

## DEN SPESIELLE SORGEN VED NARKOTIKARELATERT DØD

Kari Dyregrov<sup>1</sup>, Birthe Møgster<sup>2</sup>, Kristine Berg Titlestad<sup>3</sup>,  
Hilde-Margit Løseth<sup>4</sup> & Lennart Lorås<sup>5</sup>

### Innledning

Hvert år dør det ca. 300 mennesker av overdoser og narkotikarelatert død (NRdød) i Norge. De øvrige skandinaviske landene har en sammenlignbar forekomst. Tall fra Sundhedsstyrelsen i Danmark (2017) viser en stigning i antall narkotikarelaterte dødsfall fra 245 i 2015 til 277 i 2016. Dette er en negativ trend som også sees i de fleste land i Europa. Bak disse tallene står det mange sørgende etterlatte tilbake i en stille sorg.

Tross fagfolks økende interesse for sorgområdet (Dyregrov, Dyregrov & Kristensen, 2014; Guldin et al., 2017) har sorgen ved NRdød hatt et svært begrenset fokus. I denne artikkelen vil vi omtale sorgen hos nærstående som mister noen ved overdoser eller annen død relatert til bruk av narkotiske stoffer. Sorgen ses i lys av dagens kunnskap om hva som bidrar til kompliserte sorgformer og hvordan de oppstår og utvikler seg.

### 1. Eksisterende forskning om etterlatte ved narkotikarelatert død

Hvilke konsekvenser og belastninger NRdød har for nære etterlatte vet vi lite om. Kunnskapsgrunnlaget vårt er to små skandinaviske studier (Biong,

- 
- 1 Professor, dr. philos, er fysioterapeut og sosiolog tilknyttet Institutt for velferd og deltaking, Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet, Norge. Hun har også en professor II stilling ved Universitetet i Bergen, Norge. [kdy@hvl.no](mailto:kdy@hvl.no)
  - 2 Master i organisasjon og ledelse, er vernepleier og høgskolelektor tilknyttet Institutt for velferd og deltaking, Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet, Norge. [bimo@hvl.no](mailto:bimo@hvl.no)
  - 3 PhD-student, er klinisk vernepleier tilknyttet Institutt for velferd og deltaking, Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet, Norge. [kbt@hvl.no](mailto:kbt@hvl.no)
  - 4 Master i sykepleievitenskap, er psykiatrisk sykepleier og høgskolelektor tilknyttet Institutt for velferd og deltaking, Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet, Norge. [hml@hvl.no](mailto:hml@hvl.no)
  - 5 1. amanuensis, PhD, er klinisk sosionom og familieterapeut tilknyttet Institutt for velferd og deltaking, Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet, Norge. [lelo@hvl.no](mailto:lelo@hvl.no)

Sveipe & Ravndal, 2015; Biong & Thylstrup, 2016), en pilotstudie fra Brasil (da Silva, Noto & Formigoni, 2007), en mindre spørreskjemaundersøkelse fra USA (Feigelman, Jordan, McIntosh, & Feigelman, 2012) og to kvalitative studier fra Skottland og England (Guy, 2004; Valentine, 2017). Samlet viser studiene at de etterlatte opplever vesentlige emosjonelle belastninger, stigmatisering og mangel på hjelp og støtte. De internasjonale studiene antyder viktige tendenser for etterlattes sorg, men vil likevel kunne ha noe begrenset generaliserbarhet til skandinaviske land. Viktige markører for sorgens kontekst vil blant annet være stigmatisering knyttet til narkotikaavhengighet, og spesifikke velferdsmodeller og velferdstjenester i en gitt kulturell kontekst. At konsekvensene for etterlatte kan være store får vi innblikk i via media og klinikers møte med dem. Mange har tålt store skuffelser, svik og stått på barrikadene i håp om å få beholde sine barn, foreldre, søsken, barnebarn, partnere eller gode venner.

Formålet med denne artikkelen er å bidra til en teoretisk forståelsesramme av etterlattes opplevelse av sorg før og etter NRdød. Slik kunnskap er avgjørende for å kunne hjelpe denne målgruppen etter dødsfall. Vi vil fokusere på psykologiske og sosiale aspekter ved å miste en nærstående i NRdød.

Artikkelen har hovedfokus på det vi kaller «den spesielle sorgen», fordi sorgen ved NRdød ofte er stigmatisert og ikke anerkjent, og har potensial til å bli komplisert. Sorgen vil således kunne ha mye til felles med sorg etter selvmord, men er trolig enda mer stigmatisert. Spesielt i de skandinaviske landene har økt kunnskap om selvmord og nedbygging av stigmatiserende forordninger i samfunnet medvirket til redusering av stigma mot dem som har mistet nærstående ved selvmord (Dyregrov, Plyhn & Dieserud, 2011).

Først belyses den spesielle sorgen ved NRdød gjennom å redegjøre for to mulige belastende kontekstuelle forhold for etterlatte. Videre vil vi beskrive sorgens fenomenologi knyttet til antesipert og ikke-ankjent sorg, lettelse, skyld, og skyld for å føle lettelse. Sorg opptrer sjeldent i et sosialt vakuum. Vi vil derfor også diskutere den spesielle sorgen i et relasjonelt perspektiv. Avslutningsvis diskuteres sorgen ved NRdød i et forebyggings- og folkehelseperspektiv samtidig som vi utdyper sammenhenger mellom NRsorg og et lands ruspolitikk.

## 2. Belastning og stigmatisering før død

Etterlatte som har visst om narkotikabruken har ofte opplevd store belastninger i forkant av NRdød, og da som «pårørende» til de narkotikaavhengige. Pårørende har en følelsesmessig nær, og i de fleste tilfeller en biologisk, tilknytning til dem. Som en viktig kontekst for NRdød vil vi omtale de belastninger og det stigmaet som kan være knyttet til å ha en nærstående med narkotikaavhengighet.

### **2.1. Pårørendes stress ved avhengighet og narkotikabruk**

I diagnosesystemet ICD-10, F10-19 klassifiseres psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer ut fra hvilke stoffer som brukes og bruksmønsteret. I tillegg skilles det mellom skadelig bruk og avhengighetssyndrom. Avhengighetssyndrom oppstår når det gjennom gjentatt stoffbruk utvikles en rekke fenomen av atferdsmessig, kognitiv og fysiologisk karakter. Det er vansker med å kontrollere bruken og misbruk fortsetter tross skadelige konsekvenser (Direktoratet for e-helse, 2017). En studie fra Skottland og England (n=106) viste at de fleste som døde hadde hatt langvarig og omfattende stoff- eller alkoholbruk. De fylte de tekniske kriteriene for avhengighetsdiagnoser, og hadde påført sine familier lang tids stress (Walter, Ford, Templeton, Valentine & Velleman, 2015).

