Evalueringsrapport 2014

EFFEKT OG UDBYTTE AF TILBUD I BØRN, UNGE & SORG

Af Marie Stigaard Tølbøll og Niels Hoffmann Haahr
Børn, Unge & Sorg, Rådgivnings- og forskningscenter

August 2014, version 2

INDHOLD

Indledning 3
Resumé 4
Metode 4
Efterladte unge 16-28 år 5
Efterladte unge, som har mistet en forælder med et alkoholmisbrug: A-grupper 15
Efterladte børn 2-9 år 23
Efterladte børn 10-15 år 26
Pårørende unge 16-28 år 28
Konklusion 32
BILAG 33

Indledning

Denne evalueringsrapport er udarbejdet af Børn, Unge & Sorgs (BU&S) forskningscenter i sommeren 2014 og indeholder viden om effekten af og tilfredsheden med interventioner i rådgivningerne i København, Aarhus og Odense. I rådgivningerne tilbydes gruppeforløb og individuelle samtaler til børn og unge op til 28 år, hvis forældre eller søskende er alvorligt syge eller døde.

Rådgivningen af unge i aldersgruppen 16-28 år, som har mistet forældre, har vi evalueret kontinuerligt siden 2007 i daværende Unge & Sorg[1]. I 2012 besluttede vi i forskningscentret at lægge os op ad den internationale forskning og måle decideret på sorg ved hjælp af validerede skalaer. Ved samme lejlighed blev evalueringen gjort mere omfattende for at give os mere detaljeret viden om interventionernes effekt. Resultaterne fra den nye evaluering af de 16-28 årige præsenteres for første gang i denne rapport.

I foråret 2013 påbegyndte BU&S evalueringen af tilbud til børn og teenagere i aldersgruppen op til 15 år, som har mistet en eller begge forældre, samt alle tilbud til pårørende børn og unge med syge forældre. Da en intervention i BU&S ofte varer et års tid, er der endnu et begrænset antal respondenter i evalueringen, og kun få respondenter har endnu haft mulighed for at besvare spørgeskemaerne. Derfor afrapporterer vi i denne rapport ikke resultaterne fra disse tilbud. De første resultater bliver dog brugt internt i huset til at se nærmere på enkelte forløb og arbejdsgangene bag evalueringen. Vi ser frem til at kunne formidle resultater i sommeren 2015.

Evalueringsarbejdet i Børn, Unge & Sorg er støttet af Trygfonden.

Med støtte fra TrygFonden

[1] Se en samlet liste over tidligere evalueringer og andre publikationer her: http://www.bornungesorg.dk/om-boern-unge-og-sorg/udgivelser/

Resumé

Resultaterne af denne evaluering viser, at de unge 16-28 årige, som har mistet en forælder, har opnået stor effekt og angiver høj tilfredshed med tilbud, de har modtaget i BU&S. Dette gælder både i forhold til vores normale tilbud og vores tilbud for unge, som har mistet en forælder, der havde et alkoholmisbrug. Kendetegnende for målgruppen er, at effekten er langsigtet og bæredygtig, idet den forstærkes over tid. Langt de fleste resultater er statistisk signifikante. I forhold til efterladte børn og pårørende unge er der stadig for få respondenter til at kommentere på effekt og tilfredshed. Dog er det værd at bemærke, at særligt de unge pårørende udviser en høj grad af belastning ved opstart, hvor det er tydeligt, at forældrenes sygdom påvirker deres ungdomsliv.

Metode

Evalueringen af forløbene i BU&S foretages fortløbende/prospektivt ved, at gruppedeltagerne (brugerne) bliver bedt om at udfylde i alt tre spørgeskemaer bestående af såvel kvantitative som kvalitative spørgsmål. Målinger foretages på tre tidspunkter: Umiddelbart før interventionsstart, kort efter afslutning på et forløb samt 12 måneder efter, at forløbet er afsluttet. I terapigrupperne for unge, som har mistet en forælder med et alkoholmisbrug, har brugerne dog besvaret fire evalueringsskemaer i alt. Brugerne opfordres til at deltage i evalueringen, men dette er frivilligt.

Med dette evalueringsdesign kan vi på relevante parametre undersøge, hvordan det går med brugerne over tid. Dette gøres ud fra viden om årsagssammenhænge, som beskrevet i vores forandringsteorier for grupperne. Vores antagelser om sammenhænge forstærkes af brugernes egen vurdering af i hvilken grad, de har haft gavn af interventionen.

Vi anvender validerede skalaer til alle vores målgrupper. Det gør vi for med større sikkerhed at kunne måle på den ønskede effekt. Samtidig anvender vi de samme validerede trivselsskalaer for samme aldersgruppe for både efterladte og pårørende for at kunne undersøge målgruppens trivsel og udvikling, hvis de går fra at være pårørende til efterladte, mens de er indskrevet i et forløb i BU&S. Vi har samlet de anvendte skalaer og den tekniske dokumentation i bilag.

Spørgeskemaer udsendes af forskningscentret og besvares elektronisk af brugerne (og/eller deres forældre når der er tale om børn). Databearbejdningen er sket i SPSS, hvor der er udarbejdet standardafvigelse og foretaget en signifikanstest. Den statistiske model, der er brugt, er en paired t-test. Her sammenlignes f.eks. respondenternes selvværd mv. før og efter behandlingen. Herefter testes der for, om den ændring der er forekommet, er statistisk signifikant.

Evalueringsundersøgelserne er godkendt af Datatilsynet. Alle deltagerne er anonyme ved offentliggørelse af evalueringens resultater. I det omfang citaters indhold kan identificere en person, bliver disse ikke offentliggjort.

Efterladte unge 16-28 år

Introduktion

Børn, Unge & Sorgs interventioner til unge efterladte er blevet evalueret siden 2007 med flotte resultater. I 2012 besluttede forskningscentret at lægge sig op af international forskning og måle decideret på sorg ved hjælp af en sorgskala og ikke depression, som tidligere havde været den gængse måde at evaluere sorginterventioner på. Resultaterne præsenteres for første gang i rapporten her og er med til at belyse interventionens effekt fra en helt ny vinkel.

De unge i tilbuddene er mellem 16-28 år, og har alle mistet en eller begge forældre. I BU&S tilbydes de unge overvejende gruppetilbud, dog kan der i særlige tilfælde gives individuelle samtaler. Baggrunden er mange års erfaringer med gode resultater af gruppebehandling, som bl.a. tilskrives betydningen af genkendelse som en væsentlig faktor i forandringsprocessen.

Der findes forskellige typer gruppe for de unge, alt afhængig af sorgens kompleksitet. Gennemgående for grupperne er, at de består af otte unge og ledes af én eller to psykologer. Grupperne mødes hver uge i 2½ og er inddelt i aldersgrupperne 16-19 år og 20-28 år.

For unge, som er i risikogruppen for at udvikle kompliceret sorg, tilbydes et terapiforløb i en *lukket terapigruppe*, som er kendetegnende ved, at de unge starter og slutter samtidig i gruppen, og i forløbet gennemgår en række kronologiske og fastlagte temaer. Gruppen mødes 18-20 gange.

Blandt de unge, der visiteres til et forløb i en lukket terapigruppe, har der ofte været et korterevarende sygdomsforløb forud for dødsfaldet, og dødsfaldet ligger som hovedregel maksimalt to år tilbage. Målgruppen er karakteriseret ved, at der primært er tale om tabsrelaterede problemstillinger i kombination med enkelte ikke-tabsrelaterede problemstillinger, der kan forstyrre sorgprocessen. Den unge er i risiko for at udvikle kompliceret sorg, og det skal være muligt at bearbejde tabet i løbet af det halve år, den lukkede terapigruppe varer.

Åbne grupper tilbydes til unge, som har udviklet kompliceret sorg. En sorg der er kendetegnende ved, at den fortsætter i varighed og intensitet og umuliggør eller stærkt vanskeliggør, at den unge kan leve et normalt voksenliv. Tabet kan ligge op til otte år tilbage. Forud for dødsfaldet har mange af disse unge levet i adskillige år med alvorligt syge forældre og har ofte været overinvolveret i sygdomsforløbet. Flere af de unge i denne gruppe har mistet begge forældre. De åbne grupper arbejder ud fra et slow-open princip, hvor der starter én ung, når en anden stopper. Det betyder, at forløbet kan have den varighed, som den enkelte unge har behov for. Et gennemsnitligt forløb i de åbne terapigrupper er lidt under et år.

De deltagende unge

I alt har 177 besvaret skema 1, som de modtager før opstart. Det giver en svarprocent ved inklusion på 69,4 %, idet skemaet i alt er blevet sendt til 255 unge. Respondenterne i denne målgruppe fordeler sig således:

Unge 16-28 år **Karakteristik ved gruppestart**	
Alder	16-19 år = 43 20-24 år = 72 25-28 år = 51 Gennemsnitsalder: 22,0 år
Køn	Kvinde = 152 Mand = 25
Hvem har den unge mistet	Mor = 52 Far = 75 Begge forældre = 18

Langt de fleste har mistet deres forælder til sygdom (86 %), dernæst kommer selvmord (10 %) og til sidst ulykke (4 %).

Interventionens effekt

De unge efterladte besvarer sorgskalaen Hogan Grief Reaction Checklist samt den generelle trivselsskala SCL-90. En kombination af sorgskalaen og trivselsskalaen afdækker grundigt de symptomer, som er blevet identificeret i forandringsteorien for denne målgruppe. Med denne intervention er vi i stand til på nuværende tidspunkt at analysere effekten et år efter, at den unge har afsluttet et forløb, og vi kan dermed udtale os om den mere langsigtede effekt af interventionen i BU&S.

For mig kan det være svært at opretholde en hverdag. Mine dage svinger meget fra at være hyper til totalt passiv. Svært at finde sig selv igen, hermed mener jeg værdier, og ro. Det er svært med tanker om døden. Tomheden og savnet bliver hurtigt til flygtighed og isolation. ***Før gruppestart, kvinde 27 år***

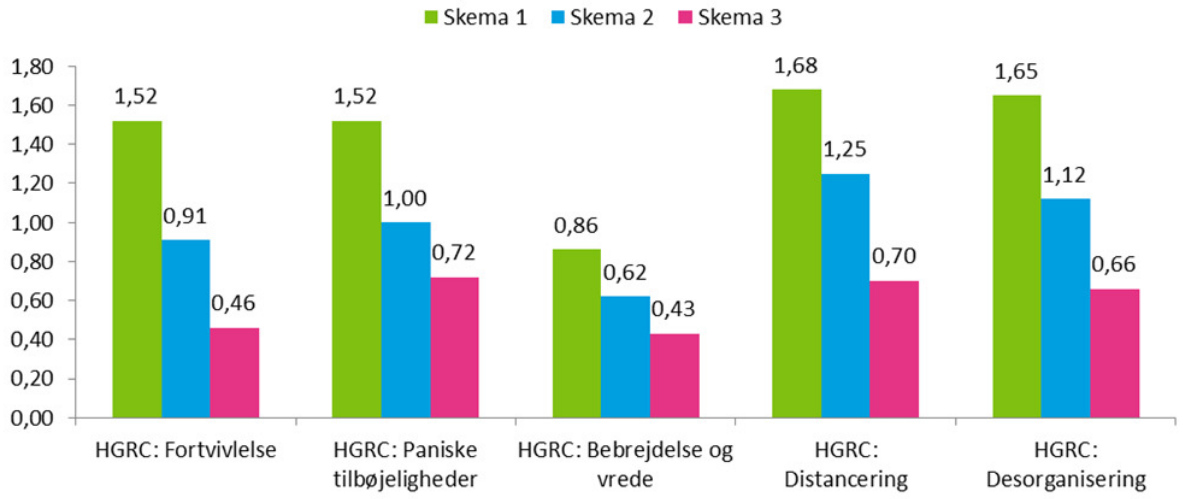
Jeg har bare lyst til at sove, til smerten er væk. ***Før gruppestart, mand 21 år***

De følelser jeg ikke kan kontrollere "glemmer" jeg eller "gemmer" jeg væk inde i mit hoved, for jeg er bange for, hvad de følelser ville kunne gøre ved mig
Før gruppestart, kvinde 21 år

Hogan Grief Reaction Checklist (HGRC)

HGRC belyser seks aspekter af den oplevede sorg hos et ungt menneske. Vi har valgt at anvende fem faktorer fra HGRC: Fortvivlelse, Paniske tilbøjeligheder, Bebrejdelse og vrede, Distancering og Desorganisering (jf. bilag).

Som tabellen på næste side viser, er resultatet fra evalueringen særdeles positiv, og der er på alle fem faktorer et markant fald i den gennemsnitlige belastningsgrad for de 20 respondenter, som har besvaret skema 1 ved opstart, skema 2 ved afslutning og skema 3 et år efter, at de er stoppet i et forløb. Alle forbedringer fra skema 1 til 2 og fra skema 1 til 3 er signifikante ($p<0{,}001$ for alle faktorer bortset fra "Bebrejdelse og vrede" hvor forbedringen fra skema 1 til 3 er signifikant med $p=0{,}001$).



Hogan Grief Reaction Checklist gennemsnitlige scores på fem faktorer (N=20)

Den største belastningsgrad ved opstart ses på faktorerne Distancering og Desorganisering, og det er også her, at der forekommer nogle af de største fald mellem skema 1 og skema 3. Distancering dækker her over følelsen af værdiløshed, mistet fornemmelse af hvem man er, manglende selvtillid og kontrol. Sorg er i forskningen beskrevet ved hjælp af en to-process-model, hvor det ene spor handler om at bearbejde tabet, og det andet om at reetablere nye roller, ny hverdag og en ny identitet uden den afdøde [2]. Høj grad af distancering kan betyde at denne reetablering ikke finder sted, og dermed kan sorgen blive kompliceret.

Faktoren Desorganisering dækker over koncentrationsevne samt evnen til at lære og tænke abstrakt. Det er et kendt fænomen, at unge, som mister, kan have svært ved at klare studie og job, idet tanker, billeder og følelser, der relaterer til den afdøde, kan fylde for meget i deres bevidsthed[3] . Desorganisering er et vigtigt parameter at styrke hos de unge, da det er med til at gøre dem i stand til at leve et normalt hverdagsliv på studiet, med vennerne og på jobbet.

---

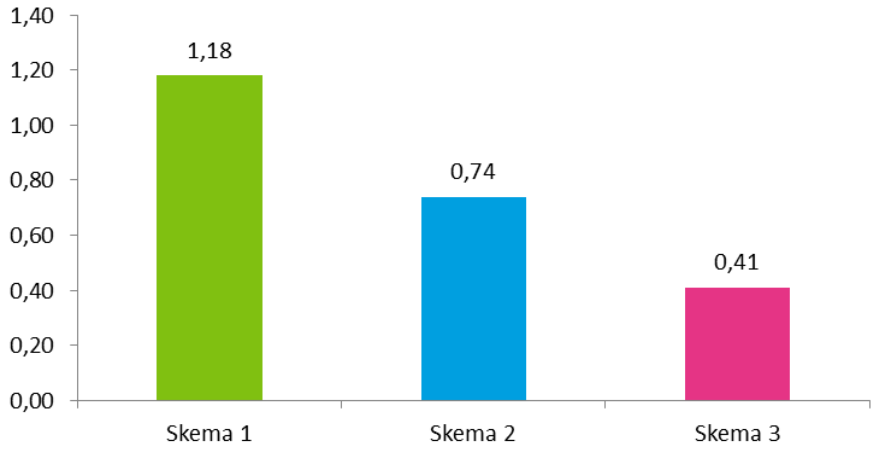
[2] Stroebe, M. og Schut, H. (1999), The Dual Process Model of Bereavement, *Death Studies*, vol. 23, no. 3, pp 197-224.

[3] Ross, D. & Hayes, B. (2004), Interventions with groups of bereaved pupils, Educational and child psychology, vol. 21. No. 3, 85-108.

Den faktor, hvor de unge gennemsnitligt scorer lavest (dvs. mindst belastede) ved opstart, er Bebrejdelse og vrede, og det er også her, at vi ser den mindste forbedring. Dog er forbedringen som nævnt ovenfor stadig statistisk signifikant fra både skema 1 til 2 og fra skema 1 til 3.

Symptom Checklist (SCL-90)

SCL-90 anvendes til at vurdere psykiske problemer og psykopatologiske symptomer. Spørgeskemaet måler ni primære dimensioner af symptomer: Somatisering, Obsession-komplusion, Interpersonel sensitivitet, Depression, Angst, Aggression, Fobisk angst, Paranoid tankegang og Psykoticisme. Sorg kan komme til udtryk på mange forskellige måder, og derfor måles der bredt på forskellige symptomatologi[4].



SCL-90 – gennemsnitlige scores på Global Severity Index (N=16)

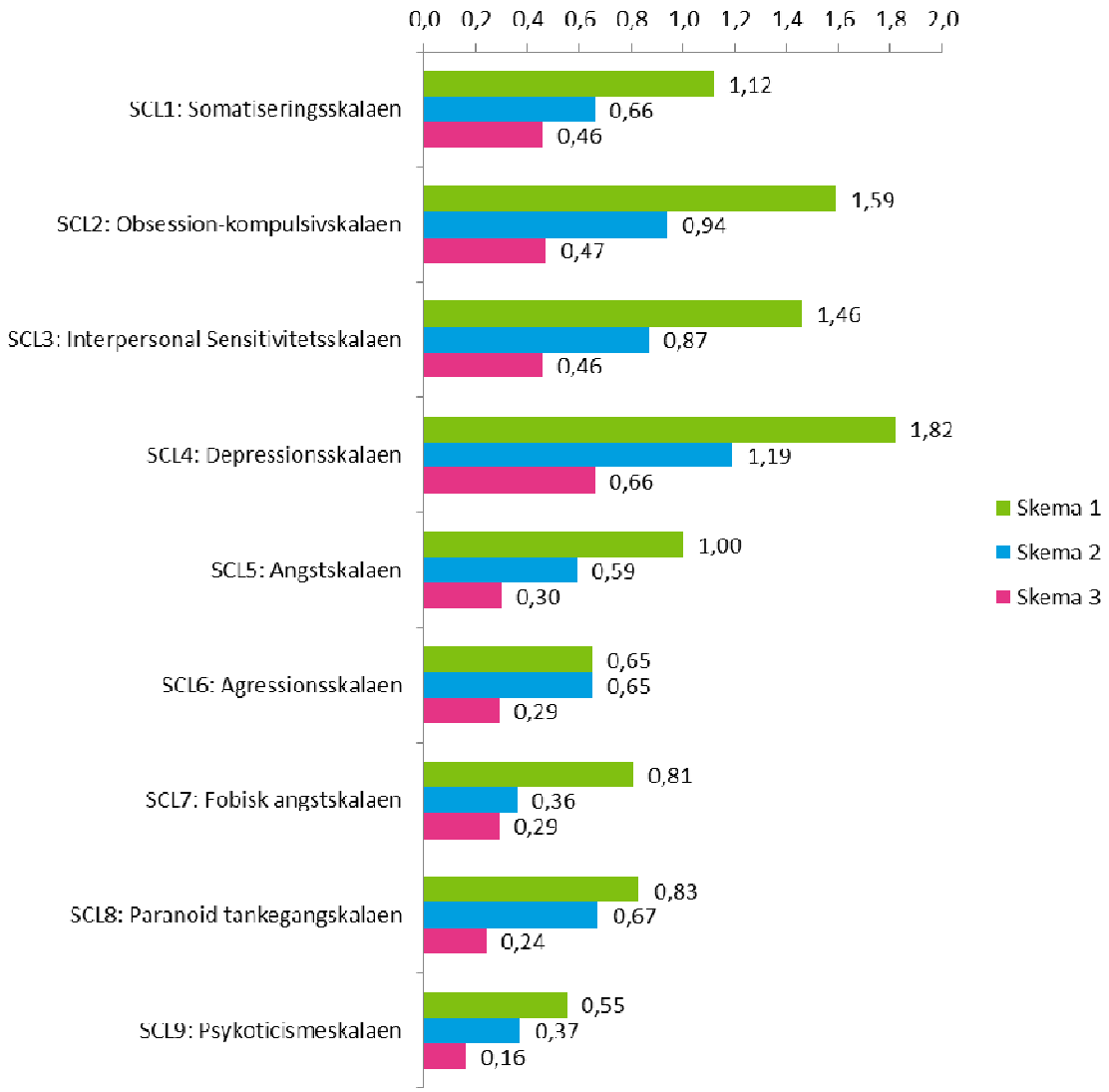
Diagrammet ovenfor viser udviklingen fra opstart (skema 1) til afslutningen (skema 2) og et år efter, de er stoppet i et tilbud (Skema 3). Resultatet viser, at de 16 respondenter, som alle har besvaret alle tre spørgeskemaer, gennemsnitligt udvikler sig særdeles positivt fra opstart (1,18) til afslutningen (0,74) til followup-målingen et år efter afslutning (0,41). Der er således tale om en positiv udvikling, hvor Global Severity Index (GSI) falder med to tredjedele fra start til followup-målingen. Dette fald er statistisk signifikant (p=0,000). Det vejledende normtal[5], som indikerer normalpopulationens besvarelser, er 0,53. Respondenterne går således fra gennemsnitligt at ligge langt over normscoren (1,18) ved skema 1 til at ligge under normscoren (0,41) et år efter, de er stoppet i et forløb hos BU&S.

For at kunne bekræfte det positive resultat med større sikkerhed, har vi også set på respondenter, som har besvaret skema 1 og skema 2, men endnu ikke har nået at besvare skema 3. Det er der 46 respondenter, som har. Her ser vi samme positive udvikling, hvor gennemsnitsscoren ved skema 1 (1,15) næsten er halveret ved skema 2 (0,66). Det er med til at styrke robustheden i det positive resultat, vi fremlægger her.

---

[4] Mogensen, J. & Engelbrekt, P. (2013), *At forstå sorg.* Teoretiske og praktiske perspektiver, samfundslitteratur, København

[5] Normscoren for Global Severity Index for kvinder 19-35 år.



SCL-90 – gennemsnitlige scores på SCL-90 skalaer 1-9 (N=16)

I diagrammet herover ses, hvordan respondenterne gennemsnitligt bevæger sig i belastningsgrad på de ni skalaer, som SCL-90 består af. Alle forbedringerne fra skema 1 til 3 er signifikante ($p<0,05$).

Som man kan se, er respondenterne ved opstart mest belastet på Depressionsskalaen, Obsession-kompulsiv-skalaen og på Interpersonel sensitivitet-skalaen. Det er også her, vi ser de største fald mellem skema 1 og 3. Dette generelle resultat er ikke umiddelbart overraskende. Depressionssymptomer er kendetegnende for denne målgruppe, hvor mindsket interesse for livet, manglende energi, følelser af håbløshed og selvmordstanker blot er nogle af de symptomer, som forskningen og vores egne klienter beskriver[6].

[6] Stroebe, W. og Stroebe, M. (1987), *Bereavement and Health*, Cambridge: Cambridge University Press; Nielsen, et al. *Unge pårørende og efterladtes trivsel: En analyse af trivsel og mistrivsel blandt unge, som har oplevet alvorligt sygdom eller dødsfald i nærmeste familie*, 2012, Center for ungdomsforskning.

Interpersonel sensitivitet-skalaen dækker over følelsen af utilstrækkelighed, underlegenhed, dårligt selvværd samt negative opfattelser til samvær med andre og andres opfattelser af dem. Unge som kommer i BU&S taler ofte om at føle sig anderledes, ensom og mindre værd. Det ses også i forskningen, hvor man netop ser denne isolering fra andre/ensomhed, som en af sorgens karakteristika[7].

Obession-kompulsiv-skalaen dækker bl.a. over koncentrations- og hukommelsesproblemer og følelsen af at have tanker, impulser og handlinger, som opleves som uimodståelige og ubønhørlige. For unge, som mister en forælder, ved vi, at tanker om den døde forælder kan fylde så meget, at det kan være svært at gå i skole eller på arbejde. Derfor er det også positivt, at en intervention i BU&S er med til at rykke de unge på netop disse parametre. Dette og de andre resultater stemmer fint overens med det billede, som tegner sig i resultaterne fra HGRC, hvilket styrker robustheden af de konklusioner, som vi kan drage.

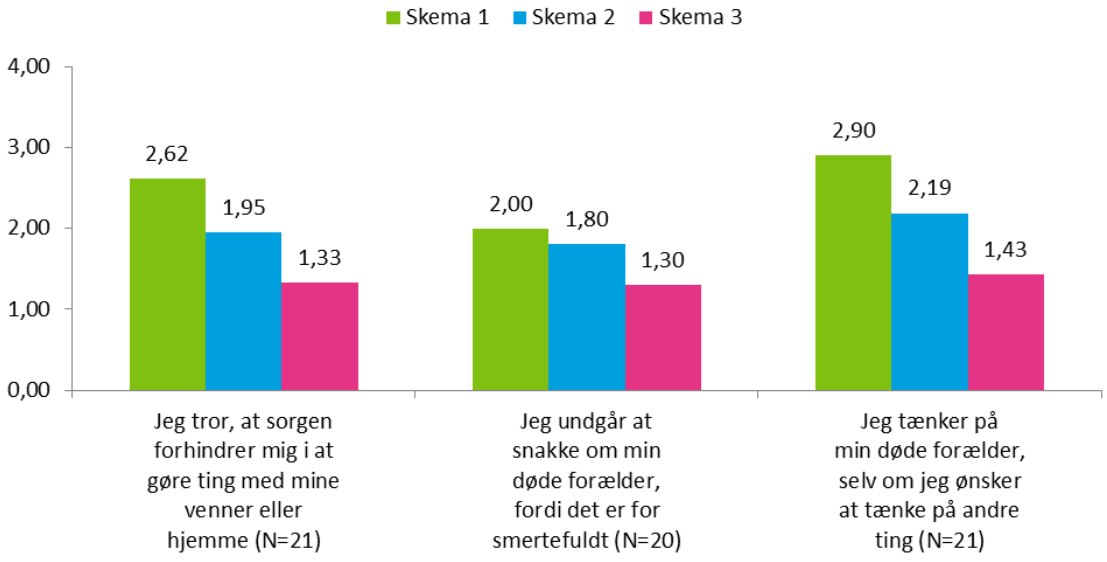
Respondenterne scorer lavest ved skema 1 på aggressionsskalaen og psykoticismeskalaen. Dvs. at det er der, de er mindst belastet, og de rykker sig derfor også mindst på disse to parametre. I forhold til aggressionsskalaen stemmer dette billede overens med resultatet fra HGRC-faktoren Bebrejdelse og vrede. Selv om ændringen over tid er signifikant, er den relativt lave belastningsgrad overraskende for så vidt, at både vrede og aggression genkendes som temaer hos de unge især i de åbne terapigrupper.

At vores brugere ikke scorer højt på psykoticismeskalaen er dog ikke overraskende, da BU&S' målgruppe ikke er unge med svære psykiske diagnoser.

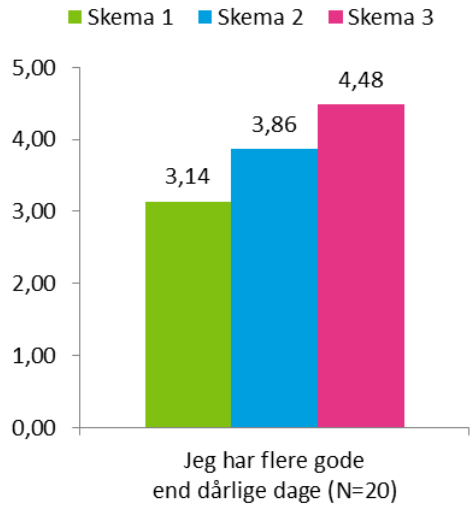
BU&S' egne effektspørgsmål

BU&S har udviklet fire spørgsmål, som har været fremtrædende i forandringsteorien[8], og som man ikke har fået svar på igennem de to validerede redskaber, som er blevet gennemgået ovenfor. Spørgsmålene og udviklingen ses i tabellen herunder.

[7] Nielsen, et al. *Unge pårørende og efterladtes trivsel: En analyse af trivsel og mistrivsel blandt unge, som har oplevet alvorligt sygdom eller dødsfald i nærmeste familie*, 2012, Center for ungdomsforskning.
[8] En forandringsteori er en beskrivelse af, hvordan man opnår de ønskede forandringer for den målgruppe, interventionen retter sig mod.



Gennemsnitlige scores på BU&S' spørgsmål
(1=Passer slet ikke på mig, 5=Passer meget godt på mig)



Gennemsnitlige scores på BU&S' spørgsmål
(1=Passer slet ikke på mig, 5=Passer meget godt på mig)

For disse fire spørgsmål gælder, at alle forbedringer er signifikante ($p \leq 0{,}001$) fra skema 1 til 3. Fra skema 1 til 2 er der ligeledes signifikans ($p < 0{,}05$) bortset fra udsagnet "jeg tænker på min døde forælder, selv om jeg ønsker at tænke på andre ting". Her er udviklingen fra skema 1 til 2 ikke statistisk signifikant.

Resultatet er igen med til at slå fast, at interventionen har været særlig effektiv i forhold til at modvirke de specifikke kendetegn, som findes hos unge, der har mistet en forælder. Det, at sorgen i mindre grad forhindrer én i at gøre ting med venner og hjemme samt det, at man i

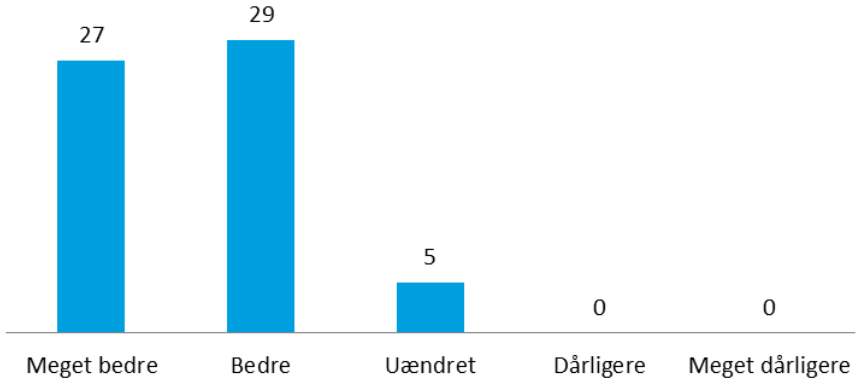
højere grad kan tale om den afdøde og kontrollere, hvornår man tænker på den afdøde forælder, er alle vigtige aspekter af at få bearbejdet en kompliceret sorg. Slutteligt ses flere gode end dårlige dage som et vigtigt tegn på, at livsduelighed er styrket.

> *Jeg har mødt en forståelse og genkendelse, som jeg ikke troede, var så vigtig for mig. Dette har betydet, at jeg ikke længere føler mig ensom i forhold til, at jeg har mistet en forælder. Jeg har lært at sætte ord på min sorg, og jeg har lært at forstå min sorg, fordi jeg gennem mine breve og snakke i gruppen nu ved, hvorfor og hvor det gør ondt. Dette har været enormt givende for mig. - Jeg tør nu forstå og acceptere, at savnet og smerten aldrig forsvinder, fordi jeg nogenlunde ved, hvordan jeg skal håndtere mig selv, når tingene bliver svære.*
> ***Umiddelbart efter afslutning i lukket terapigruppe, kvinde 24 år***

Tilfredshed med interventionen

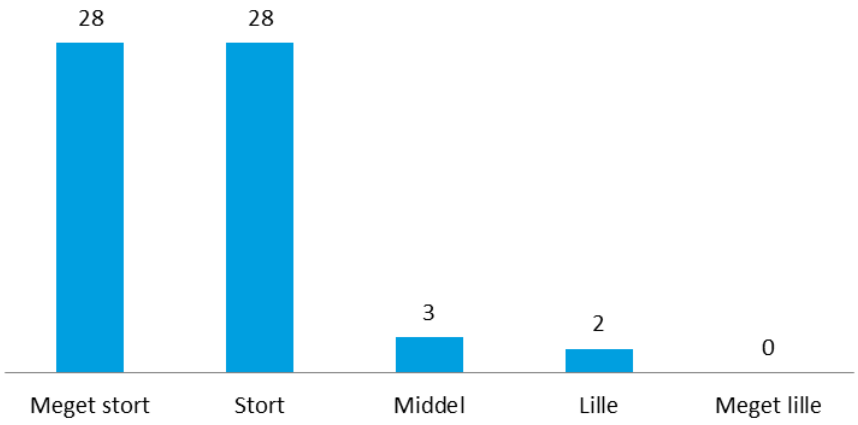
Set i lyset af den oplevede effekt er det ikke overraskende, at den generelle tilfredshed er høj.

Således svarer 56 respondenter ud af 61 (91,8 %), at de, når de ser tilbage, har det 'Meget bedre' eller 'Bedre' i forhold til, da de startede i forløbet. Se tabellen nedenfor.



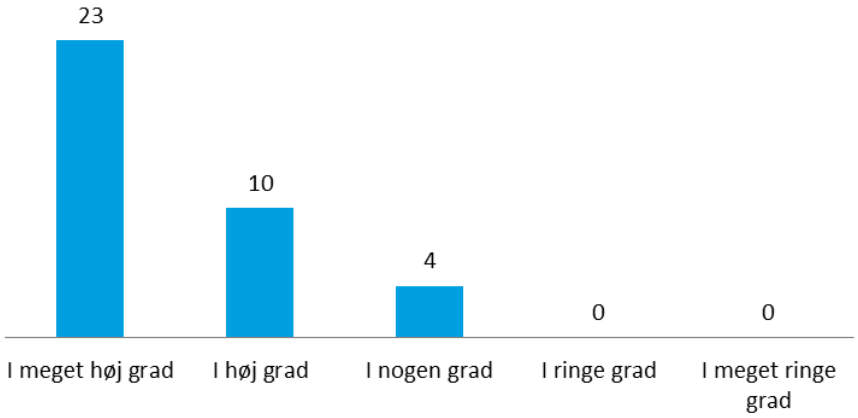
Hvordan har du det i dag, i forhold til da du startede i Børn, Unge & Sorg? (N=61)

Alle respondenterne er ligeledes blevet bedt om at vurdere, hvad deres udbytte har været af at deltage i et forløb i BU&S. Igen svarer langt flertallet, nemlig (92 %), at deres udbytte var 'Meget stort' eller 'Stort.' Tre respondenter har fået et 'Middel'- udbytte, og to har fået et 'Lille' udbytte.



Var dit udbytte af at deltage i forløbet i Børn, Unge & Sorg (N=61)

Til slut er respondenterne blevet bedt om at angive, om de alt i alt har været tilfredse med forløbet i BU&S. Hertil svarer 33 respondenter (89 %), at de i 'Meget høj grad' eller i 'Høj grad' har været tilfredse med forløbet. BU&S har et succeskriterie, der fastsætter, at minimum 75 % i 'Meget høj grad' eller i 'Høj grad' skal have været tilfredse med deres forløb i BU&S. Dette succeskriterium opfyldes derfor.



Har du alt i alt været tilfreds med forløbet i Børn, Unge & Sorg (N=37)[9]

[9] Kun 37 af respondenterne har besvaret dette spørgsmål, da tilfredshedsspørgsmålet blev tilføjet evalueringen på et senere tidspunkt end de to øvrige tilfredshedsspørgsmål.

Jeg troede aldrig, jeg skulle kunne få et normalt fungerende liv igen inden, jeg startede i gruppen. Da jeg begyndte, var det en lettelse at se andre være kede af de samme følelser, og meget hurtigt kunne jeg mærke, der skete noget inden i mig. Da der var 2 måneder tilbage af gruppen troede jeg aldrig, jeg skulle kunne få bearbejdet det hele færdigt, men de sidste par uger af forløbet havde jeg det super dejligt, og jeg mødte op, men vidste ikke helt, hvad jeg skulle tale om.
Umiddelbart efter afsluttet lukket terapigruppe, kvinde 28 år

Opsummering af resultaterne

Evalueringen har vist, at tilbuddene til de efterladte 16-28 årige genererer høj effekt og stor tilfredshed blandt respondenterne. Begge validerede skalaer viser et markant fald i belastningsgrad fra forløbets opstart, til den unge stopper i et tilbud. Belastningsgraden fortsætter med at falde et år efter, at den unge er stoppet i et tilbud. Det, at den gode effekt ikke blot fastholdes over tid, men styrkes et år efter afslutningen, er med til at bekræfte interventionens langsigtede effekt og forebyggende kvalitet. Den høje tilfredshed og oplevelse af eget udbytte blandt respondenterne støtter op om dette billede.

Efterladte unge, som har mistet en forælder med et alkoholmisbrug: A-grupper

Introduktion

BU&S har siden 2008 med støtte fra Helsefonden kunne tilbyde en særlig intervention til unge, som har mistet en forælder, der havde et alkoholmisbrug. Tilbuddet blevet udviklet, da unge, som har haft en opvækst med en alkoholiseret forælder, ofte beskriver en anden sorg end andre unge, som mister en forældre. En sorg hvor skyld og skam fra en opvækst med en alkoholiker komplicerer deres følelser. Denne gruppe har ligeledes otte deltagere og er ledet af to psykologer. Man mødes en gang om ugen i 2½ time, og én ny gruppedeltager starter, når en anden slutter.

Evalueringen blev udviklet ved projektets opstart i 2008 og er fortsat uændret med henblik på at få så mange respondenter med i evalueringen som muligt. Der måles på selvværd ved hjælp af Rosenbergs Self-esteem Scale (RSS) og depression med Beck Depression Inventory (BDI) samt en række af BU&S' egne spørgsmål, som skal undersøge effekten af denne type intervention. De anvendte skalaer er nærmere beskrevet i bilaget.

A-grupperne er støttet af Helsefonden og Martha og Paul Kerrn-Jespersen Fonden.

De deltagende unge

I alt har 88 besvaret skema 1, som de modtager før opstart. Det giver en svarprocent ved inklusion på 75,2 %, idet skemaet i alt er blevet sendt til 117 unge. Respondenterne i denne målgruppe fordeler sig således:

Unge 16-28 år **Karakteristik ved gruppestart**	
Alder - gennemsnit	23,5 år
Køn	Kvinde = 84 Mand = 4
Hvem har du mistet	Mor = 54 Far = 26 Begge forældre = 8

Vi har i skema 1 spurgt ind til, hvor mange år af de unges liv, deres forældre havde et alkoholmisbrug. Gennemsnitligt er svaret 18 år, og da de unge selv er mellem 20-28 år, har alkoholmisbruget altså for mange været en faktor igennem det meste af deres opvækst.

Respondenterne bliver yderligere spurgt, om alkoholmisbrugets omfang. Ud af de 77 svar angiver 48 (62 %), at de oplevede deres mor/far fuld hver dag eller én eller flere dage om ugen. Respondenterne bliver bedt om at svare på, hvor ofte de som barn var bange for, hvordan deres mor/far havde det, når du kom hjem fra skole. Her svarer 54 % (45 respondenter), at de 'Ofte' eller 'Meget ofte/altid' var bange for, hvordan deres forældre havde det, når de kom hjem fra skole. Det kan derfor udledes, at for mange af respondenternes vedkommende var forældrenes alkoholmisbrug massivt, strakte sig over mange år og fyldte meget i deres opvækst.

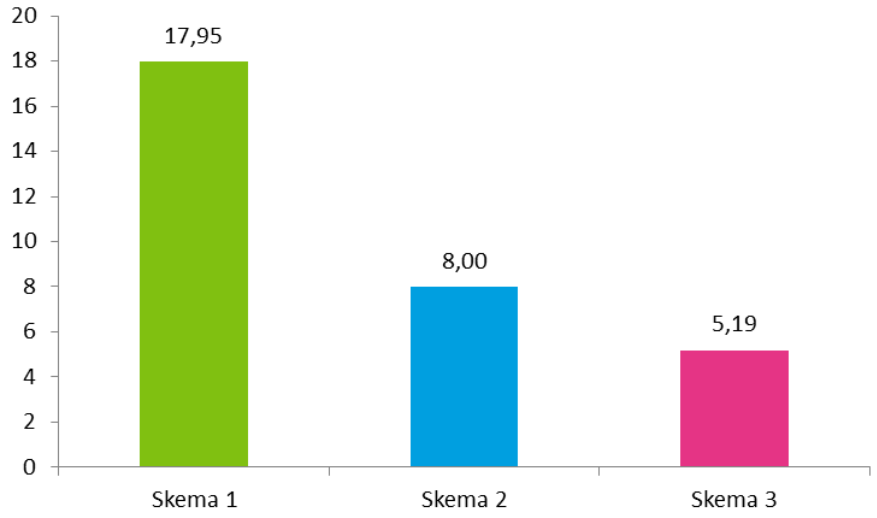
> *Jeg har jo mistet begge mine forældre, og de var begge alkoholikere (….). For min far gjaldt det, at han drak i de 17 år, jeg kendt ham, men først efter min mor døde, da jeg var 12, begyndte han at drikke hver dag (en sjælden gang imellem holdt han sig ædru i perioder på en måned eller to). Jeg var dog også meget bange for, hvordan han havde det, når jeg kom hjem fra skole. Min far drak hjemme eller med nogle venner (der også var alkoholikere), hvorimod min mor stak af og kunne godt være væk i flere dage, hvor min søster og jeg så måtte ud at finde hende på en trappesten eller en opgang et sted. De var alkoholikere på to helt forskellige måder. Min mor tog sig kun af os, når hun var ædru, men vores far var altid hjemme hos os for at passe på os, også selv om han var fuld. Det lykkedes bare ikke altid, og så måtte vi, min søster og jeg, passe på ham.*
>
> ***Inden opstart i A-gruppen, kvinde 20 år***

Interventionens effekt

I A-grupperne måles effekten ved at undersøge respondenternes belastningsgrad i forhold til depression og selvværd ved opstart. Derudover har BU&S udviklet en række effektspørgsmål, som mere specifikt omhandler de symptomer og reaktioner, som ses hos børn, der har mistet en forælder med et alkoholmisbrug.

Beck Depression Inventory (BDI)

BDI anvendes til at undersøge respondentens egen vurdering af graden af depression, og over tid kan spørgeskemaet bruges til at vurdere forandringer i tilstanden. Den samlede BDI score udregnes ud fra respondentens svar på 21 udsagn, hvor scoren kan ligge mellem 0-63. Der findes en amerikansk normværdi, som indikerer, at hvis værdien for besvarelsen er over 17, kan der tilbydes medicinsk behandling. Da dette er en amerikansk standard, skal den læses med det forbehold og udelukkende ses som en indikation på graden af depression hos målgruppen. Se resultaterne for A-gruppen i diagrammet nedenfor:

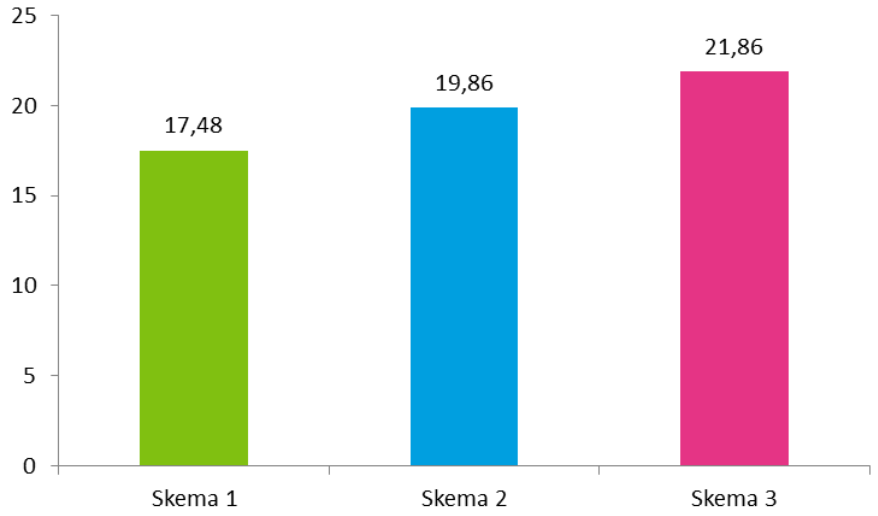


Beck Depression Inventory (BDI) samlet score (N=21)

A-gruppens respondenters belastningsgrad er relativt høj ved opstart, idet den gennemsnitlige score ligger lidt over den amerikanske normværdi der indikerer, at en person er behandlingskrævende. Belastningsgraden falder derefter markant ved skema 2 og der ses yderligere et mindre fald ved skema 3 seks måneder efter, respondenten er stoppet i et forløb. Udviklingen er statistisk signifikant både mellem skema 1 og 2 (p=0,000) og mellem skema 1 og 3 (p=0,000). Forbedringen fastholdes og styrkes således over tid.

Rosenbergs Self-esteem Scale

Unge, som mister en forælder, kan opleve et forringet selvværd og en følelse af at være anderledes og mindre værd på grund af deres tab [10]. Rosenbergs skala måler selvværd ud fra respondenters svar på ti udsagn, hvor scoren kan ligge imellem 0-30, og hvor en høj score er lig med højt selvværd. Se resultat i grafen nedenfor.



Rosenberg Self-esteem Scale (RSS) samlet score (N=21)

Respondenterne oplever igen en bedring mellem alle tre spørgeskemaer og ender således gennemsnitligt set med at have et bedre selvværd seks måneder efter, de er stoppet i en gruppe i BU&S (skema 3). Udviklingen mellem skema 1 og skema 3 er statistisk signifikant (p=0,000), og det samme gælder mellem skema 1 og 2 (p<0,01).

BU&S' egne effektspørgsmål

Problemer med koncentrationsevne og fravær er to faktorer, der gør sig gældende for mange unge i denne gruppe. Det er samtidig vigtige indikatorer jf. forandringsteorien. Derfor bedes deltagerne i hvert spørgeskema om at vurdere hhv. deres aktuelle koncentrationsevne og aktuelt niveau af fravær fra uddannelse/job.

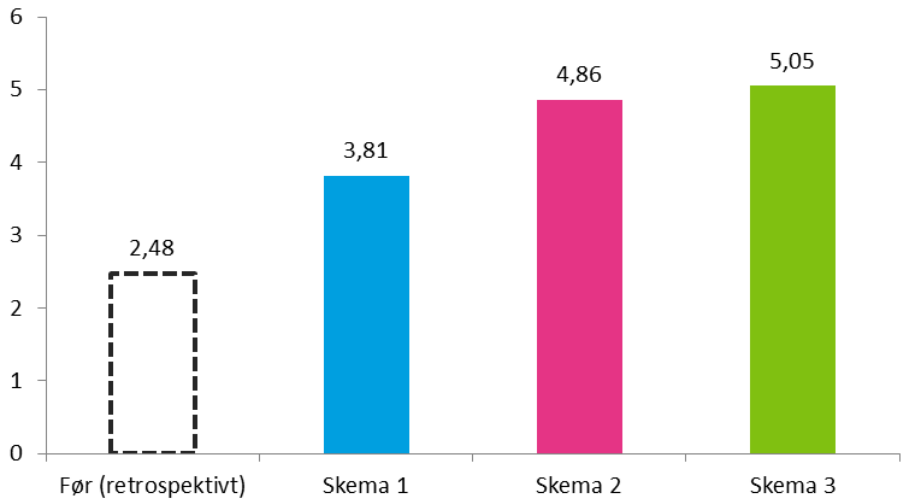
Koncentrationsevne vurderes på en syvpunkts skala: 1=meget dårlig koncentrationsevne, 7=meget god koncentrationsevne. Som det ses i diagrammet herunder, sker der en bedring i koncentrationsevne både i løbet af interventionen, og forbedringen fortsætter i målingen et halvt år efter. Udviklingen er signifikant både mellem skema 1 og 2 og mellem skema 1 og 3 (p<0,01).

Seks måneder efter gruppens afslutning bedes deltagerne også om at vurdere deres koncentrationsevne retrospektivt, dvs. hvordan den var i månederne før, de startede i gruppen.

---

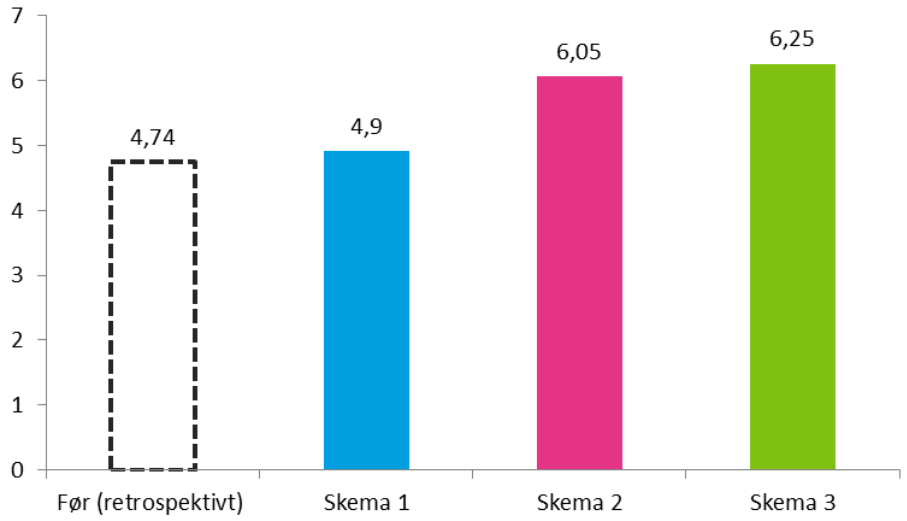
[10] Raphael B et al. (1990) "*The Impact of Parental Loss on Adolescents' Psychosocial Characteristics*" Adolescence 25

Her bliver resultaterne endnu mere markante (men der er naturligvis risiko for, at der er nogen grad af hukommelsesforskydning). Det gennemsnitlige resultat er illustreret med den stiplede søjle til venstre.



Hvordan har din koncentrationsevne været de seneste to uger? (N=21)

Ligeledes bedes deltagerne i hvert skema om at vurdere deres grad af fravær fra studie/arbejde aktuelt. Her sker vurderingen igen på en syvpunkts skala, hvor 1=Meget højt fravær og 7=Meget lavt/intet fravær. Ligeledes bedes deltagerne også seks måneder efter gruppen er sluttet, om at tænke tilbage på, hvor meget fravær de havde i månederne, før de startede i gruppen. Alle fire målinger vises i diagrammet herunder, og igen ser vi en positiv udvikling både i løbet af den tid interventionen forløber og efterfølgende. Udviklingen mellem skema 1 og 3 er signifikant ($p<0,01$), men udviklingen er ikke signifikant mellem skema 1 og 2.



Hvordan er dit fravær fra studium/arbejde aktuelt/for tiden? (N=20)

Med udgangspunkt i forskningen og egen praksis har BU&S, i tillæg til de to ovenstående om koncentration og fravær, udviklet 23 spørgsmål, som mere specifikt skal afdække udviklingen på de symptomer og reaktioner, man kan have, når man har mistet en forælder, som havde et alkoholmisbrug. Vi har her valgt at præsentere resultatet for de to spørgsmål, hvor de unge udviklede sig mest positivt, og de to spørgsmål, hvor de unge udviklede sig mindst positivt.

Spørgsmål med størst positiv udvikling
”Jeg bliver ked af det, når jeg tænker på fars/mors misbrug”.
”Hvor ofte oplever du, at du har følelser, du ikke er sikker på, at du kan kontrollere?”

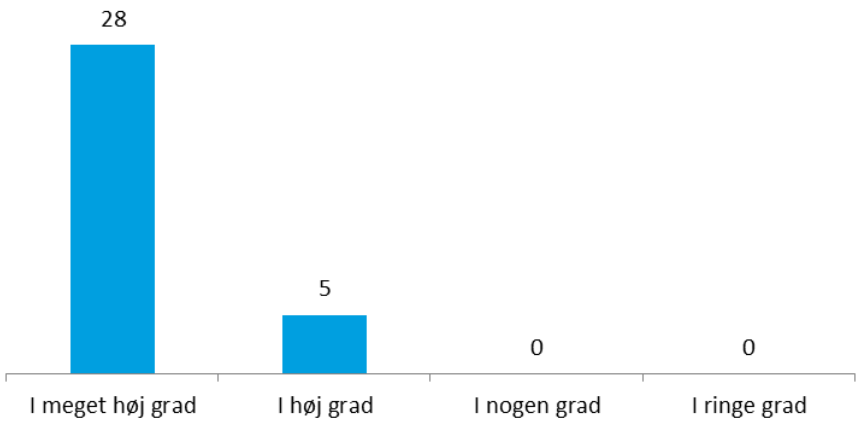
Der, hvor respondenterne udvikler sig mest positivt, er i forhold til deres følelser forbundet med forældrenes misbrug. De er markant mindre kede af det et halvt år efter gruppen (skema 3), når de tænker på forældrenes misbrug. Det kunne tyde på, at der er opstået en større accept af forælderens daværende misbrug. Et andet parameter, respondenterne udvikler sig markant på, er i forhold til, hvor ofte de oplever at have følelser, de ikke er sikre på, at de kan kontrollere. Ved skema 3 er dette faldet markant.

Spørgsmål med mindst positiv udvikling
”Oplever du, at dit forhold til den forældre, du har tilbage, er (skala: meget godt – meget dårligt)”
”Oplever du, at du kan tale med dine nærmeste (familie, venner, andre) om dine tanker og følelser?”

Der hvor A-gruppe-deltagerne udvikler sig mindst er i forhold til, hvor godt de oplever forholdet til den forælder, de har tilbage, og hvorvidt de kan tale med deres nærmeste om tanker og følelser. Det er vigtige parametre, og man kunne ønske sig at se en stor udvikling på netop disse spørgsmål. Samtidig er det meget omfattende aspekter at ændre på, da relationer ofte har forholdsvist faste mønstre, og en stor effekt her vil kræve en mere familiebaseret intervention.

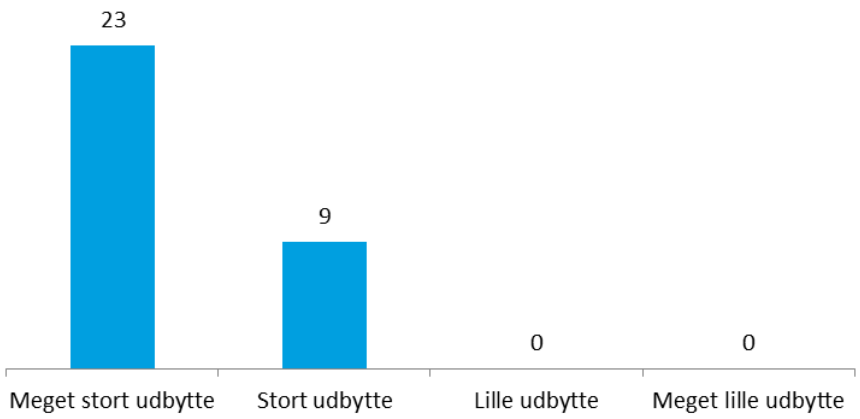
Tilfredshed med interventionen

A-gruppe-deltagerne er blevet bedt om at svare på en række tilfredshedsspørgsmål, og der tegner sig et billede af en meget tilfreds gruppe respondenter. Alle 33 respondenter, som har besvaret skema 2, oplever enten i ’Meget høj grad’ eller i ’Høj grad’, at gruppen har været en hjælp.



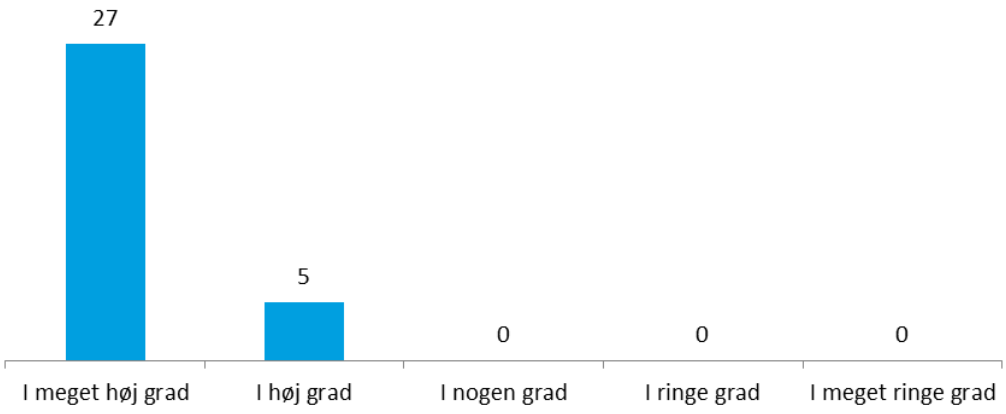
I hvor høj grad har gruppen været en hjælp for dig? (N=33)

Respondenterne bliver herefter bedt om at vurdere, hvad deres udbytte har været af at deltage i A-gruppen. Igen svarer alle respondenter, at deres udbytte har været 'Meget stort' eller 'Stort.'



Udbytte af at deltage i gruppen (N=32)

Slutteligt har respondenterne svaret på, om de alt i alt har været tilfredse med deres forløb i BU&S. Alle respondenter svarer her, at de i 'Meget høj grad' eller i 'Høj grad' har været tilfredse med deres forløb. Det giver en tilfredshed på 100 % på det spørgsmål, hvor BU&S' succeskriterie er, at 75 % skal være tilfredse.



Har du alt i alt været tilfreds med at deltage i gruppen? (N=32)

> *Det kan ikke beskrives med ord, hvor meningsfuldt det er at sidde i en gruppe af mennesker, hvor jeg ikke var hende den sære. Jeg lærte, hvor almindeligt alkoholmisbrug er, og jeg blev mødt med stor varme, åbenhed og forståelse. For første gang i mit liv følte jeg mig virkelig forstået. Det er SÅ stort.*
> ***Umiddelbart efter afslutning i A-gruppe, kvinde 24 år***

Opsummering af resultaterne

Resultaterne fra denne evaluering viser tydeligt, at A-gruppe-deltagerne har fået et stort udbytte af at deltage i et forløb. De validerede redskaber BDI og RRS påviser, at respondenterne er hhv. mindre deprimerede og har et bedre selvværd seks måneder efter, de er stoppet i et forløb i BU&S. Samtidig har BU&S målt effekt på en række parametre, bl.a. om de er kede af det ved tanken om deres forælders misbrug og i mindre grad oplever påtrængende tanker som følge af forløbet. Dertil kommer, at deres tilfredshed med tilbuddet og vurdering af eget udbytte er utrolig høj.

Efterladte børn 2-9 år

Introduktion

Børn, som mister deres forældre, bliver, alt afhængig af deres situation og dens komplikationsgrad, tilbudt et gruppeforløb ledet af psykologer, individuelle psykologsamtaler, eller en kombination af disse to interventionsformer. En gruppe for børn i BU&S består af otte børn. Gruppen mødes ti gange af 1½ times varighed med 14 dages mellemrum. Gruppemøderne er tematiserede og følger en kronologi, hvor man starter første gang med at tale om den eventuelt forudgående sygdom, senere dødsfaldet og begravelsen og afslutningsvist om den forandrede familie og gode minder.

I de individuelle samtaler kan der tales om mere personlige oplevelser i forbindelse med dødsfaldet, som kan være svære at tale om for barnet, og som kan være svære at lytte til for de andre gruppemedlemmer. Når børnene er under seks år, tilbydes de og deres forældre altid individuelle samtaler.

Børnene i den yngste gruppe kan begynde at arbejde disciplineret, da de er begyndt i skole. Tegninger fylder meget i terapien for de yngste børn i aldersgruppen, som ikke endnu har så mange ord til at beskrive deres sorg. Udover at arbejde med hvad der er sket i fortiden i relation til forælderens død, giver psykologerne også børnene strategier ift. at handle i hverdagen, f.eks. hvad de kan gøre i skolen, når de bliver kede af det.

De deltagende børn

I alt har 17 forældre besvaret skema 1, som de modtager før opstart. Det giver en svarprocent ved inklusion på 81 %. Respondenterne i denne målgruppe fordeler sig således:

Børn 2-9 år **Karakteristik ved gruppestart**	
Alder	5-7 år = 9 8-9 år = 8
Køn	Pige = 11 Dreng = 6
Hvem har barnet mistet	Mor = 5 Far = 11

Børnene har oftest mistet deres forælder til sygdom (69 %), dernæst kommer ulykke (25 %) og til sidst selvmord (6 %).

Fire ud af 17 forældre, hvilket svarer til fire (24 %), er ved spørgeskema 1 medicineret pga. depression, stress eller angst. Det er med til at belyse, hvor belastede nogle af familierne er.

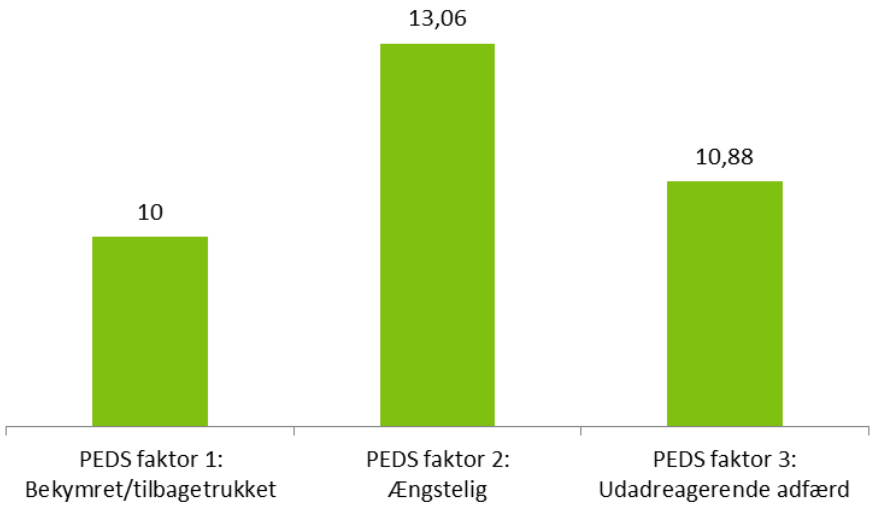
Samtidig ved vi, at forældrenes egen trivsel er en helt afgørende faktor i barnets belastningsgrad[11].

Børnenes belastningsgrad ved opstart

For de yngste børn anvendes den validerede skala Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS), som besvares af den primære omsorgsperson, hvilket oftest er den tilbageværende forælder (i bilaget er beskrevet, hvilke spørgsmål skalaen og dens faktorer består af). Skalaen er ikke en decideret sorgskala, da vi ikke har fundet en sådan til børn under ti år. I stedet måler denne skala adfærdsproblemer og PTSD-symptomer. Da skalaen ikke dækker alle de aspekter, som vi finder vigtige at undersøge ved børn, der mister en forælder, har BU&S' forskningscenter med udgangspunkt i vores forandringsteori på området udviklet 12 spørgsmål, som supplerer PEDS-skalaen.

Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS)

Denne skala består af tre faktorer nemlig Bekymret/tilbagetrukket, Ængstelig og Udadreagerende adfærd og en samlet score. Resultatet ses i diagrammet nedenfor.



Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS) faktorer (N=16)

Den totale PEDS score (de tre faktorer sammenlagt) kan ligge på 17 ved minimal belastning og 68 ved maksimal belastning. For denne gruppe er PEDS scoren 33,94 på inklusionstidspunktet (skema 1) og den faktor, hvor forældrene vurderer, at deres børn er mest belastede, er ængstelighedsfaktoren. Det bliver interessant at se, hvordan børnene udvikler sig som følge af interventionen.

[11] Melhem, N., Porta, P., Shamseddeen, W, Payne, M., Brent, D.(2011), Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 68, No. 9, pp. 911-919.

Det er her vigtigt at nævne, at BU&S siden 2013 har bestræbt sig på overvejende at tilbyde terapeutisk hjælp til børn, der er i risiko for, eller som har udviklet, kompliceret sorg. Derfor har vi en formodning om, at organisationen i de kommende år vil se en mere belastet børnegruppe.

BU&S' spørgsmål

BU&S har udviklet 12 supplerende effektspørgsmål, som skal være med til at belyse de yngste børns udbytte af interventionen. Vi har valgt at præsentere de to spørgsmål, hvor børnene gennemsnitligt er mest belastet ved opstart, og de to spørgsmål hvor børnene er mindst belastede. I alt har forældre til 17 børn besvaret spørgsmålene.

Spørgsmål hvor børnene er mest belastede (skema 1)
"Ønsker højlydt at være sammen med ham/hende (den afdøde)".
"Kan gå ind og ud af ked-af-det-heden".

Spørgsmål hvor børnene er mindst belastede (skema 1)
"Føler sig utryg sammen med andre børn, siden han/hun døde"
"Trækker sig i højere grad fra fællesskabet med de andre børn end tidligere"

Dette umiddelbare billede af belastningsgraden ved opstart indikerer, at børnene vurderes af deres forældre til i særlig høj grad at udtrykke ønske om at være sammen med deres afdøde forælder og have rigide følelsesmønstre, hvilke tyder på savn og ked-af-det-hed. Det ses yderligere, at børnene generelt ikke har problemer med at omgås andre børn som følge af tabet.

Opsummering

Resultaterne af den første måling viser, at børnene er belastet af tabet, og her vurderer deres forældre, at det særligt er på faktoren ængstelighed (på PEDS-skalaen). Samtidig kan vi se, at børn i særlig høj grad højlydt giver udtryk for savn af deres forælder, og kan være opslugte af deres ked-af-det-hed. Det bliver meget interessant at se i skema 2, om interventionen i BU&S kan forårsage ændringer i disse parametre.

Efterladte børn 10-15 år

Introduktion

I rådgivningen samler man de 10-15 årige børn i to grupper fordelt på alder. I grupperne for de 10-12 årige arbejdes der stadig med tegninger, men man begynder også her at sætte ord på følelserne. De unge teenagere (13-15 år) kan bedre sætte ord på, hvordan de har det, og kan også blive bedt om at skrive breve til den afdøde forælder, som de læser op i gruppen. I begge grupper benytter man sig af samtalekort med forskellige motiver, som kan hjælpe børnene med at udtrykke, hvad de føler. Psykologen taler med børnene enkeltvis i gruppen og forsøger så vidt muligt at inddrage de andre børn i samtalen for at hjælpe med at normalisere følelser og tanker. I de tilfælde hvor særlige komplicerende forhold gør sig gældende, tilbydes barnet individuelle samtaler.

Ved de 10-12 årige er det børnene, der sammen med en voksen, besvarer spørgeskemaet. Ved de 13-15 årige er det den unge, der selv besvarer spørgeskemaet. Vi forsøger så vidt muligt, at få børnenes egen stemme frem, da forskning viser, at forældre ofte undervurderer hvor svært deres børn har det[12] . Det begrænser antallet af spørgsmål, og stiller krav til hvordan spørgsmålene er formuleret, så de passer til børns abstraktionsniveau. Resultaterne i dette afsnit skal læses med det for øje.

De deltagende børn

I alt har 26 ud af 57 mulige besvaret skema 1 før opstart. Det giver en lav svarprocent ved inklusion på 45,6 %. Teenagere er erfaringsmæssigt (hvilket også er velbeskrevet i litteraturen) en af de mere vanskelige grupper at indhente respons fra, når denne gives frivilligt og uden eksempelvis økonomiske incitamenter. For at sikre repræsentative resultater er denne svarprocent dog ikke tilfredsstillende for BU&S, og vi vil derfor arbejde på tiltagder kan få svarprocenten til at stige fremover. Respondenterne i denne målgruppe fordeler sig således:

Børn 10-15 år **Karakteristik ved gruppestart**	
Alder	10-12 år = 10 13-15 år = 16
Køn	Pige = 18 Dreng = 8
Hvem har barnet mistet	Mor = 10 Far = 16

Børnene har oftest mistet deres forælder til sygdom (73 %)dernæst kommer ulykke (15 %) og til sidst selvmord (12 %).

[12] Spuij, M et al (2011) Psychometric Properties of the Dutch Inventories of Prolonged Grief for Children and Adolescents, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Vol. 19, 540–551 (2012)

Børnenes belastningsgrad ved opstart

Det validerede spørgeskema, som vi vil afrapportere på i forhold til denne målgruppe, er det relativt nye spørgeskema 'Inventories for Prolonged Grief for Children and Adolescent' (IPG) (se bilag) . Spørgeskemaet er som et af de første udviklet specifikt til at måle sorgsymptomer hos børn og teenagere i aldersgruppen 8-16. Vi har i valg af spørgeskema haft fokus på at finde en skala, som dækker sorgspektret så grundigt som muligt, og derved også afspejler børneområdets forandringsteori.

Inventory of Prolonged Grief (IPG)

Belastningsgraden i Inventory of Prolonged Grief (IPG) vurderes ud fra en samlet score. Scoren kan være fra 30 til 90, hvor en lav score er udtryk for lav belastningsgrad. På tidspunktet for udfyldelse af skema 1 er IPG = 51,9 (N=22). Derfor kan det udledes, at børnene vurderer sig selv til at være belastede af sorgen.

Nogle af de spørgsmål, hvor børnene gennemsnitligt udviser højest belastningsgrad, er på følgende spørgsmål i IPG spørgeskemaet:

- Q4: Det er, som om en del af mig også døde, da han/hun døde
- Q8: Det føles svært, at han/hun er død. Jeg synes, det er uretfærdigt
- Q24: Jeg kan ikke forstå, at han/hun er død

De børn, der har besvaret spørgeskemaet, oplever derfor i særlig høj grad uretfærdighed over tabet, uforståelighed over at have mistet en forælder og en stor sorg, idet det føles som om, en del af dem også døde, da de mistede deres forælder. Når det bliver muligt at analysere på tilstrækkeligt data fra skema 2, kan vi undersøge, om en intervention hos BU&S har formået at hjælpe børnene på disse parametre.

Opsummering

Resultatet fra skema 1 viser, at de 10-15 årige, som har besvaret spørgeskemaet, er belastet ud fra skalaen Inventory of Prolonged Grief. Det, der fylder mest hos målgruppen, er uretfærdighed, uforståelighed og decideret sorg. Ser man på de første målinger fra denne målgruppe, kan vi udlede, at vi skal igangsætte nye tiltag for at sikre, at børnene og de unge teenagere besvarer evalueringen. Dette foreløbige resultat har fået forskningscentret til at tænke i nye baner i forhold til at sikre en højere svarprocent og dermed valide resultater af evalueringen.

Pårørende unge 16-28 år

Introduktion

I 2013 påbegyndte BU&S evalueringen af interventioner for pårørende børn og unge op til 28 år. Effekten af interventioner til denne målgruppe er særligt udfordrende at evaluere på, idet de individuelle forløb per definition er meget forskellige. Fordi de ydre omstændigheder i form af forælderens sygdom ændrer sig hele tiden, kan tilbud ikke "automatiseres" i særlig høj grad på pårørendeområdet. Nogle børn og unge når således kun ganske få samtaler, inden forælderen dør, hvorimod der for andre brugere er tale om lange forløb i takt med sygdommens faser. I mange tilfælde vil de brugere, som starter i huset, når deres forældre er syge, forblive tilknyttet til BU&S, hvis deres forælder dør, og herefter modtage en kortere eller længerevarende intervention. Med mindre barnet/den unge er meget sårbar, vil der dog være en pause, hvor personen afsluttes efter forælderens død, med mulighed for at henvende sig igen ved behov.

Dette betyder, at da vi evaluerer på hele forløb, kan der godt gå over et år, fra vi første gang ser brugeren i huset i forbindelse med forælderens sygdom, og til vi afslutter ham/hende, når den psykologiske behandling afsluttes. Derfor har vi endnu ikke mange afsluttede forløb, som vi kan medtage i denne evalueringsrapport. Til dette kommer, at postdoc. Ditte Winter-Lindqvist har indsamlet empiri blandt de 13-19 årige pårørende til et særskilt forskningsprojekt, som Børn, Unge & Sorg gennemfører, hvorfor denne målgruppe p.t. ikke indgår i den løbende evaluering.

Unge pårørende tilbydes ligesom de efterladte at komme i gruppe med ligesindede, at få individuelle samtaler eller en kombination af begge. Gruppetilbud til unge pårørende foregår ud fra princippet *slow-open,* hvor der er løbende udskiftning i gruppen. Gruppen ledes af en psykolog, som har fokus på at hjælpe de unge med at håndtere den svære og omskiftelige tilværelse, som er et grundvilkår for unge, som lever med en alvorlig syg forælder.

Der findes ikke nogle skalaer udviklet specifikt til at måle udvikling for børn og unge med fysisk syge forældre. Det skyldes, at dette område er nyt både i forhold til interventioner og forskning. Derfor anvender vi den generelle trivselsskala SCL-90, som vi vurderer, er den mest anvendelige til at afdække de symptomer, som vi har identificeret i forandringsteorien for denne målgruppe. Det er samme skala, som vi anvender i forhold til unge efterladte, hvilke gør det muligt at sammenholde belastningsgraden ved opstart samt effekten af interventionen for disse to målgrupper.

I denne rapport har vi udelukkende nok respondenter til at belyse opstartssituationen for unge pårørende, hvor 44 har besvaret skema 1.

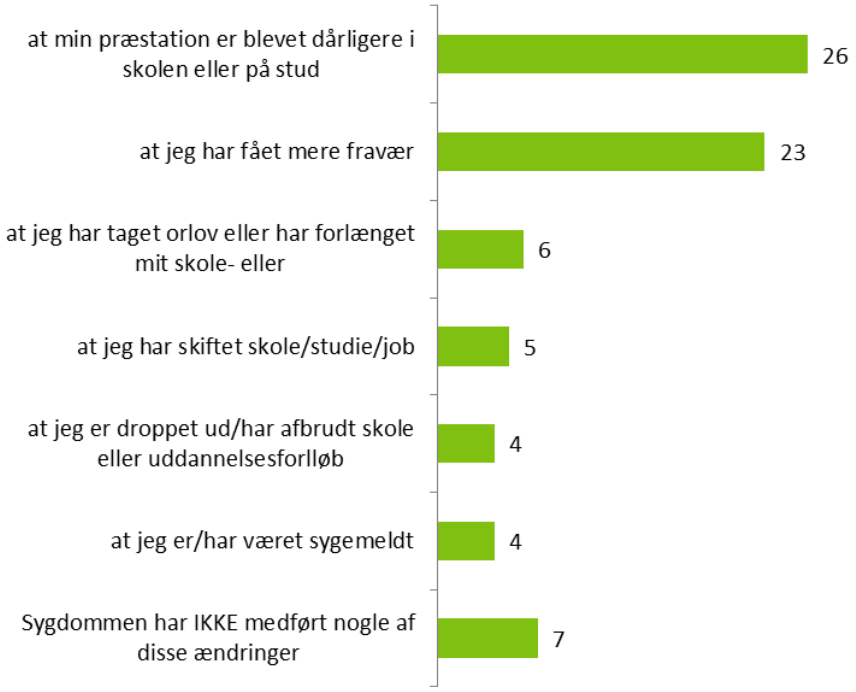
De deltagende unge

Unge 16-28 år Karakteristik ved gruppestart	
Alder	16-19 år = 11 20-24 år = 22 25-28 år = 11 Gennemsnitsalder: 22,1 år
Køn	Kvinde = 40 Mand = 4
Hvem er syg	Mor = 22 Far = 22 Begge forældre er alvorligt fysisk syge: 2

Denne målgruppe har flere belastende karakteristika, som kan være med til at belyse deres belastningsgrad ved opstart. Ud af de 44 respondenter svarer 10 (23 %), at deres mor eller far har eller har haft en psykisk sygdom. Ligeledes svarer 10 (23 %), at deres forældre har eller tidligere har haft et alkohol- eller stofmisbrug. Dette er med til at belyse, at familierne er belastede udover den fysiske sygdom, som er grunden til de unges kontakt med BU&S.

Vi har bedt de unge om at vurdere, hvilken konsekvens forældrenes sygdom har haft for den unges studie- og/eller arbejdsliv. Resultatet ses i tabellen herunder.

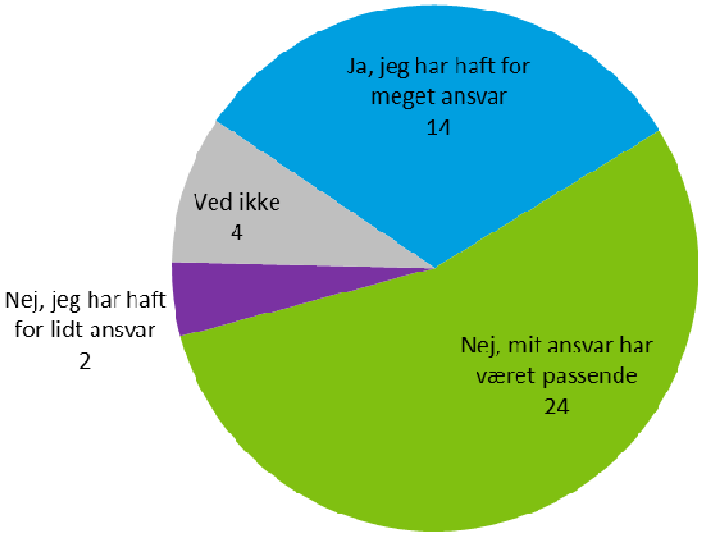
”Sygdommen har medført…”



Sygdommens betydning for studie-/arbejdsliv (flere svar mulige)

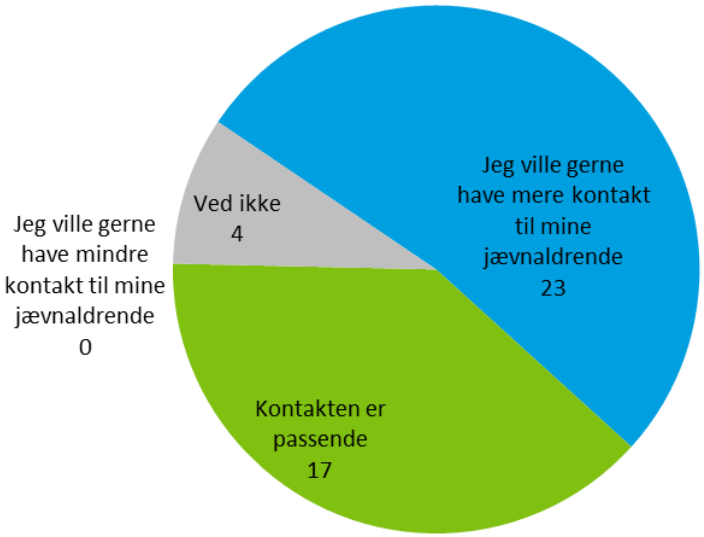
Det er tydeligt ud fra disse besvarelser i hvor høj grad, forældrenes sygdom påvirker den unges deltagelse på studie og job. Hele 26 respondenter (59 %) vurderer, at deres præstation er blevet dårligere i skolen eller på studiet, og 23 (52 %) vurderer, at de har fået mere fravær. Derudover er fire unge droppet ud af studiet, fire er eller har været sygemeldt, og fem har oplevet skift i studie eller job som følge af forældrenes sygdom. Bemærkelsesværdigt er det, at kun syv respondenter (16 %) svarer, at sygdommen ikke har medført nogen ændringer i deres studie eller job forhold.

De unge bliver også bedt om at svare på, om de synes, at de har haft for meget ansvar for deres syge forælder. Resultatet ses i diagrammet nedenfor. Ud af de 44 respondenter svarer 14, at de har haft for meget ansvar, hvilket er næsten en tredjedel (31,8 %) af respondenterne.



Synes du, at du har haft for meget ansvar for din eller dine syge forældre? (N=44)

Samtidig ses det i diagrammet på næste side, at over halvdelen af respondenterne (23) gerne vil have mere kontakt med deres jævnaldrende, end de har i dag.



Hvad synes du om den kontakt, du i dag har til dine jævnaldrende? (N=44)

Symptom Checklist (SCL-90)

Ligesom det er tilfældet med de efterladte unge, besvarer de unge pårørende SCL-90, som er en skala, der anvendes til at vurdere psykiske problemer og psykopatologiske symptomer (jf. bilag). På inklusionstidspunktet (skema 1) er den samlede score "Global Severity Index" = 1,12. Det vejledende normtal[13], som indikerer normalpopulationens besvarelser, er 0,53. Respondenterne ligger således væsentligt over normscoren.

I BU&S fokuserer rådgivningen af unge pårørende på at hjælpe den unge med at finde en balance mellem livet med en syg forælder og ungdomslivet. Forskningen og vores egen praksis viser, at involveres den unge for meget i forælderens sygdom, bliver der ikke plads til den unges liv med uddannelse, relationer og job[14]. Dette tab af ungdomsliv kan få vidtrækkende personlige og faglige konsekvenser for den unge fremadrettet. Hvis forældrene dør, er overinvolvering i forælderens sygdom en af de risikofaktorer, der kan lede til kompliceret sorg. Det kan derfor udledes, at de unge pårørende, som har svaret på skema 1, har nogle udfordringer i forhold til studie, job, ansvar over for den syge forældre og kontakt til jævnaldrende, som kan gøre ungdomslivet svært.

Opsummering af resultaterne

Skema 1 belyser, hvor belastede mange i denne målgruppe er i forhold til studie og job samt relationer til både den syge forældre og jævnaldrende. Det ses yderligere i SCL-90, at de unge ligger langt over normscoren, hvilket er udtryk for en høj belastningsgrad. Når tilstrækkeligt med respondenter har besvaret skema 2, vil det være muligt at se, om en intervention hos BU&S kan være med til at mindske denne høje grad af belastning.

---

[13] Normscoren for Global Severity Index for kvinder 19-35 år.
[14] Houch CD et al. (2007), Parent-Adolescent Communication and Psychological Symptoms among Adolescents with Chronically Ill Parents, *Journal of Pediatric Psychology* 32(5):596-604.

Konklusion

Denne rapport har præsenteret resultaterne af BU&S' evaluering af tilbud til unge, som har mistet en forælder. Samtidig præsenteres belastningsgraden ved opstart af børn op til 15 år samt unge, som lever med en alvorligt syg forælder. Evalueringen viser en række flotte resultater samt nogle udfordringer. Resultaterne gennemgås herunder for de enkelte grupper.

Unge som mister forældre

- Unge, som mister en forælder, oplever stor effekt af en BU&S' intervention og er selv meget tilfredse med deres forløb. Til trods for en høj belastningsgrad ved opstarten, bevæger de sig endog under normværdien i SCL-90 et år efter, de er stoppet i BU&S. Kendetegnende for denne gruppe er, at effekten er langsigtet og bæredygtig, idet den er forstærket et år efter interventionen. De relativt mange besvarelser gør resultaterne for gruppen robuste og statistisk signifikante.
- Unge, som har mistet en forælder, som havde et alkoholmisbrug, rykker sig ligeledes meget og positivt, og har seks måneder efter et afsluttet forløb markant færre depressionssymptomer og bedre selvværd. Resultaterne er statistisk signifikante. A-gruppe deltagerne udviser meget høj tilfredshed med tilbuddet og vurderer deres udbytte som særdeles højt.

Børn som mister forældre

- Resultaterne af den første måling viser, at børnene er belastede af tabet, og her vurderer deres forældre, at det særligt er på faktoren ængstelighed (PEDS). Samtidig kan vi se, at børn i særlig høj grad højlydt giver udtryk for savn af deres forældre og kan være opslugte af deres ked-af-det-hed.
- I evalueringen af interventioner for børn 10-15 år, ses det ved opstart, at børnene vurderer sig selv som værende belastet af sorgen, og i særlig grad føler de uretfærdighed og uforståelighed over tabet. Her ser vi ydermere en forholdsvist lav svarprocent, som BU&S fremadrettet vil arbejde på at styrke.

Unge som lever med syge forældre

- Denne målgruppe udviser ved opstart en høj grad af belastning, og forældrenes sygdom lader til at have store konsekvenser for deres studie, job og relationer. Målgruppen ligger langt over normscoren ved opstart på SCL-90, hvilket er med til at styrkede billede af, at dette er en meget udsat målgruppe.

