlig intervention hos personer med psykose i form af reduktion i symptomsværhedsgrad (Hastrup et al., 2013) og reduktion i omkostninger i England på £ 2234 per person over en treårs periode (Knapp et al., 2014).

Hvad er indsatsen – inkl. varighed, pris og indhold

1. *Tilknytning til fast tovholder* i tværfagligt specialiseret team. Tovholderen afklarer i samarbejde med de vordende forældre familiens sociale- og sundhedsrelaterede behov, følger op på nødvendige initiativer og sikrer koordination af disse indsatser i tæt samarbejde med familien og de relevante sundheds- og socialfaglige instanser. Det tværfaglige team

består af en psykolog, en sundhedsplejerske samt socialrådgiver og sygeplejerske. På konsulentbasis tilknyttede endvidere jordemoder, børne- og ungdomspsykiater, voksenpsykiater samt en kommunal sparringspartner. Det tværfaglige team forankres regionalt og sikrer en helhedsorienteret, fleksibel, udgående og direkte støtte til familien. Estimeret arbejdstimeforbrug pr. familie: 10 timer til tovholder-møder, 3 timer til netværksmøder, 8 timers forberedelse, seks og en halv times journalisering og 10 timers transport pr. år (37,5 timer pr. år indtil barnet fylder tre år).

2. *Psykoedukation i gruppe.* Forældrene tilbydes psykoedukation mhp. at øge deltagerens viden om de problemstillinger, der er forbundet med graviditet/forældreskab ved samtidig psykisk lidelse. Psykoedukationen varetages af teamets tværfaglige personalegruppe. Temaer er graviditet, fødsel, amning, tiden efter fødslen, familiedannelse, medicin, ernæring og støtte i hverdagen samt børns kognitive, motoriske og sproglige udvikling i første leveår. Estimeret arbejdstimeforbrug pr. fem familier: 16 timers psykoedukation, 8 timers forberedelse (i alt 24 timer, dvs. 4,8 timer pr. deltager indtil barnet fylder et år).
3. *Forælder-barn-intervention.* Forældrene tilbydes en individualiseret, video-feedback baseret forælder-barn-intervention, VIPP (Juffer et al., 2017). Interventionen finder sted over otte hjemmebesøg, hvor samspil mellem forælder og barn video-optages i dagligdags situationer. Positive sekvenser i interaktionen danner udgangspunkt for fælles drøftelse af på forhånd definerede temaer relateret til sensitiv forældreadfærd og børns udvikling. Estimeret arbejdstimeforbrug pr. familie: 16 timers intervention, 16 timers forberedelse, 4 timers journalisering og 4 timers transport (i alt 44 timer pr. deltager).

En familie, som deltager i basis-programmet, vil således "koste" 86,3 arbejdstimer fra graviditeten til barnet fylder et år, og herefter 37,5 arbejdstimer i hhv. andet og tredje leveår. Et basispakke-forløb vil koste ca. 43.600 kr. pr. familie i lønudgifter (anslået gennemsnitlig årsløn for den ansatte på 400.000 kr.). På baggrund af ovenstående estimeres et gennemsnitligt case-load på 15 deltagere pr. behandler pr. år.

Erfaringerne fra OPUS-team-modellen (Hastrup et al., 2013) viser, at en omlægning fra standardbehandling til OPUS team er omkostningseffektivt. Det bør undersøges, om dette også er tilfældet for aktuelle program.

Hvad er succesraten? Hvad er tilbagefaldet? Succeskriterier.

Kortsigtet effekt

Forældrene: Den foreliggende effekt for komponenterne i denne forebyggende intervention viser, at programmet vil kunne forventes at bedre forældreevne, forælderressourcer og livskvalitet, samt reducere ydelsesforbrug hos forældre, inkl. forældre med psykisk lidelse. Ovennævnte faktorer er alle faktorer, der er associeret med kvaliteten af forældre-barn-interaktionen.

Børnenes risikoudvikling: Kvaliteten af forældre-barn-interaktionen er særlig afgørende for barnets udvikling i de første leveår. Der er evidens for, at sensitiv forældreadfærd er forbundet med sikker tilknytning hos barnet. Usikker tilknytning er et blandt flere udtryk for ikke-optimal socioemotional udvikling og er desuden forbundet med senere risikoudvikling og psykopatologi i barndommen (Harder et al., 2018). En undersøgelse har desuden fundet, at sikker tilknytning er en moderator for en påvist sammenhæng mellem stresspåvirkning i fostertilstanden og reduktion i kognitive evner ved halvandet års alderen (Bergman et al., 2010). Det er vores vurdering, at enhver reduktion i børnenes risikoudvikling samt bedring af familiens trivsel er en succes, og at denne vil være cost-effektiv, idet der forventes en reduktion i det samlede ydelsesforbrug af sundhedssystemet og det socialfaglige system som et resultat af den samlede intervention.

Langsigtet effekt

Et ressourcefyldt opvækstmiljø kan beskytte mod udvikling af skizofreni hos børn af forældre diagnosticeret med skizofreni (Tienari et al., 2004). En øget forældreevne og reduktion af barnets risikoudvikling må derfor antages at mindske risikoen for udvikling af psykisk lidelse hos børnene. Psykisk sygdom medfører livslang forringet livskvalitet og koster samfundet dyrt i behandling og tabte skatteindtægter. Der er således betydelige personlige og samfundsmæssige gevinster at opnå ved at reducere antallet af børn af psykisk syge, som senere vil udvikle en psykisk lidelse.

Tilbagefald

Interventioner i forhold til psykiske lidelser viser gennemgående, at en langsigtet vedholdende indsats er nødvendig for at fastholde fremskridt (Berthelsen et al., 2008). Det anbefales derfor, at den foreslåede tværsektorielle koordinering af indsatsen etableres som et permanent tilbud fra nul til tre år, og derefter behovsbestemt i mindre intensivt format fortsætter helt frem til og med skolealderen således, at familierne kan få let adgang til hjælp i de perioder, hvor der opstår behov.

Afsluttende anbefalinger

- Iværksættelse af tidlig opsporing af gravide med psykisk lidelse ved første visitation på fødeafdelingen.
- Etablering af skræddersyet forebyggende intervention med den samlede familie i fokus, bestående af psyko-uddikation, forældre-barn-intervention og et tværsektorielt koordinerende team med case-management fra graviditet til barnet er tre år.
- En mere præcis business case vil kunne etableres efter afprøvning af den foreslåede forebyggende interventionsmodel over for målgruppen.

LITTERATUR

- Apter-Levy, Y., Feldman, M., Vakart, A., Ebstein, R. P., & Feldman, R. (2013). Impact of Maternal Depression Across the First 6 Years of Life on the Child's Mental Health, Social Engagement and Empathy: The Moderation Role of Oxytocin. *American Journal of Psychiatry*, 170, 1161-1168.
- Ashman, S. B., Dawson, G., & Panagiotides, H. (2008). Trajectories of maternal depression over 7 years: relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks. *Dev Psychopathol*, 20(1), 55-77. doi:10.1017/S0954579408000035
- Bagner, D. M., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (2010). Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(7), 699-707. doi:10.1016/j.jaac.2010.03.012
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112(2), e119-e131.
- Bergman, K., Sarkar, P., Glover, V., & O'Connor, T. G. (2010). Maternal prenatal cortisol and infant cognitive development: moderation by infant-mother attachment. *Biological psychiatry*, 67(11), 1026-1032.
- Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschläger, J., le Quach, P., . . . Nordentoft, M. (2008). Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Archives of general psychiatry*, 65(7), 762-771.
- Campbell, S. B., Brownell, C. A., Hungerford, A., Spieker, S. J., Mohan, R., & Blessing, J. S. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*, 16, 231-252. doi:10.1017/S0954579404044499
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology*, 10, 283-300.
- Davidson, K. A., Harder, S., MacBeth, A., Lundy, J.-M., & Gumley, A. (2015). Mother-infant interaction in schizophrenia: transmitting risk or resilience? A systematic review of the literature. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(12), 1785-1798.
- Gao, W., Paterson, J., Abbott, M., Carter, S., & Iusitini, L. (2007). Maternal mental health and child behaviour problems at 2 years: findings from the Pacific Islands Families Study. *Aust N Z J Psychiatry*, 41(11), 885-895. doi:10.1080/00048670701634937
- García, J. L., Heckman, J. J., Leaf, D. E., & Prados, M. J. (2016). *The life-cycle benefits of an influential early childhood program*. Retrieved from

- Harder, S., & Davidsen, K. (2018). Parenting in psychosis from an attachment perspective. *In Attachment Theory and Psychosis*: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Hastrup, L. H., Kronborg, C., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Jorgensen, P., Petersen, L., Thorup, A., Simonsen, E., Nordentoft, M. (2013). Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 35-41.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2017). Pairing attachment theory and social learning theory in video-feedback intervention to promote positive parenting. *Current Opinion in Psychology*.
- Knapp, M., Andrew, A., McDaid, D., Iemmi, V., McCrone, P., Park, A.-L., Personoge, M., Boardman, J., Shepherd, G. (2014). Investing in recovery: making the business case for effective interventions for people with schizophrenia and psychosis.
- Lara, M. A., Navarro, C., & Navarrete, L. (2010). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: a randomized control trial. *J Affect Disord*, 122(1-2), 109-117. doi:10.1016/j.jad.2009.06.024.
- Liu, Y., Kaaya, S., Chai, J., McCoy, D. C., Surkan, P. J., Black, M. M., Sutter-Dallay, A.L., Verdoux, H., Smith-Fawzi, M. C. (2017). Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. *Psychol Med*, 47(4), 680-689. doi:10.1017/S003329171600283X.
- Ranning, A., Laursen, T., Agerbo, E., Thorup, A., Hjorthøj, C., Jepsen, J. R. M., & Nordentoft, M. (2017). School performance from primary education in the adolescent offspring of parents with schizophrenia and bipolar disorder—a national, register-based study. *Psychological medicine*, 1-8.
- Ranning, A., Laursen, T. M., Thorup, A., Hjorthøj, C., & Nordentoft, M. (2015). Serious mental illness and disrupted caregiving for children: a nationwide, register-based cohort study. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(8), 1006-1014.
- Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., & Uher, R. (2013). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia bulletin*, 40(1), 28-38.
- Smith, L., & Newton, R. (2007). Systematic review of case management. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(1), 2-9.
- Thomas, D. V., & Looney, S. V. (2004). Effectiveness of a Comprehensive Psychoeducational Intervention With Pregnant and Parenting Adolescents: A Pilot Study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(2), 66-77.
- Tienari, P., Wynne, L. C., Sorri, A., Lahti, I., Läksy, K., Moring, J., Naarala, M., Nieminen, P., Wahlberg, K.-E. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 184(3), 216-222.
- Uher, R., Cumby, J., MacKenzie, L. E., Morash-Conway, J., Glover, J. M., Aylott, A., Propper, L., Abidi, S., Bagnell, S., Pavlova, B. (2014). A familial risk enriched cohort as a platform for testing early interventions to prevent severe mental illness. *BMC psychiatry*, 14(1), 344.