

# Støttegrupperes værdi for unges selvværd og sociale mestring

En analyse af udviklinger hos unge med psykisk  
syge forældre før og efter gruppeforløb i SINDs  
Pårørenderådgivning

November 2009



## **Støttegrubbers værdi for unges selvværd og sociale mestring**

En analyse af udviklinger hos unge med psykisk syge forældre før og efter gruppeforløb i SINDs Pårørenderådgivning

Rapporten er udarbejdet af  
stud.scient.pol. Anne Plougmann Knudsen

Center for kvalitetsudvikling  
Region Midtjylland  
Olof Palmes Allé 15  
8200 Århus N

ISBN-nr. 978-87-92176-79-0

I samarbejde med  
SINDs Pårørenderådgivning, Region Midtjylland

## Forord

Denne rapport er resultatet af over 10 års dataindsamling fra SINDs Pårørenderådgivnings ungegrupper i det tidligere Århus Amt og senere Region Midtjylland. Grupperne tilbydes unge mellem 18 og 30 år, hvis opvækst har været præget af psykisk sygdom hos deres forældre eller søskende. Rapporten handler specielt om unge, hvis forældre har en psykisk sygdom. Søskendes særlige problemstillinger er beskrevet i en tidligere publikation.

Dataindsamlingen tog afsæt i en evaluering, som i perioden 1995 - 1998 blev gennemført af det dengang nystartede ungetilbud. Evalueringen blev foretaget af det daværende Center for evaluering, Psykiatrien i Århus Amt, med støtte fra Sundhedspuljen og Socialministeriets 15M pulje. Efter evalueringsperiodens ophør er der løbende udsendt spørgeskemaer til alle unge, der har deltaget i gruppeforløb frem til sommeren 2008.

I foråret 2009 har stud.scient.pol. Anne Plougmann Knudsen gennemført statistiske analyser af datamaterialet, der er indsamlet fra unge med sindslidende forældre. Desuden er der gennemført analyser af de unges skriftlige kommentarer i spørgeskemaerne. Analyserne giver tilsammen et grundigt billede af de unges problemstillinger, når de søger støtten, og følger desuden udviklinger over tid.

Det er første gang, et så omfattende datamateriale har været til rådighed på området, og selv om også tidligere evalueringer har vist gode resultater af tilbuddet til de unge, understøtter Anne Plougmann Knudsens meget professionelle analysearbejde, at ungegrupper har positiv indflydelse på unges selvværd og følelse af normalitet. Desuden tilbydes her ny viden til belysning af, hvordan rollen som "voksnet barn" kan påvirke selvtilliden og den sociale kompetence senere i livet.

Konsulent Birgitte Ahlgreen  
Center for Kvalitetsudvikling

# Indhold

Resumé .....	7
1. Indledning .....	9
1.1. Gruppeforløbets organisering .....	9
2. Rapportens formål og data .....	11
2.1. Evalueringsdata .....	11
2.2. Analysemetode .....	12
3. Profil af de unge .....	18
3.1. Barndommen og den syge pårørende .....	19
3.2. Kendskab til gruppeforløbet .....	21
3.3. Forventninger til gruppeforløbet .....	21
4. Fortsat prægede af opvæksten .....	23
4.1. Betydningen af at have været et "voksne barn" .....	23
4.2. Selvfølelse hos "det voksne barn" .....	25
4.3. Social kontaktevne hos "det voksne barn" .....	26
4.4. Belastede af pårønderollen .....	27
5. De unges udbytte af gruppeforløbet .....	31
6. Hvordan har deltagerne ændret sig? .....	37
6.1. Forbedret selvfølelse .....	37
6.2. Forbedret social kontaktevne .....	41
6.3. Forholdet til den syge forælder .....	45
6.4. Bedre til at opfylde egne behov .....	49
7. De unge et år efter gruppeforløbet .....	51
7.1. Selvfølelse .....	51
7.2. Social kontaktevne .....	52
7.1. Forhold til den syge forælder .....	52
7.2. Er blevet bedre til at sætte grænser .....	53
7.3. Bedre til at opfylde egne behov .....	54
7.4. Gruppeforløbets betydning for forandringerne .....	54
Metodebilag .....	56

## Resumé

Rapporten beskriver en spørgeskemaundersøgelse blandt i alt 166 unge, hvis forældre har en psykisk sygdom. De unge pårørende har alle deltaget i støttende gruppeforløb hos SINDs Pårenderådgivning i Århus, og i perioden 1995-2008 er der udsendt spørgeskemaer til gruppedeltagerne før og efter deres forløb. Gruppeforløbet har også været tilgængeligt for søskende til sindslidende, og her foreligger en selvstændig rapport<sup>1</sup> (Ahlgreen, 2005). Denne rapport vil koncentrere sig om de unge, der er børn af sindslidende forældre.

I 2009 er der gennemført statistiske analyser på samtlige spørgeskemabesvarelser blandt unge med psykisk syge forældre. Heraf har det været muligt at sammenligne individuelle data direkte fra 81 unge, der både har udfyldt spørgeskemaer før og efter et forløb. 30 af disse unge har yderligere udfyldt spørgeskemaer et år efter forløbets afslutning.

Analysen har dels fokuseret på betydningen af at være vokset op som barn af en sindslidende forælder, og dels på de unges udbytte af et gruppeforløb.

### De unges baggrund

I undersøgelsen deltager 143 kvinder og 23 mænd. Den typiske deltager er kvinde, mellem 22 og 25 år, studerende og flyttet hjemmefra. Lidt over halvdelen af den samlede gruppe er enlige, knap en tredjedel er gift eller samlevende, mens knap 20 % har kæresten, som de ikke bor sammen med. 9 % har børn.

Forældrenes diagnoser er i de fleste tilfælde en affektiv sygdom (maniodepressiv, 44 %), mens knap 20 % af de unge fortæller, at deres forældre lider af skizofreni. De resterende er fordelt på flere forskellige andre psykiske sygdomme. For tre fjerdedele af de unges vedkommende er de vokset op med en syg forælder, mens forældrenes sygdom ifølge 25 % af de unge først er opstået i deres ungdom.

### Det påvirker selvværdet at have været "voksnet barn"

Analysen af de unges besvarelser ved gruppeforløbets start viser, at det har særlig indflydelse på de unges aktuelle trivsel og hverdag, hvis de under opvæksten har været "voksne børn", dvs. hvis de har påtaget sig en voksenrolle i barndomsårene. Jo flere indikatorer der er for, at den unge har været et "voksnet barn", desto lavere selvpfattelse ses der en tendens til, at den unge har. Tilsvarende har rollen som "voksnet barn" en signifikant negativ betydning for de unges evner til social kontakt i dag. Direkte adspurgt oplyser et flertal af de unge, at især deres trivsel og parforhold er belastet af pårønderollen.

### Gruppeforløb hjælper

Dataanalysen viser, at de fleste af de unge har gennemgået en positiv udvikling, mens de har deltaget i gruppeforløbet. Specielt ser det ud til, at såvel de unges selvpfattelse som forholdet til den syge forælder har ændret sig i positiv retning. For de unge, der har udfyldt spørgeskemaer både før og efter gruppeforløbet, er andelen af unge, der "en del" eller "i høj grad" føler sig unormale faldet fra 37 % til 34 %. Ligeledes er andelen af unge, der er bange for selv at blive psykisk

---

<sup>1</sup> Ahlgreen, Birgitte, 2005: *Søskende til psykisk syge – en undersøgelse af søskendes problemer og behov for støtte*. Center for evaluering, psykiatrien i Århus Amt. Tryk: Psykiatrisk Hospital Risskov.

syge, faldet fra 60 % til 36 %, og de er blevet bedre til at adskille forældrenes sygdom fra deres egen hverdag.

For 63 % af de 80 respondenter, hvor det har været muligt at sammenligne individuelle forandringer før og efter et gruppeforløb, er den sociale kontaktevne desuden blevet bedre. Besvarelsenerne fra de 30 unge, hvor der er mulighed for analyse yderligere et år efter gruppeforløbets afslutning, tyder på, at et forbedret forhold til den syge pårørende, styrket selvopfattelse og øget social kontaktevne er stabil eller forbedres yderligere over tid.

Undersøgelsen viser, at de unge, som har depressive og maniske forældre, havde den dårligste selvopfattelse før gruppeforløbets start. Det viste sig i undersøgelsen, at 54 % af unge med depressive forældre havde fået en bedre selvopfattelse.

De kvalitative kommentarer i spørgeskemaerne efter gruppeforløbet giver et billede af, at de unge generelt har været meget tilfredse med forløbet, og de har følt, at de har fået et udbytte af deltagelsen. Specielt lægger de vægt på betydningen af at have mødt andre unge med samme baggrund og problemstillinger, som de selv har. Nogle unge kommer dog også med forbedringsforslag i forhold til gruppeforløbene, hvor der blandt andet peges på faktorer som gruppens sammensætning. Enkelte har desuden haft problemer med at åbne sig og med at få revet op i ubehagelige barndoms minder.

## **Konklusion**

Analysen giver statistisk belæg for, at en opvækst med sindslidelse hos en forælder kan påvirke udviklingsforløbet for børn, som har påtaget sig ansvar for den syge og for familiens hverdag i en tidlig alder. I analysen kaldes disse unge for "voksne børn". En del af disse familier modtager eller tilbydes i dagens Danmark støtte under forskellige former på et tidligt tidspunkt i børnenes opvækst, men der er også unge voksne, som fortsat er præget af opvæksten.

Undersøgelsen indikerer, at et gruppetilbud for voksne unge har positiv effekt på de unges livskvalitet, også over tid. Vi kender ikke langtidseffekten på tilbud, der ydes allerede i barndommen eller den tidligere ungdom, og vi ved ikke, om et sådant tilbud kan erstatte tilbud til de yngre voksne. Der mangler undersøgelser til belysning af dette forhold. Selv om et stigende antal af dagens unge vil have modtaget et sådant tilbud, ved vi imidlertid, at mange familier ikke får eller ikke tager imod det på et tidligt tidspunkt i børnenes liv. Analysen understøtter således værdien af støttende tilbud til også den voksne gruppe blandt mennesker, der er vokset op med sindslidende forældre.

# 1. Indledning

SINDs Pårørenderådgivning i Århus Amt blev etableret i 1991 på initiativ af Jeannette Cold og Ellen Bech, der selv begge er pårørende og i flere år før rådgivningens start havde været foreningsaktive på området. Rådgivningen blev oprettet som et specialiseret tilbud om rådgivning, vejledning og støtte til pårørende til sindslidende i Århus Amt. Der blev tilbudt såvel individuel rådgivning som pårørendegrupper med professionelle gruppeledere.

I deres oprindelige form var pårørendegrupperne et tilbud til alle pårørende, uanset familierelation. Ved en evaluering af pårørenderådgivningen i 1993 viste det sig imidlertid, at gruppen af unge med sindslidende forældre var en særlig sårbar gruppe. Derudover var mange af de unges problemstillinger forskellige fra dem, som eksempelvis forældre til sindslidende beskrev. På det grundlag blev der etableret særlige tilbud til unge, idet man her foruden unge med sindslidende forældre også henvendte sig til unge, hvis søskende var psykisk syge.

Det første forsøg med en lukket gruppe for unge med sindslidende forældre blev gennemført over 10 møder med en professionel terapeut. 10 gange viste sig dog ikke at være nok for denne gruppe, da flere af de unge stadig efter forløbet var i en følelsesmæssig situation, hvor de krævede yderlig støtte. Derfor valgte pårørenderådgivningen at søge midler til et særligt og længere projekt for unge. Et sådan forløb blev muligt med støtte fra Sundhedspuljen, og den første gruppe med et forløb på 25 møder kunne derfor starte i januar 1995. I 1996 fortsatte projektet støttet af Sundhedspuljen, mens Socialministeriets 15M midler stod for den økonomiske støtte i 1997 og 1998 sammen med et tilskud fra Idella Foundation i 1998. En del af den økonomiske støtte til forløbet blev afsat til evaluering af gruppeforløbet, hvilket det daværende Center for evaluering, Psykiatrien i Århus Amt blev ansvarlig for (1996, 1998)<sup>2</sup>. Projektet blev afsluttet i 1999, og ungegrupperne er fra 2000 fortsat med delvis finansiering fra psykiatrien i Århus Amt og siden Region Midtjylland, da det ses som et forebyggende tiltag.

I pårørenderådgivningens ungetilbud kan man deltage, hvis:

- Man er mellem 18 til 30 år
- Man har eller har haft en far/mor eller søskende, der er/har været psykisk syg fra man var barn/teenager
- Man har en kæreste/mand/kone, der har en psykisk lidelse

## 1.1. Gruppeforløbets organisering

Når en ung henvender sig med et ønske om at deltage i et gruppeforløb, har gruppelederen en individuel forsamtale med den unge. På dette møde bliver der blandt andet talt om den unges baggrund og aktuelle situation, den unges forventninger og den støtte, som SINDs Pårørenderådgivning kan tilbyde. Derudover tales der om de mulige erfaringer, den unge tidligere har haft med terapi af forskellige former, og gruppeforløbets formål, form, tid og indhold bliver beskrevet for den unge.

---

<sup>2</sup> Ahlgreen, B: *"Jeg var bange for selv at blive psykisk syg"*. Projekt Unge Pårørende, 56 unge pårørende til sindslidende mennesker fortæller om deres udbytte af et støtteforløb i SINDs Pårørenderådgivning i Århus Amt, Afsluttende evalueringsrapport, december 1998. Center for evaluering, Psykiatrien i Århus Amt. Kan downloades på <http://www.sindspaa.dk>

Pårørenderådgivningen ser helst, at gruppen bliver sammensat således, at der er flere unge i samme situation, eksempelvis at en far eller en mor er syg. Derudover er det væsentligt, om gruppelederen anser det for muligt, at den unge kan gennemføre forløbet. Ud fra en helhedsvurdering af den unges baggrund, nuværende situation og samtalen træffes der en beslutning om, hvorvidt den unge kan starte i et gruppeforløb, eller om den unge i stedet skal henvises til egen læge, psykolog eller anden psykologisk hjælp.

Hvis samtalen har givet terapeuten et indtryk af, at den unge er for skrøbelig til et gruppeforløb, vil terapeuten tale med den unge om alternative muligheder. I praksis er der blevet henvist til psykolog, praktiserende læge, praktiserende speciallæge, neuroseafdelingen på Psykiatrisk Hospital i Risskov og sagsbehandlere. I enkelte tilfælde er der blevet gennemført en ekstra individuel samtale med den unge for at sikre, at der bliver fulgt op på den unges situation.

I perioden, hvor der er indsamlet data til evaluering af gruppeforløbene, har der været to forskellige modeller for afviklingen af gruppemøderne. Gennemgående har gruppemøderne været to timer hver gang, men i begyndelsen mødtes de unge og terapeuten i gruppen hver 14. dag med 25 gange fordelt over et år. Siden er SINDs Pårørenderådgivning gået over til en model, hvor grupperne ligeledes mødes 25 gange i alt, men nu fordelt med et møde hver uge i et halvt år.

For de unge, der starter i forløbet, understreges vigtigheden af, at de møder op til møderne. Holdningen er, at det ikke kun er en forpligtelse over for den unge selv, men at man, når man deltager i et gruppeforløb, også er forpligtet over for resten af gruppen. Desuden har de unge tavshedspligt om det, de får at vide om hinanden i gruppeforløbet.

En gruppe består af 6-8 deltagere og bliver som nævnt ledet af en professionel gruppeleder, som har erfaring med at arbejde med grupper, og som har et indgående kendskab til psykiatri.

Formålet med gruppetilbuddet er

- at rådgive, vejlede og støtte den unge
- at lære de unge nogle metoder til at blive bedre til at klare de følelser og krav, der er forbundet med at være ung pårørende
- at formidle erfaringer fra projektet videre til andre, sammen med gruppen af unge pårørende.

Gennem tiden er der arbejdet på lidt forskelligt teoretisk grundlag i gruppeforløbene. Nogle gruppeledere har primært haft fokus på en gruppeanalytisk tilgang til gruppeforløbet, mens de fleste har ønsket at blande den analytiske tilgang med en kognitiv tilgang. Med den kognitive tilgang håber terapeuterne på, at de unge får nogle handlestrategier med sig fra gruppeforløbet, som de kan få gavn af, når gruppeforløbet er slut.

Gruppeforløbet sluttet af med en snak i gruppen om, hvad der skal ske, når de unge slutter i gruppen. Her giver terapeuten eksempelvis råd om, hvad hun ser som det bedste for den unge. I nogle tilfælde vil den unge efterfølgende have brug for et individuelt forløb hos en psykolog til at følge op på de ting, personen har arbejdet med i gruppen.



## 2. Rapportens formål og data

Denne rapport sætter fokus på unge med sindslidende forældre på to forskellige måder. For det første undersøges det, hvordan det kan påvirke et barn at vokse op med en sindslidende forælder. I denne sammenhæng bliver det særligt undersøgt, hvilken betydning det har, om den unge i sin barndom har været et "voksnet barn".

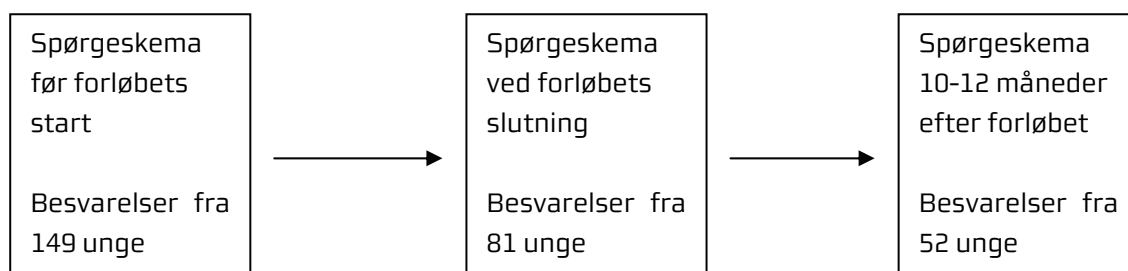
Derudover er rapportens formål at evaluere de unges udbytte af SINDs Pårørenderådgivnings gruppeforløb. Gruppeforløbet tager udgangspunkt i de enkelte deltageres behov og har derfor ikke specifikke mål for alle deltagere om, på hvilke områder de gerne skal ændre sig. Dog bliver der blandt andet lagt vægt på, at de unge bliver bedre til at sætte grænser, får en bedre selvopfattelse, og at de unge lærer deres egne behov bedre at kende. Derudover er oplevelsen hos SIND Pårørenderådgivning, at mange af deltagerne har haft angst for fremtiden, eksempelvis i forhold til selv at blive syge og i forhold til at skulle have børn, hvorfor dette også har været et område, der i mange grupper er blevet arbejdet med. Mange af de unge har desuden problemer med at fungere i parforhold.

Der bliver i denne rapport sat særligt fokus på, om de unge har ændret sig i forhold til de ovenstående områder, som der ifølge SINDs Pårørenderådgivning ofte arbejdes med i grupperne.

### 2.1. Evalueringsdata

Resultaterne, der fremstilles i denne rapport, bygger på data, som er indsamlet siden 1995, hvor Center for evaluering, Psykiatrien i Århus Amt, fik til opgave at foretage løbende evaluering af SIND's ungerådgivning. Evalueringen blev afsluttet i 1998, men indsamling af data fortsatte indtil sommeren 2008.

Analysen bygger på data fra spørgeskemaundersøgelser foretaget henholdsvis før forløbet, ved forløbets slutning og 10 til 12 måneder efter forløbets afslutning. Før gruppeforløbets start svarede 149 personer på spørgeskemaet, efter gruppeforløbet er der indsamlet spørgeskemaer fra 81 unge, som havde gennemført gruppeforløbet, og 10 til 12 måneder efter forløbets afslutning har 52 unge svaret på spørgeskemaet. Der er hermed tale om tidsseriedata, hvor det er muligt at følge nogen af de unges udvikling, da de har svaret på spørgeskemaer på to eller flere tidspunkter. 81 af de unge har både svaret på spørgeskemaerne før og efter forløbet, mens 30 har svaret på alle tre spørgeskemaer. En kort oversigt over antallet af unge i hver spørgeskemarunde ses nedenfor.



Spørgeskemaerne er udviklet af Birgitte Ahlgreen på baggrund af 20 individuelle interview med unge fra de første tre ungegrupper. De unge blev interviewet før de startede i gruppeforløbet og igen umiddelbart efter forløbet var slut. Erfaringerne fra interviewene var eksempelvis væsentlige for udviklingen af 37 påstande om bl.a. selvopfattelse, social kontaktevne, barndommen og det aktuelle forhold til den syge, hvor de unge skulle angive, i hvor høj grad påstanden passer på dem selv. Et eksempel på en sådan påstand er "Jeg føler, at jeg er unormal". Denne påstand har svarmulighederne "I høj grad", "I nogen grad", "I mindre grad" eller "Slet ikke". Spørgeskemaet blev pilotafprøvet af en gruppe unge inden ibrugtagning (Bilag).

Udover muligheden for at sammenligne respondenternes svar på de 37 påstande over tid, giver spørgeskemarunden før starten af gruppeforløbet forskellige karakteristika af de unge, bl.a. hvordan deres barndom har været med en sindslidende forælder, og hvorvidt de føler, at pårørenderollen er belastende. Baggrundsfaktorer fra de 17 unge, der deltog i de indledende interview, har også været tilgængelige og indgår i beskrivelsen af, hvilken gruppe af unge mennesker, der har deltaget i forløbet. Desuden findes demografiske oplysninger om køn, alder, uddannelsesbaggrund m.m.

I spørgeskemaet lige efter gruppeforløbet er afsluttet, og i den opfølgende version 10-12 måneder efter, spørges der blandt andet til de unges erfaringer med forløbet, og hvad de har fået ud af det. Besvarelserne af disse spørgeskemaer giver mange kvalitative kommentarer, hvor de unge med egne ord beskriver, hvilke oplevelser de har haft i gruppeforløbet, og hvordan de selv mener, at gruppeforløbet har påvirket dem.