BILAG

SPØRGSMÅL OG SKALAER ANVENDT I EVALUERINGEN

INDHOLD

PEDIATRIC EMOTIONAL DISTRESS SCALE (PEDS)…35
INVENTORY OF PROLONGED GRIEF (IPG)..... 37
HOGAN GRIEF REACTION CHECKLIST (HGRC) 40
SYMPTOM CHECKLIST-90-R (SCL-90) 42
BECKS DEPRESSION INVENTORY (BDI) 46
ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE (RSS)..... 50

PEDIATRIC EMOTIONAL DISTRESS SCALE (PEDS)

Anvendelse i BU&S evalueringen:

- Efterladte 2-9 år (forælder eller relevant omsorgsperson udfylder)
- Pårørende 2-9 år (forælder eller relevant omsorgsperson udfylder)

Beskrivelse:

PEDS er en forælder-rapporterings test bestående af 21 items/spørgsmål. Skalaen er udviklet til at kunne vurdere og screene for en forhøjet symptomatologi i børn efter de har været udsat for en stressfyldt og/eller traumatisk begivenhed. Skalaen består af adfædstyper som i forskningen er blevet associeret med det at have erfaret en traumatisk begivenhed. Den består af 17 generelle adfærds-items og 4 traume-specifikke items.

Hvert item scores på en 4-trins Likert skala:
1=Næsten aldrig
2=Nogle gange
3=Ofte
4=Meget ofte

Respondenten bedes for hvert spørgsmål markere ud for det svar der bedst beskriver, hvor ofte barnet har udvist den pågældende adfærd i den sidste måned.

Faktorer og items:

Item 1-17 fordeles på 3 faktorer (Bekymret/tilbagetrukket; Ængstelig; Udadreagerende adfærd). De resterende 4 items indgår ikke i disse faktorer.

En score for hver faktor udregnes ved at addere scores for de givne items.

Herunder fremgår alle skalaens items/spørgsmål fordelt på faktorer. I spørgeskemaet optræder spørgsmålene i den rækkefølge som numrene herunder angiver.

PEDS faktor 1: Bekymret/tilbagetrukket 7. Virker bekymret 8. Græder uden en god grund 9. Virker trist og indadvendt 14. Klager over utilpashed og smerter 15. Opfører sig yngre end vanligt (f.eks. tisser i sengen, babysprog, sutter tommelfinger) 16. Virker let opskræmt
PEDS faktor 2: Ængstelig

3. Nægter at sove alene 4. Har problemer med at gå i seng/falde i søvn 5. Har dårlige drømme 6. Virker bange uden god grund 10. Klynger sig til voksne/vil ikke være alene
PEDS faktor 3: Udadreagerende adfærd 1. Opfører sig klagende og klynkende 2. Vil have ting med det samme 11. Virker hyperaktiv 12. Har hysteriske anfald 13. Bliver for let frustreret 17. Opfører sig aggresivt
Items der ikke indgår i faktorer 18. Laver lege, historier eller billeder om den døde forælder 19. Bringer den døde forælder op i samtaler 20. Undgår at tale om den døde forælder selvom spurgt 21. Virker bange for ting der minder om den døde forælder

INVENTORY OF PROLONGED GRIEF (IPG)

Anvendelse i BU&S evalueringen:

- Efterladte 10-12 år (forældre eller anden relevant omsorgsperson udfylder sammen med barnet)
- Efterladte 13-15 år (barnet/teenageren udfylder; opfordres til at forælderen eller anden omsorgsperson er i nærheden og tilgængelig ved spørgsmål)

Beskrivelse:

IPG består af 30 items/spørgsmål. Skalaen er udviklet specifikt til at måle sorgsymptomer hos børn og teenagere i aldersgruppen 8-16. Aldersspecifikke spørgeskemaer er udviklet til henholdsvis 8-12 årige (Inventory of Prolonged Grief for Children; IPG-C) og til 13-16 årige (Inventory of Prolonged Grief for Adolescents; IPG-A).

Hvert item scores på en 3-trins Likert skala:
1=Næsten aldrig
2=Nogle gange
3=Altid

Belastningsgraden i IPG vurderes ud fra en samlet score. Da der i alt er 30 spørgsmål kan scoren kan være fra 30 til 90, hvor en lav score er udtryk for lav belastningsgrad.

Respondenten bedes for hvert spørgsmål markere ud for det svar der bedst beskriver, hvor ofte vedkommende har oplevet hver enkelt følelse indenfor den sidste måned.

Items:

Herunder fremgår alle skalaens items/spørgsmål. For de fleste items vedkommende er formuleringen enslydende i de to skalaer der er rettet mod hhv. børn (IPG-C) og teenagere (IPG-A). Hvor der er forskel, vises formuleringen i IPG-A i kolonnen til højre.

IPG-C	IPG-A
Det, at han/hun døde, føles som noget, der har ødelagt alting	
Jeg synes, det er svært at gøre de ting, jeg plejer, fordi jeg tænker så meget på ham/hende	Jeg tænker på ham/hende så ofte, at det er svært for mig at gøre de ting, jeg plejer
Jeg bliver forvirret, når jeg tænker på ham/hende	Minder om ham/hende får mig til at bryde sammen
Det føles svært, at han/hun er død. Jeg synes, det er uretfærdigt	Jeg har svært ved at acceptere, at han/hun er død
Jeg ville gerne være sammen med ham/hende	Jeg længes efter ham/hende

Jeg vil gerne tage hen til steder, der minder mig om ham/hende	Jeg opsøger og føler mig knyttet til steder og ting der minder mig om ham/hende
Jeg er vred over hans/hendes død	
Jeg kan ikke forstå at han/hun er død	
Hans/hendes død har gjort mig bange; Jeg er meget ked af det	Jeg føler mig bedøvet eller overvældet efter hans/hendes død; Jeg er meget oprevet over det
Jeg har svært ved at stole på andre mennesker efter, at han/hun er død	
Jeg har svært ved at holde af andre mennesker efter, at han/hun er død	Jeg har svært ved at elske andre mennesker eller føler mig isoleret fra andre mennesker, efter at han/hun er død
Jeg gør eller føler det samme, som han/hun gjorde	
Jeg har ikke lyst til at tænke på, at han/hun er død	Jeg gør alt for at undgå at tænke på, at han/hun er død
Jeg interesserer mig ikke for noget, efter at han/hun er død	Livet føles tomt og meningsløst, efter at han/hun er død
Jeg hører hans/hendes stemme tale til mig	
Jeg ser ham/hende stå foran mig	
Det føles, som om alting er blevet ligegyldigt	Det føles, som om at der ikke er noget, der rører mig.
Det føles uretfærdigt, at jeg stadig er i live, når han/hun er død; jeg har dårlig samvittighed over det	Jeg har dårlig samvittighed over, at jeg stadig er i live, når han/hun er død.
Jeg bliver ved med at være vred over hans/hendes død	Indeni er jeg bitter og vred over hans/hendes død
Jeg er misundelig på mennesker, som ikke har mistet nogen	
Jeg føler ikke, at fremtiden har noget formål uden ham/hende	
Jeg føler mig meget alene, efter at han/hun er død	Jeg føler mig ensom, efter at han/hun er død
Mit liv kan kun blive rart, hvis han/hun er der	Livet føles meningsløst uden ham/hende
Det er, som om end del af mig også døde, da han/hun døde	
Det føles, som om at alt er blevet anderledes efter hans/hendes død	
Jeg føler mig mindre tryg, efter at han/hun er død	
Jeg kan ikke styre de ting, der sker i mit liv	Efter at han/hun er død, føles det, som om, at jeg ikke kan kontrollere de ting, der sker i mit liv
Det går dårligere for mig (i skolen og sammen med vennerne), efter at han/hun er død	Efter at han/hun er død, klarer jeg mig ikke så godt indenfor forskellige områder (som for eksempel i skolen, sammen med vennerne og på jobbet

Jeg bliver lettere vred, nervøs eller bange, efter at han/hun er død	Jeg føler mig anspændt og nem at irritere, efter at han/hun er død
Jeg sover dårligt, efter at han/hun er død	

HOGAN GRIEF REACTION CHECKLIST (HGRC)

Anvendelse i BU&S evalueringen:

- Efterladte 16-28 år

Beskrivelse:

HGRC består i sin oprindelige form af 61 udsagn/items fordelt på 6 faktorer. Faktorerne belyser aspekter af den oplevede sorg hos et ungt menneske. I BU&S evalueringen anvendes spørgsmål fra 5 faktorer (i alt 49 items): Fortvivlelse, Paniske Tilbøjeligheder, Bebrejdelse og vrede, Distancering og Desorganisering. Den sjette faktor, der måler personlig udvikling, har vi valgt ikke at medtage, da spørgsmål om personlig udvikling kan virke malplacerede i skema 1, hvor den unge endnu ikke har fået hjælp.

Hvert item scores på en 5-trins Likert skala:
0=Passer slet ikke på mig
1=Passer ikke helt på mig
2=Passer nogenlunde på mig
3=Passer fint på mig
4=Passer meget fint på mig

Belastningsgraden i HGRC vurderes ud fra den gennemsnitlige score indenfor hver faktor. Denne gennemsnitlige score kan være mellem 0 og 4, hvor et lavt tal er udtryk for lav belastningsgrad. Respondenten bedes for hvert udsagn markere ud for det svar der bedst beskriver, hvordan vedkommende har haft det i de sidste to uger.

Items:

Herunder fremgår alle skalaens items/udsagn fordelt på faktorer. I spørgeskemaet optræder spørgsmålene i den rækkefølge som numrene herunder angiver.

HGRC faktor: Fortvivlelse

1. Mine forhåbninger er bristede
3. Jeg har meget lidt kontrol over min tristhed
6. Jeg har det, som om jeg er i chok
11. Jeg synes, at jeg burde være død, og han/hun burde være i live
14. Jeg føler mig tung om hjertet
17. Jeg ønsker at dø, så jeg kan være sammen med ham/hende
25. Jeg tror ikke, at jeg nogensinde bliver glad igen
29. Jeg er forpint over hans/hendes død
33. Jeg føler det, som om jeg går i søvne
40. Jeg har svært ved at acceptere, at døden er endegyldig
47. Jeg oplever håbløshed
55. Jeg græder ofte

59. Jeg føler mig så ensom, at det gør ondt
HGRC faktor: Paniske tilbøjeligheder 4. Jeg bekymrer mig overdrevent meget 7. Nogle gange slår mit hjerte hurtigere end normalt - uden grund 13. Jeg har ofte hovedpine 16. Jeg har en brændende fornemmelse i maven 18. Jeg har ofte muskelspændinger 21. Jeg føler mig usikker og skrøbelig 27. Jeg føler mig ofte skræmt 31. Jeg får panikanfald over ingenting 34. Jeg har svært ved at få vejret 38. Jeg får anfald af svimmelhed 44. Jeg er ofte udmattet 50. Jeg har oftere kvalme 52. Jeg har ofte ondt i ryggen 56. Jeg bliver let forskrækket
HGRC faktor: Bebrejdelse og vrede 5. Jeg føler mig ofte bitter 8. Jeg føler mig forurettet 15. Jeg føler hævnlyst 37. Jeg har fjendtlige følelser 42. Jeg bebrejder andre 48. Jeg ønsker at gøre andre ondt 58. Jeg bliver ofte vred
HGRC faktor: Distancering 9. Jeg er meget optaget af en følelse af at være værdiløs 22. Jeg er usikker på, hvem jeg er 23. Jeg har mistet min selvtillid 28. Jeg føler, at jeg ikke kan håndtere tingene 35. Jeg undgår nærhed 43. Jeg har det, som om jeg ikke kender mig selv 53. Jeg er bange for at miste kontrol 54. Jeg føler mig distanceret fra andre
HGRC faktor: Desorganisering 20. Jeg glemmer nemt ting, f.eks. navne og telefonnumre 26. Jeg har svært ved at huske ting fra fortiden 32. Jeg har svært ved at koncentrere mig 39. Jeg har svært ved at lære nye ting 46. Jeg har svært ved at tænke abstrakt 49. Jeg har svært ved at huske nye informationer 57. Ting, der skal gøres, virker uoverkommelige

SYMPTOM CHECKLIST-90-R (SCL-90)

Anvendelse i BU&S evalueringen:

- Efterladte 16-28 år
- Pårørende 16-28 år
- Efterladte 13-15 år (barnet/teenageren udfylder; opfordres til at forælderen eller anden omsorgsperson er i nærheden og tilgængelig ved spørgsmål)
- Pårørende 13-15 år (d.o.)

Beskrivelse:

SCL-90 anvendes til at vurdere psykiske problemer og psykopatologiske symptomer. Skalaen består af 90 items i alt. Resultater fordeles på 9 sub-skalaer der hver især måler en dimension af symptomer: Somatisering, Obsession-komplusion, Interpersonel sensitivitet, Depression, Angst, Aggression, Fobisk angst, Paranoid tankegang og Psykotisme.

Skalaen er veldokumenteret og bredt anvendt internationalt. Den danske oversættelse er valideret, og der findes danske normtal.

Hvert item scores på en 5-trins Likert skala:
0=Slet ikke
1=Lidt
2=Noget
3=En hel del
4=Særdeles meget

Belastningsgraden i SCL-90 udregnes ud fra den gennemsnitlige score indenfor hver af de 9 sub-skalaer (i alt 83 items indgår i disse sub-skalaer). Derudover udregnes en samlet score ("Global Severity Index") som den gennemsnitlige score af alle 90 items. De gennemsnitlige scores kan være mellem 0 og 4, hvor et lavt tal er udtryk for lav belastningsgrad.

Respondenten bedes for hvert item (formuleret som problemer/gener) markere ud for det svar der bedst beskriver, hvordan vedkommende har haft det i den sidste uge.

Items:

Herunder fremgår alle skalaens items/udsagn fordelt på sub-skalaer samt tillægs-items. I spørgeskemaet optræder spørgsmålene i den rækkefølge som numrene herunder angiver.

