

Paweł Urbaś

Kontrowersje wokół debriefingu : przeгляд badań

Studia Psychologica nr 5, 333-343

2004

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

PAWEŁ URBAŚ
Dział Doboru i Rozwoju PLL LOT S. A
Zespół Pomocy Rodzinom Poszkodowanych

KONTROWERSJE WOKÓŁ *DEBRIEFINGU* – PRZEGLĄD BADAŃ

Controversion about debriefing – research review

Abstract

Preventive intervention after exposure to traumatic events is a subject of increasing interest among mental health professionals. Psychological debriefing (Critical Incident Stress Debriefing), which aims to reduce the risk of posttraumatic stress disorder and other psychopathological consequences of traumatic experience, is an example of such intervention. Even though, debriefing is widely used to prevent psychological trauma, it has come under considerable scrutiny over the last few years. Several studies have failed to document any effect of this method, while other documents significant positive effect. Most studies have serious methodological defects. In this article the author reveals the most important methodological problems such as: not complying with the Mischell's model of debriefing, inadequate timing of intervention, using self-selection to the groups. It is concluded that the quality of conducting research at debriefing does not justify a discontinuation, but more support from controlled studies is required.

1. WSTĘP

Atak terrorystyczny na USA 11 września 2001 r. całkowicie odmienił sposób patrzenia na zagadnienia wsparcia psychologicznego oraz interwencji kryzysowej. Po raz pierwszy w historii na masową skalę zastosowano *debriefing* jako metodę pomocy psychologicznej pracownikom służb mundurowych, zwyczajnym mieszkańcom Nowego Jorku, pracownikom linii lotniczych oraz rodzinom ofiar, które straciły swoich bliskich w katastrofach lotniczych i w zgliszczach zniszczonych budynków. Jednocześnie pojawiło się wiele kontrowersji oraz pytań odnośnie do skuteczności tej metody. Niniejszy artykuł, będący przeglądem literatury, jest próbą znalezienia odpowiedzi na pytanie o przydatność *debriefingu* w interwencji kryzysowej.

2. HISTORIA WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO

Rozważania dotyczące rodzaju oraz skuteczności interwencji kryzysowej mają długą historię. W literaturze klinicznej pierwsze naukowe opracowania zaczęły pojawiać się dopiero w latach 60. XX w. Były one podsumowaniem doświadczeń zdobytych przez klinicystów pracujących na frontach I i II wojny światowej. Na-

leży tutaj wspomnieć pierwsze prace Solomona, który podkreślał konieczność wczesnej interwencji psychologicznej tuż za linią frontu, polegającej na stabilizacji symptomów oraz krótkotrwałej terapii, jako metodzie umożliwiającej szybki powrót żołnierzy do walki (Solomon, 1919).

Na podstawie prac Solomona, Kardiner i Spiegel w 1947 r. opracowali trzy podstawowe zasady interwencji kryzysowej: bliskość, natychmiastowość i podtrzymanie nadziei. (Kardiner, Spiegel, 1947) W latach 60. XX w. zasady te zostały potwierdzone przez badania Kennetha Artissa, który podkreślał, że czynniki wymienione przez Kardinera i Spiegela miały decydujący wpływ na liczbę amerykańskich żołnierzy wracających do walki. Zalecał on, aby interwencja psychologiczna nie trwała dłużej niż 10 dni (Artiss, 1963). W latach 90. XX w. Solomon i Benbenishty, badając skuteczność pomocy udzielanej żołnierzom izraelskim, potwierdzili wnioski wyciągnięte przez Artissa (Solomon, Benbenishty, 1986). W późniejszych latach wojenne doświadczenia związane z interwencją kryzysową zaczęły być wykorzystywane na płaszczyźnie życia społecznego i zawodowego (Caplan, 1964; Parad, Parad, 1968; Langsley i in., 1971). Wzrost liczby katastrof na początku lat 80. XX w., spowodował większe zainteresowanie specjalistów efektywnymi metodami przeciwdziałania negatywnym skutkom zdarzeń traumatycznych.

W 1982 r., po katastrofie samolotu Air Florida 90 w Waszyngtonie, po raz pierwszy *debriefing* został wykorzystany jako metoda grupowego wsparcia psychologicznego dla personelu ratowniczego (Mitchell, Everly, 1999, s. 5). W następnych latach powstało kilka odrębnych modeli *debriefingu*. Do najważniejszych, oprócz modelu Mitchella, należy zaliczyć model Dyregrova (1989), Raphael (1986) oraz model „*debriefingu* stresu wielokrotnego” zaproponowany przez Armstrong, O’Callahana i Marmara (1991, za: British Psychological Society, 2002). Cechą wspólną wspomnianych modeli jest to, że mają one charakter ustrukturyzowanego spotkania grupowego i są prowadzone w krótkim czasie po zdarzeniu traumatycznym.

2.1. MODEL DEBRIEFINGU WG MITCHELLA

Metoda *debriefingu* (pełna nazwa: *Critical Incident Stress Debriefing*) została opracowana w USA przez Jeffrey’a T. Mitchella pod koniec lat 80. XX w. jako forma grupowego wsparcia psychologicznego dla zespołów ratunkowych po zdarzeniach traumatycznych. (Mitchell, 1983) Współcześnie jest jedną z wielu technik stosowanych w ramach systemu kompleksowego wsparcia psychologicznego – Critical Incident Stress Management (por. Everly, Mitchell, 1999).