### **Etiske overvejelser**

Da evalueringen begyndte, blev der indhentet registergodkendelse fra Statens Registertilsyn. Det betyder, at Center for Kvalitetsudvikling skal overholde visse forskrifter omkring indhentning, opbevaring og brug af data. Samtlige deltagere har derfor givet SINDs Pårørenderådgivning tilsagn om deltagelse, inden evaluator fik deres navne og adresser. Internt er adresselister, interviewudskrifter og spørgeskemaer blevet opbevaret aflåst. I bearbejdningen af de indsamlede data er der desuden foretaget en anonymisering af den enkelte svarperson, da navn er blevet erstattet af et nummer.

## **2.2. Analysemetode**

Indsamling af data fra de samme personer på tre forskellige tidspunkter giver gode muligheder for at følge den enkelte respondent og dennes udvikling. Samtidig skaber sådanne data også væsentlige metodiske overvejelser om den bedste måde at analysere data på. I dette afsnit bliver der kort redegjort for de vigtige metodiske overvejelser og valg, der er truffet i forbindelse med udarbejdelse af rapporten.

Først bliver tankegangen og præmisserne for anvendelse af indeks kort skitseret. Derefter vil der blive redegjort for anvendelsen af regressionsanalyser, som er brugt til at sandsynliggøre, eksempelvis hvilken betydning det har, om den unge har været et "voksnet barn". Til sammenligninger over tid, for at undersøge om de unge har ændret sig i løbet af deltagelsen i gruppeforløbet, er der anvendt t-tests, som også kort bliver forklaret. Slutteligt vises en frafaldsanalyse, som

kan bruges til at undersøge, om der er systematik i, hvem der ikke har svaret på spørgeskemaerne i anden og tredje runde.

## Indeks

Et indeks består af en gruppe spørgsmål, der sammen udtrykker et fælles begreb. Komplekse fænomener som eksempelvis selvopfattelse kan være meget svære at afklare med blot et spørgsmål, hvorfor det nogle gange er en fordel at stille flere forskellige spørgsmål, som kan af-dække forskellige aspekter af det mere komplekse begreb.

Indeks kan være enten refleksive eller formative. Et formativt indeks består af flere forskellige spørgsmål, hvor en respondents besvarelser på de enkelte spørgsmål sammenlagt giver respondentens placering på indekset. Ved et refleksivt indeks er der en forestilling om, at der er et samlet begreb, som kan udtrykkes på forskellig vis gennem flere forskellige spørgsmål. På denne måde ønsker man at øge chancen for, at man netop måler det ønskede begreb, hvilket øger validiteten.

For at beskrive tanken bag et refleksivt indeks bliver dannelse af indekset omkring social kontaktevne, der bruges senere i rapporten, gennemgået. Årsagen til at netop dette indeks gennemgås er, at der ved dannelse af det har været særlige metodiske overvejelser i argumentationen for, at de valgte spørgsmål samlet udtrykker et fælles begreb.

Blandt de 37 påstande stillet i spørgeskemaerne er der flere, der kan være udtryk for respondentens sociale kontaktevne, der forstås som en persons evne til at indgå i sociale sammenhænge. Efter gennemgang af alle 37 påstandes formuleringer blev der udvalgt fem påstande, som på hver sin måde udtrykker en persons sociale kontaktevne. Påstandene ses i boksen nedenfor.

- "Jeg mener, at jeg er et udadvendt menneske"
- "Jeg har i dag vanskeligheder med at omgås andre mennesker"
- "Jeg er god til at støtte mig til andre, hvis jeg er ked af det"
- "Jeg har problemer med det andet køn"
- "Jeg har svært ved at fungere i grupper"

Tanken bag et refleksivt indeks er, at respondenternes sociale kontaktevne vil udtrykke sig i hver af disse påstande. Hermed er der også en forestilling om, at der er en vis sammenhæng mellem de påstande, der indgår i indekset. Hvis en respondent i dette tilfælde mener, at han/hun i høj grad har svært ved at fungere i grupper, forventes det eksempelvis også, at der er en tendens til, at han/hun har problemer i forhold til det andet køn.

For at sandsynliggøre, at disse fem spørgsmål alle udtrykker en respondents sociale kontaktevne, er der gennemført item-item analyser, hvor sammenhængen mellem de enkelte påstande testes. Derefter er der lavet item-skala analyser, som sammenligner den enkelte påstand med et indeks bestående af de fire andre påstande. Slutteligt er der lavet en reliabilitetstest ved hjælp af Cronbachs Alpha.

Resultaterne for indekset over social kontaktevne ud fra første spørgeskema blev, at i item-item analysen var alle korrelationer på nær to mellem 0,313 – 0,645<sup>3</sup>. De to sidste korrelationer var på

<sup>3</sup> En tilfredsstillende korrelation bør være på mindst 0,3 og må ikke overstige 0,8.

henholdsvis 0,233 og 0,158. Specielt en korrelation på 0,158 mellem spørgsmålene omkring forholdet til det andet køn og om respondenter mener, at han er udadvendt, kan være problematisk.

I item-skala analysen er der korrelationer mellem 0,297 og 0,667. Værdien på 0,297, som er forholdet til personer med det andet køn, er problematisk. Påstanden er dog væsentlig for en persons kontaktevne, hvorfor den beholdes i indekset og indgår i reliabilitetsanalysen.

Reliabilitetsanalysen viser, at indekset med de fem påstande har en Cronbachs Alpha værdi på 0,725, hvilket er tilfredsstillende. Hvis det undersøges, hvor meget værdien vil stige, hvis spørgsmålet omkring forholdet til det andet køn tages ud af indekset, vil det kun blive 0,756. Den forholdsvis lave forøgelse af Cronbachs Alpha opvejer ikke vigtigheden af at afdække aspektet om respondentens evne til at fungere med det andet køn som en del af dennes sociale kontaktevne.

En lignende proces er gennemført for de tre andre indeks, der indgår i rapporten (Selvopfattelse, forhold til den syge forælder og "voksent barn"). Alle analyser af påstandene i de enkelte indeks fra første spørgeskemaundersøgelse gav tilfredsstillende resultater, som understøtter, at det kan give mening at samle påstandene i et indeks<sup>4</sup>. Der er desuden fundet tilfredsstillende resultater for indeksskonstruktionerne på baggrund af data fra 2. og 3. spørgeskemaundersøgelse.

Normalt er det nødvendigt, at en respondent har svaret på alle spørgsmål i et indeks, for at respondenter får en værdi på indekset. Men i dette tilfælde er det valgt, at hvis respondenter har svaret på alle påstande på nær en, så vil den manglende værdi blive erstattet af gennemsnittet på de andre påstande. Det kan gøre, at sammenhængen mellem respondenternes svar kommer til at virke en smule mere sammenhængende, end de i virkeligheden er, men denne ulempe opvejes af, at flere respondenter indgår i analyserne.

Alle indeks er desuden omskaleret, så de går fra 0 til 100 for at gøre fortolkningen af indekset nemmere. Hermed betyder en værdi på 100 på indekset over social kontaktevne eksempelvis, at respondenter på alle fem påstande, der indgår i indekset, har givet svar, der udtrykker en rigtig god social kontaktevne.

## Regressionsanalyser

Flere af afsnittene i rapporten bygger på resultater fra lineære regressionsanalyser. Dette gælder for afsnittene om, hvad der har betydning for de unges selvopfattelse og sociale kontaktevne, før de starter i forløbet og senere afsnittene om, hvad der har betydning for, at nogle har ændret sig i en positiv retning, imens de har deltaget i gruppeforløbet, mens andre ikke har.

Ved brug af regressionsanalyser kan man forsøge at beskrive, hvad der påvirker en given faktor, for eksempel hvad der har betydning for den unges selvopfattelse (den afhængige variabel). I regressionsanalyserne testes dermed de faktorer, som man forventer, kan have en betydning for den afhængige variabel. I analyserne er det muligt at kontrollere for andre faktoreres påvirkning, hvilket vil sige, at den påvirkning, som en given faktor har på den afhængige variabel, er kontrol-

---

<sup>4</sup> Selvopfattelse: Item-item korrelationer mellem 0,245 til 0,598. Item-skala korrelationer fra 0,452 til 0,565. Cronbachs Alpha = 0,725.

Forholdet til den syge forælder: Item-item korrelationer mellem 0,319 til 0,739. Item-skala korrelationer fra 0,552 til 0,760. Cronbachs Alpha = 0,752.

"Voksent barn": Item-item korrelationer mellem 0,258 til 0,744 på nær en på 0,100. Item-skala korrelationer fra 0,375 til 0,714. Cronbachs Alpha = 0,775.

leret for påvirkninger fra de andre faktorer, der er inddraget i analysen. Det er ikke muligt med sikkerhed at udtale sig om kausalitet, men om sammenhænge og formodninger om kausalitet. For at sikre de lineære regressionsanalysernes metodiske rigtighed er der gennemført forudsætningstest.

Væsentligt er det, at det kun er de variable, der er inddraget i analysen, det er muligt at kontrollere for. Man kan altså kun være sikker på, at en funden effekt gælder på tværs af de andre inddragne variable, men det vides ikke med sikkerhed, om der måske er en helt anden variabel, som reelt forklarer sammenhængen.

Analyserne i denne rapport bygger på et forholdsvis lille datagrundlag set i forhold til gennemførelse af regressionsanalyser. Desto færre respondenter der indgår i analyserne, desto sværere kan det være at finde signifikante sammenhænge. Det kan altså godt være, at der reelt findes nogle sammenhænge, som ikke kommer frem i analyserne på grund af antallet af respondenter.

### **T-tests**

Ved sammenligninger af, om der eksempelvis er forskel på de unges selvopfattelse før og efter forløbet, er der udover grafiske sammenligning gennemført parrede t-tests.

Med en t-test er det muligt at teste, om en given fordeling reelt adskiller sig fra en anden fordeling. Det er desuden muligt at få et konfidensinterval, der viser indenfor hvilket interval, gennemsnittet for den ene fordeling adskiller sig fra gennemsnittet i den anden fordeling. Konfidensintervallerne er lavet på et 0,05 signifikansniveau. Det vil sige, at det er 95 % sikkert, at forskellen i gennemsnittene placerer sig indenfor det interval, som analysen frembringer.

At der bruges såkaldte parrede t-tests betyder, at der i analysen er taget hensyn til, at det er muligt at følge den enkelte respondent på individniveau. Data til undersøgelsen er indsamlet, så den enkelte respondents svar på de forskellige spørgeskemaer er samlet, så det er muligt at følge den enkelte respondents ændring i svar. Det er en fordel, når der skal laves t-test, da det betyder, at noget af variationen mellem personer forsvinder i forhold til to uafhængige stikprøver. Hermed giver en parret t-test mulighed for et mere præcist mål for forskellen mellem to fordelinger.

Ulempen ved at bruge parrede t-test er, at det kun er de respondenter, der har svaret på eksempelvis første og andet spørgeskema, som kan inddrages i analyserne omkring forskelle mellem fordelinger herfor. Fordelene ved analysemetoden opvejer dog denne ulempe om et mindre antal respondenter.

### **Frafaldsanalyse**

Data til evalueringen bygger som nævnt på spørgeskemaundersøgelser givet på tre tidspunkter til de unge, der har deltaget i gruppeforløbet. 149 unge besvarede spørgeskemaet, før de startede i gruppen. Efter gruppeforløbet har 82 besvaret spørgeskemaet, og 52 respondenter har svaret på det sidste spørgeskema 10 til 12 måneder efter gruppeforløbet.

Forklaringer på, at alle ikke har svaret på andet og tredje spørgeskema, er blandt andet en til tider usystematisk opsamling af data fra gruppedeltagerne efter deres forløb. Finansieringen af evaluering af gruppeforløbet sluttede i 1998, hvorefter indsamling af data er sket på grundlag af en uformel aftale. Derfor har der ikke været ressourcer til at følge op på manglende besvarelser

fra de unge. Eksempelvis er mange af de afsluttende spørgeskemaer, specielt i den opfølgende undersøgelse efter et år, kommet retur, da den unge i mellemtiden er flyttet.

Derudover er der forskellige årsager til frafaldet i løbet af gruppeforløbet, for eksempel at den unge har vist sig at være for syg til at deltage, at den unge er flyttet fra byen, eller at den unge er blevet gravid. Desuden er der ikke udsendt spørgeskemaer efter forløbet til den sidste gruppe, der indsendte spørgeskemaer ved gruppeforløbets start. Hermed har 9 til 10 respondenter ikke haft muligheden for at besvare spørgeskemaet efter forløbet.

Hvis frafaldet af respondenter er systematisk, kan det give problemer, da de resultater der findes efter gruppeforløbet, måske kun gælder en speciel gruppe, og ikke generelt gælder for deltagere i gruppeforløbet. Nedenfor er der derfor vist en frafaldsanalyse, som giver et billede af, at der ikke er væsentlige systematiske frafald på flere forskellige baggrundsfaktorer. Dog ses det, at andelen af mænd er faldet, og at der har været et fald i forhold til de unge, der før gruppeforløbets start havde en meget dårlig selvopfattelse.

**Tablet 1:** Frafaldsanalyse ud fra respondenterne i de tre spørgeskemaundersøgelser. Andel og antal.

	Før gruppeforløb	Efter gruppeforløb	1 år efter gruppeforløb
<b>Antal</b>	149	82	52
<b>Køn</b>			
Kvinder	87 % (129)	90 % (74)	94 % (49)
Mænd	13 % (20)	9 % (7)	6 % (3)
<b>Alder</b>			
18-19 år	5 % (8)	2 % (2)	0 % (0)
20-24 år	40 % (59)	40 % (33)	37 % (19)
25-29 år	38 % (56)	42 % (34)	39 % (20)
30 år eller derover	15 % (23)	15 % (12)	23 % (12)
<b>Civilstand</b>			
Gift/samlevende	28 % (42)	28 % (23)	29 % (15)
Partner, ikke samboende	21 % (31)	18 % (15)	17 % (9)
Enlig	50 % (75)	52 % (43)	52 % (27)
<b>Børn</b>			
Har ikke børn	91 % (136)	89 % (73)	89 % (46)
Har børn	8 % (12)	9 % (7)	10 % (5)
<b>Boligforhold</b>			
Selvstændig bolig	61 % (91)	59 % (48)	69 % (36)
Bor hos forældre	5 % (8)	4 % (3)	6 % (3)
Kollegium/bofællesskab	34 % (50)	37 % (30)	23 % (12)
<b>Antal søskende</b>			
Ingen	16 % (24)	16 % (13)	15 % (8)
En	34 % (50)	33 % (27)	33 % (17)
To eller flere	49 % (74)	50 % (41)	50 % (26)
<b>Søskendeorden</b>			
Yngst	28 % (42)	31 % (25)	19 % (10)
Mellemst	20 % (30)	20 % (16)	17 % (9)
Ældst	36 % (53)	33 % (27)	44 % (23)

<b>Den syge</b>				
Mor	67 % (100)	66 % (54)	67 % (35)	
Far	18 % (27)	22 % (18)	19 % (10)	
Mor/far + søskende	8 % (12)	8 % (6)	10 % (5)	
Både mor og far	7 % (10)	5 % (4)	2 % (1)	
<b>Sygdommens opståen</b>				
Altid	28 % (41)	26 % (21)	17 % (9)	
Barndom	43 % (64)	45 % (37)	58 % (30)	
Ungdom	25 % (37)	27 % (22)	23 % (12)	
<b>Forælders diagnose</b>				
Skizofreni	17 % (25)	12 % (10)	15 % (8)	
Manio-depressiv	44 % (66)	48 % (39)	50 % (26)	
Depression	9 % (13)	7 % (6)	4 % (2)	
Andre diagnoser	9 % (14)	11 % (9)	17 % (9)	
Ved ikke	8 % (12)	10 % (8)	8 % (4)	
Ikke syg mere	1 % (2)	1 % (1)	2 % (1)	
Død	3 % (4)	2 % (2)	0 % (0)	
<b>Selvopfattelse før start i gruppeforløb</b>	147	80	40	
Meget dårlig	16 % (23)	10 % (8)	10 % (4)	
Dårlig	35 % (51)	34 % (27)	30 % (12)	
Middel	27 % (40)	34 % (27)	35 % (14)	
God	14 % (20)	11 % (9)	10 % (4)	
Meget god	9 % (13)	11 % (9)	15 % (6)	
<b>Social kontaktevne før start i forløb</b>	148	80	40	
Meget dårlig	4 % (6)	5 % (4)	0 % (0)	
Dårlig	14 % (20)	13 % (10)	10 % (4)	
Middel	31 % (46)	31 % (25)	25 % (10)	
God	34 % (50)	31 % (25)	40 % (16)	
Meget god	18 % (26)	20 % (16)	25 % (10)	

### 3. Profil af de unge

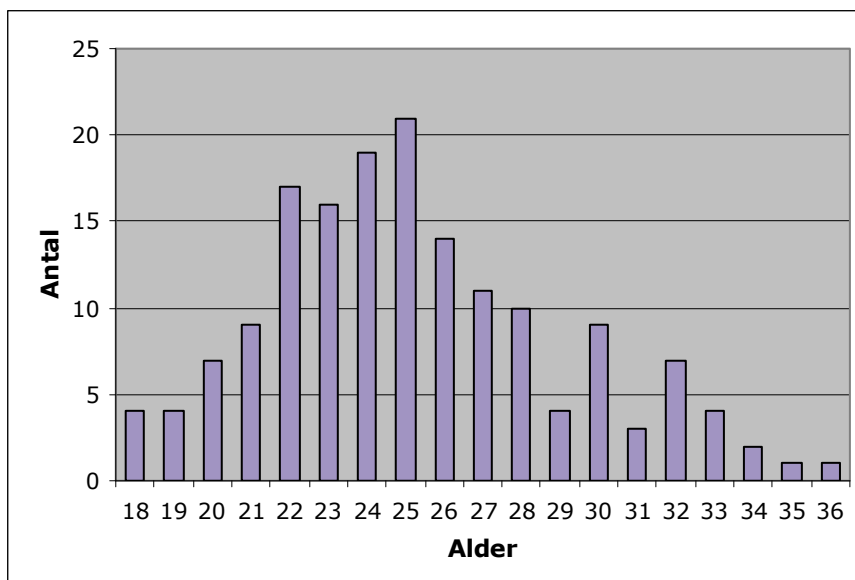
Dette kapitel giver en kort gennemgang af de unges baggrundsfaktorer og nogle af de opfatterser, som de unge gav udtryk for, før de startede i gruppeforløbet. Som nævnt har 149 personer besvaret spørgeskemaet før gruppeforløbet. For yderligere 17 personer, der har deltaget i de indledende interview, er der også blevet noteret baggrundsfaktorer. Baggrundsfaktorer for disse i alt 166 unge, som har været i gruppeforløbene fra 1995 til sommeren 2008, skal hjælpe til at give et indblik i, hvilke personer der har benyttet sig af tilbuddet. Desuden beskriver spørgsmålene omkring barndomsoplevelser og nuværende oplevelser med den syge pårørende, hvordan de unge havde det, før de startede i forløbet.

#### Karakteristika for gruppen af unge

Gruppetilbuddet har primært tiltrukket kvinder, da denne gruppe udgør hele 86 % af det samlede antal deltagere, svarende til 143 kvinder.

Aldersmæssigt er målgruppen for tilbuddet blevet udvidet lidt i forhold til det oprindelige udgangspunkt, som definerede målgruppen til at være unge mellem 18 og 30 år. Data viser, at 18 personer (11 %) var 31 til 36 år. I den anden ende af aldersfordelingen ses, at kun 8 personer var 18 eller 19 år, mens klart størstedelen af deltagerne (84 %) var mellem 20-30 år. Figur 1 viser aldersfordelingen.

**Figur 1:** Respondenterne fordelt efter alder. N=163.



Figuren viser, at de hyppigst forekommende alderskategorier er fra 22 til 25 år, hvor 73 af de unge befinder sig.

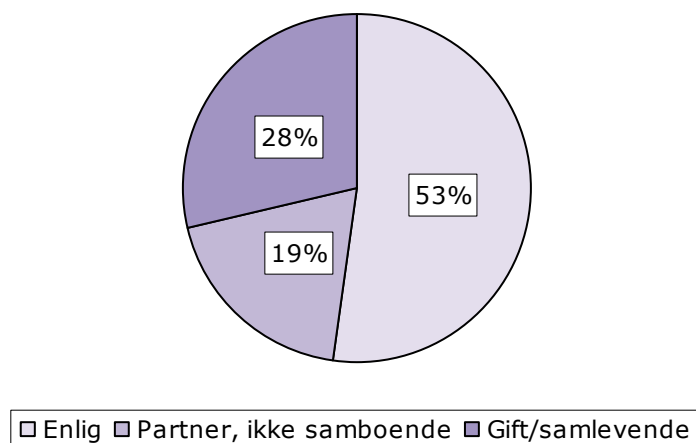
Da de unge svarede på spørgeskemaet, lige før de startede i gruppeforløbet, var størstedelen af dem studerende (65 %). 19 % var i arbejde, mens 13 % ikke var i arbejde, hvilket dækker over at være arbejdsløs, få sygedagpenge, bistandshjælp eller være førtidspensionist.



Kun 6 % af respondenterne boede hjemme hos deres forældre, mens 60 % boede i selvstændig bolig og 34 % på kollegium eller i bofællesskab.

Figur 2 viser, hvordan respondenterne fordeler sig i forhold til at være i parforhold.

**Figur 2:** Respondenterne fordelt efter civilstatus før de startede i gruppeforløbet. N=165.



Respondenterne er nogenlunde ligeligt fordelt i forhold til at være i parforhold eller være single. 53 % af de unge var single, da de startede i gruppertilbuddet, mens 28 % var gift eller samlevende med en partner, og 19 % havde en kæreste, men de boede ikke sammen med personen. 9 % af respondenterne havde børn, før de startede i grupperne.

Størstedelen af respondenterne har søskende (82 %) og hele 33 % har tre søskende eller derover. Af dem der har søskende er 35 % yngst i søskendeflokken, 23 % har både store og små søskende, mens de sidste 43 % er ældst.

Ud fra de ovenstående karakteristika for deltagerne i gruppen er det muligt at opstille et billede af den "typiske" unge af en sindslidende forælder, der deltager i gruppeforløbet.