SCL1: Somatiseringsskalaen

1. Hovedpine
4. Svimmelhed eller tilløb til at besvime
12. Smerter i hjerte eller bryst
27. Lavtsiddende rygsmerter
40. Kvalme eller uro i maven
42. Muskelsmerter
48. At du har svært ved at få vejret

49. Anfald af varme- eller kuldefornemmelser 52. Følelsesløshed eller en snurrende fornemmelse i kroppen 53. En klump i halsen 56. At du føler dig svag i kroppen 58. At dine arme eller ben føles tunge
SCL2: Obsession-kompulsivskalaen 3. Gentagne ubehagelige tanker, du ikke kan få ud af hovedet 9. Besvær med at huske 10. Bekymringer over sjuskeri eller ligegyldighed 28. En følelse af ikke at kunne overkomme noget 38. At være nødt til at gøre ting meget langsomt for at sikre, at de bliver gjort rigtigt 45. At være nødt til at kontrollere alt, hvad du gør, igen og igen 46. At du har svært ved at træffe beslutninger 51. At du bliver helt tom i hovedet 55. At du har svært ved at koncentrere dig 65. At du er nødt til at gentage de samme handlinger, f.eks. vaske eller tælle
SCL3: Interpersonel sensitivitetsskalaen 6. At føle dig kritisk overfor andre 21. At føle dig genert eller usikker overfor det modsatte køn 34. At du let bliver såret 36. En følelse af, at andre ikke forstår dig eller er ufølsomme 37. En følelse af, at folk er uvenlige eller ikke kan lide dig 41. En følelse af mindreværd 61. At du føler dig usikker, når folk iagttager dig eller taler om dig 69. At være meget genert over for andre 73. En følelse af ubehag ved at spise eller drikke i andres påsyn
SCL4: Depressionsskalaen 5. Manglende interesse for eller glæde ved seksualitet 14. En følelse af manglende energi eller af at være langsom 15. Tanker om at gøre en ende på dit liv 20. At du let kommer til at græde 22. En følelse af at være fanget i en fælde 26. Selvbebrejdelser 29. At føle dig ensom 30. At føle dig nedtrykt 31. At bekymre dig for meget 32. At du ikke føler dig interesseret i noget 54. At føle dig uden håb for fremtiden 71. En følelse af, at alting er anstrengende 79. En følelse af ingenting at være værd
SCL5: Angstskalaen 2. Nervøsitet eller indre uro 17. Rysten

23. At du pludselig bliver bange uden grund 33. At føle dig ængstelig 39. Hjertebanken 57. At du føler dig anspændt eller opkørt 72. Anfald af rædsel eller panik 78. At du føler dig så rastløs, at du ikke kan sidde stille 80. En følelse af, at der vil ske dig noget slemt 86. Skræmmende tanker og forestillinger
SCL6: Aggressionsskalaen 11. En følelse af, at du let bliver ærgerlig eller irriteret 24. Vredesudbrud, som du ikke kan kontrollere 63. Trang til at slå, såre eller skade nogen 67. Trang til at ødelægge eller slå ting i stykker 74. At du ofte kommer i skænderi 81. At du råber eller smider med ting
SCL7: Fobisk angstskalaen 13. At du føler dig bange på åbne pladser eller på gaden 25. At føle dig bange for at forlade dit hjem alene 47. Frygt for at køre med bus eller tog 50. At være nødt til at undgå visse ting, steder eller aktiviteter, fordi de skræmmer dig 70. At føle ubehag blandt mange mennesker, f.eks. i butikker eller i biografer 75. At føle dig nervøs, når du er overladt til dig selv 82. At du er bange for at besvime i andres påsyn
SCL8: Paranoid tankegangskalaen 8. En følelse af, at andre er skyld i de fleste af dine problemer 18. En følelse af, at de fleste andre mennesker ikke er til at stole på 43. En følelse af, at andre iagttager dig eller taler om dig 68. At have tanker eller overbevisninger, som andre ikke deler 76. At andre ikke værdsætter dig efter fortjeneste 83. En følelse af, at folk vil udnytte dig, hvis du giver dem mulighed for det
SCL9: Psykoticismeskalaen 7. Den forestilling, at andre kan kontrollere dine tanker 16. At høre stemmer, som andre ikke kan høre 35. At andre mennesker kender til dine inderste tanker 62. Tanker, som ikke er dine egne 77. At du føler dig ensom, selv når du er sammen med andre 84. At have seksuelle tanker, som generer dig meget 85. Den forestilling, at du burde straffes for dine synder 87. Den forestilling, at der er noget alvorligt i vejen med din krop 88. Aldrig at føle dig tæt knyttet til et andet menneske 90. Den forestilling, at der er noget i vejen med din forstand
Tillægs-items

19. Manglende appetit
44. Besvær med at falde i søvn
59. Tanker om døden eller om at dø
60. At du spiser for meget
64. At vågne tidligt om morgenen
66. Hvileløs eller urolig søvn
89. Skyldfølelser

BECKS DEPRESSION INVENTORY (BDI)

Anvendelse i BU&S evalueringen:

- Grupper for unge der har mistet forældre som havde et alkoholmisbrug 16-28 år (A-grupper).
  NB: BDI anvendes ikke længere i den generelle evaluering af forløb i BU&S, men er fastholdt i A-grupperne for at sikre kontinuitet og gøre resultaterne sammenlignelige siden A-gruppernes start i 2008.

Beskrivelse:

BDI anvendes til at måle depressions symptomer. BDI består af 21 grupper med hver 4 udsagn i multiple choice format. Skalaen er bredt anvendt internationalt.

Udsagnene er rangordnede og vægtet med scores på en fire-trins skala, der går fra 0 (symtomet ikke til stede) til 3 (symptomet til stede i svær grad), hvorved der dannes en skala fra 0 til 63 point.

Respondenten bedes markere ud for det udsagn der bedst beskriver, hvordan vedkommende har haft det gennem de seneste to uger.

Items:

Herunder fremgår alle skalaens items/udsagn.
Spørgsmål 16 og 18 har flere udsagn med samme score (a- og b-udsagn).

1. Tristhed 0 Jeg føler mig ikke trist. 1 Jeg føler mig trist meget af tiden. 2 Jeg er trist hele tiden. 3 Jeg er så trist eller ulykkelig, at jeg ikke kan holde det ud.
2. Pessimisme 0 Jeg er ikke modløs over for fremtiden. 1 Jeg føler mig mere modløs over for fremtiden end jeg plejer. 2 Jeg forventer ikke, at tingene skal løse sig for mig. 3 Jeg synes, at fremtiden er håbløs og kun vil blive værre.
3. Tidligere nederlag 0 Jeg føler mig ikke mislykket. 1 Mere er mislykkedes for mig, end det burde. 2 Når jeg ser tilbage, kan jeg se en masse nederlag. 3 Jeg synes, at jeg er fuldstændig mislykket som menneske.
4. Tab af glæde 0 Jeg føler lige så stor glæde ved ting, jeg godt kan lide, som jeg gjorde tidligere. 1 Jeg nyder ikke tingene lige så meget, som jeg gjorde tidligere. 2 Jeg får meget lidt glæde ud af de ting, som jeg nød tidligere. 3 Jeg kan ikke føle nogen glæde ved de ting, som jeg tidligere nød.

5. Skyldfølelser 0 Jeg føler mig ikke specielt skyldig. 1 Jeg føler mig skyldig over mange ting, som jeg har gjort eller burde have gjort. 2 Jeg føler mig temmelig skyldig det meste af tiden. 3 Jeg føler mig skyldig hele tiden.
6. Følelser af at blive straffet 0 Jeg føler ikke, at jeg bliver straffet. 1 Jeg føler, at jeg måske vil blive straffet. 2 Jeg forventer at blive straffet. 3 Jeg føler, at jeg bliver straffet.
7. Selvhad 0 Jeg føler det samme om mig selv, som jeg altid har gjort. 1 Jeg har mistet troen på mig selv. 2 Jeg er skuffet over mig selv. 3 Jeg bryder mig ikke om mig selv.
8. Selvkritik 0 Jeg kritiserer eller bebrejder ikke mig selv mere end normalt. 1 Jeg er mere kritisk over for mig selv, end jeg var tidligere. 2 Jeg kritiserer mig selv for alle mine fejl. 3 Jeg bebrejder mig selv alt dårligt, der sker.
9. Selvmordstanker eller –ønsker 0 Jeg har ikke nogen tanker om at tage livet af mig selv. 1 Jeg har tanker om at tage livet af mig selv, men jeg ville ikke føre dem ud i livet. 2 Jeg kunne godt tænke mig at tage livet af mig selv. 3 Jeg ville tage livet af mig selv, hvis jeg fik chancen.
10. Gråd 0 Jeg græder ikke mere, end jeg gjorde tidligere. 1 Jeg græder mere, end jeg gjorde tidligere. 2 Jeg græder over hver eneste lille ting. 3 Jeg har lyst til at græde, men jeg kan ikke.
11. Ophidselse 0 Jeg er ikke mere rastløs eller anspændt, end jeg plejer at være. 1 Jeg føler mig mere rastløs eller anspændt, end jeg plejer at være. 2 Jeg er så rastløs eller ophidset, at det er vanskelligt at forholde sig roligt. 3 Jeg er så rastløs eller ophidset, at jeg er nødt til hele tiden at bevæge mig eller gøre noget.
12. Interessetab 0 Jeg har ikke mistet interessen for andre mennesker eller aktiviteter. 1 Jeg er mindre interesseret i andre mennesker eller ting, end jeg var tidligere. 2 Jeg har mistet det meste af min interesse for andre mennesker eller ting. 3 Det er vanskeligt at blive interesseret i noget.

13. Ubeslutsomhed 0 Jeg træffer beslutninger nogenlunde lige så godt, som jeg plejer. 1 Jeg synes det er vanskeligere at træffe beslutninger end tidligere. 2 Jeg har meget vanskeligere ved at træffe beslutninger, end jeg plejer at have. 3 Jeg har svært ved at træffe beslutninger.
14. Værdiløshed 0 Jeg føler ikke, at jeg ikke er noget værd. 1 Jeg føler ikke, at jeg er lige så meget værd og lige så nyttig, som jeg plejer at være. 2 Jeg føler mig mindre værd sammenlignet med andre. 3 Jeg føler, at jeg overhovedet intet er værd.
15. Energitab 0 Jeg har lige så meget energi, som jeg havde tidligere. 1 Jeg har mindre energi, end jeg havde tidligere. 2 Jeg har ikke nok energi til at gøre ret meget. 3 Jeg har ikke nok energi til at gøre noget som helst.
16. Ændret søvnmønster 0 Jeg har ikke bemærket nogen ændring i mit søvnmønster. 1a Jeg sover lidt mere end normalt. 1b Jeg sover lidt mindre end normalt. 2a Jeg sover meget mere end normalt. 2b Jeg sover meget mindre end normalt. 3a Jeg sover det meste af dagen. 3b Jeg vågner 1-2 timer tidligere end normalt og kan ikke falde i søvn igen.
17. Irritabilitet 0 Jeg er ikke mere irritabel end normalt. 1 Jeg er mere irritabel end normalt. 2 Jeg er meget mere irritabel end normalt. 3 Jeg er irritabel hele tiden.
18. Ændret appetit 0 Jeg har ikke oplevet nogen ændring i min appetit. 1a Min appetit er noget mindre end normalt. 1b Min appetit er noget større end normalt. 2a Min appetit er meget mindre end tidligere. 2b Min appetit er meget større end normalt. 3a Jeg har slet ingen appetit. 3b Jeg har lyst til mad hele tiden.
19. Koncentrationsvanskeligheder 0 Jeg kan koncentrere mig lige så godt, som jeg altid har kunnet. 1 Jeg kan ikke koncentrere mig lige så godt som normalt. 2 Det er vanskeligt at koncentrere sig om noget i særlig lang tid. 3 Jeg synes ikke, at jeg kan koncentrere mig om noget.

20. Træthed eller udmattelse 0 Jeg føler mig ikke mere træt eller udmattet end normalt. 1 Jeg bliver lettere træt eller udmattet end normalt. 2 Jeg føler mig for træt eller udmattet til at gøre mange af de ting, som jeg gjorde tidligere. 3 Jeg føler mig for træt eller udmattet til at gøre de fleste af de ting, som jeg gjorde tidligere.
21. Tabt sexlyst 0 Jeg har ikke lagt mærke til nogen forandring i min interesse for sex for nylig. 1 Jeg er mindre interesseret i sex, end jeg plejer at være. 2 Jeg er meget mindre interesseret i sex nu. 3 Jeg har fuldstændig mistet interessen for sex.

ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE (RSS)

Anvendelse i BU&S evalueringen:

- Grupper for unge der har mistet forældre som havde et alkoholmisbrug 16-28 år (A-grupper).
  NB: RSS anvendes ikke længere i den generelle evaluering af forløb i BU&S, men er fastholdt i A-grupperne for at sikre kontinuitet og gøre resultaterne sammenlignelige siden A-gruppernes start i 2008.

Beskrivelse:

RSS anvendes til at måle selvværd. Skalaen består af 10 items. Skalaen er bredt anvendt internationalt.

Hvert item scores på en 4-trins Likert skala:
0=Helt enig
1=Enig
2=Uenig
3=Helt uenig

Graden af selvværd iflg. RSS udregnes som en samlet score, hvor scoren for hver enkelt item lægges sammen. Dvs. den samlede RSS score kan være mellem 0 og 30, hvor 30 er udtryk for højt selvværd, 0 er udtryk for meget lavt selvværd.

Items:

Herunder fremgår alle skalaens items/udsagn.
I spørgsmålene 1,2,4,6,7 og 9 er skalaen omvendt, dvs. 'Helt enig'=3 og 'Helt uenig'=0.

1. Jeg føler, at jeg er en værdifuld person, i hvert fald i samme grad som andre
2. Jeg føler, at jeg har en række gode egenskaber
3. Alt i alt føler jeg mig mest som en fiasko
4. Jeg er i stand til at gøre tingene lige så godt som andre
5. Jeg føler, at jeg ikke har så meget at være stolt af
6. Jeg har en positiv indstilling til mig selv
7. Som helhed er jeg tilfreds med mig selv
8. Jeg ville ønske, at jeg kunne respektere mig selv noget mere
9. Til tider føler jeg mig til stor nytte
10. Undertiden synes jeg slet ikke, at jeg duer til noget

Børn, Unge & Sorg
70 266 766
info@bornungesorg.dk

bornungesorg.dk