Debriefing (z ang. „sprawozdanie”, „wysłuchanie”) można opisać jako grupowe spotkanie albo dyskusję o traumatycznym zdarzeniu, która przebiega przez siedem etapów (wprowadzenie, faza faktów, faza myśli, faza reakcji, faza symptomów, faza nauczania oraz zakończenia) i której celem jest zmniejszenie negatywnych konsekwencji traumatycznego zdarzenia. *Debriefing* z reguły trwa ok. 3 godziny i jest prowadzony 24 do 72 godzin po zdarzeniu. Jedynie w przypadku masowych katastrof (np. wypadek lotniczy) prowadzony jest w kilka tygodni po wypadku (Everly, Mitchell, 2000).

Według Dyregrova, *debriefing* można określić jako „grupowe spotkanie zorganizowane w celu umożliwienia poszkodowanym zintegrowania głębokich osobistych do-

świadczeń, zarówno na poziomie poznawczym, emocjonalnym jak i grupowym w celu zapobiegania powstawaniu negatywnych konsekwencji” (Dyregrov, 1998, s. 1).

Z uwagi na fakt, że sesja *debriefingu* przebiega przez siedem ściśle określonych etapów, spotkanie to ma raczej charakter psychologicznej rekonstrukcji zdarzenia niż swobodnej dyskusji. W jego trakcie osoba prowadząca, najczęściej psycholog, zadaje uczestnikom pytania dotyczące traumatycznego zdarzenia, dzięki którym poszkodowani w sposób uporządkowany przechodzą od wyrażania myśli związanych ze zdarzeniem (faza faktów i myśli), przez opis swoich emocji (faza reakcji i symptomów) z powrotem do poziomu poznawczego (faza nauczania i zamknięcia) (zob. tabela 1). Według Meichenbauma, możliwość odreagowania emocji związanych ze zdarzeniem (*katharsis*) oraz zwerbalizowania swoich przeżyć (w formie słownej albo pisemnej) jest niezbędnym elementem procesu zdrowienia (Meichenbaum, 1994).

Warto zwrócić uwagę na fakt, że *debriefing*, oprócz umożliwienia osobom poszkodowanym odreagowania negatywnych emocji, jest doskonałą metodą umożliwiającą osobie przeprowadzającej interwencję kryzysową ocenę stanu psychicznego osób poszkodowanych. Dzięki udziałowi w spotkaniu osoba poszkodowana, potencjalnie zagrożona wystąpieniem zaburzenia stresowego pourazowego (Post-Traumatic Stress Disorder), może być szybko zdiagnozowana oraz w razie potrzeby uzyskać łatwy dostęp do specjalisty.

Tabela 1. Model *debriefingu* J. T. Mitchella

Etap sesji	Cel	Podpowiedzi	Poziom
Wprowadzenie	Wyjaśnienie celu oraz zasad przebiegu spotkania.	„Celem dzisiejszego spotkania jest...”	Poznawczy
Fakty	Opisanie zdarzenia przez każdego z uczestników.	„Jaka była twoja rola?”; „Co robiłeś?”; „Kto przybył pierwszy na miejsce zdarzenia?”	Poznawczy
Myśli	Umożliwienie uczestnikom opisanie poznawczych reakcji na zdarzenie traumatyczne. Przejście do poziomu emocji.	„Jakie były twoje myśli, kiedy po raz pierwszy dowiedziałeś się o tym zdarzeniu?”	Poznawczy Emocjonalny
Reakcje	Zidentyfikowanie elementów sytuacji, które były najbardziej stresujące oraz umożliwienie emocjonalnego odreagowania.	„Co było dla ciebie najtrudniejsze w tej sytuacji?” „Gdybyś mógł, co chciałbyś wymazać ze swojej pamięci?”	Emocjonalny
Symptomy	Zidentyfikowanie objawów dystresu oraz zmian zachowania jakie pojawiły się po zdarzeniu traumatycznym.	„Jak zmieniło się twoje życie pod wpływem tego zdarzenia?” „Czy zauważyłeś u siebie jakieś zmiany w codziennym funkcjonowaniu?”	Emocjonalny Poznawczy
Nauczanie	Zidentyfikowanie skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem. Przekazanie podstawowych informacji o naturze stresu traumatycznego.	„Jak radziliście sobie do tej pory?” „Co pozwalało wam skutecznie działać?”	Poznawczy
Zakończenie	Podsumowanie sesji. Ustalenie harmonogramu następnych spotkań.	„Pozwólcie, że podsumuję nasze spotkanie...”	Poznawczy

Debriefing jest jedną z wielu technik wsparcia psychologicznego, która może być wykorzystywana w trakcie interwencji kryzysowej. Jednak, zgodnie z założeniami twórcy tej metody, aby zapewnić wysoką skuteczność interwencji kryzysowej, *debriefing* nie powinien być stosowany w oderwaniu od innych technik wsparcia psychologicznego. Zawsze po sesji *debriefingu* powinna być przeprowadzona ponowna kontrola stanu psychicznego poszkodowanych, bądź w formie spotkania indywidualnego lub grupowego, bądź kontaktu telefonicznego (*follow-up*) (Mitchell, