

Barn som pårørende etter selvmordsforsøk



Det er et paradoks at det i årtier er dokumentert at selvmordsforsøk har skadevirkninger for barn som pårørende, men i forsvinnende liten grad finnes litteratur om intervensjoner. Da må klinikere basere seg på kjent utviklingspsykologisk kunnskap, og sørge for et godt samarbeid mellom alle instansene som er involvert i slike saker.

ILLUSTRASJON

Åge Peterson

TEKST

Tine K. Grimholt

Ingeborg Lunde

Kristin Frisch Moe

PUBLISERT 2. januar 2019

Som behandlere i psykisk helsevern for barn og unge har vi møtt flere barn som har opplevd at én av foreldrene har forsøkt å ta sitt eget liv. Noen ganger har barna vært direkte eksponert for foreldres gjentatte selvmordstrusler og selvmordsforsøk, og slik sett levd med en konstant trussel om at forelderen én dag vil lykkes med å ta livet sitt. Vi foretok en systematisk litteraturgjennomgang, og fant tilnærmet ingen forskningsbasert kunnskap om intervensjoner for barn som pårørende ved selvmordsforsøk (Lunde, Myhre Reigstad, Frisch Moe, & Grimholt, 2018). ^[1]

I dette bidraget retter vi søkelyset mot en gruppe «usynlige» barn som står i fare for alvorlig skjevutvikling. Hva kan vi gjøre for hindre at disse barna selv utvikler selvmordsatferd og andre vansker? I utviklingspsykologisk teori har vi funnet støtte til

hvordan vi kan møte disse barna, og vil her dele våre erfaringer fra behandlingen av dem. Først gir vi en oppdatert oversikt over kunnskapen som eksisterer om selvmordsforsøk og følger for barn som pårørende. Deretter vil vårt møte med «Eline» illustrere hvordan utviklingspsykologiske perspektiver inspirerer våre intervensjoner og kan bidra til at hjelpeinstansene får et samlende perspektiv på hvordan vi sammen kan møte og jobbe med disse barna. Utviklingspsykologien betoner betydningen av samspillet mellom foreldre og barn for barnets utvikling, og vår erfaring er at oppmerksomhet på foreldrefunksjonen er spesielt viktig i disse sakene.

Selvmordsforsøk - toppen av et isfjell

Vi vet ikke hvor mange barn som opplever at mor eller far forsøker å ta livet sitt. Anslag tyder på at 4000-6000 selvmordsforsøk behandles årlig i helsevesenet i Norge (Folkehelseinstituttet, 2017). En norsk studie viste at rundt fem prosent av pasientene som ble lagt inn ved akuttmedisinsk avdeling etter selvmordsforsøk, bodde alene med barn (Grimholt et al., 2015). En amerikansk studie viste at hvert tredje barn visste om forelderens selvmordsforsøk, og hvert fjerde barn hadde vært til stede under forsøket (Cerel, Frey, Maple, & Kinner, 2016). Det dreier seg altså sannsynligvis om en betydelig andel barn hvert år.

**«Kontakt med hjelpeapparatet
representerer en gylden
mulighet til å vurdere den
voksnes hjelpebehov, men ikke
minst også til å kartlegge
hjelpebehovet til eventuelle
barn som pårørende»**

Mer enn 80 prosent av sykehusbehandlede voksne pasienter med selvmordsforsøk har en diagnostisert psykisk lidelse, i hovedsak depresjon, angst, personlighetsforstyrrelser og alkoholmisbruk (Hawton, Saunders, Topiwala, & Haw, 2013). Mange strever med psykososiale problemer, og har behov for hjelp fra ulike hjelpeinstanser i tiden etter selvmordsforsøket (Grimholt, Bjørnaas, Jacobsen, Dieserud, & Ekeberg, 2012). Kontakt med hjelpeapparatet representerer en gylden mulighet til å vurdere den voksnes hjelpebehov, men ikke minst også til å kartlegge hjelpebehovet til eventuelle barn som pårørende.

Implikasjoner for barn som pårørende

Barn som opplever selvmordsforsøk eller selvmord hos egne foreldre, har økt risiko for å utvikle psykiske helseplager og egen selvmordsatferd (Geulayov, Gunnell, Holmen, & Metcalfe, 2012). Selvmordsatferd overføres mellom generasjoner også uavhengig av psykisk lidelse (Brent & Mann, 2005; Brent & Melhem, 2008). Andre negative følger for disse barna er svakere skoleprestasjoner og økt risiko for kriminalitet og rusmisbruk

(Geulayov, Metcalfe, & Gunnell, 2016; Jennings, Maldonado-Molina, Piquero, & Canino, 2010; McManama O'Brien, Salas-Wright, Vaughn, & LeCloux, 2015).