Før oppdagelsen av narkotikaproblem har ofte familien en fornemmelse av at det er noe som ikke stemmer (Biong et al., 2015). Når problemet avdekkes blir familien og andre nærstående forstyrret i sin fungering. Sjokk, forferdelse, forvirring og panikk kan oppstå. Barnard (2007) beskriver oppdagelsen som en tidevannsbølge som treffer de nære og er så dyp og signifikant at familien og dens opplevelse av seg selv endres for alltid. Familiens medlemmer forsøker å ta denne oppdagelsen inn over seg, og tilpasse seg den og dens konsekvenser. Samtidig kan de forsøke å holde oppdagelsen innad i den nære krets, og arbeide med å finne løsninger på et problem som de er ukjent med og ofte har lite kunnskap om. Ulik forståelse av problemet og hvordan det kan løses kan føre til konflikter mellom ulike familiemedlemmer. Inntil narkotikabruken er avslørt for omverdenen befinner personen seg blant de som er «potensielt diskreditert». I slike situasjoner blir familiens informasjons- og kommunikasjonshåndtering sentral (Goffman, 2009). Klarer de å bli enig om en strategi, eller i det hele tatt å snakke om problemet? Hvem skal vite hva? Hvordan skal situasjoner som oppstår forklares utad, dersom årsaken til disse skal skjules? Opprettholdelse av normalitet tilstrebes hos både hos narkotikabrukeren og dens familie.

Den sterke tilknytningen og avhengigheten som skapes til rusmidler påvirker de pårørende gjennom at den narkotikaavhengige bruker sin oppmerksomhet, tid og penger til rusrelatert aktivitet. Aktiviteter knyttet til narkotikabruket gis en høyere prioritet enn forpliktelsene knyttet til familie og venner. Slik kan forpliktelsene og mulighetene til å delta fullt ut i familielivet bli utkonkurrert. De pårørende opplever ofte sorgreaksjoner knyttet til dette, og sørger over å ha mistet sine kjære til avhengighet (Orford, Copello, Velleman & Templeton, 2010; Valentine, Bauld & Walter, 2016).

Mens den narkotikaavhengige lever, opplever nære pårørende mer eller mindre konstant uro, forhøyet beredskap og aktivering knyttet til bekymringer og uforutsigbart, og manglende kontroll over hva som kan skje. Vold er ikke uvanlig innen familien, knyttet til at den narkotikaavhengige har som mål å skaffe seg rusmidler eller er påvirket av rusmidler. Stjeling og tyveri, også i pårørendes hjem, er vanlig. Pårørende har ofte skam- og skyldfølelse

for ikke å kunne hjelpe og for at rusmisbruket har oppstått. De vet at ytterste konsekvens er tidlig død og bekymrer seg ofte for at den narkotikaavhengige skal innta en dødelig overdose (Orford et al., 2010; Walter et al., 2015) – se også avsnitt 3.2. om antesipert sorg.

Å leve med en kontinuerlig angst for NRdød beskrives som stressfullt (Biong et al., 2015; Templeton et al., 2016) og tiden frem mot dødsfallet beskrives som særlig belastende og kaotisk (Biong & Thylstrup, 2016). Rett etter endt behandling, løslatelse fra fengsel, eller avrusning kan pårørende være i en fase av håp. Likevel skjer mange dødsfall nettopp da fordi risiko for overdosedødsfall er mange ganger større etter perioder uten narkotikabruk. Pårørende har ofte over år forsøkt å hjelpe den narkotikaavhengige praktisk, emosjonelt og økonomisk. Den narkotikaavhengige kan ha fått tilleggsbelastninger som psykiske helseproblem og atferdsproblem, og oppleve overdoser og selvmordsforsøk. Disse belastningene overføres til pårørende og tapper dem for krefter. Håp for deres nære kan svinne hen og pårørende kan svinge mellom opplevelse av å ville hjelpe og å trekke seg bort for å beskytte seg selv og ikke gå til grunne. De pårørende er tilskuere til deres nære og kjære som tidvis kan leve et liv som er kvalitativt dårlig og dermed ha tanker om at personen må få slippe å leve. Slike tanker gir skyldfølelse hos nærstående.

## **2.2. Stigma, stigmasmitte og selvstigmatisering mens den avhengige lever**

Etter hvert som narkotikabruken fortsetter over tid, ofte år, vil det bli kjent i hjelpeapparatet og omgivelsene til familien. Når dette skjer, påvirkes familien av andres syn på rusmiddelmisbruk. Corrigan (2012) kaller denne delen av stigmabegrepet for offentlig stigma, som omhandler de vanlige stereotypene som den generelle befolkningen har. Stigma oppstår når et menneske eller gruppe av mennesker er utestengt fra full sosial aksept (Goffman, 2009). Personer som er i slekt med, eller tilknyttet et stigmatisert menneske kan oppleve at samfunnet behandler personene som en enhet. Goffman (2009) påpeker at familien til en viss grad blir tvunget til å dele miskreditten som er knyttet til «deres» stigmatiserte, og på denne måten selv blir stigmatiserte. Familien «smittes» av sine nære. Quinn, Weisz og Lawner (2017) argumenterer for at åpenhet kan være positivt for skjulbare stigmatiserte identiteter, selv om de også henviser til at tidligere forskning knyttet til åpenhet blant nærstående og generell åpenhet kan gi både negativ og positiv helsegevinst. Åpenhet vil kunne endre den pårørende fra å være «potensielt miskreditert» til «miskreditert» (spoiled identity). Pårørende stilles derfor overfor et vanskelig valg når de vurderer å være åpen om narkotikaproblemet. På den ene siden har de valget mellom åpenhet og mulig helsegevinst gjennom å slippe å skjule, samt få støtte og forståelse. På den andre siden risikerer de sterk stigmatisering ved å bli knyttet til illegal og kriminell aktivitet via sin nærståendes narkotikabruk.

Pårørende vil ofte ha integrert samfunnets kulturelle stereotyper knyttet til rusmidler og møter disse hos seg selv når rusmisbruk oppstår i egen fami-

lie. Vi snakker da om selvstigmatisering som Corrigan (2012) beskriver gjennom en fire-trinns prosess: 1) stereotypisk kjennskap, 2) stereotypisk enighet, 3) internalisert stigma, og 4) dårlig selvbilde som følge av stigma. Pårørende kjenner til de kulturelle stereotypiene gjennom sosialisering, de har integrert og internalisert disse, og til sist resulterer dette i dårlig selvbilde. Så lenge rusmisbruket skjules og er mulig å skjule, er ikke denne formen for stigma synlig for andre.

Corrigan, Schomerus og Smelson (2017) viser til en fundamental forskjell på stigmatisering knyttet til mennesker som er avhengig av narkotika i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Stigma knyttet til narkotika avhengighet er på ulike vis sanksjonert sosialt, politisk eller legalt, verden over. Diskriminering mot narkotikaavhengige er legalt gjennom at rusmidlet i seg selv, både bruk og besittelse er illegalt, samt at kriminell og forbrytende adferd knyttes til avhengigheten. Familien holdes også mer ansvarlig for deres næres helseproblem når det er knyttet til narkotikabruk enn til andre årsaksforhold. Dette gjelder både ved oppstart og vedvarende rusmisbruk (Corrigan, Watson & Miller, 2006).