Deltageren er:

- Kvinde
- Mellem 22-25 år
- Studerende
- Udeboende

### 3.1. Barndommen og den syge pårørende

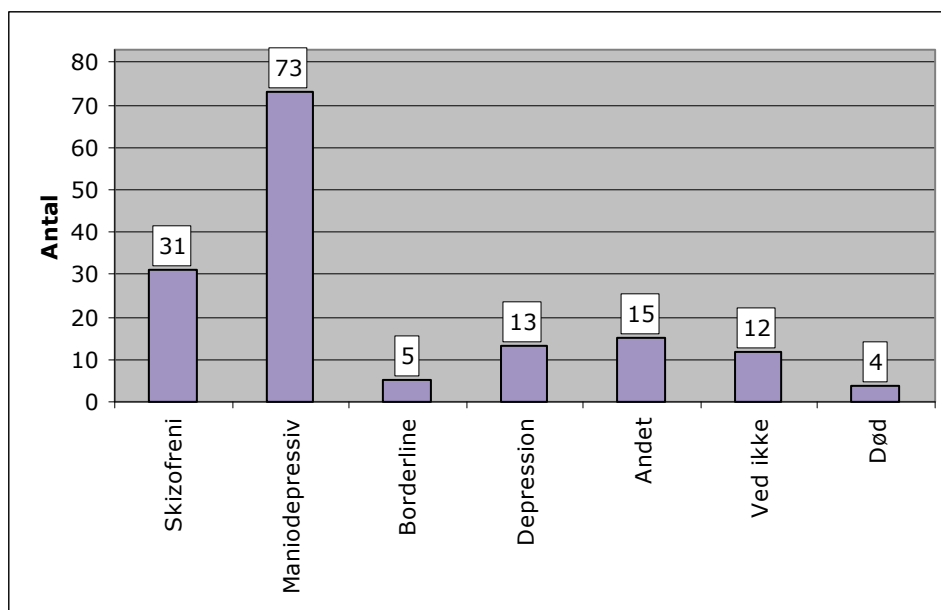
Af de 166 respondenter, der har besvaret spørgsmålet om, hvem af deres forældre der har en sindslidende, har størstedelen (67 %) en sindslidende mor. 19 % har en sindslidende far, mens de resterende (14 %) både har en far og/eller en mor der er syg, samt en af deres søskende.

Blandt deltagerne i gruppeforløbet er der forskel på, hvornår den syge forælder er blevet syg. Størstedelen af respondenterne svarer, at den syge forælder altid har været syg, eller at syg-

dommen er opstået i respondentens barndom (71 %). 25 % angiver, at sygdommen er opstået i deres tidlige eller sene ungdom, mens de sidste 4 % ikke ved, hvornår sygdommen er opstået.

Den syge forælder er i de fleste deltageres tilfælde maniodepressiv (44 %), mens den næststørste sygdomskategori er skizofreni, som 19 % af de unge har forældre, der lider af. De resterende er fordelt blandt flere forskellige sygdomme, eksempelvis borderline, angst og personlighedsforstyrrelser.

**Figur 3:** Respondenterne fordelt efter den syge forældres diagnose. N=153.



Det skal nævnes, at spørgsmålene omkring den syge forælder er besvaret af de unge selv, hvorfor de udtrykker deres opfattelse af spørgsmålene, som ikke nødvendigvis stemmer helt overens med de diagnostiske kriterier.

I forhold til den syge forælder er respondenterne også blevet spurgt om, hvor ofte den pårørende har været indlagt i forbindelse med sygdommen i den unges barndom. Her svarer 5 %, at deres forælder næsten konstant har været indlagt, og 24 % svarer, at forælderen har været indlagt årligt eller flere gange årligt. Den største andel af respondenterne (49 %) angiver, at den syge har været indlagt med års mellemrum eller sjældnere, mens det kun for 4 % gør sig gældende, at forælderen aldrig har været indlagt.

Som det ses af det ovenstående, har mange af deltagerne fra barndommen og frem levet med en sindslidende forælder. Nogle undersøgelser tyder på, at det kan mindske belastningen af at være et barn af en sindslidende, hvis man har nogle andre voksne at støtte sig til (Aalbæk og Glistrup, 1997)<sup>5</sup>. Det kan derfor være interessant at se på, hvor mange af de unge der har haft raske voksne personer at støtte sig til under deres opvækst. For respondenterne i denne undersøgelse har 44 % både haft nogle at støtte sig til i barndommen og ungdommen, mens 7 % kun havde nogen at støtte sig til i deres barndom. 17 % svarer, at de kun har haft andre voksne at støtte sig til i

<sup>5</sup> Aalbæk, T., Glistrup, S: Børn af psykisk syge forældre. En undersøgelse af relationen mellem psykisk syge forældre og deres børns psykosociale udvikling. Kandidatafhandling, Psykologisk Studierskriftserie, Aarhus Universitet, Vol.1., p. 128, No. 1. 1997.

ungdommen, hvilket dog skal sammenholdes med, at 25 % af respondenterne havde svaret, at deres forælder først blev syg i deres ungdom. De sidste 45 respondenter (33 %) har hverken i deres barndom eller ungdom haft nogen andre raske voksne at støtte sig til.

Respondenternes påvirkning og belastning fra at være børn af sindslidende vil blive bearbejdet yderligere i det næste kapitel.

### **3.2. Kendskab til gruppeforløbet**

I spørgeskemaet, som respondenterne udfyldte før gruppeforløbet startede, er de blevet spurgt til, hvordan de fik kendskab til SINDs Pårørenderådgivnings gruppeforløb.

En gennemgang af disse kommentarer viser, at specielt anbefalinger og opfordringer fra venner, familie, studievejledere og psykologer samt diverse brochurer, foldere og opslag er måder, hvorved de unge har fået kendskab til forløbet. Derudover har flere selv kontaktet SIND's Pårørenderådgivning for at høre, hvilke tilbud de havde eller søgt på internettet efter det. Desuden virker det til, at artikler i ugeblade kan have en vis effekt. 7 ud af de 88 personer, der har svaret på spørgsmålet, skriver nemlig, at de fik kendskab til gruppeforløbet gennem en artikel i "Alt for damerne" i 1996. 6 ud af de 7 personer er kvinder mellem 28-36 år.

### **3.3. Forventninger til gruppeforløbet**

I besvarelserne på to spørgsmål, henholdsvis hvad baggrunden var for, at den unge havde henvendt sig til ungerådgivningen, og hvilke positive forventninger den unge havde til forløbet, kan en kvalitativ analyse af besvarelserne give et indtryk af, hvad deltagerne før forløbets start håbede på at få ud af det.

Den tydelige tendens ved gennemlæsning af besvarelserne er, at mange respondenter ser frem til at møde andre unge med samme baggrund som dem selv. Ud af de 93 respondenter der har svaret på et af de to ovenstående spørgsmål, har 64 personer (69 %) direkte skrevet, at en af de ting de ser frem til ved forløbet er mødet med andre i samme situation. De håber, at de vil møde forståelse, accept og en oplevelse af, at de ikke er alene med deres tanker og følelser.

Flere af de unge håber, at de vil møde nogle andre reaktioner, end de tidligere har mødt fra personer, som ikke selv har oplevet at have en sindslidende forælder, og derfor ikke kan forstå, hvilke følelser det medfører.

*"Jeg håber, det hjælper at snakke med andre i samme situation, at man der får lidt bedre reaktioner, end det jeg tidligere har været ude for (medlidenhed eller uforståenhed)."* (Kvinde, 25 år)

Af andre emner nævner mange unge blandt andet evnen til at mærke egne behov og ud fra disse sætte grænser over for den syge pårørende. Flere håber på en større forståelse af sig selv og egne reaktionsmønstre. Eksempelvis beskriver citatet nedenfor en respondents ønske om i højere grad at definere sig selv.

*"Jeg har et enormt behov for forståelse omkring mine handlinger vedrørende mor og ven. Jeg forstår ikke mig selv og føler mig underudviklet følelsesmæssigt. Jeg glemmer ofte mig selv, til deres fordel, hvilket skaber mange problemer for mig."* (Kvinde, 24 år)

Denne kvinde har altså problemer med at mærke, hvad hun selv vil og føler, hvilket giver hende problemer. Implicit i citatet ligger der formentlig et ønske om at lære sig selv bedre at kende og på baggrund heraf sætte nogle rammer og grænser for forholdet med den sindslidende mor. En anden kvinde udtrykker ligeledes den manglende evne til at fralægge sig ansvar for den syge og i stedet mærke efter, hvad man selv har behov for.

*"Jeg føler i stigende grad, at mit eget liv "vælter", fordi jeg praktisk og følelsesmæssigt påtager mig for meget ansvar for min pårørende. Jeg ønsker hjælp til at kunne frasige mig ansvar."* (Kvinde, 26 år)

Udover at blive bedre til at mærke deres egne behov og ønsker, og på baggrund heraf sige fra overfor den syge, er der ligeledes et ønske om gennem forløbet at få større selvtillid og mindske skammen over at være barn af en psykisk syg. Desuden nævner flere, at de ønsker større forståelse/viden om sindslidelser, da mange af respondenterne ønsker at acceptere deres syge forældre og få et bedre forhold til dem.

## 4. Fortsat prægede af opvæksten

Selvom der ikke i denne rapport er mulighed for at sammenligne de unge, der har deltaget i gruppeforløbet med en gruppe unge, der ikke har sindslidende forældre, kan data alligevel give et indtryk af, at de unge er påvirket af deres opvækst med en sindslidende forælder.

Problemstillingen bliver analyseret ud fra to synsvinkler. Først bliver der set på, hvem af de unge der i størst grad er påvirket af opvæksten med udgangspunkt i, hvilken betydning det har, at man har været et "voksent barn" i sin barndom. Derefter vises resultater fra de unges besvarelser om deres egen opfattelse af, på hvilke områder pårønderollen er belastende for dem.

### 4.1. Betydningen af at have været et "voksent barn"

På baggrund af nogle af de 37 påstande indeholdt i alle tre spørgeundersøgelser om blandt andet respondenternes selvopfattelse, sociale kontaktevne, oplevelser i barndommen og forhold til den syge pårørende er der dannet flere forskellige indeks. Et refleksivt indeks er en samling af spørgsmål, som fra flere forskellige vinkler udtrykker det samme begreb.

I dette afsnit vil der primært blive sat fokus på indekset om, hvorvidt respondenterne har været et "voksent barn" i sin barndom, da formålet er at undersøge, om det har betydning for respondenternes tilværelse som voksne. At nogle af respondenterne har oplevet et for stort ansvar for tidligt udtrykkes eksempelvis i følgende citat:

*"Min mor har været syg, siden jeg var helt lille. Jeg har altid følt, at hun var mit ansvar. Jeg har altid været den, hun var mest knyttet til."* (Kvinde, 30 år)

I spørgeskemaet er der på flere forskellige måder spurgt til, om respondenterne har været et "voksent barn". Indekset er lavet på baggrund af tre spørgsmål og tre påstande, som alle forventes på forskellige måder at afspejle, om respondenterne har været et "voksent barn".

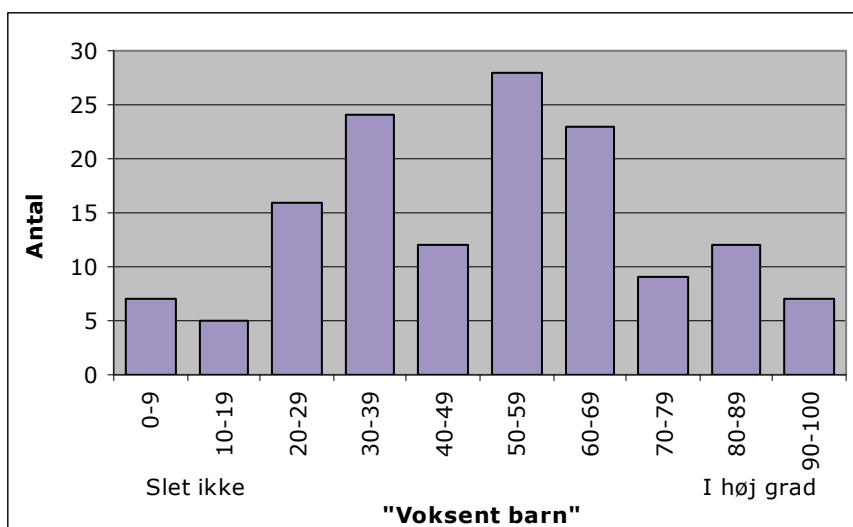
De tre påstande og tre spørgsmål, der indgår i indekset, er følgende:

- "Jeg har ofte som barn måttet spille forælderollen"
- "Jeg skulle påtage mig et for stort ansvar for tidligt"
- "Jeg har manglet den omsorg, jeg har haft brug for"
- "Har du som barn været involveret i din syge pårørendes behandling, for eksempel ved at sørge for, at medicin indtages, have kontakt med læge/hospital, sørge for indlæggelse eller lignende?"
- "Har du som barn påtaget dig følelsesmæssigt støttende og sociale opgaver for din syge pårørende i dagligdagen, for eksempel ved at stå til rådighed for samtaler om din pårørendes problemer?"
- "Har du som barn påtaget dig praktiske opgaver for din syge pårørende i dagligdagen, for eksempel ved at pleje din pårørende, overtage arbejdsopgaver i hjemmet, passe søskende eller lignende?"

Analyser af indekset giver statistisk støtte til, at disse seks spørgsmål er udtryk for samme dimension, hvilken som nævnt betegnes "voksent barn". Se metodeafsnittet for detaljer vedrørende indeksets konstruktion.

Indekset er omskaleret til at gå fra 0 – 100 for at gøre tolkningen nemmere. Det vil sige, at hvis en respondent har angivet svar på alle seks spørgsmål, som udtrykker, at personen i høj grad har været et "voksnet barn", så vil denne respondent få en samlet score på det nye indeks på 100. Modsat udtrykker værdien 0, at respondenterne slet ikke har været et "voksnet barn". For at give et bedre grafisk overblik over fordelingen af respondenterne, er de grupperet i ti grupper, hvilket ses i figur 4.

**Figur 4:** Respondenterne fordelt efter placering på indeks over "voksnet barn". N=143



Respondenterne fordeler sig på indekset med et gennemsnit på 50,1. I figuren ses det, at der både er respondenter, der i høj grad har været "voksne børn" i barndommen og andre, som ikke i særlig høj grad har haft denne rolle. 79 af de 143 respondenter placerer sig ud for værdien 50 eller derover (svarende til 55 %).

Udover indekset for "voksnet barn" er der også udarbejdet indeks for respondenternes sociale kontaktevne og selvopfattelse<sup>6</sup>. For at undersøge hvad der for gruppen af respondenter har betydning for, om man har høj eller lav social kontaktevne og høj eller lav selvopfattelse, er der gennemført regressionsanalyser.

I analyserne blev der inddraget flere forskellige variable som mulige forklaringer på respondenternes forskelle i selvopfattelse og social kontaktevne. I de to gennemførte regressionsanalyser optræder henholdsvis selvopfattelse og social kontaktevne som afhængige variable. Når der udføres en regressionsanalyse, kontrolleres effekten af en uafhængig variabels effekt for de andre variables effekter, dvs. hvis man finder, at en der er en sammenhæng mellem en uafhængig variabel og den afhængige variabel, så er denne sammenhæng kontrolleret for de andre variables betydning.

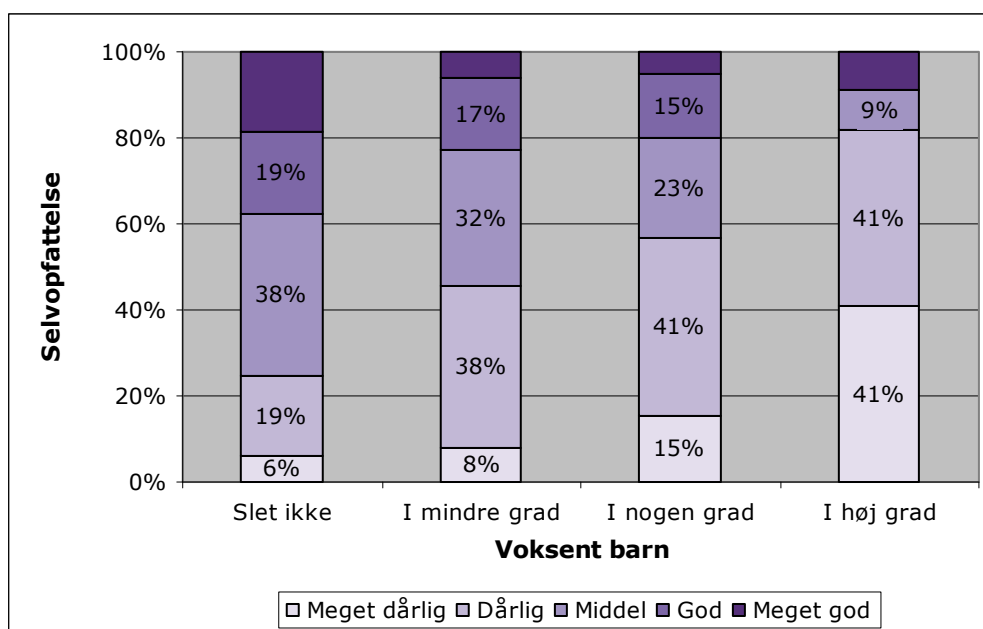
I forhold til både selvopfattelse og social kontaktevne er der en betydelig sammenhæng med indekset over "voksnet barn". Denne sammenhæng uddybes i de følgende to afsnit.

<sup>6</sup> For uddykning af konstruktion af disse indekse se afsnittet "De unges udbytte af gruppeforløbet".

## 4.2. Selvføttelse hos "det voksne barn"

I regressionsanalysen, hvis formål er at undersøge, hvad der har haft betydning for respondenternes selvføttelse, viser det sig, at der kun er en signifikant sammenhæng mellem "voksnt barn" og selvføttelse<sup>7</sup>. Analysen viser, at når man bevæger sig 10 procentpoint på indekset over "voksnt barn", falder selvføttelsen med 3,1 procentpoint. En person der i høj grad har været et voksne barn i barndommen (svarende til en værdi på 100 på voksne barn indekset), har altså i gennemsnit en selvføttelse, der placerer sig 31 procentpoint lavere end en person, der slet ikke har været et voksne barn (svarende til en værdi på 0 på indekset). Sammenhængen mellem om et barn af en sindslidende har været et "voksnt barn", og hvordan dennes selvføttelse er, da respondenterne startede i gruppeforløbet, bliver vist i figur 5. I den grafiske fremstilling er der dog ikke kontrolleret for andre variables effekter.

**Figur 5:** Sammenhæng mellem respondenternes selvføttelse og hvorvidt de har været et "voksnt barn". N=130.



Respondenternes selvføttelse er for at højne overskueligheden opdelt i fem kategorier: meget dårlig, dårlig, middel, god og meget god. Indekset for voksne barn er inddelt i fire kategorier.

Figuren viser tydeligt sammenhængen mellem respondenternes forskel i selvføttelse, og hvorvidt de har været voksne børn. Eksempelvis har 82 % af de respondenter, der i høj grad har været et voksne barn en dårlig eller meget dårlig selvføttelse, mens dette kun gør sig gældende for 25 % af respondenterne, som slet ikke har været voksne børn.

I forhold til at have en meget god selvføttelse giver figuren ikke et entydigt billede af sammenhængen. Den største andel (19 %) af respondenter med en meget god selvføttelse er dog hos den gruppe respondenter, der ikke har været voksne børn. Den laveste andel af respondenter

<sup>7</sup> Andre variable der indgik i regressionsanalysen: Køn, alder, diagnose, antal søskende, raske voksne at støtte sig til i barndom, raske voksne at støtte sig til i ungdom. Regressionsanalysen findes i metodebilaget bagerst i rapporten. Der er gennemført forudsætningstest.

med god selvopfattelse findes til gengæld ikke i gruppen af børn, der i høj grad har været voksne børn, men i de to midterkategorier. Det er dog værd at påpege, at der numerisk er få respondenter i hver af kategorierne, hvorfor der skal forholdsvis lidt til at rykke sammenhængen.

Hvis de to positive kategorier lægges sammen, ses tendensen dog igen, hvor andelen af respondenter, der enten har meget god eller god selvopfattelse ved starten af gruppeforløbet stiger i takt med, at børnene i mindre grad har været voksne børn.

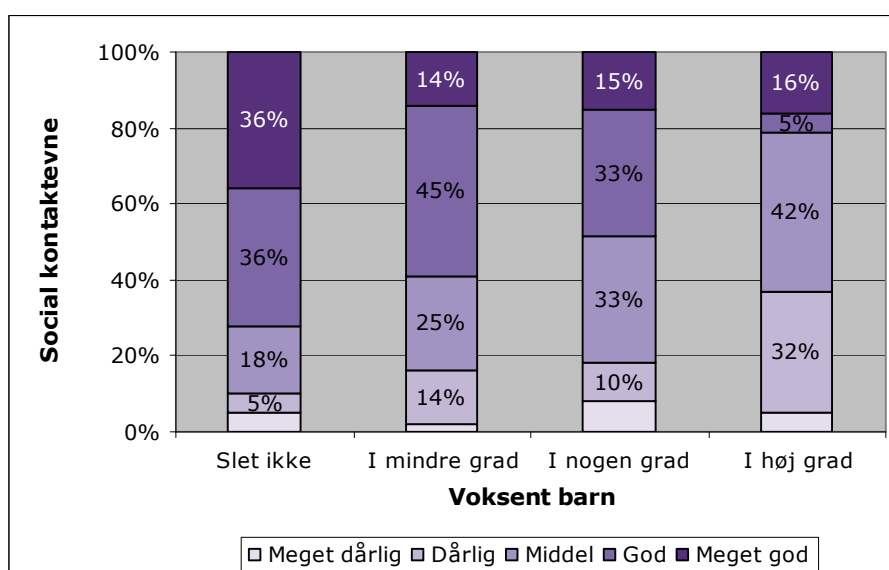
De statistiske analyser og ovenstående figur tyder på, at hvorvidt en person har været et voksent barn kan have betydelige konsekvenser for personens selvopfattelse på længere sigt.