Det er flere hypoteser om hvordan overføring av selvmordsatferd fra foreldre til barn skjer. Tvilling- og adopsjonsstudier tyder på en genetisk komponent i overføringen (Petersen, Sorensen, Andersen, Mortensen & Hawton, 2014; Wilcox, Kuramoto, Brent & Runeson, 2012). Men også imitasjon eller sosial læring kan spille en rolle, selv om dette ikke er identifisert som en tilstrekkelig forklaring (Brent et al., 2002; Burke et al., 2010). Når vi vet at selvmordsforsøk henger sammen med psykisk lidelse og sosiale problemer hos den voksne (Grimholt et al., 2012; Hawton et al., 2013), forteller dette oss at selvmordsforsøk i mange tilfeller kan være et faresignal om et avvikende oppvekstmiljø for barna. Vi fant studier som tyder på at om lag ett av tre barn som er pårørende ved selvmordsforsøk, har vært utsatt for mishandling eller ulike typer forsømmelse (Diderich, Pannebakker, Dechesne, Buitendijk, & Oudesluys-Murphy, 2015; Hawton, Roberts, & Goodwin, 1985). Det er en sterk sammenheng mellom ulike typer mishandling og neglekt erfart i barndom, og senere selvmordsatferd (Brodsky et al., 2008).

«Å anlegge et utviklingspsykologisk perspektiv, og se barnet som del av en større kontekst, er helt nødvendig for å forstå og hjelpe disse barna»

Disse barna er altså en del av en risikopopulasjon, og vi antar at faktorer som direkte eksponering for selvmordsforsøket, antall selvmordsforsøk, barnets alder og den sosiale støtten både i og rundt familien kan påvirke deres psykososiale utvikling. I tillegg kan grad av eventuell psykopatologi hos forelderen, og om barnet erfarer andre potensielt traumatiserende hendelser, virke inn. Å anlegge et utviklingspsykologisk perspektiv, og se barnet som del av en større kontekst, er dermed helt nødvendig for å forstå og hjelpe disse barna.

Utviklingspsykologiske perspektiver

For et barn vil det ikke bare kunne oppleves som en stor påkjenning og en avvisning at forelderen forsøker å ta sitt eget liv, det kan også innebære å fortsette å leve med en frykt for at forelderen kan velge å forlate deg. I en svensk studie beskrev barn som hadde opplevd foreldrenes gjentatte selvmordstrusler, en sterk uro. Denne uroen var så vanskelig å leve med at noen ytret et ønske om at forelderen skulle lykkes med å ta livet sitt, noe som medførte skyldfølelse og angst (Skerfving, 2015). Det er ellers vanlig å tenke at det å ha barn beskytter mot selvmord og selvmordsforsøk, men en ny studie viste at samspillsproblemer og konflikter knyttet til omsorgen for egne barn kan bidra til å utløse et selvmordsforsøk hos den voksne (Cerel et al., 2016).

Å leve med en suicidal forelder vil føre til økt beredskap hos barna og hindre deres arbeid med egne utviklingsoppgaver. Det er godt dokumentert i utviklingspsykologien at barn setter egne utviklingsbehov til side hvis det er nødvendig for å opprettholde kontakten med forelderen (Trevvarthen, 1993; Tronick, 2010). Barnet kommer i en situasjon der deres eget behov for å bli roet eller aktivert settes til side. Dette vil påvirke barnets utvikling på alle områder, for eksempel medføre til at utviklingen av grunnleggende menneskelige kapasiteter som affektregulering, autonomi og evnen til å søke trygghet og støtte hos andre blir negativt påvirket (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011).

Utrygg tilknytning har sammenheng med selvmordsatferd hos ungdom (Falgares et al., 2017), og en longitudinell studie viste at forstyrret samspill mellom mor og barn og en desorganisert tilknytning hos 18 måneder gamle barn predikerte selvskading og selvmordsatferd hos de samme barna som ungdommer (Lyons-Ruth, Bureau, Holmes, Easterbrooks & Brooks, 2013).