Familien kan også møte stigma i hjelpeapparatet i form av bruk av et ufølsomt språk og fordømmelse. Dette kan knyttes til hjelpeapparatets oppfatning av at familien har en medvirkende rolle i narkotikaproblemet (Valentine, McKell & Ford, 2017). Pårørende kan bli ignorert i behandlingsprogram, patologisert som medavhengige, eller oppfattet som en dysfunksjonell part, i stedet for å bli sett som en mulig part i løsning på problemet til den narkotikaavhengige (Walter et al., 2015). De pårørende selv vil også ha egne behov for støtte knyttet til å håndtere hva stoffbruket gjør med dem selv og familien, men stilles ansvarlig for problemet som de ønsker hjelp for. Dette påvirker hjelpen de pårørende får tilgang til. I motsetning til dette står senere års fokus på «recovery» som tilfriskningsmodell innen rusbehandling, der familie og nærstående ses som sosial kapital (Cloud & Granfield, 2008).

Med bakgrunn i, ofte, mangeårige belastninger og den sterke stigmatisering som er knyttet til rusmiddelbruk kan pårørende familiemedlemmer og nære venner være emosjonelt og fysisk utslitte når narkotikarelatert død inntrer. Dette bidrar til å komplisere sorgen som de opplever når NRdød inntrer og de blir «etterlatte».

### 3. Den spesielle sorgen

Templeton og medarbeidere (2016) og Guy og Holloway (2007) tar til ordet for å kalle NRdød en «spesiell død». Dette handler om overbelastninger og ambivalens som gjør at vi velger å se på sorgen ved NRdød som «den spesielle sorgen».

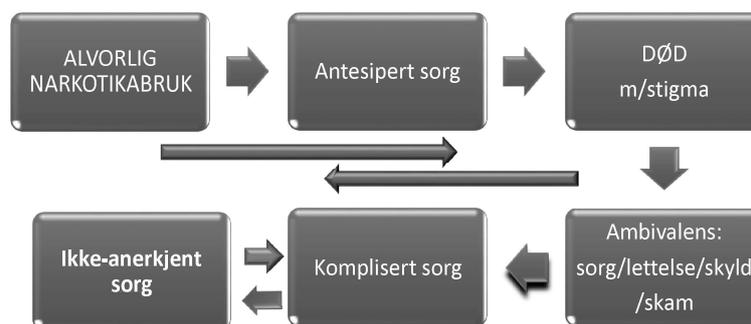
Hvordan det er å leve med en narkotikaavhengig, for så å oppleve NRdød, er en individuell opplevelse som vil preges av den konteksten de lever i.

Dette er et viktig utgangspunkt for å unngå stereotypier og stigmatiserende antagelser, om de som døde og deres etterlatte. Samtidig vil vi vise at etterlattes sorg trolig har fellestrekk ved NRdød, og at det er økte sjanser for ubearbeidet sorg og kompliserte sorgreaksjoner som kan få konsekvenser for psykisk og fysisk helse (Eisma, 2018; Stroebe, Schut & Stroebe, 2007; Wilson, Cohen, MacLeod & Houttekier, 2017).

Vi mennesker mestrer sorg ulikt ut i fra hvordan vi mobiliserer og bruker ressurser i og rundt oss (Dyregrov & Dyregrov, 2017). To-prosess modellen for sorg (Dual Process Model of Bereavement (DPM)) er en anerkjent modell om sorgbearbeiding. Modellen er utviklet av Stroebe og Schut (1999), og fremstiller mestring av sorg som balansen mellom å gå nær dødsfallet og konfrontere tapet, og å gå bort fra tapet og melde seg på livet igjen. Denne pendlingen skjer gjennom dagliglivets hendelser og i interaksjon med familien og sosiale nettverk. En balansert pendling kan hindre kompliserte sorgreaksjoner fordi man da øker sjansene for å integrere minnene om den døde, samtidig som man tar livet videre på nye måter (Dyregrov & Dyregrov, 2017; Dyregrov et al., 2014; Stroebe & Schut, 1999; 2010).

Selv om vi mangler kunnskap om etterlattes sorg etter NRdød, så er det ut ifra generell kunnskap om sorg, og resultatene fra studier nevnt innledningsvis, mulig å gjøre noen antagelser om denne sorgen. Sorgforsker Kari Dyregrov har utviklet en teoretisk modell i tilknytning til forskningsprosjekt om «Etterlatte ved narkotikarelatert død (END)» (Cristin-prosjekt-ID: 577210) som beskriver «Den spesielle sorgen» og sentrale elementer som inngår i den (Figur 1). Mens de to første boksene handler om tiden før død, beskriver de tre siste viktige forhold etter død. Vi vil understreke at for det enkelte individ/familie vil det finnes en variasjon av piler mellom boksene som avspeiler at sorgmestring og sorgforløp er ulike og unike.

Figur 1. Den spesielle sorgen



### 3.1. Alvorlig rusmisbruk med frykt for død

Mange etterlatte har hatt en ustanselige uro og redsel hengende over seg i årene før dødsfallet (da Silva et al., 2007; Guy, 2004). Livet har vært preget av stadig veksling mellom følelser som kjærlighet, sinne, skuffelse, angst og frykt. Pårørendes frykt for at den narkotikaavhengige skulle dø viste seg å

være høyst reell og blir en viktig kontekst for bearbeiding av sorgen når dødsfallet har skjedd. Årelang pendling mellom håp, og følelsen av håpløshet, er en belastning som kan gi emosjonell overbelastning.

Stroebe og Schut (2016) har også bragt termen «overload» inn i DPM. I dette legger de en emosjonell overbelastning på bakgrunn av at den sørgende har for mange aktiviteter, hendelser, erfaringer eller andre stimuli å forholde seg til, enn det de klarer å håndtere. Uoverensstemmelser og krancling kan også bidra til slik overbelastning. Dersom dette har pågått over mange år kan overbelastningen hindre den etterlatte i å forholde seg til og arbeide med de følelsesmessige sidene ved tapet. Det er rett og slett for mye på tapsorienteringssiden som skal bearbeides. Slik vil belastningen før død kunne hindre muligheter for balansert pendling mellom tapet (taps-orientering) og det nye livet (nyorientering) (Dyregrov & Dyregrov, 2017; Stroebe & Schut, 2010).

### **3.2. Antecipert sorg**

Mange etterlatte beskriver at de lever med en følelse av tap og sorg også før dødsfallet (Templeton et al., 2016). Antecipert sorg oppstår når en pårørende venter på et dødsfall. Rando (1986, s. 24) i Holley og Mast (2009) definerer anticipert sorg som:

...the phenomenon encompassing the processes of mourning, coping, interaction, planning, and psychosocial reorganization that are stimulated and begun in part in response to the awareness of the impending loss of a loved one (death) and in the recognition of associated losses in the past, present, and future.

Antecipert sorg er med andre ord et komplekst fenomen som omfatter sorg i forventning om det fremtidige tapet av en nærstående, også kalt «ventesorg» av etterlatte. Fenomenet er beskrevet i studier som blant annet omhandler personer med kognitiv svikt og kreft (Holley & Mast, 2009; Templeton et al., 2016). Templeton og medarbeidere (2016) beskriver hvordan de etterlatte kjente på tap av fortrolighet og intimitet i forhold til den narkotikaavhengige og tap av håp og en følelse av sorg før dødsfall som skyldtes rusmisbruk. Vi antar at anticipert sorg kan bidra til emosjonell overbelastning, og forvanske sorgbearbeiding for etterlatte ved NRdød.

### **3.3. Ambivalente følelser**

Selv om mange etterlatte har levd med et enormt stress hvor de har forventet det verste, vil de kunne oppleve ambivalente følelser av sorg, sinne, skyld, selvbredelse og lettelse (da Silva et al., 2007). De kan føle lettelse og skyld for at de ikke klarte å hindre dødsfallet, og skyld for å føle lettelse over at den narkotikaavhengige er død. Lettelse over andres død oppleves å ikke være innenfor samfunnets normer. Samtidig kan følelsen av lettelse fortren-

ge følelsen av å sørge og være lei seg. Ambivalensen kan komplisere sorgbearbeidelsen (Templeton et al., 2016).

Tapet av en nærstående, eksempelvis et barn, kan også gi en følelse av tap av egen identitet (Guy & Holloway, 2007). En forelder vil ofte bebreide seg selv og stille spørsmål ved egen foreldrekompetanse. For å kunne sørge offentlig er det noen etterlatte som skjuler, eller gir en uriktig fremstilling av hvordan den narkotikaavhengige døde, mens andre gir en uriktig fremstilling for å beskytte avdøde (Feigelman et al., 2012). Slik kan NRdød bidra til at etterlatte setter spørsmålstegn ved egen virkelighetsforståelse og bildet som han/hun tegner av eget liv.

Omstendighetene rundt dødsfallet kan også forverre etterlattes mestring av sorgen. Etterlatte kan føle skyld for at de burde ha gjort mer for å forhindre dødsfallet (Guy & Holloway, 2007). Ubesvarte spørsmål om hvorfor den avdøde ikke klarte å slutte å ruse seg eller spørsmål rundt dødsfallet kan komplisere sorgprosessen. Nærstående som ikke visste om rusmisbruket, kan føle skyld nettopp fordi de var uvitende, og beskjeden om død kan være traumatisk og øke potensialet for kompliserte sorgreaksjoner (da Silva et al., 2007).

Ved død generelt vil mange etterlatte finne trøst i å dele gode minner om avdøde, mens det for mange etterlatte ved NRdød kan være vanskeligere å hente frem de gode minnene (Valentine, Bauld & Walter, 2016). Mange etterlatte har hatt store konflikter med den narkotikaavhengige som kanskje også har gitt dem økonomiske belastninger, noe som også kan forvanske deres sorgbearbeiding (Stroebe et al., 2007).

### **3.4. Å bearbeide stigmatisert død**

Ulike måter å dø på har ulik sosial status, og NRdød er dødsfall med lav status (Guy, 2004). Dette vil kunne påvirke og muligens komplisere sorgen (Wilson et al., 2017). Det at en person er narkotikaavhengig oppfattes av mange som tarvelig, og reaksjoner og forventninger fra omgivelsene om å legge det fort bak seg og komme tilbake til hverdagen gjør at mange etterlatte føler seg stigmatisert (Biong et al., 2015). Foreldre kan oppleve at andre ikke lenger nevner barnet de har mistet, at etterlatte ikke blir spurt om hvordan de har det, eller at de til og med får skylden for dødsfallet (Feigelman et al., 2012).

Fordommene mot personer som misbruker narkotika kan oppleves som overveldende fordi det kommer fra alle kanter og på ulike måter (Biong et al., 2015; Templeton et al., 2016). Deltakerne i studien til Templeton og medarbeidere (2016) beskrev at stigmaet kom fra alle deler av samfunnet; politi, media, helsepersonell, slektninger, venner, arbeidskollegaer og utvidet nettverk. De etterlatte opplevde at den avdøde var mindre verdt fordi handlingen som førte til død var selvpåført, og at fagpersonene fokuserte på at avdøde hadde vært narkotikaavhengig. Hjelperne fokuserte ikke på etterlattes opplevelser av sorgen. At denne type død antas å være lettere å bære

enn andre dødsfall, kan bidra til at etterlatte blir stille eller gjemmer seg bort, og deres sorgbearbeiding blir vanskelig.

Etterlatte kan som nevnt ha et selvpåført stigma ettersom rusmisbruk ofte er sett i sammenheng med kriminalitet, og skammen over trusselen den avdøde har vært for samfunnet kan være en tung byrde å bære (Guy, 2004; Templeton et al., 2017). Flere studier rapporterer at stigma fra samfunnet om at døden er selvpåført gjør at etterlatte opplever at det ikke er legitimt å sørge over den avdøde og derfor heller ikke gir seg selv lov til å sørge (Feigelman, Jordan & Gorman, 2011).

Sosialt nettverk og nettverksstøtte er generelt svært viktig for gode sorgprosesser. Åpenhet, der etterlatte informerer nettverket om hvilken støtte de har behov for, kan hjelpe etterlatte å forholde seg til og arbeide med sorgen. Dette krever imidlertid også at nettverket vil og kan støtte, forstår betydningen av den spesielle sorgen ved NRdød, og tør å komme de etterlatte i møte (Dyregrov & Dyregrov, 2008; Stroebe & Schut, 2016). Ved NRdød vil nettverket kunne være preget av stigmatiserende holdninger og manglende innsikt og kunnskap i den spesielle sorgen og derved trekke seg fra de sørgende. Dersom etterlatte opplever, eller antar, at nettverket ikke anerkjenner deres sorg vil det kunne resultere i at de isolerer seg på tidspunkt når de mest av alt trenger støtte fra omgivelsene. Stigma og selvstigma kan således hindre etterlatte i å dele sorgen med andre og redusere muligheter for sosial støtte (Valentine et al., 2016). Ouinn og medarbeidere (2017) mener det bør sette fokus på hvorfor stigmatiserte opplever at de trenger å skjule, for å forstå og mulig redusere den sosiale isolasjonen knyttet til dette. Dette vil kunne gi de pårørende større mulighet til åpenhet, med påfølgende helsegevinst, uten å risikere så sterk «stigmamitte». Reduksjon av primærstigma synes å redusere familiestigma (Corrigan et al., 2006).

### **3.5. Ikke-anerkjent sorg**

Ikke-*anerkjent sorg* (disenfranchised grief) (Doka, 1989), defineres som sorg som ikke er anerkjent verken av eget nettverk eller samfunnet som helhet. Ikke-*anerkjent sorg* kan også være selvpåført gjennom at etterlatte tar til seg omverdens normer og holdninger i forhold til hva som «fortjener å sørges over». Ikke-*anerkjent sorg* gjør det vanskeligere å sørge og sorgprosesser vil kunne kompliseres. Post-traumatisk stress og komplisert sorg er rapport som høy i studiene om etterlatte ved NRdød (da Silva et al., 2007; Feigelman et al., 2011; Templeton et al., 2016), og det kan være grunn til å anta at dette også kan ha sammenheng med manglende anerkjennelse av sorgen.

I studien til Templeton og medarbeidere (2016) legger etterlatte vekt på at man har behov for en bestemt type oppfølging fra hjelpeapparatet etter NRdød. Mangel på forståelse og empati, manglende anerkjennelse av etterlatte sine behov og en kjølig tilnærming fra omgivelsene var faktorer som forverret sorgen. Etterlatte følte seg utstøtt og stigmatisert, og savnet et hjelpetilbud som uoppfordret ble tilbudt dem.