### 4.3. Social kontaktevne hos "det voksne barn"

Regressionsanalysen for social kontaktevne viser ligeledes, at der er en signifikant sammenhæng mellem indekset om "voksent barn" og respondenternes sociale kontaktevne. I dette tilfælde er effekten på 0,298. Det vil sige, at kontrolleret for andre relevante, tilgængelige variable<sup>8</sup> vil en ændring på 10 procentpoint på indekset over "voksent barn" føre til en mindskelse på 3,0 procentpoint i forhold til den sociale kontaktevne. Sammenlignet vil en person, der placerer sig med 100 på indekset over "voksent barn" i gennemsnit have en social kontaktevne, der er 30 procentpoint lavere, end en person der placerer sig på 0 på indekset over "voksent barn". Dette tyder på, at det har betydning for et barn af en sindslidendes sociale kontaktevne, om denne har været et "voksent barn" gennem sin barndom.

Grafisk illustreres sammenhængen i figur 6, hvor de to indeks er inddelt i henholdsvis fem og fire kategorier for at lette overskueligheden.

**Figur 6:** Sammenhæng mellem social kontaktevne og hvorvidt respondenterne har været "voksne børn". N=131.



<sup>8</sup> Andre variable der indgik i regressionsanalysen: Køn, alder, diagnose, antal søskende, placering i søskendeorden, hvilken forælder der er syg, om den pårørende var syg i barndommen, raske voksne at støtte sig til i barndom, raske voksne at støtte sig til i ungdom, om man var involveret i den syge pga. sygdommen i sin ungdom. Regressionsanalysen findes i metodebilaget bagerst i rapporten.



Figuren viser, at 73 % af respondenterne i gruppen af unge, der slet ikke har været voksne børn, gav udtryk for en god eller meget god social kontaktevne, før de startede i gruppeforløbet. Dette gjorde sig kun gældende for 21 % af dem, der i høj grad havde været voksne børn.

Samtidig viser figuren et noget uensartet forløb for kategorien om meget dårlig social kontaktevne, da den tydelige sammenhæng ikke er der. Set sammen med kategorien for dårlig social kontaktevne kan sammenhængen, mellem hvorvidt respondenterne har været voksne børn og deres sociale kontaktevne, genfindes. Blandt de respondenter, der ikke har været voksne børn, har 9 % en dårlig eller meget dårlig kontaktevne. Denne andel stiger til 16 og 18 % i de to midterste kategorier for endeligt at stige til 37 % for de respondenter, der i høj grad har været voksne børn.

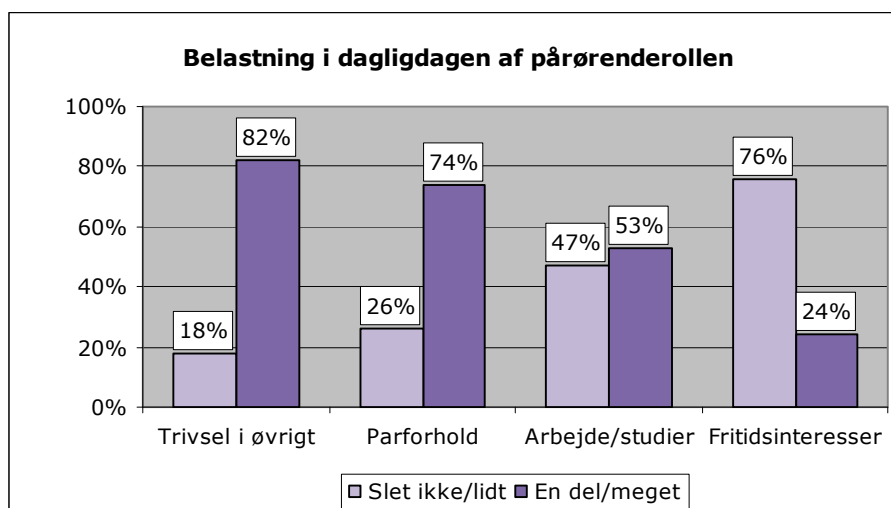
Udover betydningen af at have været et voksent barn viser regressionsanalysen også, at køn har betydning for respondenternes sociale kontaktevne. Det viser sig, at de kvindelige respondenter har en signifikant bedre social kontaktevne end de mandlige. Dog skal der tages det forbehold, at der kun er 16 mandlige respondenter, hvorfor konklusionen må drages med visse forbehold.

De ovenstående analyser sandsynliggør, at det har betydning for både selvopfattelse og social kontaktevne, om respondenterne har været "voksne børn". Ligeledes har køn en mulig betydning for den sociale kontaktevne.

#### 4.4. Belastede af pårønderollen

Afsnittet ovenfor sandsynliggør, at respondenterne i voksenlivet er påvirket af deres pårønderolle i barndommen. Svarene fra spørgeskemaerne giver desuden mulighed for at se nærmere på, i hvor høj grad respondenterne mener, at deres daglige tilværelse på undersøgelsestidspunktet var belastet af den omstændighed, at de havde en sindslidende forælder. Der blev spurgt til arbejds- og studiemæssige sammenhænge, fritidsinteresser, parforhold og sidst i forhold deres personlige trivsel i øvrigt.

**Figur 7:** Respondenterne fordelt efter svar på spørgsmålet: "I hvor høj grad på nedenstående områder vil du mene, at din daglige tilværelse lige nu er belastet af den omstændighed, at et medlem af din familie er sindslidende?"



I figur 7 vises respondenternes besvarelser på spørgsmålene. Kategorierne "slet ikke" og "lidt" er lagt sammen, og kategorierne "en del" og "meget" er lagt sammen for at øge overskueligheden. Overordnet tyder fordelingerne i figuren på, at de unge føler sig belastede af pårønderollen. Specielt i forhold til trivsel i øvrigt og parforhold finder respondenterne, at de er belastede af pårønderollen i deres dagligdag. På disse to områder svarer henholdsvis 43 % (62 unge) og 31 % (44 unge), at de synes, at de er meget belastede af pårønderollen.

En anden måde at undersøge, hvordan respondenternes forhold til deres syge forælder er, er ved at sammenholde hyppigheden af de unges kontakt med den syge forælder med deres oplevelse af kontaktens kvalitet. Denne analyse er sammenlignet med besvarelser om henholdsvis kontakt og kvalitet af kontakt med venner og familie i øvrigt. Hvis det antages, at forholdet mellem kontakt - og kvalitet af kontakt - kan sammenlignes på tværs af de tre grupper, ses det, at respondenterne har uforholdsmæssig stor kontakt med den syge, set i relation til kontaktens kvalitet.

Som sammenhængsmål mellem hyppigheden af kontakter og kvaliteten af kontakterne kan gamma-koefficienter i dette tilfælde bruges. Gamma viser styrken af sammenhæng mellem to variable, og den kan variere mellem -1 til 1, hvor en større numerisk værdi er udtryk for stærkere sammenhæng.

Der er en stærk sammenhæng mellem kontakthypighed og kontaktens kvalitet, når det drejer sig om anden familie end den syge far eller mor. Dette understøttes af en gammaværdi på 0,638: Jo bedre respondenterne synes, kontakten er, desto hyppigere har de kontakt med deres øvrige familie. Samme tendens ses i forhold til kontakt med gode venner.

Denne klare tendens genfindes ikke i forhold til den syge pårørende. For sammenhængen mellem kvaliteten af kontakten med den syge og hyppigheden af kontakter fremkommer en gamma værdi på 0,197. Den relativt lave værdi tyder på, at der ikke er en særlig stærk sammenhæng. At det er tilfældet sandsynliggøres i tabel 2.

**Tabel 2:** Respondenterne fordelt efter vurderet kvalitet af kontakt med den syge forælder og hyppigheden af kontakt med den syge forælder. Antal og procent. N=134.

		Kontakt med den syge forælder				
		Slet ikke eller årlig	Månedlig	Ugentlig	Daglig	Total
<b>Kvalitet af kontakt med den syge forælder</b>	Meget dårlig	6 15 %	9 22 %	19 46 %	7 17 %	39 100 %
	Rimelig	1 2 %	17 30 %	29 52 %	9 16 %	56 100 %
	God eller virkelig god	0 0 %	10 26 %	18 46 %	11 28 %	23 100 %
	<b>Total</b>	7 5 %	36 27 %	66 49 %	27 20 %	134 100 %

Tabellen viser eksempelvis, at der er næsten lige store andele i hver af kategorierne for kvaliteten af kontakten, der har ugentlig kontakt med den syge pårørende. Det vil sige, at hvorvidt de unge har ugentlig kontakt med sin syge forælder ikke er betydeligt influeret af, hvordan kvaliteten af kontakten er. Der ses dog en sammenhæng i de to yderkategorier, hvor der er tendens til, at hvis den unge kun har årlig kontakt, eller slet ikke har kontakt til den syge pårørende, så synes personen også, at kontakten er meget dårlig. Ligeledes er der en større andel af dem, der har daglig kontakt til den syge pårørende, der vurderer, at kontakten er virkelig god.

Sammenlignet med sammenhængene mellem vurderingerne af kvaliteten af kontakten og hyppigheden for både øvrig familie og gode venner, så tyder den svage sammenhæng i forhold til den syge pårørende på, at flere af respondenterne mødes oftere med den syge, end hvad kvaliteten af kontakterne skulle forudsætte. Dette er som nævnt under forudsætning af, at de forskellige grupper kan sammenlignes.

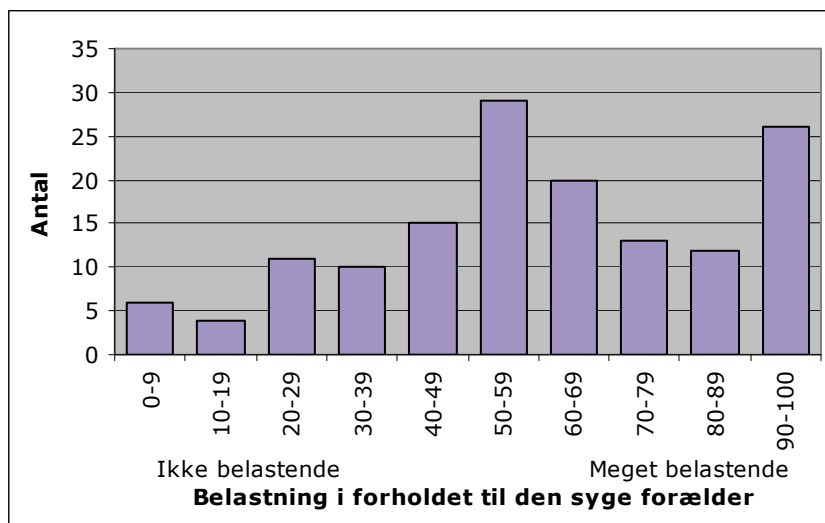
En sidste analyse af forholdet til den syge forælder er sket ved hjælp af et indeks over fire påstande, som afspejler forskellige aspekter af, om den unge er belastet af forholdet til den syge.

Da respondenterne startede i gruppeforløbet, blev de stillet flere forskellige spørgsmål om deres forhold til den syge pårørende. For at give et indblik i, hvordan respondenterne selv opfatter deres forhold til den syge forælder, er disse spørgsmål samlet i et indeks, som viser, hvor belastende forholdet er for den unge. De fire påstande nedenfor blev fundet relevante at inddrage i denne sammenhæng.

- "Jeg prøver efter bedste evne at beskytte min syge pårørende mod andres fordomme"
- "Jeg mener, jeg bør stå til rådighed, når min syge pårørende har brug for mig"
- "Når min pårørende har det dårligt, får jeg det også dårligt"
- "Jeg har tit dårlig samvittighed, fordi jeg ikke tager mig nok af min syge pårørende"

Respondenternes fordeling på indekset, hvor svaret på hvert af de fire spørgsmål tæller en fjerdedel af den samlede score, ses nedenfor. En høj værdi på indekset svarer til, at respondenterne i høj grad er belastet af forholdet til den syge forælder. Eksempelvis skal respondenterne på alle fire spørgsmål have svaret, at påstanden i høj grad passer på dem for at få en score på 100 på indekset. Modsat vil fire svar af typen "slet ikke" give en score på 0, som udtrykker, at forholdet til den syge forælder slet ikke er belastende for respondenterne. Se metodeafsnittet for uddybning.

**Figur 8:** Respondenterne fordelt efter besvarelser på spørgsmål omkring belastning af forholdet til den syge. N=146.



Figur 8 viser, at størstedelen af respondenterne befinder sig omkring middelværdierne eller over, og 100 respondenter (68 %) placerer sig ud for 50 eller derover. Tendensen til, at mange placerer sig højt på indekset, kan også udtrykkes ved et gennemsnit på 59,6. Mange af de unge har altså ud fra denne operationalisering et belastende forhold til deres syge forældre ved gruppeforløbets start.

Figuren ovenfor og de andre analyser tyder på, at en stor del af respondenterne har et forhold til deres syge forældre, som er belastende for dem. Data viser dog også, at lidt over halvdelen af respondenterne (56 %) tidligere har fået professionel støtte. Men samtidig betyder det også, at 39 % af respondenterne ikke tidligere har fået professionel støtte til at tackle de oplevelser, som de har haft og stadig har som følge af at være barn af en sindslidende.

## 5. De unges udbytte af gruppeforløbet

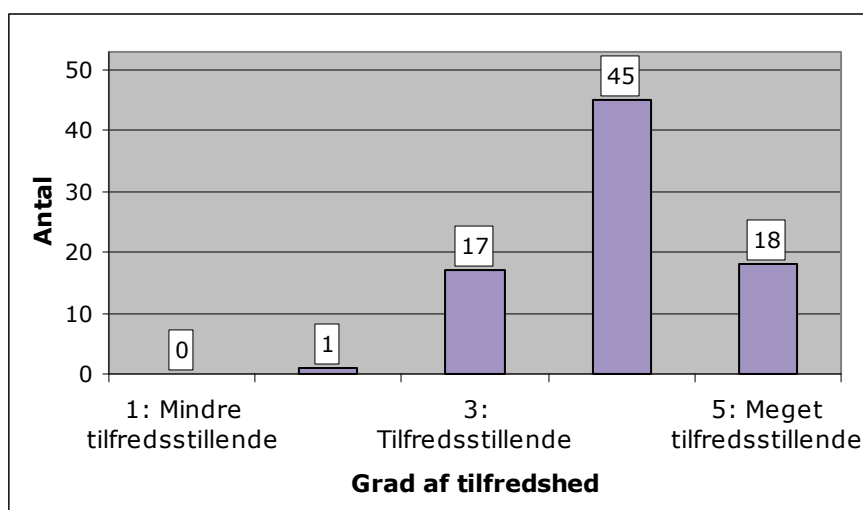
I dette kapitel beskrives de unges udbytte af at have deltaget i et gruppeforløb. Kapitlet gengiver først de unges skriftlige kommentarer til det oplevede forløb, og herefter vil de statistiske analyser af spørgeskemaernes datamateriale blive gennemgået.

### Gode oplevelser fra gruppeforløbet

I spørgeskemaet, som deltagerne har udfyldt lige efter gruppeforløbet sluttede, blev de spurgt til, hvad de fandt godt og mindre godt ved forløbet. I dette afsnit bliver de positive kommentarer behandlet, hvorefter næste afsnit viser, hvad respondenterne har fundet mindre godt.

I spørgeskemaet efter gruppeforløbets afslutning er deltagerne blevet spurgt til deres generelle tilfredshed med forløbet. Respondenterne skulle placere sig på en skala fra 1 til 5 gående fra mindre tilfredsstillende til meget tilfredsstillende. På skalaen var der skrevet mindre tilfredsstillende ud for 1, tilfredsstillende ved 3 og meget tilfredsstillende ud for 5, men det var også muligt at placere sig ved 2 og 4. Skalaen har en svaghed ved ikke at have en kategori, der hedder utilfredsstillende, da den herved kan undgå de negative besvarelser.

**Figur 9:** Respondenterne fordelt efter svar på spørgsmålet: "Hvis du i dag ser tilbage på dit forløb i unge-projektet, set som et hele, hvor på nedenstående skala fra 1 til 5 vil du da placere din samlede vurdering af det forløb, du har været igennem i SIND's Ungerådgivning?". Antal. N=81.



Figur 9 viser, at respondenterne generelt har vurderet forløbet til at være tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende. Skalaens manglende kategori omkring utilfredshed er i dette tilfælde ikke så afgørende, da ingen respondenter placerer sig i kategorien mindre tilfredsstillende, og kun en respondent placerer sig mellem mindre tilfredsstillende og tilfredsstillende. Hvis mange respondenter fandt forløbet utilfredsstillende, ville flere have placeret sig i disse kategorier.

Respondenternes positive vurdering af forløbet understøttes af mange kvalitative kommentarer, som giver et indtryk af, at de fleste respondenter har været glade for at deltage.

En analyse af de kvalitative besvarelser på spørgsmålet om, hvad respondenterne har fundet godt ved forløbet, viser, at mange lægger stor vægt på betydningen af at have mødt andre unge med lignende baggrund og problemer, som dem selv. Det næste afsnit går derfor i dybden med dette emne.

### **Jeg er ikke den eneste**

Som nævnt skriver mange af respondenterne til spørgsmålet om, hvad der har været godt ved forløbet, at de har haft stort udbytte af at møde andre med lignende baggrund, som kendte til deres følelser og reaktioner. De unge udtrykker, at andre venner kan have svært ved at sætte sig ind i deres situation, hvorfor det har været godt at komme i gruppen, hvor de har følt sig accepteret og forstået fra starten uden nødvendigvis altid at skulle forklare alt i detaljer. Eksempelvis skriver en kvindelig deltager, at det gode ved forløbet var, at:

*"... jeg har haft folk at dele mine problemer/sager med. Vi forstod og lignede hinanden utrolig godt. At man ikke føler sig alene i sin situation. Godt at føle, at man kan hjælpe og rådgive andre. Har følt mig forstået og accepteret mere, end jeg gør i forhold til venner."*(Kvinde, 22 år)

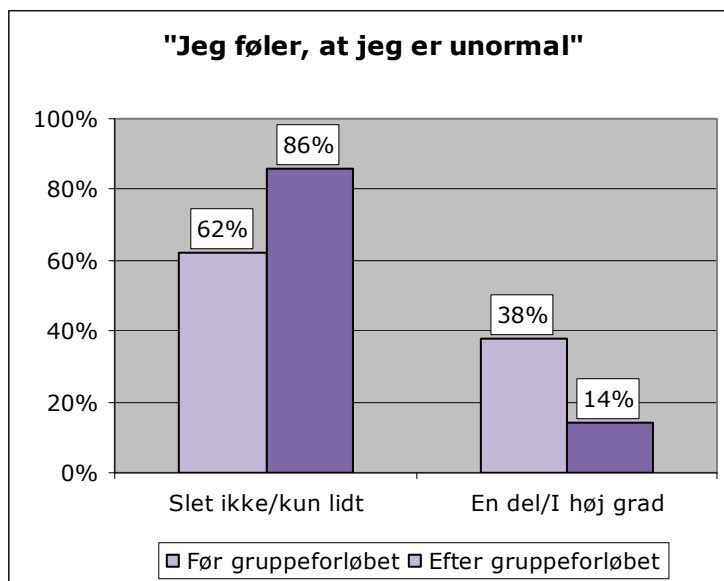
Analysen af besvarelserne viser desuden, at mødet med andre med samme baggrund også hjælper de unge til at acceptere deres egne følelser og reaktioner, da de oplever, at de ikke er de eneste, der handler og tænker, som de selv gør. De får en oplevelse af, at de ikke er unormale, egoistiske eller bør skamme sig. Citaterne nedenfor eksemplificerer dette.

*"Opleve at andre havde haft samme oplevelser og tanker og man ikke var alene. Få bekræftet at ens tanker er naturlige, og man ikke skal skamme sig over at blive vred, egoistisk osv. i forbindelse med den syge"*(Kvinde, 25 år)

*"Det har været godt at møde andre med lignende problemer - at få lov at tale frit fra hjertet - blive forstået og accepteret. Græde og få afløb - komme i kontakt med fortrængte oplevelser. Høre andres problemer og terapeutens gode råd."*(Kvinde, 27 år)

At gruppeforløbet fører til, at de unge føler sig mindre unormale, kan også finde støtte i det kvantitative materiale fra spørgeskemaundersøgelsen. Respondenterne blev både før og efter gruppeforløbet bedt om at tilkendegive, hvor enige de var i udsagnet "Jeg føler mig unormal". I figuren nedenfor er kun medtaget de respondenter, der har svaret på spørgeskemaet både før og efter gruppeforløbet.

**Figur 10:** Respondenternes fordeling på spørgsmålet "Jeg føler, at jeg er unormal" før og efter gruppeforløbet. Andel. N=81.



Figur 10 viser en ændring af respondenternes fordeling på dette spørgsmål, som også understøttes af statistiske analyser, der viser, at der er signifikant forskel på de to fordelinger<sup>9</sup>. Fra at 38 % (30 unge) før forløbets start tilkendegav, at de var en del eller i høj grad enige med påstanden om, at de følte sig unormale, er det kun 14 % (11 unge), der giver dette svar efter forløbet.

Udover den gavnlige effekt af at føle sig mindre unormal skriver flere, at gruppeforløbet hjælper til at skabe et mere trygt rum, hvor man får lyst til at åbne sig og fortælle om fortrængte følelser og oplevelser. En respondent skriver, at det gjorde, at hun hurtigere åbnede sig, sammenlignet med tidligere oplevelser i andre terapeutiske forløb.

*"At møde andre unge pårørende med identiske problemstillinger i deres voksenliv pga. en meget ens opvækst. Ofte har jeg følt, at en i gruppen har sat ord på problemstillinger, som var mine, hvilket har betydet, at jeg hurtigt følte tryghed og accept - hvilket resulterede i, at jeg har åbnet mig hurtigere end normalt i et terapeutisk forløb."* (Kvinde, 32 år)

Desuden beskriver en kvinde, at arbejdet i gruppen med andre, der forstår ens problemer, har hjulpet hende til i hverdagen at arbejde videre med tingene, da hun har vidst, at der var ligesindede at snakke med det om i gruppen.

*"At opleve, at der er andre, der slås med de samme ting. At der er nogen, der kan forstå ens problemer. At det har været lettere at arbejde med tingene i hverdagen, fordi man har haft ligesindede at dele det med. Og at jeg derved er kommet så meget længere med ovenstående ting, end jeg kunne på egen hånd"* (Kvinde, 22 år)

Analysen af kommentarerne tyder på, at oplevelsen igennem gruppeforløbet for mange har levet op til de forhåbninger, de havde, før de startede. Her skrev mange, at netop mødet med andre unge med samme baggrund var noget, de så meget frem til. Besvarelserne tyder på, at det at

<sup>9</sup> Der er gennemført McNemar's test, som giver en p-værdi på 0,000.

møde "lidelsesfæller" giver de unge en større ro, accept og sikkerhed omkring egne følelser og tanker, som hjælper dem til at få bearbejdet de fortrængte følelser og uhensigtsmæssige handlingsmønstre, som flere skriver, at de arbejder med. Nogle besvarelser tyder på, at et gruppetilbud med andre unge, der ligner en, er godt, da det skaber et trygt rum, hvor man hurtigere åbner sig.

### **Forbedringsmuligheder ved forløbet**

Selv om der generelt har været tilfredshed med forløbet viser en gennemlæsning af de kvalitative kommentarer til spørgsmålet om, hvad der har været mindre godt ved forløbet, at nogle respondenter har fundet visse aspekter problematiske i forhold til et godt og udbytterigt forløb. I det følgende vil disse elementer blive gennemgået under overskrifterne "Gruppens sammensætning" "Få revet op i barndoms minder" og slutteligt "Svært at åbne sig i en gruppe".

### **Gruppens sammensætning**

Nogle deltagere beskriver det som et problem, at gruppedeltagerne har været i meget forskellige situationer – at de andres baggrund og forhold til den syge ikke mindede særlig meget om ens egen så muligheden for at spejle sig i de andre blev lille. Eksempelvis udtrykker en kvinde det således:

*"Jeg har ikke kunnet genkende mig selv og mine problemer i nogen af de andre. Har haft svært ved at lære noget af deres erfaringer, fordi deres situation var så anderledes end min. Vi har talt en af gangen, ikke kommenteret hinanden så meget af samme grund."* (Kvinde, 21 år)

Indirekte i dette citat ligger der formentligt, at kvinden kunne ønske sig, at deltagerne havde mindet mere om hinanden, så hun kunne spejle sig selv og sine oplevelser i de andre. En anden mulig forklaring kan være, at kvinden har haft for mange problemer selv, til at de alle kunne behandles i gruppeforløbet.

Derudover er der flere respondenter, der skriver, at de ikke har følt, at deres problemer passede ind i gruppen. Det kan skyldes, at respondenterne ikke har følt, at personens egne problemer har været væsentlige nok i forhold til de andre, eller som respondenterne nedenfor udtrykker det, at visse følelser kan være meget anderledes end dem, som de andre gruppedeltagere har, hvorfor man ikke ønsker at diskutere dem.

*"At mine problemer har været for personlige eller alvorlige til at blive blotlagt for en gruppe - de andre i min gruppe var trods alt i stand til at få en hverdag til at fungere, og har ikke (eller har ikke ville tale om) de meget aggressive og selvdestruktive sider, jeg selv har. Jeg har følt, at min aggression (muligvis fordi jeg er mand) har skræmt resten af gruppen og måtte gemmes af vejen."* (Mand, 25 år)

Gennemgangen af kommentarerne tyder på, at det er ret afgørende for at deltagerne åbner sig, at de føler, at der er andre i gruppen, der har det på samme måde. Det synes sandsynligt, at følelsen af at sidde blandt ligesindede, hvor man kan genkende sig selv og sine oplevelser i deres historier, er afgørende for, hvor meget deltagerne åbner op, og for hvor meget de får ud af forløbet.



Derudover er et væsentligt kritikpunkt, at det er dårligt for gruppen, hvis gruppemedlemmer stopper eller har dårlig mødedisciplin. Det er demotiverende, og hver gang en person forlader gruppen, skal man finde en ny rytme.

*"Der har været stort frafald i vores gruppe. Antallet er blevet ca. halveret i løbet af perioden. Det har gjort, at vi ofte kun har siddet to til møderne og dermed mistet "gruppe-snakken". Det har følt ustabil, fordi man aldrig vidste, hvem der ville forlade gruppen, og vi skulle til dels finde ind i en ny rytme, hver gang der var en, der stoppede."* (Kvinde, 26 år)

*"At folk i gruppen ikke altid har taget det lige seriøst i forhold til at møde op. At en enkelt begyndte at tage tidligere for at nå en tidligere bus. Det virkede demotiverende."* (Kvinde, 22 år)

Citaterne ovenfor udtrykker de problemer, der kan være ved en ustabil gruppe. På den anden side er der nogen, der har haft glæde af, at nogle deltagere er stoppet, da de nemmere har kunnet åbne sig i en lidt mindre gruppe.

*"I starten var det en stor gruppe (8), jeg havde det meget bedre, da den kom ned på ca. 5 (pga. frafald)." (Kvinde, 26 år)*

For at få den bedst fungerende gruppe tyder gennemgangen af kommentarerne på, at det er vigtigt, at deltagerne kan genkende sig selv i de andre, at der ikke falder for mange fra eller er for dårlig mødedisciplin, samt at en gruppe på otte for nogen kan virke for stor.

### **Skulle have været mere åben**

At en gruppe på otte virker for stor kan skyldes, at det for nogen er svært at være åbne. Flere gruppedeltagere skriver, at de ikke har været lige så åbne, som de ønsker, at de havde været. Det er specielt i starten, at flere føler, at det er svært at åbne sig for en gruppe af personer, man ikke kender.

*"At jeg er MEGET dårlig til at bede om hjælp og vise, at jeg er ked af det. Ville gerne have kunnet bruge de andre lidt mere, givet lidt mere af mig selv og dermed måske have fået lidt mere igen."* (Kvinde, 22 år)

En løsning på dette kunne for nogen være grupper med lidt færre personer, og derudover ønsker flere af de personer, der først lidt sent i forløbet er begyndt at åbne sig, at forløbet strakte sig over længere tid.

*"Forløbet har været for kort for mig (en "sen" starter). det var meget overvældende at udtrykke de følelser, jeg altid har undertrykt, overfor 7 andre mennesker."* (Kvinde, 22 år)

### **Få revet op i barndoms minder**

Når respondenterne er begyndt at åbne sig, skriver flere, at det har været meget hårdt at få "revet op" i minder fra barndommen og de undertrykte følelser. For nogle respondenter har oplevelsen med at snakke om barndoms minder været psykisk hård og fyldt meget i perioden, hvilket nedenstående citat udtrykker.

*"Det har været hårdt at grave følelserne frem. Jeg har mærket en enorm vrede og sorg i mig, som det har været svært at komme af med, og jeg er blevet enorm bange for selv at få den samme sygdom. Det hele er nogle gange kommet lidt for tæt på og har givet mig mange spekulationer og søvnløse nætter."*(Kvinde, 23 år)

Udover at gruppeforløbet har fyldt meget i nogle respondenternes tanker, skriver flere også, at gruppeforløbet tærede så hårdt på deres kræfter, at de har måttet nedprioritere eksempelvis arbejde, skole og socialt samvær med venner.

*"Det har til tider været meget hårdt, hvilket har tæret på kræfterne. Og man har derfor ikke haft så meget energi andre steder. Men på længere sigt er det kun positivt, hvorfor jeg ikke synes, jeg kan sige det er "mindre godt"."*(Kvinde, 25 år)

Selvom mange har fundet det svært at snakke om deres oplevelser og følelser, så skriver de fleste dog efterfølgende, at det er bedst på lang sigt, da det er nødvendigt for dem at få følelserne bearbejdet. De fleste er sluttet med en følelse af, at de har fået bearbejdet nogle hårde oplevelser og følelser, men nogle er sluttet i forløbet med en følelse af, at de ikke har fået gennemarbejdet alle af de følelser og oplevelser, der er kommet frem. For disse personer kan der være blevet revet op i meget skræmmende og psykisk hårde følelser, som kan være en stor belastning i dagligdagen, og de føler, at der er et stykke vej endnu, før problemerne er gennemarbejdet.

Udover bearbejdelse af følelser og oplevelser beskriver en person det som en dårlig ting, at hun i højere grad kan se, hvordan hendes mor opførte sig i hendes barndom med en psykisk syg far.

*"Jeg er blevet meget vred på min mor, hvor jeg før synes, hun havde været en god mor (det er min far, der er psykisk syg). Jeg synes nu også hun har svigtet mig, fordi hun har ladet mig ordne alt og også være alene med far, mens hun altid sov."*(Kvinde, 23 år)

Gruppeforløbet har altså betydet, at kvinden ovenfor nu er meget vred på moderen. Hermed vil deltagelse i et gruppeforløb altså ikke nødvendigvis føre til et bedre forhold med familien, men de fleste respondenter har fået bearbejdet tidligere oplevelser og følelser, selvom det i processen har været meget hårdt og krævende for dem.

Slutteligt beskriver en respondent følelsen af sårbarhed, da hun er blevet meget knyttet til gruppen og derfor ved gruppeforløbets afslutning er bange for, hvordan fremtiden ser ud. Hun har åbnet sig helt overfor gruppen, og hun kan derfor næste ikke bære tanken om, hvis de ikke skulle have kontakt i fremtiden. For at undgå at blive ked af det trækker hun sig lidt tilbage.

*"Det at åbne op gør mig også utrolig sårbar. Nu hvor det er slut, sidder der en lille knude af angst inde i overfor, om de andre i gruppen med tiden vil blive ligeglade med mig. Det ville næsten ikke være til at bære, da de kender mig 100 %. For at passe på mig selv, kan jeg mærke, jeg reagerer ved at trække mig, det er svært at gå imod, selvom jeg kender baggrunden herfor."*(Kvinde, 25 år)

## 6. Hvordan har deltagerne ændret sig?

Udover deltagernes tilkendegivelser om tilfredshed i de kvalitative kommentarer giver de 37 påstande omkring bl.a. selvopfattelse, social kontaktevne, barndommen og det aktuelle forhold til den syge, som er stillet i alle tre spørgeskemaer, en mulighed for at se, om deltagerne har ændret sig i den periode, hvor de har deltaget i gruppeforløbet.

Generelt viser data ændringer i respondenternes svar på mange af spørgsmålene fra før til efter gruppeforløbet. De spørgsmål, hvor ændringerne har været tydeligt i en positiv retning, og samtidig gennem statistiske tests har vist sig at være signifikante på 0,05 niveau er følgende:

- "Jeg føler, at jeg er unormal"
- "Jeg er tit vred på den syge pårørende"
- "Jeg har i dag vanskeligheder med at omgås andre mennesker"
- "Jeg mener, at jeg bør stå til rådighed, når min syge pårørende har brug for mig"
- "Jeg har svært ved at blive voksen"
- "Jeg føler mig tit psykisk uligevægtig"
- "Jeg er somme tider bange for selv at blive sindslidende"
- "Når min pårørende har det dårligt, får jeg det også dårligt"
- "Jeg synes, min personlighed i dag er negativt præget af, at jeg har en sindslidende pårørende"
- "Jeg har tit dårlig samvittighed, fordi jeg ikke tager mig nok af min syge pårørende"
- "Jeg er god til at opfylde egne behov"

At respondenterne har ændret sig på de ovenstående elleve aspekter fra før til efter gruppeforløbet tyder på, at det specielt er forholdet til den psykisk syge forælder og deres egen selvopfattelse, der er blevet bearbejdet gennem forløbet, da mange af påstandene netop handler om disse emner. Det er dog værd at huske på, at det ikke med sikkerhed er muligt at tilskrive ændringer til gruppeforløbet, da der ikke er en kontrolgruppe, hvorved det havde været muligt at sammenligne med en gruppe, der i samme periode ikke havde deltaget i gruppeforløbet. Dog kan det sandsynliggøres, at forløbet har haft en effekt. Hvor store ændringerne har været, og om der er sket ændringer på andre områder, vil blive behandlet senere i dette afsnit.

De unge har samlet set ikke ændret sig i signifikant negativ retning på nogen af de 37 påstande.

### 6.1. Forbedret selvopfattelse

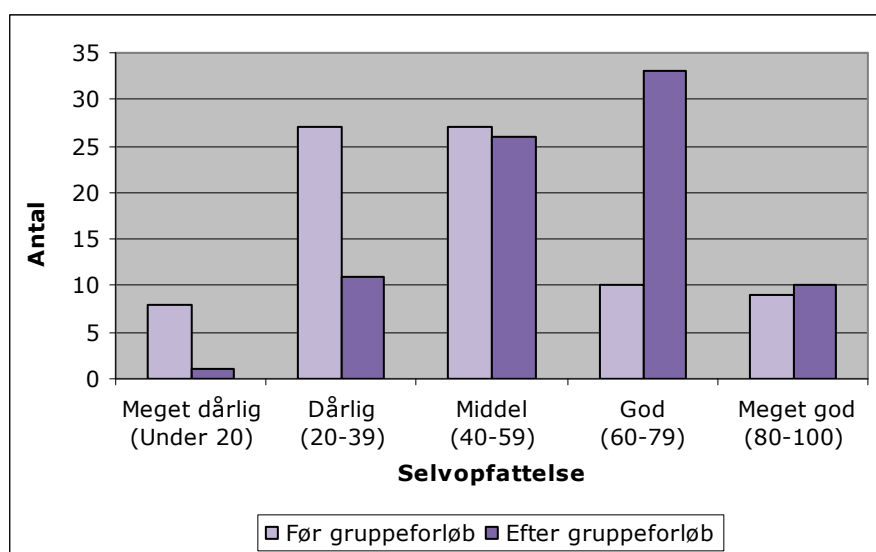
Ud fra fem af de 37 påstande, der er stillet i spørgeskemaet både før og efter gruppeforløbet, er der dannet et indeks over selvopfattelse. Påstandene der indgår i indekset ses i boksen nedenfor.

- "Jeg føler, at jeg er unormal"
- "Jeg er bange for at præge mine børn negativt"
- "Jeg føler mig tit psykisk uligevægtig"
- "Jeg er somme tider bange for selv at blive sindslidende"
- "Jeg synes, min personlighed i dag er negativt præget af, at jeg har en sindslidende pårørende"

Indekset går fra 0 til 100, hvor en høj værdi udtrykker en meget høj selvopfattelse, og 0 udtrykker meget dårlig selvopfattelse. De fem spørgsmål er stillet både før og efter gruppeforløbet, hvorfor det er muligt at sammenholde respondenternes svar på de to tidspunkter. For at sikre at det ikke er variationer internt mellem respondenterne i de to grupper, som giver forskelle mellem de to fordelinger, så indgår kun de 81 respondenter, som minimum har svaret på fire af de fem spørgsmål i både spørgeskemaet før forløbets start og spørgeskemaet efter gruppeforløbet.

Nedenfor vises henholdsvis fordelingen før og efter gruppeforløbet. For overskueligheden er indekset inddelt i fem kategorier gående fra meget dårlig selvopfattelse (0-20) til meget god selvopfattelse (80-100).

**Figur 11:** Respondenterne fordelt efter placering på indeks over selvopfattelse før og efter gruppeforløbet. Antal. N=81.



Figur 11 viser to ret forskellige fordelinger af respondenterne henholdsvis før og efter forløbet. Før forløbet lå flest respondenter i kategorierne middel og dårlig selvopfattelse (54 unge), mens respondenterne efter forløbet oftest placerer sig i kategorierne middel og god selvopfattelse (59 unge). Ligeledes er det værd at bemærke, at fra at otte respondenter placerede sig i kategorien meget dårlig selvopfattelse før forløbet, er der kun en respondenter i denne kategori, da forløbet er sluttet. Dog ses det også, at antallet af respondenter med meget god selvopfattelse kun er steget med en.

Figuren giver på denne baggrund en formodning om, at respondenterne, der har haft dårlig til middel selvopfattelse, før de startede i forløbet, har fået en forbedret selvopfattelse i den periode, de har deltaget i gruppen. De unge, der i forvejen har haft en god selvopfattelse, har ikke ændret sig så meget. Dog skal det påpeges, at figuren ikke er på individniveau, hvorfor det ikke kan siges præcist, hvordan de enkelte respondenter har ændret sig.

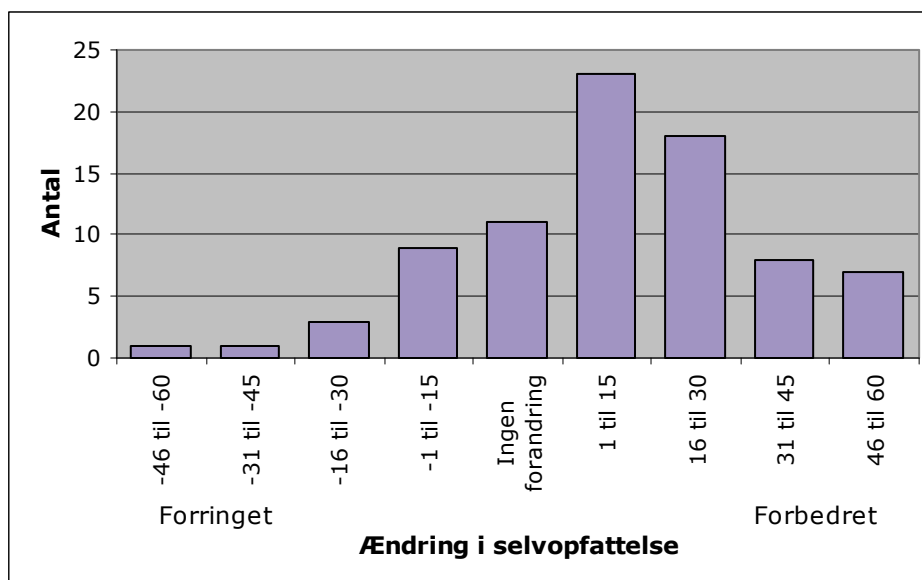
Statistiske analyser af de to fordelinger støtter, at der er sket en betydelig forbedring af den undersøgte gruppes selvopfattelse i løbet af perioden, hvor de har deltaget i gruppen. Gennemsnittet på indekset for den undersøgte gruppe er 43 før forløbets start, mens det er steget til 56 efter forløbet.

At fordelingerne virkelig er forskellige understøttes af en t-test, der tager hensyn til, at det er de samme personer, der deltager i begge grupper. Denne test viser, at fordelinger er signifikant forskellige på et 0,001-niveau. Det vil sige, at det er 99,9 % sikkert, at fordelingerne er forskellige fra hinanden.

Det kan i nogle tilfælde være mere sigende end signifikansniveauer at beregne et konfidensinterval som en del af t-testen, hvilket også er gjort i dette tilfælde. Konfidensintervallet viser, at med 95 % sikkerhed er gennemsnittet for respondenterne efter gruppeforløbet mellem 8,0 og 16,9 procentpoint højere, end det var for dem, før gruppeforløbet startede. Hvis forbedringerne af gennemsnittet udregnes relativt i forhold til gennemsnittet før gruppeforløbet, så svarer en forbedring på 8,0 procentpoint til en relativ forbedring af gennemsnittet på 18,2 %, mens en ændring i indeksets gennemsnit på 16,9 procentpoint svarer til en relativ forbedring på hele 38,2 %. Relativt har respondenterne samlet set altså med 95 % sandsynlighed forbedret deres selvopfattelse med mellem 18,2 og 38,2 %.

For at fokusere på den enkelte respondents ændring i selvopfattelse viser figur 12 de enkelte respondents ændringer i selvopfattelse. Som grundlag for denne figur er den enkelte respondents placering på indekset før gruppeforløbet trukket fra placeringen efter gruppeforløbet, hvilket giver forskellen mellem de to placeringer og dermed den enkelte respondents ændring i selvopfattelse.

**Figur 12:** Respondenternes ændring på indekset over selvopfattelse fra før til efter gruppeforløbet. Antal. N=81.



Figuren skal læses ved, at 0 er udtryk for, at respondenterne ikke har ændret sig fra før til efter gruppeforløbet, mens en negativ værdi er udtryk for forringet selvopfattelse og en positiv værdi udtryk for en forbedret selvopfattelse.

Figuren viser, at der for de fleste respondenter har været tale om en forbedring i deres selvopfattelse, imens de har deltaget i gruppen (56 ud af 81 personer). 14 respondenter har dog ud fra denne opgørelse fået en forringet selvopfattelse, mens andre 11 ikke har ændret sig.

Sammen med figuren over de samlede fordelinger af respondenterne på indekset over selvopfattelse, sandsynliggør denne figur og de statistiske udregninger, at der er sket en positiv ændring i de fleste respondents selvopfattelse. Da der ikke har været en kontrolgruppe, kan det ikke med sikkerhed siges, at ændringen skyldes gruppeforløbet i stedet for eksempelvis at de unge er motiverede til at ændre sig. Det virker dog sandsynligt, at en så markant ændring i de unges selvopfattelse må hænge sammen med, at de i perioden har deltaget i gruppeforløbet.

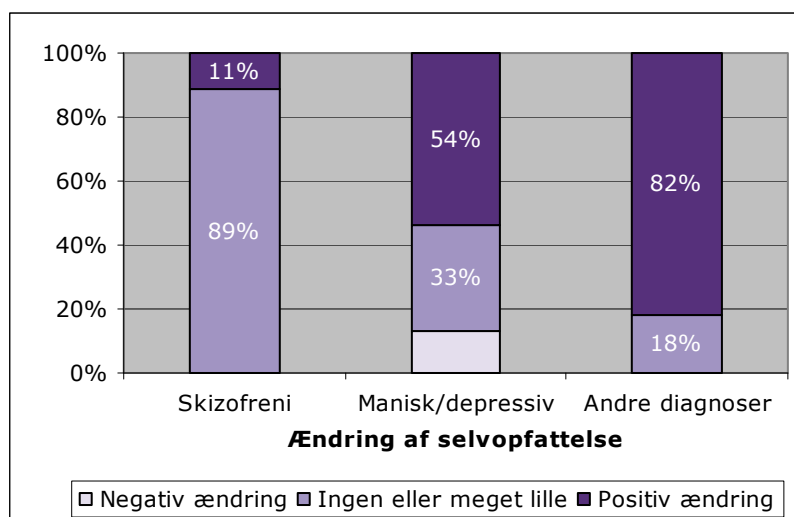
Et eksempel fra kommentarmaterialet kan også vise, hvordan gruppeforløbet efter en respondents opfattelse har haft betydning for hendes selvopfattelse.

*"Jeg er blevet bedre til at acceptere både gode og dårlige sider hos mig selv. Jeg er lige så langsomt blevet bedre til at tage den med ro. Jeg har opdaget, at jeg har nogle dejlige forældre. Tidligere havde jeg en indre stemme, der fortalte mig, at "jeg hader mig selv". Stemmen er ikke så tydelig længere; jeg tror på, at den forsvinder."* (Kvinde, 26 år

Citatet viser, hvordan kvinden betydeligt har fået forbedret sin selvopfattelse. Hun har fået en accept af sig selv, som hun ikke tidligere havde, og gruppeforløbet har efter hendes udsagn hjulpet hende til ikke i så høj grad at hade sig selv. Hun har derudover fået et håb om, at hadet til sig selv en dag helt vil forsvinde.

Afsluttende er det undersøgt, om der er nogle grupper, der specielt forbedrer deres selvopfattelse, mens de er i gruppen<sup>10</sup>. Her viser det sig, at den syge forælders diagnose har betydning for, hvor meget de unge ændrer deres selvopfattelse. De unge, der har depressive/maniske forældre og andre diagnoser, forbedrer deres selvopfattelse betydeligt mere end de respondenter, der har forældre, som er skizofrene.

**Figur 13:** Sammenhæng mellem den syge forælders diagnose og den unges ændring i selvopfattelse. N=70



Før gruppeforløbet placerede de 70 respondenter, som er en del af analysen, sig så det var gruppen af unge med depressive og maniske forældre, der havde den dårligste selvopfattelse, derefter fulgte unge med skizofrene forældre, og gruppen af unge med forældre med andre diagnoser

<sup>10</sup> Regressionsanalysen kan findes i metodebilaget bagerst i rapporten

havde samlet de bedste selvopfattelser. Hermed skyldes forskellene i forbedringer ikke, at det var blandt de unge med skizofrene forældre, at der var mindst forbedringspotentialer.<sup>11</sup>

Derudover har civilstand en signifikant sammenhæng med, hvor meget respondenterne har ændret deres selvopfattelse. Sammenhængen tyder på, at jo fastere forhold personen er i, desto større forbedring er der sket i respondentens selvopfattelse i løbet af gruppeperioden. Hvorvidt denne forbedring skyldes, at man er i et fast forhold, at man har været med i gruppeforløbet eller noget helt tredje er dog ikke til at sige.

## 6.2. Forbedret social kontaktevne

På baggrund af fem andre påstande fra både det første og andet spørgeskema, som alle menes at udtrykke et aspekt af respondenternes sociale kontaktevne, er der dannet et indeks. Med social kontaktevne forstås en persons evne til at indgå i sociale sammenhænge. Indekset består af følgende påstande:

- "Jeg mener, at jeg er et udadvendt menneske"
- "Jeg har i dag vanskeligheder med at omgås andre mennesker"
- "Jeg er god til at støtte mig til andre, hvis jeg er ked af det"
- "Jeg har problemer med det andet køn"
- "Jeg har svært ved at fungere i grupper"

Statistiske analyser giver støtte til, at disse fem påstande er udtryk for samme dimension, som her vil blive kaldt social kontaktevne<sup>12</sup>. Ligesom ved indekset for selvopfattelse indgår der også i denne undersøgelse respondenter, der har svaret på fire ud af fem af spørgsmålene i indekset både før og efter gruppeforløbet, i dette tilfælde er det 80 respondenter.

Figur 14 viser fordelingen af de 80 respondenter på de to indeks før og efter forløbet. Indekset er inddelt i fem kategorier, fra et lavt niveau af social kontaktevne til et højt niveau af social kontaktevne, for at forbedre overskueligheden i figuren.

<sup>11</sup> Der er i eksisterende forskning ikke påvist entydige sammenhænge mellem forældres diagnose og psykosociale risikofaktorer hos børnene. Aalbæk og Glistrup (1997) diskuterer i stedet en sammenhæng mellem symptombilleder hos forældrene og disses påvirkning af børnene.

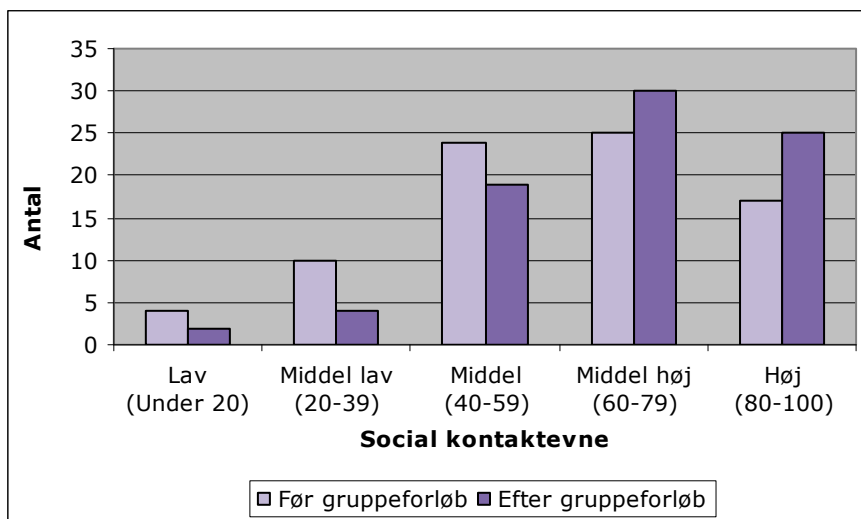
(Aalbæk T, Glistrup S: Børn af psykisk syge forældre. En undersøgelse af relationen mellem psykisk syge forældre og deres børns psykosociale udvikling. Psykologisk Studieskriftserie, Aarhus Universitet, Vol.1., p.67 ff. No.1.1997)

Nyere klinisk erfaring sandsynliggør, at affektive depressive symptomer hos en forælder i højere grad påvirker et barns selvbillede negativt, end den mere indadvendte og aparte adfærd i den rent skizofrene symptomverden gør.

(Ahlgreen B: Usynlige Unge. Hans Reitzels forlag, København, p. 23. 2001),

<sup>12</sup> For uddybning af konstruktion af indekset se metodeafsnittet.

**Figur 14:** Respondenterne fordelt efter placering på indeks over social kontaktevne før og efter gruppeforløbet. Antal. N=80.

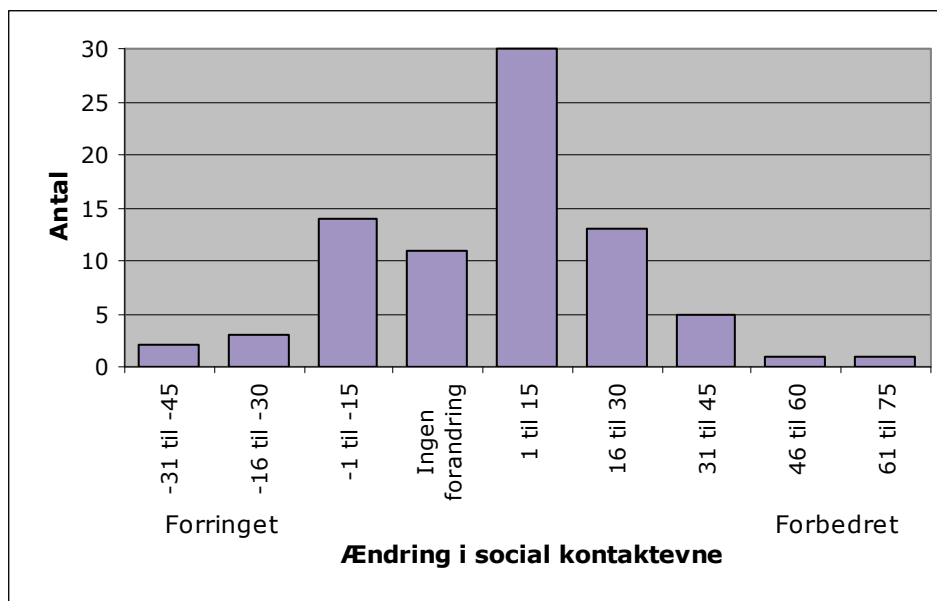


En t-test understøtter, at fordelingerne er forskellige. Testen viser, at fordelinger er signifikant forskellige på et 0,001 niveau. Dvs. at det er 99,9 % sikkert, at fordelingerne er forskellige fra hinanden. Der er desuden undersøgt konfidens intervaller, som viser, at gennemsnittet før gruppeforløbet for de 80 deltagere med 95 % sikkerhed er 3,0 til 11,1 procentpoint mindre end gennemsnittet på fordelingen efter gruppeforløbet – det viser altså en forbedring i respondenternes egen opfattelse på de spørgsmål, som menes at afspejle deres sociale kontaktevne. Forbedringen i gennemsnittet svarer relativt til, at respondenterne har fået deres sociale kontaktevne forbedret med mellem 5,2 % og 19,1 % i gennemsnit.

Den enkelte respondents ændring i den sociale kontaktevne vises i figur 15. Som grundlag for denne figur er den enkelte respondents placering på indekset før gruppeforløbet trukket fra placeringen efter gruppeforløbet, hvilket giver forskellen mellem de to placeringer og dermed den enkelte respondents ændring i social kontaktevne.



**Figur 15:** Respondenternes ændring på indekset over social kontaktevne fra før til efter gruppeforløbet. Antal. N=80.



11 respondenter placerer sig ved 0 på figuren, hvilket udtrykker en uforandret social kontaktevne for disse respondenter, mens 50 ud af de 80 respondenter (63 %) placerer sig ud for positive værdi, hvilket indikerer, at deres sociale kontaktevne er forbedret. Et eksempel på hvordan en respondent opfatter denne forbedring vises nedenfor.

*"Det har været godt for mig at erfare, at jeg ikke behøver skjule min baggrund eller det, at jeg ikke altid er så forbandet stærk. Det har virkelig hjulpet at være i en gruppe, hvor man altid blev mødt med varme og forståelse, og hvor der blev lyttet til en. Nu tør jeg også vise, hvem jeg er overfor andre udenfor gruppen."*(Kvinde, 25 år)

I citatet giver kvinden udtryk for, at gruppeforløbet har hjulpet hende til at acceptere sig selv. Derudover har oplevelsen i gruppen, hvor hun er blevet forstået og mødt med varme hjulpet hende til i højere grad at vise, hvem hun er udenfor gruppen. For denne kvinde har oplevelsen af at kunne fungere i en gruppe i forbindelse med gruppeforløbet altså hjulpet hende til i højere grad at turde vise, hvem hun er i dagligdagen, hvilket formentligt vil betyde, at hun har fået forbedret sin sociale kontaktevne.

Figuren viser desuden, at 19 respondenter, i løbet af perioden hvor de har deltaget i gruppeforløbet, har fået en forringet social kontaktevne ud fra deres egne besvarelser på spørgeskemaet. Det er altså en andel på 24 %, der efter egne besvarelser sammenlagt i indekset har fået forringet social kontaktevne. En gennemgang af de kvalitative kommentarer for disse 19 respondenter giver ikke umiddelbart en forklaring på, hvorfor deres sociale kontaktevne, ud fra operationaliseringen i denne rapport, antageligt er svækket.

De fleste af de 19 deltagere skriver kun positive ting om forløbet, og flere skriver ligefrem, at de føler, at de er blevet bedre til at være sig selv og være åbne. Den eneste meget svage tendens, der kan ses er, at tre ud af de 19 hellere ville have haft et individuelt forløb, da de mener, at de

ikke helt passede ind i gruppen. Derudover nævner en kvinde, at hendes problemer ikke er færdigbearbejdet.

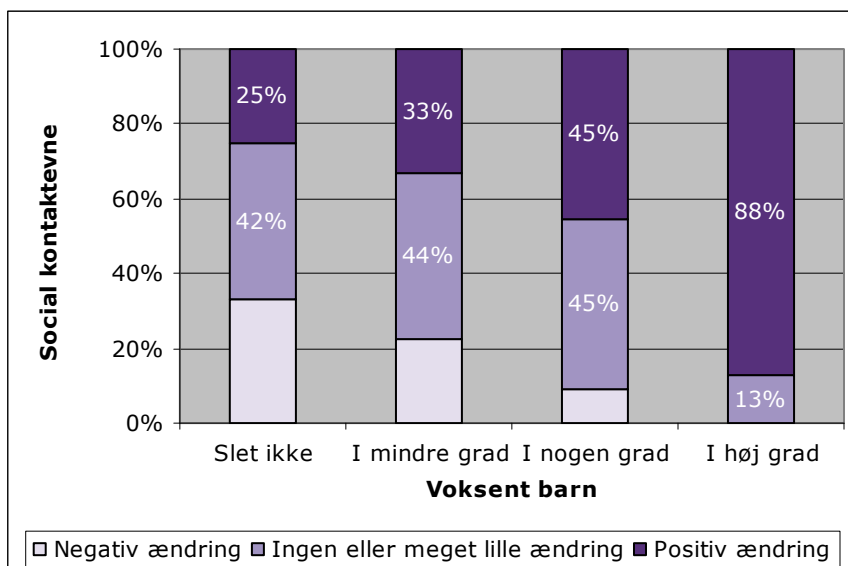
*"At jeg har fundet ud af, hvad jeg har problemer med uden at få svar på hvordan jeg kan ændre det."*(Kvinde, 20 år)

Ved en undersøgelse af, om der er nogle grupper, der i højere grad end andre har fået forbedret deres sociale kontaktevne i løbet af gruppeforløbet, er der lavet en regressionsanalyse. Analysen viser, at "voksnet barn" er den eneste variabel, som har en sammenhæng med, hvor store ændringer der sker med respondentens sociale kontaktevne.

Regressionsanalysen viser, at for hver 10 procentpoint den enkelte respondent har placeret sig højere på indekset over, om personen har været et "voksnet barn" har denne forbedret sig 2,6 procentpoint mere i forhold til sin sociale kontaktevne. Denne forskel i forbedringer i forhold til i hvor høj grad man har været et "voksnet barn" er signifikant på et 0,05-niveau, det vil sige, at der med 95 % sikkerhed er en reel sammenhæng. Hermed tyder det på, at de der har været voksne børn har et større forbedringspotentiale i forhold til social kontaktevne sammenlignet med dem, der ikke har været voksne børn.

Hvis der ses nærmere på sammenhængen, viser det sig, at det specielt er dem, der i nogen eller i høj grad har været voksne børn, som ændrer deres sociale kontaktevne i perioden, hvor de deltager i gruppeforløbet. Denne tendens kan ses i figur 16.

**Figur 16:** Respondenterne fordelt efter, hvorvidt de har været et voksnet barn, og hvilke ændringer der er sket med dem i forhold til deres sociale kontaktevne, mens de har deltaget i gruppeforløbet. Andel. N=69.



Figuren viser, at der er stor forskel mellem de fire gruppers ændringer i social kontaktevne, hvor det klart er de respondenter, der har været "voksne børn", som har ændret sig mest positivt. Det skal bemærkes, at der er en tydelig sammenhæng før gruppeforløbets start mellem respondentens sociale kontaktevne, og hvorvidt personen havde været et voksnet barn. Det var de "voksne børn", der havde betydeligt dårligste social kontaktevne, så det er altså også denne gruppe, hvor

potentiale for forbedringer har været størst<sup>13</sup>. Hermed tyder analysen på, at forløbet virker bedst for de unge, der i høj grad har været "voksne børn".

Udover de positive resultater for gruppen af respondenter, der har været voksne børn, er det værd at bemærke, at 33 % af respondenterne, der slet ikke har været voksne børn, viser negative ændringer i deres sociale kontaktevne. Årsagen til dette kender vi ikke, men det ses ikke hos nogen i gruppen, der i høj grad har været voksne børn.

### 6.3. Forholdet til den syge forælder

Det sidste indeks der vil blive fremhævet i dette afsnit, er forholdet til den syge forælder. Mange af respondenterne tilkendegav gennem de kvalitative kommentarer før gruppeforløbets start, at de håbede på at få et bedre forhold til den syge forælder. Et bedre forhold indebar elementer som, at respondenterne ønskede at få større accept af den syge og dennes sygdom, de ønskede at blive bedre til at sætte grænser overfor den syge og ikke have dårlig samvittighed over ikke altid at stå til rådighed.

For at bearbejde dette emne er der udarbejdet et indeks, i dette tilfælde bestående af de fire påstande i boksen nedenfor.

- "Jeg prøver efter bedste evne at beskytte min syge pårørende mod andres fordomme"
- "Jeg mener, jeg bør stå til rådighed, når min syge pårørende har brug for mig"
- "Når min pårørende har det dårligt, får jeg det også dårligt"
- "Jeg har tit dårlig samvittighed, fordi jeg ikke tager mig nok af min syge pårørende"

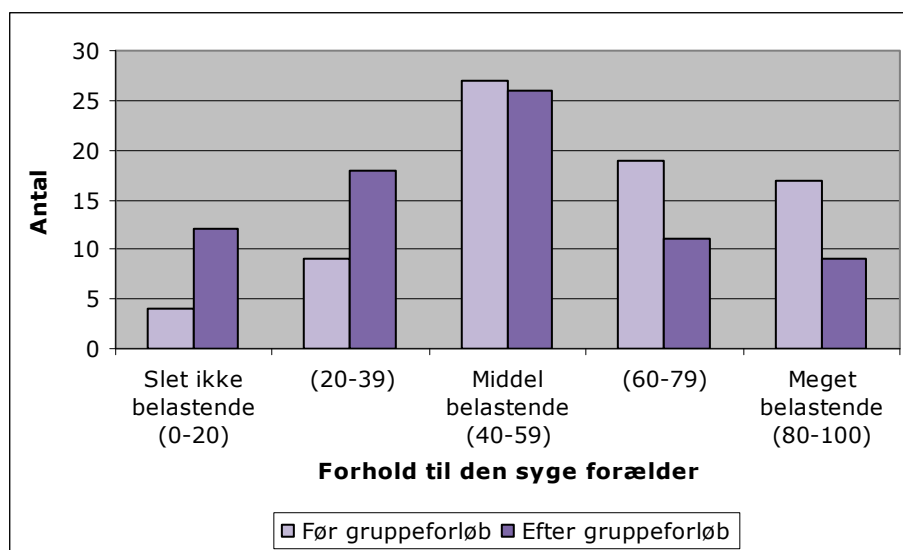
Respondenternes placering på indekset skal forstås i forhold til, i hvor høj grad det kan være belastende eller krævende for dem, hvis de f.eks. bruger meget energi på at altid at være der for den syge og prøve at beskytte den syge mod andres fordomme. Bekræftende svar på disse påstande kan altså tages som et udtryk for, at den unge i høj grad ser det som sit ansvar, at den syge forælder har det godt, hvilket kan blive hæmmende for, at de unge kan leve deres eget liv og blive voksne.

Nedenfor vises fordelingerne for de 76 respondenter, der havde svaret på minimum tre af de fire spørgsmål både i spørgeskemaundersøgelsen før og efter gruppeforløbet.

---

<sup>13</sup> For uddybning se afsnittet "Fortsat prægede af opvæksten".

**Figur 17:** Fordeling af respondenterne efter placering på indeks om forholdet til den syge forælder. Antal. N=76.



Figur 17 viser, at der er sket en positiv ændring af fordelingen af respondenternes forhold til den syge forælder. Næsten lige mange respondenter befinder sig i midterkategorien på de to tidspunkter, men i yderkategorierne er der sket en betydelig ændring, så flere efter gruppeforløbet finder forholdet mindre belastende.

Statistiske analyser af de to fordelinger støtter, at der er sket en forbedring af den undersøgte gruppes forhold til den syge forælder samtidig med, at de har deltaget i gruppen. Før gruppeforløbet fordelte respondenterne sig, så gennemsnittet på indekset var 59,2. De samme personers placering på indekset efter gruppeforløbet giver et gennemsnit på 45,0.

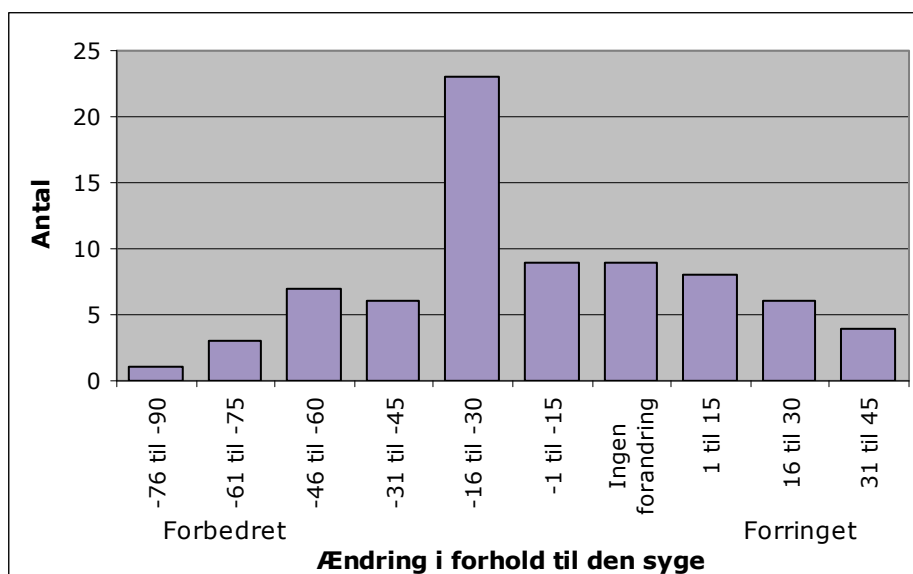
At fordelingerne er forskellige understøttes af en t-test, der tager hensyn til, at det er de samme personer, der deltager i begge grupper. Denne test viser, at fordelinger er signifikant forskellige på et 0,001 niveau. Det vil sige, at det er 99,9 % sikkert, at fordelingerne er forskellige fra hinanden.