I utviklingspsykologien og nyere traumepsykologi beskrives det å være «reguleringsstøtte» for barnet som omsorgsgiverens viktigste oppgave (Nordanger & Braarud, 2014). Intersubjektiv teori beskriver hvordan en forelder som inntoner seg på barnets tilstand og hjelper barnet til å roe seg (eller aktivere seg), gir barnet erfaringer med å regulere egne, indre tilstander. Det at en annen hjelper barnet med reguleringen, vil over tid gjøre at barnet utvikler en egen evne til selvregulering (Hansen, 2012; Stern, 2003). Når den voksne har felles oppmerksomhet med barnet, og hjelper til med regulering og mestring av konkrete oppgaver, får barnet støtte til å fungere utover sin egen kompetanse inntil det mestrer på egen hånd – altså det som ofte kalles «utviklingsstøttende samspill» (Hafstad & Øvreeide, 2011; Hansen, 2012).

I våre møter med barn som pårørende ved selvmordsforsøk er det en slik utviklingspsykologisk forståelse vi har lagt til grunn. Vårt arbeid har tatt utgangspunkt i viktigheten av foreldres evne til å gi barna reguleringsstøtte, og til å hjelpe barnet med å skape mening og sammenheng i det som er skjedd. Ved å rette blikket mot hele familiesystemet og se på spillet mellom foreldre og barn kan vi jobbe helhetlig med barnets omsorgssystem og sørge for god nok ivaretagelse av barna.

I det videre skal vi vise et eksempel på hvordan vi jobber med utgangspunkt i en utviklingspsykologisk forståelse. Eline er et fiktivt kasus basert på flere barn vi har møtt; barn som har vært pårørende ved selvmordsforsøk og psykisk sykdom.

Eline

Eline var fem da hun ble henvist til BUP fra barneverntjenesten. Hennes mor var diagnostisert med en alvorlig psykisk lidelse, og hadde flere selvmordsforsøk bak seg. En gang hadde Eline også vært vitne til at mor forsøkte å hoppe ut av et vindu, og at politiet hentet mor med makt i etterkant. Eline hadde ikke vist reaksjoner på noen av disse hendelsene. Foreldrene beskrev henne som «flink til å hjelpe til» i de periodene mamma hadde det vanskelig. I forbindelse med mors siste innleggelse hadde Eline imidlertid utviklet en rekke symptomer, hvorav separasjonsangst og aggresjonsutbrudd

var mest fremtredende. I barnehagen var fraværet så høyt at hun hadde havnet på utsiden av det sosiale fellesskapet der.

Vi gjennomførte en vanlig BUP-utredning, der vi observerte barnet og snakket med henne, og lot foreldrene fylle ut ulike screeningskjemaer og gi anamnesticke opplysninger. I tillegg hentet vi inn informasjon fra strukturerte samspillsobservasjoner av Eline og henholdsvis mor og far. Viste Eline følelser overfor foreldrene? Søkte hun foreldrenes hjelp for å roe vanskelige følelser? Var foreldrene sensitive og responderende ovenfor Elines følelser? Hadde de gode strategier for å roe henne? På bakgrunn av disse samspillsobservasjonene vurderte vi at tilknytningen mellom Eline og foreldrene hadde mye til felles med et unnvikende tilknytningsmønster, der barnet i liten grad gir uttrykk for følelsesmessige behov, mens omsorgspersonen i liten grad anerkjenner disse behovene (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Elines separasjonsangst og aggresjonsutbrudd måtte, slik vi så det, ses i sammenheng med den belastningen mors tilbakevendende selvmordsatferd utgjorde. Vi anbefalte ukentlig utviklingsstøttende individualterapi på lekerom for at Eline skulle bli tydeligere på egne følelser og behov, både overfor seg selv og andre (Johns & Svendsen, 2016). Vi anbefalte også parallelle, ukentlige foreldreveiledninger der foreldrene kunne få hjelp til å tolke Elines følelser mer korrekt, i tillegg til verktøy for å hjelpe Eline med hennes følelsesregulering. Eline trengte også alderstilpasset informasjon om mors sykdom, og hjelp til å forstå og skape mening i det hun hadde vært vitne til. Vi veiledet foreldrene med tanke på hva de kunne fortelle sin datter, og avholdt også noen familiesamtaler med begge foreldrene og Eline. I familiesamtalene fikk familien hjelp til å sette ord på og å snakke sammen om det som hadde skjedd, og lage avtaler som sikret at Eline følte seg trygg.