Langvarig frykt for død, traumatiske omstendigheter rundt NRdød, samt stigma mot den avdøde og avdødes etterlatte kan bidra til en spesiell form for sorg. At sorgen ikke anerkjennes og at hjelpeapparatet preges av manglende kunnskap og rutiner for å hjelpe etterlatte vil kunne øke mulighetene for kompliserte sorgformer (Guy & Holloway, 2007; Templeton et al., 2016).

## 4. Diskusjon

Vi vil utdype og diskutere betydningen av et dialektisk relasjonelt- og et familieperspektiv for å forstå og avhjelpe den spesielle sorgen ved NRdød. Et slikt fokus vil også være viktig for å forebygge en mulig utvikling av forlenget sorgforstyrrelse/Prolonged Grief Disorder (PGD).

### *4.1. Bearbeidelse av den spesielle sorgen – i et dialektisk relasjonelt perspektiv*

Et relasjonelt perspektiv på den spesielle sorgen hos etterlatte etter NRdød, handler om den etterlatte i sammenheng med andre mennesker, men også den etterlattes relasjon til avdøde og til seg selv. Vi vil belyse hvordan bearbeidelse av sorgen ved NRdød kan vanskeliggjøres på grunn av brudd med grunnleggende eksistensielle og relasjonelle forutsetninger for sorgbearbeidning.

Død er en av våre eksistensielle værensbetingelser. I møte med døden til en nærstående person hevder Stroebe og Schut (1999) at det er nødvendig å anerkjenne at den døde er borte for alltid og på en eller annen måte arbeide seg igjennom sorgen. I dette ligger det blant annet hvordan en kan huske og forstå personen, men også samtidig hvordan en kan forstå seg selv. Smerten i tapet speiles i den etterlattes selvfortolkning. Det er en ytterst sårbar prosess.

I dialektisk relasjonsforståelse står intersubjektiv deling sentralt (Schibbye, 2009). Stroebe og Schut (1999) viser til Bowlbys tilknytningsteori som det mest betydningsfulle bidraget for sorgteori i dag. Tidlige erfaringer med tilknytning får betydning for hvordan personen klarer å forholde seg til tapet og sorgen, både i seg selv og i møte med andre (Bowlby, 1991). Gjennom å dele opplevelser og affekter, fremmes menneskers selvutvikling. Som vi vet fra kriteriene for PGD (Dyregrov, 2006) er intens og vedvarende lengsel etter avdøde et av kjernesymptomene ved PGD. Den sørgende klarer ikke å gi slipp på den døde og det er vanskelig å anerkjenne det endelige ved tapet. Separasjons-prosessen er forstyrret. Etter NRdød vil andres manglende anerkjennelse kunne forverre den enkeltes mulighet for egen anerkjennelse av det som har skjedd.

Gjennom sin prosessuelle modell for bearbeidelse av sorg beskriver Stroebe og Schut (1999) hvordan sørgende trenger å bevege seg mellom tapsorienterte og gjenopprettende prosesser over tid. Denne pendlingen i løpet av dagliglivets hendelser og relasjonelle forhold er nødvendig for å oppnå en best mulig omstilling etter tapet av en nærstående person. For at dette skal

skje for etterlatte ved NRdød er de avhengige av at sorgen anerkjennes både i seg selv og av andre. I en eksistensiell og dialektisk forståelse av gunstig sorgmestring oppnås en erkjennelsesprosess gjennom en følelsesmessig forflytning og forståelse av hvem jeg er og hvem den andre var. Det er en bevegelse som skjer både i den etterlatte, gjennom opplevelsen av seg selv, og gjennom tankene og følelsene om den avdøde. Det er på samme tid et brutt bånd til den andre, og et nytt bånd som skapes, gjennom den nye forståelsen av hvem jeg er og hvem den andre var. Det skjer noe med identiteten til den etterlatte; hvem jeg var før tapet, og hvem jeg er og kan være nå, uten den andre. Stroebe og Schut (1999) påpeker det interessante ved at det faktisk ikke finnes et eget ord for slik identitetsendring i den vestlige verden.

#### *4.1.1 Åpenhet kan være risikabelt for etterlatte*

Den etterlattes selvforståelse, identitet og rolle slik den var før og etter dødsfallet påvirker og blir påvirket av de relasjonene vedkommende inngår i. Ved NRdød kan re-identitets-prosesser bli forstyrret av hvordan familiemedlemmer, arbeidskollegaer, naboer og andre nærstående omtaler narkotikaavhengige generelt og den spesielle situasjonen og personen spesielt (Valentine et al., 2016). Mange etterlatte etter NRdød opplever at det medfører en risiko å være åpen, og mange velger derfor å ikke fortelle om dødsfallet. Etterlatte kan også ha vansker med å finne ord for alle de konfliktfylte følelsene som de kan oppleve når den narkotikaavhengige dør.

Etterlattes opplevelse av å ikke ha rett til å sørge etter «selvpåført eller selvforskyldt død» påvirker direkte muligheten til å dele erfaringen med andre (Valentine et al., 2016). I tilknytningsteori og i dialektisk relasjonsforståelse er nettopp intersubjektivitet, som innebærer å dele affekter og opplevelser med andre, en av de viktigste forutsetningene for identitet og selvopplevelse (Bowlby, 1991; Schibbye, 2009). En eksistensiell og dialektisk tilnærming vektlegger at vi alltid må se oss selv og andre i en gjensidig utvekslende prosess, både individuelt, sosialt og samfunnsmessig. Fordi etterlatte etter NRdød sensurerer hva og til hvem de deler tapet og sorgen med, mister de en viktig kilde til den re-identitetsbyggingen som inngår som en sentral del av Stroebe og Schut (2010) sin modell for mestring av sorg.

En annen risiko ved å være åpen om dødsfallet og realitetene rundt er risiko for klander, kritikk og mangel på empati, mens etterlatte strir med egne vanskelige følelser (Feigelman et al., 2011). I tillegg kan omtale av narkotikamisbrukere i massemedia, og hvordan de tillegges egenskaper og objekti-veres som en utstøtt gruppe i samfunnet, ødelegge samhandlingsgrunnlaget for etterlatte og deres nettverk.

#### *4.1.2 Hjelperen i møte med den spesielle sorgen*

Fordi vi alle observerer og tolker andre på bakgrunn av våre egne erfaringer (Schibbye, 2009), ser det ut til at hjelperen også fanges av samfunnets stig-

ma og fordommer mot narkotikaavhengige og deres pårørende (jfr. Templeton et al., 2016). Etterlatte kan føle seg misforstått og forhåndsdomt (Valentine, 2017).

Manglende empati fra hjelpere innebærer manglende vilje og evne til å komme i møte, forstå, og støtte. Å være empatisk betyr å være tydelig og autentisk, og å møte den andre med forståelse som innbefatter opplevd anerkjennelse (Vatne, 2009). Mangel på anerkjennelse vil hindre bevegelse og endringsmuligheter (Schibbye, 2009). Etterlatte som møter hjelpere som objektiverer, vil lettere holdes i en fastlåst posisjon følelsesmessig og tankemessig i lengselen etter den avdøde (Dyregrov, 2006). Dette ledsages ofte av gjentakende og lite produktiv grubling, ofte med skyldfølelse og uforløst uro, som samlet er karakteristisk for PGD.

I dialektisk relasjonsforståelse innebærer anerkjennelse at hjelperen klarer å være åpen i møte med den andre, og være villig til å gå inn i den andres opplevelsesverden og kjenne på følelsene til den etterlatte. Anerkjennelse er derfor ikke en instrumentell handling, men en måte å være på i møtet. Hjelperen må ikke bare kjenne seg selv, men også være villig til å risikere en indre bevegelse, en forandring i seg selv, gjennom å åpne opp for den andres smerte. Dette er en form for likeverd og likeverdighet som kan være krevende og uvant for mange profesjonelle hjelpere. Man må våge å gå ut av ekspert-rollen med makten til å definere hva som er normalt og hva som er avvikende (Schibbye, 2009; Vatne, 2009). Ønsket om å komme i møte, og å forstå den andre, krever at hjelperen forstår hva som ligger bak ordene og klarer å være tilstede der den andre befinner seg. Samtidig kreves det at hjelperen evner å avgrense seg selv mot den etterlatte og reflektere på metanivå. Den etterlatte må få rom til å være i sin pendling uten at hjelperen definerer og begrenser gjennom egne tolkninger av holdninger, følelser og behov. Det vil kunne bidra til den etterlattes utvikling av en ny identitet og autonomi i forhold til den spesielle sorgen ved NRdød.

#### ***4.2. Bearbeidelse av den spesielle sorgen – i et familieperspektiv***

Sorg og sorgprosesser forstås ikke tilfredsstillende som lineære og/eller individualiserte prosesser og en rekke studier har utfordret slike perspektiver på sorg (Charmaz & Milligan, 2006; Granek, 2010; Jakoby, 2012; Valentine, 2008; Walter, 1996; 1999). Vi vil her fremheve betydningen av å se sorg i et familieperspektiv ved bearbeidning av sorg.

##### ***4.2.1 Søken etter mening innenfor familien/gruppen***

Beskrivelser av sorg innebærer ofte en søken etter mening, enten i form av å forstå hvordan og hvorfor døden inntraff, eller ved å lete etter måter å finne ny mening på, i et liv som har blitt berøvet all mening som følge av tapet (Boelen & Prigerson, 2013; Neimeyer, 2001). Stroebe og Schut (2010) har integrert familiesystemet og det sosiale nettverket når de poengterer hvordan sorgbearbeidning og meningsskaping skjer ved pendling mellom

taps- og gjenoppbyggende aktiviteter i dagliglivet. Basert på systemiske og sosialkonstruksjonistiske ideer er ikke mening noe individ skaper i isolasjon (Gergen, 2005). Mening anses som skapt og erfart gjennom intersubjektive relasjoner (slik som familien) og situert i en verden som alltid er tilslørt med mening og verdier. Som beskrevet av Attig (2004, s. 352):

... når vi sørger engasjerer vi oss i noen av livets dypeste mysterier, inkludert endelighet og begrensninger, endring og inkonsistens, usikkerhet og uvitenhet, feilbarlighet, sårbarhet og lidelse, død og dødelighet, andre og oss selv, kjærlighet og relasjoner, og meningen med livet. (...) Ingen av disse kan løses, besvares definitivt, kontrolleres, håndteres eller mestres. (...) Noen responser er mer utholdelig enn andre, noen mer velegnet for noen sørgende enn andre. Responsene våre er alltid provisoriske og kan endres.

Vanligvis vil det å dele sorgen med andre være gunstig. Deling av ens egne emosjoner med den mest naturlige kilden til støtte, familien, bidrar til å starte mestrings- og helingsprosesser (Kissane & Hooghe, 2011). Når begrepet familie brukes i denne delen av artikkelen inkluderer det personer som anses som betydningsfulle av den sørgende og dens familie. I de fleste familier vil naturlig resiliens kunne tjene sørgende sine behov på en god måte (Kissane, Lichtenthal & Zaider, 2007). Familien forsterker den mest naturlige formen for støtte gjennom å fasilitere dialog og å utnytte gjensidig støtte som understøtter god helse. Støttende familier trøster hverandre, gjenkjenner og responderer på hverandres behov og støtter hverandres sorgbearbeiding. Imidlertid vil det variere hva hver enkelt familie anser som hensiktsmessig, og hva de kan forvente i form av støtte fra andre familiemedlemmer.

Det vil således være en rekke forutsetninger som må være tilstede for at familien skal bli den ønskede og gode støtten etter dødsfall. For det første må det finnes et nettverk av familiemedlemmer som har kontakt, og som har energi, evne og vilje til å støtte hverandre. Ved NRdød kan langvarige påkjenninger rundt rusmisbruket ha ført til uenighet og konflikter i familien før dødsfallet og kunne utfordre mulighetene for naturlig resiliens. Hvordan den enkelte har opplevd stigma, selvstigmatisering, antesipert sorg og forbudte følelser før dødsfallet vil også kunne utfordre gjensidig forståelse av hvordan dødsfallet påvirker den enkelte (Dyregrov & Dyregrov, 2008). Etter NRdød kan familiens indre dynamikk og personlige relasjoner settes på prøve og selvbebreidelse og fiendtlighet mellom familiemedlemmer kan være usagt og skjult (Dallos & Vetere, 2009). Sorg og sorgopplevelser kan derfor ikke forstås uten å ta i betraktning familiens unike kontekst og kultur.

Søket etter mening ved NRdød kan bli komplisert og verdiladet, siden familiemedlemmer kan oppleve kulturelle forventninger om å ikke tillegge dødsfallet stor betydning, akseptere tapet, og gå raskt videre med livet. Som vi har vært inne på, kan dette resultere i at den etterlatte trekker seg bort fra

andre fordi ingen forstår, og med en stille og langvarig og bortglemt sorg som resultat. Det betyr ikke at sorgen forsvinner, men den vil ha et stort potensial til å utvikle seg til ulike former for komplisert sorg, f.eks. skjult eller forlenget sorg (Dyregrov et al., 2014; Quinn, Weisz & Lawner, 2017). Komplisert sorg kan bli så altomfattende og langvarig at det kan føre til vansker med å ivareta egne barn, opprettholde viktige relasjoner, gi redusert evne til å klare seg økonomisk og å ta vare på seg selv, familien og gruppen (Dallos & Vetere, 2009). Det blir vanskelig for familien som en enhet å støtte hverandre, og det kan være nødvendig å søke terapeutisk behandling.

#### *4.2.2 Systemisk familieterapi som behandling for komplisert sorg*

Selv om en person dør, lever forholdet til den avdøde videre. Fra et perspektiv basert på systemiske og sosialkonstruksjonistiske tilnærminger vil man ikke anse døden som en slutt på forholdet, men heller som en invitasjon til å utvikle et nytt forhold til den avdøde (Hedtke, 2014). Den systemiske og sosialkonstruktivistiske tilnærmingen til sorg står derfor i kontrast til gamle oppfatninger om å «komme over sorgen» for å kunne gå videre med livet.