Udover at fordelingerne er signifikant forskellige, er det også væsentligt, hvor meget de er forskellige. Til at besvare dette spørgsmål er der beregnet et konfidensinterval som en del af t-testen. Konfidensintervallet viser, at med 95 % sikkerhed er gennemsnittet fra før gruppeforløbet til efter gruppeforløbet faldet med mellem 8,1 og 20,4 procentpoint.

Hvis forbedringerne af gennemsnittet udregnes relativt i forhold til gennemsnittet før gruppeforløbet, så svarer en forbedring på 8,1 procentpoint til en relativ forbedring af gennemsnittet på 20,5 %, mens en ændring i indeksets gennemsnit på 20,4 procentpoint svarer til en relativ forbedring på hele 41,2 %. Relativt har respondenterne samlet set altså med 95 % sandsynlighed forbedret deres selvopfattelse med mellem 20,5 og 41,2 %.

For at vise ændringerne kan der også ses på de enkelte respondenters ændring i forholdet til den syge (figur 18).

**Figur 18:** Respondenternes ændring i forholdet til den syge. Antal. N=76.



I modsætning til de tidligere figurer om ændringer så er en negativ værdi i dette tilfælde positiv, da det udtrykker, at respondenterne har fået et bedre forhold til den syge forældre.

En placering på 0 på indekset betyder, at respondenterne placerer sig præcist samme sted før og efter forløbet. Det gør sig gældende for ni respondenter. For disse ni viser denne analyse altså ingen ændring i belastningen af forholdet til deres syge forældre. For 49 ud af de i alt 76 respondenter (64,5 %) er forholdet til den syge pårørende blevet bedre, imens de har deltaget i gruppeforløbet, hvilket ses ved, at 49 respondenter har fået negative værdier på figuren over ændringerne.

Figuren viser også, at 18 respondenter (23,7 %) ud fra placeringerne før og efter forløbet har fået et mere belastende forhold til den syge forældre. Det skal dog påpeges, at det er respondenterne selv, der har svaret på spørgsmålene, hvorfor det er deres subjektive opfattelse af forholdet til den syge forældre.

For at undersøge årsagen til disse mere belastende forhold er kommentarerne fra de 18 personer gennemlæst. Der er ikke en entydig tendens om, hvorfor deres forhold er blevet mere belastende, men flere af de unge skriver, at de har været igennem en erkendelse i løbet af gruppeforløbet. De har givet sig selv lov til at være i fokus og virkelig mærke hvad de føler. Hermed kan det være, at de i højere grad har en erkendelse af forholdets belastning efter forløbet end før de startede.

*"Jeg har ofte følt mig "overstærk" - en vigtig del af min identitet var, at jeg kunne klare det hele eller skulle klare det hele - at min familie ikke kunne klare sig, hvis jeg ikke var stærk. Jeg ville handle mig ud af alt og ignorerede i høj grad følelsen af tab og sorg."*(Kvinde, 24 år)

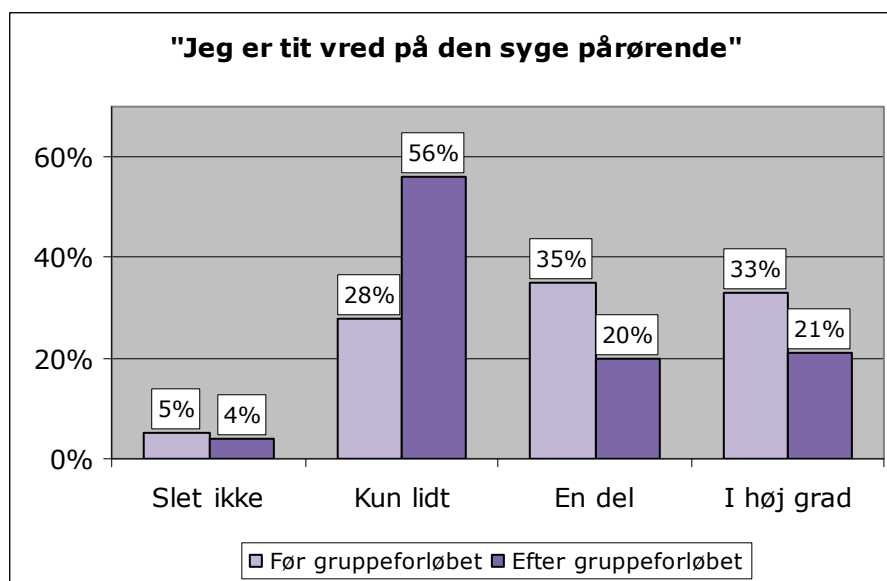
I kommentarerne på spørgeskemaerne skriver flere respondenter dog også, at gruppeforløbet har hjulpet dem til bedre at acceptere deres syge forældre og tackle forholdet til dem. Eksempelvis skriver en respondent følgende.

*"En mere klar accept af, at hun er syg. Fået stor vished/opmærksomhed om mine reaktioner både i forhold til min mor og i mange andre situationer. En større ballast til at klare problematikker i forhold til mor."* (Kvinde, 25 år)

Gruppeforløbet har altså efter kvindens eget udsagn hjulpet på flere områder i forhold til den syge pårørende, hvilket også kan forventes at føre til et forbedret forhold, hvor respondenterne i højere grad har fået accept af moderen og er i stand til at klare vanskelige situationer med hende.

Forholdet til den syge pårørende kan også ses ud fra et andet af de 37 påstande, nemlig om respondenterne ofte er vred på den pårørende. I figur 19 ses respondenternes fordeling ud fra deres svar på denne påstand.

**Figur 19:** Respondenternes fordeling på spørgsmålet "Jeg er tit vred på den syge pårørende" før og efter gruppeforløbet. Andel. N=81.



Figuren understøtter den allerede viste tendens om, at mange respondenter i den periode, hvor de har deltaget i gruppeforløbet, har fået et mindre belastende forhold til den syge forælder. 68 % af respondenterne havde før de startede i gruppeforløbet angivet, at de en del eller i høj grad ville mene, at udsagnet gjorde sig gældende for dem. Dette tal var efter gruppeforløbet faldet til 41 %. Der er dog ikke blevet flere respondenter i kategorien "slet ikke", men det er i stedet i kategorien "kun lidt", at respondenterne har bevæget sig.

En mulig tolkning af de foregående resultater omkring respondenternes forhold til den syge kan være, at respondenterne har fået et mindre belastende forhold til den syge i løbet af forløbet, dog ser det ikke ud til, at gruppeforløbet helt har fjernet vreden i forhold til den syge forælder.

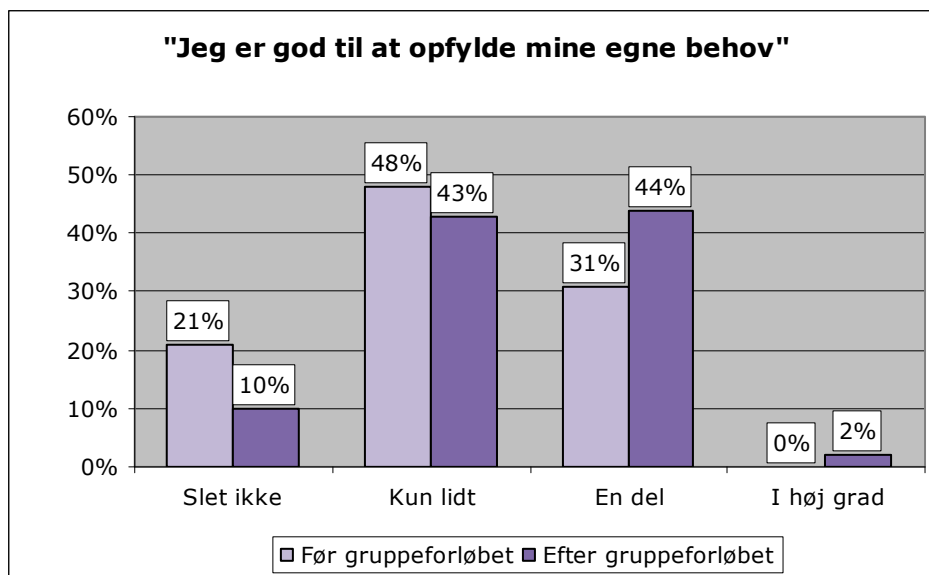
I en regressionsanalyse af, om der er nogle grupper unge, der i højere grad får et forbedret forhold til den syge, findes ingen variable at have en signifikant effekt. Se eventuelt metodebilaget.

#### **6.4. Bedre til at opfylde egne behov**

Det sidste spørgsmål der vil blive set på i dette kapitel omhandler respondenternes opfattelse af, om de er gode til at opfylde egne behov. Spørgsmålsformuleringen i spørgeskemaet både før og efter gruppeforløbet var følgende: "Jeg er god til at opfylde egne behov".

På svarene for denne påstand viser de statistiske analyser, at der er sket en forandring for respondenterne, hvilket også kan ses i figur 20.

**Figur 20:** Respondenter fordelt efter svar på påstanden "Jeg er god til at opfylde egne behov". Andel. N=81.



Ud fra figuren kan det fremhæves, at fra at 21 % af de 81 respondenter før gruppeforløbets start tilkendegav, at de slet ikke var gode til at opfylde egne behov, var dette tal faldet til 10 % efter gruppeforløbet. Denne ændring svarer til, at der er 14 færre respondenter i kategorien efter gruppeforløbet sammenlignet med før gruppeforløbet.

Derudover viser figuren, at fra at 31 % af respondenterne før gruppeforløbet befandt sig i kategorien, hvor de tilkendegav, at påstanden en del gjorde sig gældende for dem, var denne andel steget til 44 % efter gruppeforløbet. 2 % havde tilkendegivet, at de i høj grad mente, at de var gode til at opfylde egne behov. Der er altså sket en forbedring, men stadig er der ikke mange, der i høj grad er gode til at opfylde egne behov. Hvorvidt dette er specielt for netop denne gruppe eller generelt for unge, kan ikke undersøges ud fra det foreliggende data.

Flere respondenter nævner også emnet ved spørgsmålet omkring, hvad der har været godt ved gruppeforløbet, eksempelvis skriver en respondent følgende.

*"Jeg har fået en "indre terapeut" der gør, at jeg bedre kan se mine reaktioner for, hvad de virkelig er (f.eks. = vrede i stedet for sorg). Jeg er blevet bedre til at "være god ved mig selv" når jeg har det dårligt."* (Mand, 25 år)

Dette citat forklarer, hvordan manden er blevet bedre til at forstå sig selv og sine følelser, hvilket gør det nemmere for ham at være god ved sig selv, når han har det dårligt, altså at han er blevet bedre til at opfylde sine egne behov.



## 7. De unge et år efter gruppeforløbet

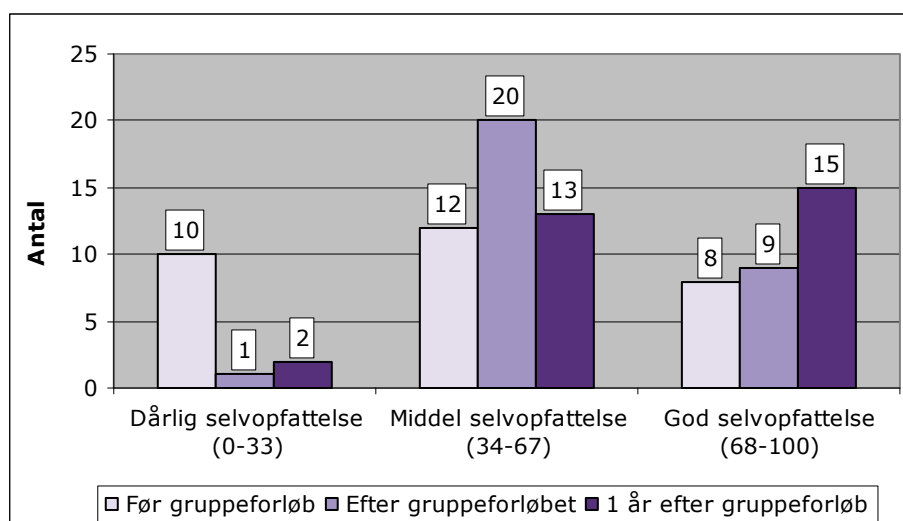
30 respondenter har svaret på alle tre spørgeskemaer, hvorfor det er muligt at se på denne gruppes ændring lige efter gruppeforløbet og et år efter gruppeforløbets afslutning. En sådan sammenligning vil blandt andet kunne sandsynliggøre, om ændringerne i selvopfattelse, social kontaktevne og forhold til den syge forælder bliver fastholdt efter forløbets afslutning.

Afsnittet vil vise respondenterne fordelt på de tre tidligere gennemgåede indeks: selvopfattelse, social kontaktevne og forholdet til den syge. På grund af det forholdsvis lave antal respondenter er der ikke udført regressionsanalyser. Dette kapitel bygger dermed ikke på samme statistiske sikkerhed som tidligere afsnit. De statistiske resultater understøttes af kvalitative kommentarer sidst i afsnittet.

### 7.1. Selvopfattelse

I figur 21 ses respondenterne fordelt på indekset over selvopfattelse på de tre undersøgelsestidspunkter. Respondenterne har fået værdier fra 0 til 100 på indekset, hvor 100 udtrykker en meget god selvopfattelse. For at gøre overskueligheden bedre er selvopfattelse delt ind i tre kategorier i figuren henholdsvis dårlig, middel og god selvopfattelse.

**Figur 21:** Respondenterne fordelt efter placering på indeks over selvopfattelse før, efter og 1 år efter gruppeforløbet. Antal. N=30.



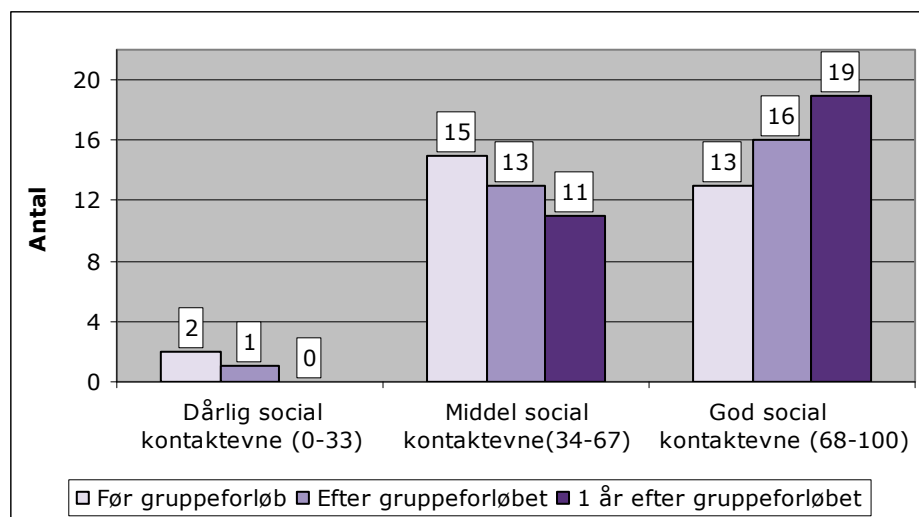
Figuren viser en klar tendens til, at der er sket noget med de 30 respondenter, imens de har deltaget i gruppeforløbet. Specielt er det værd at bemærke, at der efter gruppeforløbet kun er en respondent i kategorien dårlig selvopfattelse, hvor der før forløbet var 10, der placerede sig.

Figuren tyder ligeledes på, at respondenternes selvopfattelse er blevet yderligere forbedret efter forløbet. Efter forløbet placerer 15 respondenter sig nemlig i kategorien god selvopfattelse, hvilket er en væsentlige stigning i forhold til de 9 respondenter, der var i denne kategori, da de unge havde afsluttet gruppeforløbet.

## 7.2. Social kontaktevne

Ligesom gennemgangen af respondenternes selvopfattelse vil dette afsnit give et kort overblik over respondenternes udvikling i deres sociale kontaktevne. Ud fra indekset over den sociale kontaktevne, som går fra 0 til 100, er respondenterne inddelt i tre kategorier, som udtrykker dårlig, middel eller god social kontaktevne.

**Figur 22:** Respondenterne fordelt efter placering på indeks over social kontaktevne før, efter og 1 år efter gruppeforløbet. Antal. N=30.



Figur 22 viser en tendens til, at respondenterne har fået forbedret deres sociale kontaktevne, imens de har deltaget i gruppeforløbet, og at denne udvikling fortsætter efter gruppeforløbet er sluttet. Denne tendens viser sig ved, at antallet i kategorierne dårlig og middel social kontaktevne falder i løbet af perioden, imens antallet af respondenter, som har en god social kontaktevne, stiger. Hvor meget af den fortsatte udvikling i den sociale kontaktevne der kan tilskrives gruppeforløbet er ikke muligt at undersøge ud fra indekset, men det vil blive bearbejdet kort i afsnit 7.4.

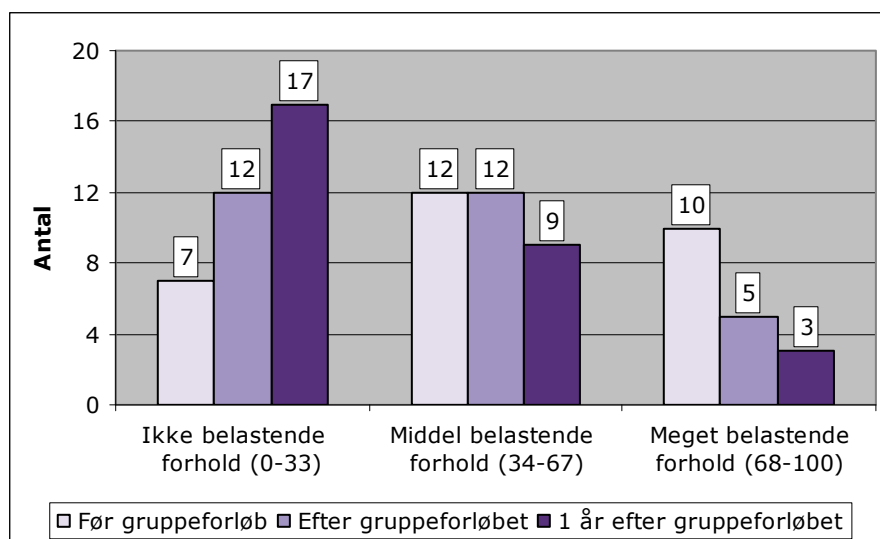
## 7.1. Forhold til den syge forælder

Det sidste indeks, der vil blive gennemgået, er indekset for respondentens forhold til den syge forælder. Dette indeks går ligeledes oprindeligt fra 0 til 100, men respondenterne er for at øge overskueligheden inddelt i tre kategorier, henholdsvis ikke belastende, middel belastende og meget belastende forhold. Fordelingerne for respondenternes placering på indeksene på de tre tidspunkter ses i figur 23.

Figuren viser en klar tendens til forbedringer i de 29 respondenters placering på indekset over, hvor belastende forholdet til den syge forælder er. Der ses en tendens til, at respondenterne i løbet af den periode, hvor de har deltaget i gruppeforløbet, har fået et mindre belastende forhold til den syge forælder. Udviklingen mod et mindre belastende forhold ser ud til at fortsætte, efter respondenterne er sluttet i gruppeforløbet.

Den positive udvikling mod bedre forhold til den syge forælder ses ved, at antallet af respondenter, der ikke har et belastende forhold til den syge forælder stiger fra 7 før forløbet til 12 efter forløbet og endeligt til 17 et år efter, gruppeforløbet er afsluttet.

**Figur 23:** Respondenterne fordelt efter placering på indeks over hvorvidt forholdet til den syge forælder er belastende før, efter og 1 år efter gruppeforløbet. Antal. N=29.

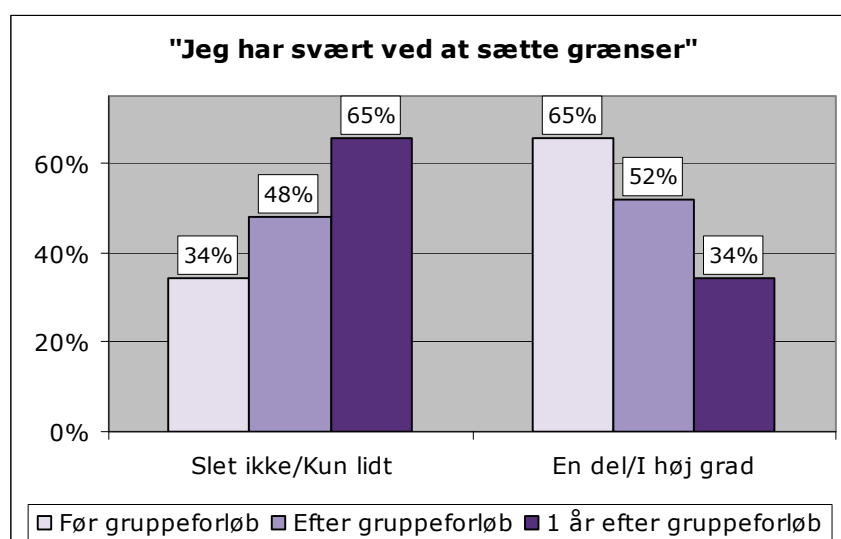


## 7.2. Er blevet bedre til at sætte grænser

Ud af de 37 påstande, der er stillet i alle tre spørgeskemaer, er der desuden to påstande, som er fundet væsentlige at trække frem i denne sammenhæng. Den første, hvorvidt respondenterne er i stand til at sætte grænser, behandles i dette afsnit, mens respondenternes evne til at opfylde egne behov bliver gennemgået i næste afsnit.

De 30 respondenter har i alle tre undersøgelser forholdt sig til påstanden "Jeg har svært ved at sætte grænser". Påstanden skulle besvares med en af følgende fire kategorier, som respondenterne mente passede bedst på dem selv: Slet ikke, kun lidt, en del eller i høj grad. Respondenternes svar på denne påstand i de tre undersøgelser vises i figur 24.