Vi skal i det videre trekke frem noen behandlingselementer vi mener var spesielt viktige i behandlingen av Eline, og som vi mener man bør være spesielt oppmerksom på i møter med barn som har opplevd selvmordsforsøk hos egne foreldre.

Ulike hjelpeinstanser må samarbeide

Mor slet med å forholde seg til at egne selvmordsforsøk og ustabile atferd hadde påvirket Eline. I noen timer kunne mor uttrykke sterk bekymring for Elines utvikling, og skyldfølelse knyttet til at hun hadde «ødelagt datteren for alltid». I andre timer fornektet mor totalt at noe var vanskelig i det hele tatt. Denne vekslingen hadde trolig flere årsaker. For det første var mors egen følelse av skam og skyld så sterk at hun hadde vansker med å forholde seg til den. For det andre ble omsorgen til enhver tid vurdert av barnevernstjenesten. Åpnet mor opp for hvor vanskelig det faktisk kunne være, risikerte hun å miste omsorgen. En tredje faktor som påvirket mor, var at DPS og BUP i begynnelsen av behandlingen hadde gitt ulik informasjon til mor: DPS så mors bekymring for å være til skade for Eline som en vrangforestilling, mens BUP og barneverntjenesten formidlet at de så på denne bekymringen som reell.

«Den helhetlige forståelsen vi argumenterer for, passer dårlig inn i en «behandlingspakke-tankegang»»

Mange instanser var inne i saken, noe som krevde at barneverntjenesten, DPS og BUP måtte samarbeide og koordinere sitt arbeid. Hvem har for eksempel ansvaret for å sikre at de mange instansene har en felles forståelse av saken, og jobber mot det samme målet? Hvor går skillet mellom foreldreveiledning og individualterapi? I arbeidet med Eline og foreldrene tok BUP mye av koordineringsansvaret. Vi tok flere telefoner til både mors behandler i DPS og saksbehandler i barnevernet. Heldigvis ga mor samtykke til informasjonsutveksling med de andre instansene. Heldigvis, fordi vi i BUP blant annet trengte å vite at barneverntjenesten vurderte omsorgen som god nok. At vi samarbeidet med mors behandler i DPS, gjorde at de kunne tematisere mors skam knyttet til morsrollen på et annet vis enn det vi gjorde i foreldreveiledningen. Da DPS ble gjort oppmerksomme på at mors bekymring for å ha skadet eget barn var reell og ingen vrangforestilling, kunne de sette dette på dagsorden, og hjelpe mor med å akseptere det som hadde skjedd. Mor fortalte senere at dette var vendepunktet i behandlingen som hadde gitt henne lyst til å leve videre.

Alderstilpasset informasjon

Både helsepersonell-loven §10 a og spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 forteller om de plikter helsepersonell har til å gi nødvendig informasjon om foreldrenes tilstand til mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.

Eline hadde mange spørsmål. En viktig grunn til at vi må informere og involvere barnet, er kunnskapen vi har om betydningen av å gjenopprette mening når man opplever noe overveldende. Intersubjektiv teori beskriver traumer som sammenbrudd i alle områdene av selvopplevelse (Hansen, 2012; Stern, 2003). Dette innebærer blant annet at opplevelsen av sammenheng og mulighet til å påvirke sin egen situasjon bryter midlertidig sammen. En viktig del av behandlingen er således (gjen)oppbyggelsen av mening; både indre mening (mine reaksjoner er forståelige fordi ...) og ytre mening (hva skjedde og hvorfor?).

Felles mening vokser frem over tid, og informasjonsarbeidet må derfor ses som en løpende prosess. Forklaringene Eline fikk, ble nyansert og utvidet i løpet av behandlingen. Noe av informasjonsarbeidet foregikk i familiesamtaler, som vi hadde planlagt med foreldrene i forkant. Men det var først og fremst foreldrene som informerte datteren, etter veiledning fra oss. Vi ga dem råd om å vente på spørsmål fra Eline for så å svare så konkret og nært opp til sannheten som mulig.