Systemisk familieterapi vektlegger bruk av familiens tilgjengelige ressurser og relasjoner i bearbeidelse av sorg (Lorås, Bertrando & Ness, 2017). Den systemiske familieterapeuten vil derfor mobilisere allerede eksisterende styrker og tidligere løsningsforsøk som presenteres gjennom familiens historier. Terapeuten vil utforske betydningen som den døde personen hadde for de som står igjen, og be familiemedlemmene som stod nært avdøde om å dele betydningsfulle historier om tiden sammen med ham/henne. Ved NR-død vil dette være i kontrast til alt det negative fokuset som har vært rundt rusmisbrukeren. Ved å stille familiemedlemmene spørsmål som fokuserer på positive og foretrukne historier fra den avdødes liv, skaper man en åpning for historier som ikke tidligere var kjent for alle familiemedlemmene (White, 2007), og ulike personer får trekke frem gode og positive minner som de husker. På denne måten kan det dukke opp nye, effektive narrativer som oppleves som verdifulle og trøstende for de sørgende (Hedtke, 2014). Normative og diskursive forventninger om hva som er den «riktige» og foretrukne måten å sørge på settes til side. I stedet vil den systemiske terapeuten, gjennom en strukturert tilnærming, legge til rette for at familiemedlemmene får økt bevissthet rundt hverandres ulike måter å sørge på. Kunnskap om de ulike måtene å håndtere sorg på åpner for gjensidig respekt og forståelse, som vil være svært betydningsfullt i familiens forsøk på å støtte hverandre (Dyregrov & Dyregrov, 2008). Målet er å finne måter som lar sørgende bære den emosjonelle smerten av tapet når de konfronteres med livserfaringer i form av tanker, følelser, minner og drømmer. Da kan de fortsette å huske personen som døde av narkotikabruk, samtidig som de kan relatere seg til, hjelpe og godta andre familiemedlemmer (Dallos & Vetere, 2009; Stroebe & Schut, 1999).

I tillegg til, og i sammenheng med, familieterapi vil det ofte være behov for individuelle psykoterapeutiske terapier, psykoedukasjon og egenmestringsteknikker for å avhjelpe problemer som den enkelte sørgende kan slite med; for eksempel knyttet til komplisert sorg og traumereaksjoner (Dyregrov & Dyregrov, 2017).

## Avslutning

Artikkelforfatterne ønsker at politikere og helsepersonell skal forholde seg til den høye forekomsten av narkotikarelaterte dødsfall (NRdød), og se den spesielle sorgen som mange etterlatte vil kunne slite med, i et folkehelse- og forebyggingsperspektiv.

Sorg etter tabuisert og stigmatisert død må også ses utover individet fordi den vil være uløselig knyttet til ruspolitikken i det enkelt land. Hvorvidt et lands ruspolitikk og tiltaksområder er underlagt justis- eller helsesektoren, vil prege samfunnets borgere og våre holdninger til rusrelaterte konsekvenser, og hvordan vi da også møter etterlatte ved NRdød. Mens en tilknytning til justissektoren vil gi et større fokus på kriminalisering og straff, vil en tilknytning til helse i større grad knytte rusproblematikken sammen med behandling og tiltak. Politikk og normer vil således prege (og preges av) hvilke hjelpetiltak som myndigheter forplikter seg til å tilby dem som er berørt av NRdødsfallene, og hvilken støtte nettverk og helse- og velferdsarbeidere forventes å gi.

Dersom helsemyndighetene forholder seg til at rusproblematikk og etterlatte ved NRdød er et helseproblem, vil helsetiltak måtte følge. Og tenker man helsetiltak i et forebyggings- og folkehelseperspektiv må man på en systematisk måte sikre at de som trenger hjelp får det før det blir en diagnose eller et større familieproblem. Et systematisk og pro-aktivt hjelpetilbud, der man tilbyr hjelp til etterlatte ved NRdød ville kunne sikre kontakt med alle etterlatte, kartlegging av familiens behov, og relevant og behovstilpasset hjelp (Helsedirektoratet, 2016). Systemisk familieterapi kan være en sentral tilnærming for å håndtere «den spesielle sorgen», fordi den fokuserer på etterlattes relasjonelle og kontekstuelle forhold til den avdøde. Gjennom å øke familiens kommunikasjon omkring sorgen, kan systemisk familieterapi bidra til økt gjensidig forståelse og støtte innad i familien. I tillegg vil individuelle og kognitivt baserte terapiformer kunne være viktige for å behandle «komplisert sorg» (f.eks. forlenget sorgforstyrrelse/PGD), der kjernen i lidelsen er knyttet til sterkt personlig savn over tid. I tillegg til disse to terapiretningene vil også andre kunne være relevante, f.eks. i forhold til traumereaksjoner.

For å bidra til at myndigheter og andre skal kunne se konsekvensene av slike dødsfall og bidra til behovsrettet støtte til de etterlatte i bearbeidelse av sorgen, har vi igangsatt forskningsprosjektet «Etterlatte ved narkotikarelatert

død i et recoveryperspektiv (END)», ved Western Norway University of Applied Sciences. Hvilke konsekvenser og belastninger NRdød har for nære etterlatte og hvordan de mestrer hverdagen studeres i det første av fire delstudier i END-prosjektet. Her vil vi undersøke etterlattes opplevelse av sorg, før og etter dødsfallet og om denne sorgen skiller seg fra sorgen ved andre typer død. Prosjektets hovedmål er å bidra til forståelse og aksept av den spesielle sorgen ved NRdød, og tilpasse tiltak for å gi etterlatte bedre helse, livskvalitet og fungering i samspill med hjelpere og deres sosiale nettverk.

## REFERANSER

- Attig, T. (2004). Meanings of death seen through the lens of grieving. *Death Studies*, 28(4), 341–360. <https://doi.org/10.1080/07481180490432333>
- Barnard, M. (2007). *Drug addiction and families*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Biong, S., Sveipe, E. J., & Ravndal, E. (2015). «Alt verker og alt har satt seg fast»: Om pårørendes erfaringer med overdosedødsfall. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(04), 278–287.
- Biong, S., & Thylstrup, B. (2016). Verden vælter: Pårørendes erfaringer med narkotikarelaterte dødsfald. *Klinisk Sygepleje*, 30(02), 75–86. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2016-02-02>
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2013). Meanings of death seen through the lens of grieving. *Death Studies*, 4, 341–360.
- Bowlby, J. (1991). *Charles Darwin: A new biography*. London: Hutchinson.
- Charmaz, K., & Milligan, M. J. (2006). Grief. In J. Stets, & J. H. Turner (eds.), *Handbook of the sociology of emotions* (pp. 516–543). Boston, MA: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-30715-2\\_23](https://doi.org/10.1007/978-0-387-30715-2_23)
- Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing Recovery Capital: Expansion of a Theoretical Construct. *Substance Use & Misuse*, 43, 12–13, 1971–1986. <https://doi.org/10.1080/10826080802289762>
- Corrigan, P. W. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 8, 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P. W., Schomerus, G., & Smelson, D. (2017). Are some of the stigmas of addictions culturally sanctioned? *The British Journal of Psychiatry*, 210, 180–181.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Miller, F. E. (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology*, 20, 2, 239–246.
- da Silva, E. A., Noto, A. R., & Formigoni, M. L. O. S. (2007). Death by Drug Overdose: Impact on Families. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(3), 301–306. <https://doi.org/10.1080/02791072.2007.10400618>
- Dallos, R., & Vetere, A. (2009). *Systemic therapy and attachment narratives. Application in a range of clinical settings*. London: Routledge.
- Direktoratet for e-helse (2017). *ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 10. revisjon*. Oslo: Direktoratet for e-helse. Retrieved February 2011, from <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>
- Doka, K. (ed). (1989). *Disenfranchised Grief: Recognizing Hidden Sorrow*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Dyregrov, A. (2006). Komplisert sorg: teori og behandling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43(8), 779–786.

- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2017). *Mestring av sorg: håndbok for etterlatte og hjelpe*. Bergen: Vigmostad Bjørke.
- Dyregrov, A., Dyregrov, K., & Kristensen, P. (2014). Hva vet vi om sorg og komplisert sorg? Retrieved January 2018, from <https://psykologisk.no/2014/09/hva-vet-vi-om-sorg-og-komplisert-sorg/>
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2008). *Effective Grief and Bereavement Support: The Role of Family, Friends, Colleagues, Schools and Support Professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Dyregrov, K., Plyhn, E., & Dieserud, G. (2011). *After the Suicide: Helping the Bereaved to Find a Path to Recovery*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Eisma, M. C. (2018). Public stigma of prolonged grief disorder: An experimental study. *Psychiatry research*, 261, 173–177. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.064>
- Feigelman, W., Jordan, J., MacIntosh, J.L., & Feigelman, B. (2012). *Devastating losses: How parents cope with the death of a child to suicide or drugs*. New York: Springer Publishing Company.
- Feigelman, W., Jordan, J. R., & Gorman, B. S. (2011). Parental Grief after a Child's Drug Death Compared to other Death Causes: Investigating a Greatly Neglected Bereavement Population. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 63(4), 291–316. <https://doi.org/10.2190/OM.63.4.a>
- Gergen, K. J. (2005). *Therapeutic realities*. Chagrin Falls, OH: Institute Publications.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: om afvigerens sociale identitet*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Granek, L. (2010). Grief as pathology: The evolution of grief theory in psychology from Freud to the present. *History of Psychology*, 13(1), 46–73. <https://doi.org/10.1037/a0016991>
- Guldin, M-B, Dyregrov, A., Dyregrov, K., Engelbrekt, P., Bøge, P., Lytje, M., ... Nordenhof, I. (red.) (2017). *Jeg vil gerne tale om min sorg*. København: Akademisk Forlag.
- Guy, P. (2004). Bereavement Through Drug Use: Messages From Research. *Practice*, 16(1), 43–54. <https://doi.org/10.1080/0950315042000254956>
- Guy, P., & Holloway, M. (2007). Drug-related deaths and the 'special deaths' of late modernity. *Sociology*, 41(1), 83–96. <https://doi.org/10.1177/0038038507074717>
- Hedtke, L. (2014). Creating stories of hope: A narrative approach to illness, death and grief. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 35(1), 4–19. <https://doi.org/10.1002/anzf.1040>
- Helsedirektoratet (2016). *Mestring, samhörighet og håp - Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Holley, C. K., & Mast, B. T. (2009). The impact of anticipatory grief on caregiver burden in dementia caregivers. *The Gerontologist*, 49(3), 388–396. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp061>
- Jakoby, N. R. (2012). Grief as a social emotion: Theoretical perspectives. *Death Studies*, 36(8), 679–711. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.584013>
- Kissane, D.W., & Hooghe, A. (2011). Family therapy for the bereaved. In R.A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer, & G. F. Thornton (eds.), *Grief and Bereavement in Contemporary Society: Bridging Research and Practice* (pp. 1–29). New York: Routledge.
- Kissane, D. W., Lichtenthal, W., & Zaidler, T. (2007). Family care before and after bereavement. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 56(1), 21–32. <https://doi.org/10.2190/OM.56.1.c>
- Lorås, L., Bertrando, P., & Ness, O. (2017). Researching Systemic Therapy History: In search for a definition. *Journal of Family Psychotherapy* published online, 134–149. <https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1285656>
- Neimeyer, R. A. (Ed.). (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. Washington, DC: Sheridan Books. <https://doi.org/10.1037/10397-000>

- Orford, J., Copello, A., Velleman, R., & Templeton, L. (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17:sup1, 36–43. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514801>
- Quinn, D. M., Weisz, B. M., & Lawner, E. K. (2017). Impact of active concealment of stigmatized identities on physical and psychological quality of life. *Social Science & Medicine*, 192, 14–17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.024>
- Schibbye, A. L. L. (2009). *Relasjoner: Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197–224.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 61(4), 273–289.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2016). Overload: A missing link in the dual process model? *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 74(1), 96–109. <https://doi.org/10.1177/0030222816666540>
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960–1973. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Sundhedsstyrelsen (2017). *Færre unge ryger hash*. Retrieved January 2018, from <https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/faerre-unge-ryger-hash>
- Templeton, L., Ford, A., McKell, J., Valentine, C., Walter, T., Velleman, R., ... Hollywood, J. (2016). Bereavement through substance use: findings from an interview study with adults in England and Scotland. *Addiction Research & Theory*, 24(5), 341–354. <https://doi.org/10.3109/16066359.2016.1153632>
- Templeton, L., Valentine, C., McKell, J., Ford, A., Velleman, R., Walter, T., ... Hollywood, J. (2017). Bereavement following a fatal overdose: The experiences of adults in England and Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(1), 58–66. <https://doi.org/10.3109/09687637.2015.1127328>
- Valentine, C. (2008). *Bereavement narratives: Continuing bonds in the twenty-first century*. New York: Routledge.
- Valentine, C. (2017). *Families Bereaved by Alcohol or Drugs: Research on Experiences, Coping and Support*. Cornwall, GB: Taylor & Francis.
- Valentine, C., Bauld, L., & Walter, T. (2016). Bereavement following substance misuse: a disenfranchised grief. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 72(4), 283–301. <https://doi.org/10.1177/0030222815625174>
- Valentine, C., McKell, J., & Ford, A. (2017). Service failures and challenges in responding to people bereaved through drugs and alcohol: An interprofessional analysis. *Journal of Interprofessional Care*, <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1415312>
- Vatne, S. (2009). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Walter, T. (1996). A new model of grief: Bereavement and biography. *Mortality*, 1(1), 7–25. <https://doi.org/10.1080/713685822>
- Walter, T. (1999). What is complicated grief? A social constructionist perspective. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 52(1), 71–79. <https://doi.org/10.2190/3LX7-C0CL-MNWR-JKKQ>
- Walter, T., Ford, A., Templeton, L., Valentine, C., & Velleman, R. (2015). Compassion or stigma? How adults bereaved by alcohol or drugs experience services. *Health & social care in the community*, 25, 6, 1714–1721. <https://doi.org/10.1111/hsc.12273>
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W.W. Norton.
- Wilson, D. M., Cohen, J., MacLeod, R., & Houttekier, D. (2017). Bereavement grief: A population-based foundational evidence study. *Death Studies*, (accepted).