**Figur 24:** Respondenterne fordelt efter svar på påstanden "Jeg har svært ved at sætte grænser". Andel. N=30.



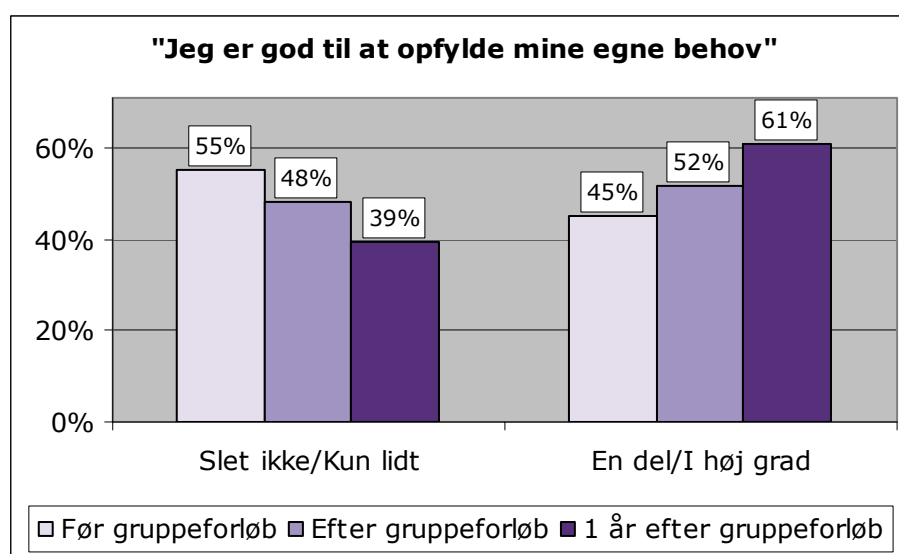
Figuren viser en tydelig tendens til, at respondenterne er blevet bedre til at sætte grænser i løbet af den undersøgte periode. Forbedringen er sket, imens respondenterne har deltaget i gruppeforløbet og er fortsat efter, de er stoppet. Eksempelvis er andelen af respondenter, der slet ikke eller kun lidt har svært ved at sætte grænser steget fra 34 % før forløbet til 65 % et år efter forløbet sluttede.

Det kan desuden nævnes, at andelen af respondenter der har svaret, at de i høj grad mener, at de har svært ved at sætte grænser, er faldet fra 34 % før forløbet til 17 % efter forløbet og endeligt helt til 7 % et år efter gruppeforløbets afslutning.

### 7.3. Bedre til at opfylde egne behov

Respondenterne er blevet bedt om at tage stilling til påstanden "Jeg er god til at opfylde mine egne behov" i alle tre spørgeskemaer. Ændringerne i respondenternes svar på denne påstand viser en tendens til, at der er sket en forbedring i evnen til at opfylde egne behov, men den er dog ikke så tydelig som tendensen omkring respondenternes evne til at sætte grænser.

**Figur 25:** Respondenterne fordelt efter besvarelse på påstanden "Jeg er god til at opfylde mine egne behov". Andel. N=30.



Figur 25 viser, at respondenterne i forhold til denne påstand har ændret sig, imens de har deltaget i gruppeforløbet og yderligere gennemgået en positiv ændring i året efter, at gruppeforløbet var sluttet. Eksempelvis svarer 61 % af respondenterne et år efter forløbet, at de en del eller i høj grad mener, at de er gode til at opfylde deres egne behov. Sammenlignet hermed var denne andel på 45 %, før respondenterne startede i forløbet.

### 7.4. Gruppeforløbets betydning for forandringerne

I de ovenstående analyser af data fra de deltagere, der har svaret på alle tre spørgeskemaer, ses en tendens hos de unge til en fortsat positiv udvikling efter at gruppeforløbet er sluttet. Hvorvidt dette har noget med gruppeforløbet at gøre er ikke til at sige med sikkerhed, men en gennem-

læsning af de 30 unges kvalitative kommentarer tyder på, at gruppeforløbet for nogen har sat en proces i gang, som er fortsat efter forløbet og givet dem redskaber til fortsat udvikling.

*"Ungeprojektet åbnede op for løsning af personlige problemer, som jeg i dag er meget taknemlig for. Projektet løste ikke alle problemer, men jeg lærte hvor jeg kunne komme videre bagefter (og hvor jeg ikke kunne). For mig var dette af stor betydning!"*(Kvinde)

*"Projekt ungepårørende har ændret mit liv radikalt. Det har været starten / begyndelsen for mig til at turde være mig selv - at være tro/ægte mod mig selv og andre. Starten til at følge mine behov og drømme. Starten til at få taget hul på "bylden" - en proces er sat i gang - hvilket indimellem er hårdt, men jeg føler mig utrolig privilegeret"*(Kvinde, 25 år)

De to ovenstående citater viser, hvordan nogle unge et år efter forløbet evaluerer forløbets generelle betydning for deres personlige udvikling og liv generelt. De to citater nedenfor er mere detaljerede i forhold til selvtillid, social kontaktevne og forhold til den syge, som analyserne ovenfor viste, at der for flere af de unge havde været en fremgang i, i året efter gruppeforløbet var afsluttet.

*"Større accept af mig selv - større selvtillid, tro og mod og lyst til livet. Bedre forhold til mine medmennesker. Fået bekræftelse af andre pårørende - bl.a. i forhold til at sige fra over for den psykisk syge. Få bekræftet at jeg er normal og ikke mere angst for at blive psykisk syg eller bange for andres fordomme."*(Kvinde)

*"Jeg har fået ro i sjælen. Har fået vendt mine tanker fra dommedag og "der er ikke noget godt forude" til at sætte konkrete positive mål, som jeg langsomt men sikkert får og når. Jeg er blevet langt bedre til at sige hvad jeg gerne vil have, og jeg får det! Er bedre til at sige nej, stop. Går glædere ud i verden."*(Kvinde, 29 år)

Samlet tyder gennemgangen af kommentarerne på, at flere af de 30 respondenter ser gruppetilbuddet som en medvirkende årsag til, at de har gennemgået en personlig udvikling efter gruppeforløbets afslutning. Det er ikke det eneste, der har haft betydning for deres udvikling i året efter gruppeforløbet, men det har formentligt haft en betydning.

## Metodebilag

**Tabel 3:** Regressionsanalyse med selvopfattelse som afhængig variabel. Ustandardiserede beta-koefficienter, signifikans og forklaret varians.

		<b>1. model</b>	<b>2. model</b>
Køn	Kvinde (ift. mand)	-0,53	1,74
Alder	Alder	-0,50	-0,29
Søskende	Har søskende (ift. enebarn)	-9,72*	-9,25*
Forælders diagnose	Depressiv/manisk (ift. skizofren)	1,63	-1,02
	Anden diagnose (ift. skizofren)	-5,79	-8,33
Voksnet barn	Indeks for voksent barn		-0,31***
Netværk som barn	Havde netværk som barn (ift. havde ikke)		8,37*
Netværk som ung	Havde netværk som ung (ift. havde ikke)		2,50
<b>Justeret R<sup>2</sup></b>		<b>0,004</b>	<b>0,113</b>
Antal respondenter		130	130

\*: sig på 0,1 niveau. \*\*: sig på 0,05 niveau. \*\*\*: sig på 0,01 niveau.

**Tabel 4:** Regressionsanalyse med social kontaktevne som afhængig variabel. Ustandardiserede beta-koefficienter, signifikans og forklaret varians.

		<b>1. model</b>	<b>2. model</b>
Køn	Kvinde (ift. mand)	-9,98*	-12,14**
Alder	Alder	-0,64	-0,51
Søskende	Har søskende (ift. enebarn)	-8,86*	-9,27*
Forælders diagnose	Depressiv/manisk (skizofreni)	2,82	0,72
	Anden diagnose (skizofreni)	-2,21	-4,26
Voksnet barn	Voksnet barn		-0,30***
Netværk som barn	Netværk som barn		1,40
Netværk som ung	Netværk som ung		-3,08
<b>Justeret R<sup>2</sup></b>		<b>0,025</b>	<b>0,126</b>
Antal respondenter		131	131

\*: sig på 0,1 niveau. \*\*: sig på 0,05 niveau. \*\*\*: sig på 0,01 niveau.

**Tabel 5:** Regressionsanalyse med indeks over "voksent barn" som afhængig variabel. Ustandardiserede beta-koefficienter, signifikans og forklaret varians.

		<b>1. model</b>
Køn	Kvinde (ift. mand)	9,88
Søskende	Har søskende (ift. enebarn)	1,62
Diagnose	Depressiv/manisk (skizofreni)	-9,62*
	Anden diagnose (skizofreni)	-7,82
Hvem der er syg	Far syg (ift. mor syg)	-7,11
Hvornår sygdom opstod	Sygdom opstået i barndom (ift. opstået i ungdom)	-13,66***
<b>Justeret R<sup>2</sup></b>		<b>0,057</b>
Antal respondenter		129

\*: sig på 0,1 niveau. \*\*: sig på 0,05 niveau. \*\*\*: sig på 0,01 niveau.

**Tabel 6:** Regressionsanalyse med ændring i selvpfattelse som afhængig variabel. Ustandardiserede beta-koefficienter, signifikans og forklaret varians.

		<b>1. model</b>	<b>2. model</b>	<b>3. model</b>
Køn	Kvinde (ift. mand)	10,74	9,36	7,12
Alder	Alder	-0,04	-0,11	-0,40
Søskende	Har søskende (ift. enebarn)	3,69	6,12	6,17
Diagnose	Depressiv/manisk (ift. skizofren)		11,67*	16,89**
	Anden diagnose (ift. skizofren)		22,45***	25,87***
Netværk som barn	Havde netværk som barn (ift. havde ikke)		-2,53	-3,83
Voksent barn	Indeks for voksent barn		0,17*	0,16*
Netværk som ung	Havde netværk som ung (ift. havde ikke)			-0,13
Civilstand	Gift/samlevende (ift. single)			10,80**
	Partner ikke samlevende (ift. single)			5,29
<b>Justeret R<sup>2</sup></b>		<b>-0,030</b>	<b>0,141</b>	<b>0,163</b>
Antal respondenter		70	70	70

\*: sig på 0,1 niveau. \*\*: sig på 0,05 niveau. \*\*\*: sig på 0,01 niveau.

**Tabel 7:** Regressionsanalyse med ændring i social kontaktevne som afhængig variabel. Ustandardiserede beta-koefficienter, signifikans og forklaret varians.

		<b>1. model</b>	<b>2. model</b>	<b>3. model</b>
Køn	Kvinde (ift. mand)	-3,03	-6,81	-8,20
Alder	Alder	-0,34	-0,54	-0,75
Søskende	Har søskende (ift. enebarn)	-1,08	0,03	-0,51
Diagnose	Depressiv/manisk (ift. skizofren)		-11,49*	-9,48
	Anden diagnose (ift. skizofren)		-8,39	-7,44
Netværk som barn	Havde netværk som barn (ift. havde ikke)		-1,65	-4,40
Voksnet barn	Indeks for voksnet barn		0,27**	0,26**
Netværk som ung	Havde netværk som ung (ift. havde ikke)			-4,39
Civilstand	Gift/samlevende (ift. single)			5,13
	Partner ikke samlevende (ift. single)			4,16
<b>Justeret R<sup>2</sup></b>		<b>-0,040</b>	<b>0,055</b>	<b>0,037</b>
Antal respondenter		69	69	69

\*: sig på 0,1 niveau. \*\*: sig på 0,05 niveau. \*\*\*: sig på 0,01 niveau.

**Tabel 8:** Regressionsanalyse med ændring af belastning i forhold til den syge som afhængig variabel. Ustandardiserede beta-koefficienter, signifikans og forklaret varians.

		<b>1. model</b>	<b>2. model</b>	<b>3. model</b>
Køn	Kvinde (ift. mand)	-5,38	-4,28	-3,01
Alder	Alder	0,07	0,06	-0,06
Søskende	Har søskende (ift. enebarn)	1,50	-0,68	-1,61
Diagnose	Depressiv/manisk (ift. skizofren)		9,37	10,93
	Anden diagnose (ift. skizofren)		0,65	1,92
Netværk som barn	Havde netværk som barn (ift. havde ikke)		-6,02	-7,28
Voksnet barn	Indeks for voksnet barn		-0,05	-0,03
Netværk som ung	Havde netværk som ung (ift. havde ikke)			-1,20
Civilstand	Gift/samlevende (ift. single)			-0,06
	Partner ikke samlevende (ift. single)			-8,07
<b>Justeret R<sup>2</sup></b>		<b>-0,044</b>	<b>-0,071</b>	<b>-0,117</b>
Antal respondenter		66	66	66

\*: sig på 0,1 niveau. \*\*: sig på 0,05 niveau. \*\*\*: sig på 0,01 niveau.





## Spørgeskema til evaluering af SIND´s Ungerådgivning

Køn\_\_\_\_\_

Alder\_\_\_\_\_

### Uddannelse

(sæt kryds)

- Grundskole (i alt 1-10 års undervisning)
- Gymnasieniveau eller kortere faguddannelse (i alt 11-12 års undervisning)
- Videregående uddannelse (i alt 13-16 års undervisning)
- Lang videregående uddannelse (i alt 17-18 års undervisning)

### Nuværende erhverv

- Under uddannelse
- Lønmodtager i arbejde
- Selvstændig i arbejde
- Arbejdsløs
- Sygedagpenge
- Bistandshjælp
- Pensionist
- Andet

### Boligforhold

- Selvstændig bolig
- Bor hos forældre
- Kollegium/bofællesskab

### Civilstand

- Gift/samlevende
- Partner, ikke samboende
- Enlig

### Børn

- Ingen børn
- Mindreårige børn, der bor hjemme
- Mindreårige børn, der ikke bor hjemme

## DIN FAMILIEBAGGRUND

### Forældre er:

- Fortsat gifte/samboende   
Fraskilte   
Enke/enkemand   
Begge døde

### Har du søskende?

Nej  Ja  Hvis ja, hvor mange? \_\_\_\_\_

### Hvordan er du placeret i søskendeflokken?

Yngst  Mellem  Ældst

### Hvem i din familie har en sindslidelse?

- Mor   
Far   
Søster   
Bror   
Partner/ægtefælle   
Andre  \_\_\_\_\_

### Hvornår i dit liv fik din pårørende en sindslidelse?

- Før jeg blev født   
Da jeg var barn   
I min tidlige ungdom   
Senere   
Ved ikke

### Har din pårørende været indlagt for sin sindslidelse?

Ja  Nej

### Hvis din pårørende har været indlagt for sin sindslidelse, hvor ofte cirka?

- Næsten konstant   
To eller flere gange årligt   
Ca. en gang årligt   
Med flere års mellemrum   
Kun en eller to gange i alt

### Har din pårørende en behandlingskrævende sindslidelse i dag?

Ja       Nej

Hvis ja, kender du diagnosen? \_\_\_\_\_

### DIN ROLLE SOM PÅRØRENDE

*Har du i nedenstående perioder af dit liv været involveret i din syge pårørendes behandling, for eksempel ved at sørge for, at medicin indtages, have kontakt med læge/hospital, sørge for indlæggelse eller lignende?*

**Som barn:**     Slet ikke       af og til       ret ofte       meget ofte  
**Som ung:**     Slet ikke       af og til       ret ofte       meget ofte  
**Seneste år:**  Slet ikke       af og til       ret ofte       meget ofte

*Har du i nedenstående perioder af dit liv påtaget dig følelsesmæssigt støttende og sociale opgaver for din syge pårørende i dagligdagen, for eksempel ved at stå til rådighed for samtaler om din pårørendes problemer?*

**Som barn:**     Slet ikke       af og til       ret ofte       meget ofte  
**Som ung:**     Slet ikke       af og til       ret ofte       meget ofte  
**Seneste år:**  Slet ikke       af og til       ret ofte       meget ofte

*Har du i nedenstående perioder af dit liv påtaget dig praktiske opgaver for din syge pårørende i dagligdagen, for eksempel ved at pleje din pårørende, overtage arbejdsopgaver i hjemmet, passe søskende eller lignende?*

**Som barn:**     Slet ikke       af og til       ret ofte       meget ofte  
**Som ung:**     Slet ikke       af og til       ret ofte       meget ofte  
**Seneste år:**  Slet ikke       af og til       ret ofte       meget ofte

### Hvor tit taler du med andre om, at din pårørende er syg?

Slet ikke       sjældent       ret ofte       meget ofte

### Har du i din barndom eller tidlige ungdom haft mulighed for at støtte dig positivt til en eller flere raske voksne?

Nej

Ja, i min barndom

Ja, i min tidlige ungdom

Ja, både i barndommen og ungdommen

Hvis ja, hvem var den eller de personer? \_\_\_\_\_

---

**Hvor tit har du for tiden kontakt med din syge pårørende, telefonisk eller ved besøg?**

Slet ikke    årlig    månedlig    ugentlig    daglig

*Hvordan oplever du kvaliteten af den kontakt, du i dag har med din syge pårørende?*

meget dårlig    rimelig    god    virkelig god

---

**Hvor tit har du for tiden kontakt med andre i din familie, telefonisk eller ved besøg?**

Slet ikke    årlig    månedlig    ugentlig    daglig

*Hvordan oplever du kvaliteten af den kontakt, du i dag har med andre i din familie?*

meget dårlig    rimelig    god    virkelig god

---

**Hvor tit har du for tiden kontakt med gode venner, telefonisk eller ved besøg?**

Slet ikke    årlig    månedlig    ugentlig    daglig

*Hvordan oplever du kvaliteten af den kontakt, du i dag har med dine venner?*

meget dårlig    rimelig    god    virkelig god

---

**I hvor høj grad på nedenstående områder vil du mene, at din daglige tilværelse lige nu er belastet af den omstændighed, at et medlem af din familie er sindslidende?**

*I arbejds- eller studiesammenhæng?*

Slet ikke    kun lidt    en del    meget

*I forbindelse med at dyrke fritidsinteresser?*

Slet ikke    kun lidt    en del    meget

*I forbindelse med parforhold?*

Slet ikke    kun lidt    en del    meget

*I forbindelse med din personlige trivsel i øvrigt?*

Slet ikke    kun lidt    en del    meget

## **DINE FORVENTNINGER TIL UNGERÅDGIVNINGEN**

**Hvordan fik du kendskab til ungerådgivningen?**

---

---

**Beskriv kort baggrunden for, at du har henvendt dig til ungerådgivningen:**

---

---

---

---

**Har du søgt anden form for støtte, individuelt eller i gruppe, inden for de sidste to år?**

Nej  Ja, individuelt  Ja, i gruppe

**Har du modtaget anden form for støtte, individuelt eller i gruppe, inden for de sidste to år?**

Nej  Ja, individuelt  Ja, i gruppe

Hvis ja, hos hvem? \_\_\_\_\_

**Beskriv her nogle af de positive forventninger, du har til forløbet i ungerådgivningen:**

---

---

---

---

**Er der noget, du i dag er usikker/bekymret for i forbindelse med dit kommende forløb i ungerådgivningen?**

---

---

---

---

**Har du nogle bestemte personlige problemer eller temaer, du gerne vil have bearbejdet i forløbet?**

---

---

---

---

**Har du nogle bestemte mål, du gerne vil nå via forløbet?**

---

---

---

---

**Herunder er der en række elementer, som for eksempel kan indgå i ungerådgivningens tilbud. Angiv ved afkrydsning, hvor vigtige hvert af disse elementer er for dig:**

	Ikke vigtigt	Vigtigt	Meget vigtigt
Jeg ønsker mere viden om, Hvad det vil sige at være sindslidende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ønsker støtte til at klare aktuelle problemer I mit forhold til min syge pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ønsker hjælp til at klare aktuelle Problemer i mit privatliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har brug for at arbejde terapeutisk med min egen livshistorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ønsker at udveksle erfaringer med Andre unge i samme situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vil gerne lære at fungere i en gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Har du kommentarer i øvrigt?**

---

---

---

---



**Herunder er beskrevet en række udsagn fra interview med andre unge pårørende. I hvor høj grad vil du mene, at hvert enkelt udsagn gælder for dig? Sæt venligst kryds ved samtlige udsagn, og tilføj eventuelt dine egne på næste side:**

	Slet ikke	kun lidt	en del	i høj grad
1. Jeg mener, at jeg er et udadvendt menneske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg har ofte som barn måttet spille forældrerollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg føler, at jeg er unormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg er tit vred på min syge pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg er den stærkeste i min familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mine venner har tit brug for min støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg kan ikke huske ret meget fra min barndom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg har i dag vanskeligheder med at omgås andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jeg føler mig mere ansvarlig og omsorgsfuld end andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg prøver efter bedste evne at beskytte min syge pårørende mod andres fordomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jeg er bange for at præge mine børn negativt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jeg føler mig tit svigtet af mine forældre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jeg er god til at støtte mig til andre, hvis jeg er ked af det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jeg skulle påtage mig et for stort ansvar for tidligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jeg har svært ved at sætte grænser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jeg mener, at jeg bør stå til rådighed, når min syge pårørende har brug for mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jeg har svært ved at blive voksen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jeg har svært ved at frigøre mig fra mine forældre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jeg har let ved at vise mine følelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Jeg føler mig tit psykisk uligevægtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Jeg er somme tider bange for selv at blive sindslidende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Slet ikke	kun lidt	en del	i høj grad
22. Mine venner oplever mig som en stærk person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jeg har som barn manglet den omsorg, jeg har haft brug for	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Jeg oplever mig selv som en stærk person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Jeg har problemer med det andet køn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Jeg skammer mig over at have en sindslidende pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Når min pårørende har det dårligt, får jeg det også dårligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Det er vigtigt for mig at holde sammen på familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Jeg har svært ved at fungere i grupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Jeg synes, min personlighed i dag er præget af, at jeg har en sindslidende pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Jeg har svært ved at få min hverdag til at fungere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Jeg er bange for at få børn selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Jeg har tit dårlig samvittighed, fordi jeg ikke tager mig nok af min syge pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Jeg har andre i familien, som jeg kan støtte mig til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Jeg er mere voksen end mine jævnaldrende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Jeg er altid parat til at hjælpe andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Jeg er god til at opfylde mine egne behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

På de næste linjer har du lejlighed til selv at skrive udsagn, som du finder relevante i forbindelse med at være ung pårørende:

	kun lidt	en del	i høj grad
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAK FOR HJÆLPEN!