Barn stiller ofte helt direkte spørsmål, og det gjorde også Eline. Mens mor fortsatt var innlagt, spurte hun blant annet flere ganger sin far om hvorfor mamma ville hoppe ut

av vinduet. I familiesamtalene gikk vi gjennom hendelsesforløpet fra den kvelden det skjedde i detalj. Vi tegnet opp rommene i leiligheten, og hvor de forskjellige familiemedlemmene hadde vært til enhver tid. Vi gikk gjennom hendelsen fra øyeblikk til øyeblikk, og spurte familiemedlemmene hvor var du, hva så du, hva hørte du, hva tenkte du, og hva følte du da. Med støtte fra terapeuten klarte mor i disse samtalene å si til Eline at hun forstod at Eline måtte ha vært redd. Dette hadde tidligere blitt bortforklart av mor. Eline fikk også hjelp til å forstå hva som skjedde i forbindelse med at far forsøkte å forhindre mors selvmord. I samtalene fremkom det at Eline trodde at far hadde vært sint på mamma, og at han hadde slått henne. I samtalene ble Eline forklart at far hadde vært svært redd, og at han hadde forsøkt å hindre mor i komme frem til vinduet hun forsøkte å hoppe ut fra.

Hjemme kom Elines spørsmål gjerne om kvelden, på sengekanten. Far forklarte at mor hadde en sykdom som fikk henne til å tenke vonde tanker som kunne få henne til å tenke at hun ville dø. Det ble lagt vekt på at dette ikke var noens skyld. Det var ingenting noen kunne si eller gjøre som kunne få mamma til å føle sånn – det var sykdommen som gjorde at mamma følte seg sånn. Eline fikk mulighet til å fortelle om vanskelige minner, mens foreldrene fikk anledning til å skape mening i det som hadde hendt da mamma hadde vært så fortvilet. At politiet kom for å hjelpe mamma, og ikke «ta henne», var eksempler på at det ble dannet ny mening.

Det var viktig at informasjonen som ble gitt, ikke skulle føre til at Eline opplevde at hun fikk ansvar for situasjonen, for eksempel at hun måtte passe på mor eller varsle noen. Det ble derfor avholdt flere familiesamtaler der Eline fikk informasjon om hovedtrekkene i mors sikkerhetsplan. Eline fikk hilse på mors behandler på DPS. Mormor var også til stede i en samtale der Eline fikk forklart hvem som skulle passe på mamma hvis sykdommen kom tilbake (mormor), og hvem som skulle passe på Eline (pappa).

I løpet av behandlingen fikk Eline oppleve at denne planen ble fulgt i forbindelse med at mor hadde følelsesmessige kriser. Vi vurderte at Eline hadde tatt inn informasjonen og trygget seg på denne, da hun delte den med kontaktlæreren sin og flere av de ansatte på SFO i forbindelse med at mor var en stund hos mormor. Skole og SFO rapporterte at Eline på en åpen og trygg måte forklarte om grunnen til at hun skulle være uvanlig lenge hos pappa. Eline snakket også med far og andre nære om at hun savnet mamma når hun var hos mormor.

Foreldreveiledning

Parallelt med at vi informerte Eline, jobbet vi videre med foreldrene med tanke på at de bedre kunne møte Eline på en utviklingsstøttende måte.

«Ved å bruke kunnskap fra utviklingspsykologi kan man utvide perspektivet til å se

barnets symptomer i sammenheng med foreldrenes vansker og forhold i omgivelsene»

I foreldreveiledningen med mor gikk vi langt i utforskningen av mors egne følelsesmessige reaksjoner i møte med barnet, og jobbet målrettet med hvordan Eline kunne skjermes når mor hadde det som vanskeligst. Dette krevde tett samarbeid med mors behandler. Også i individualarbeidet på DPS ble Elines behov inkludert i behandlingen i form av målrettet arbeid med regulering av vanskelige følelser som oppsto i mor i samspillet. Spesielt ble det gitt mye oppmerksomhet til skyldfølelsen og redselen som oppsto i mor når Eline ble lei seg, redd, skuffet eller sint. Mors skyldfølelse hadde preget samspillet mellom mor og datter ved at mor snakket bort Elines vanskelige følelser. Gradvis fikk mor større kapasitet til å tåle følelsene som kunne oppstå i samspillet, og mestringen bidro til positive sirkler. Eline delte oftere vanskelige følelser med mor, og mor opplevde flere situasjoner der hun mestret å roe datteren i stedet for at hun roet seg selv. Eline, på sin side, ble bedre til å vise følelser på en tydelig måte, og symptomene hennes ble gradvis redusert. Parallelt begynte også Eline å vise mer positive følelser som vitalitet og glede.

En situasjon å ta på alvor

Det er all grunn til å ta situasjonen til barn som pårørende ved selvmordsforsøk alvorlig. Det er et paradoks at det på det suicidalogiske fagfeltet i årtier er dokumentert at selvmordsforsøk har skadevirkninger for barn som pårørende, men i forsvinnende liten grad finnes litteratur om intervensjoner.

Det er utfordringer på flere nivåer i behandlingsskjeden for disse familiene, som at vi må klare å identifisere barn som pårørende, og vite når vi skal bli bekymret. Dessuten trenger vi mer litteratur om hva som er god hjelp for de som blir fanget opp. Når den voksne mottar behandling i forbindelse med et selvmordsforsøk, rettes tiltakene gjerne mot å redusere selvmordsrisiko. Dette kan føre til at det blir satt likhetstegn mellom reduksjon i selvmordsfare og bedring. Tett dialog mellom instansene som fulgte opp den voksne, og instanser som fulgte opp barnet, førte i Elines tilfelle til at kompleksiteten i saken ble synlig og behandlingstilbudet mer helhetlig for alle familiemedlemmene.

Vår erfaring er at tett samarbeid mellom ulike behandlingsinstanser er avgjørende for hvorvidt behandlingen av disse barna blir effektiv hjelp. Det er imidlertid et tankekors at det sjelden er tid til samarbeid. Den helhetlige forståelsen vi argumenterer for, passer dårlig inn i en «behandlingspakke-tankegang» der en, basert på symptomer, må ta et valg mellom den ene eller andre behandlingsmetoden, og målet er individuell symptomreduksjon. Det er vår oppfatning at man ved å bruke kunnskap fra utviklingspsykologi kan utvide perspektivet til å se barnets symptomer i sammenheng

med foreldrenes vansker og forhold i omgivelsene. Først da kan vi gi behandling som gjør reell endring mulig og bidrar til å reversere skjevutvikling.

* Forfatterne har likeverdige bidrag til artikkelen.

Å anlegge et utviklingspsykologisk perspektiv, og se barnet som del av en større kontekst, er helt nødvendig for å forstå og hjelpe disse barna

Den helhetlige forståelsen vi argumenterer for, passer dårlig inn i en «behandlingspakke-tankegang»

Ved å bruke kunnskap fra utviklingspsykologi kan man utvide perspektivet til å se barnets symptomer i sammenheng med foreldrenes vansker og forhold i omgivelsene

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 1, 2019, side 20-27

ILLUSTRASJON

Åge Peterson, illustratør

TEKST

Tine K. Grimholt, Institutt for helse og samfunn, Avd. allmenmedisin, Universitetet i Oslo og Akuttmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus

Ingeborg Lunde, Regionalt Ressurssenter om Vold, Traumatisk stress og Selvmordsforebygging, Øst (RVTS Øst)

Kristin Frisch Moe, BUP Oslo Nord, Oslo universitetssykehus og Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør (R-BUP)

+ [Vis referanser](#)

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum.

Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). Mikroseparasjoner: tilknytning og behandling. Bergen: Fagbokforlaget.

Brent, D.A., & Mann, J.J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics, 133C(1), 13-24.

Brent, D.A., & Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. Psychiatric Clinics of North America, 31(2), 157-177.

Brent, D.A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... Mann, J. (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempt: Risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. Archives of General Psychiatry, 59(9), 801-807.
doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.59.9.801>

Brodsky, B.S., Mann, J., Stanley, B., Tin, A., Oquendo, M., Birmaher, B., ...Brent, D. (2008). Familial transmission of suicidal behavior: Factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. The Journal of Clinical Psychiatry, 69(4), 584-596.
doi:<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v69n0410>

- Burke, A.K., Galfalvy, H., Everett, B., Currier, D., Zelazny, J., Oquendo, M.A., ... Brent, D.A. (2010). Effect of exposure to suicidal behavior on suicide attempt in a high-risk sample of offspring of depressed parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 114-121. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-201002000-00005>
- Cerel, J., Frey, L.M., Maple, M., & Kinner, D.G. (2016). Parents with suicidal behavior: Parenting is not always protective. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7), 2327-2336. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10826-016-0377-x>
- Diderich, H., Pannebakker, F., Dechesne, M., Buitendijk, S., & Oudesluys-Murphy, A. (2015). Support and monitoring of families after child abuse detection based on parental characteristics at the emergency department. *Child: Care, Health and Development*, 41(2), 194-202. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/cch.12201>
- Falgares, G., Marchetti, D., De Santis, S., Carrozzino, D., Kopala-Sibley, D.C., Fulcheri, M., & Verrocchio, M.C. (2017). Attachment styles and suicide-related behaviors in adolescence: The mediating role of self-criticism and dependency. *Frontiers in Psychiatry* Vol 8 2017, ArtID 36, 8.
- Folkehelseinstituttet (2017, 12. desember). Fakta om selvmord og selvmordsforsøk. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvord/selvord-og-selvordsforsok---fakta/>
- Geulayov, G., Gunnell, D., Holmen, T., & Metcalfe, C. (2012). The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with offspring suicidal behaviour and depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 42(8), 1567-1580. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711002753>
- Geulayov, G., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2016). Parental suicide attempt and offspring educational attainment during adolescence in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) birth cohort. *Psychological Medicine*, 46(10), 2097-2107. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291716000556>
- Grimholt, T.K., Bjornaas, M.A., Jacobsen, D., Dieserud, G., & Ekeberg, O. (2012). Treatment received, satisfaction with health care services, and psychiatric symptoms 3 months after hospitalization for self-poisoning. *Annals of General Psychiatry*, 11, 10. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/1744-859X-11-10>
- Grimholt, T.K., Jacobsen, D., Haavet, O.R., Sandvik, L., Jørgensen, T., Norheim, A.B., & Ekeberg, Ø. (2015). Structured follow-up by general practitioners after deliberate self-poisoning: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(1), 245. doi:10.1186/s12888-015-0635-2
- Hafstad, R., & Øvreeide, H. (2011). *Utviklingsstøtte : foreldrefokusert arbeid med barn*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Hansen, B.R. (2012). *I dialog med barnet : intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hawton, K., Roberts, J., & Goodwin, G. (1985). The risk of child abuse among mothers who attempt suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 146(5), 486-489. doi:10.1192/bjp.146.5.486
- Hawton, K., Saunders, K., Topiwala, A., & Haw, C. (2013). Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 821-830. doi:10.1016/j.jad.2013.08.020
- Jennings, W.G., Maldonado-Molina, M.M., Piquero, A.R., & Canino, G. (2010). Parental suicidality as a risk factor for delinquency among Hispanic youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 315-325. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-009-9439-3>
- Johns, U.T., & Svendsen, B. (2016). *Håndbok i tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB) : kunnskapsgrunnlag, behandlingsprinsipper og eksempler*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Lunde, I., Myhre Reigstad, M., Frisch Moe, K., & Grimholt, T. (2018). Systematic Literature Review of Attempted Suicide and Offspring. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 937.
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J.F., Holmes, B., Easterbrooks, A., & Brooks, N.H. (2013). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship

correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 273-281.
doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.030>

McManama O'Brien, K.H., Salas-Wright, C.P., Vaughn, M.G., & LeCloux, M. (2015). Childhood exposure to a parental suicide attempt and risk for substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 46, 70-76. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.03.008>

Nordanger, D.Ø., & Braarud, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traume psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7), 531-536.

Petersen, L., Sorensen, T.I., Andersen, P.K., Mortensen, P.B., & Hawton, K. (2014). Genetic and familial environmental effects on suicide attempts: A study of Danish adoptees and their biological and adoptive siblings. *Journal of Affective Disorders*, 155, 273-277.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.012>

Skerfving, A. (2015). Barn till föräldrar med psykisk ohälsa: Barndom och uppväxtvillkor: Childhood conditions and challenges. (Doktorgradsavhandling). Stockholm: Stockholms universitet.

Stern, D.N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. I *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (s. 121-173). New York, NY: Cambridge University Press; US.

Tronick, E. (2010). Infants and mothers: Self- and mutual regulation and meaning making. I Barry M. Lester & Joshua D. Sparrow (red.): *Nurturing children and families: Building on the legacy of T Berry Brazleton* (s. 83-93). Hoboken: Wiley-Blackwell.

Wilcox, H.C., Kuramoto, S.J., Brent, D., & Runeson, B. (2012). The interaction of parental history of suicidal behavior and exposure to adoptive parents' psychiatric disorders on adoptee suicide attempt hospitalizations. *American Journal of Psychiatry*, 169(3), 309-315.
doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11060890>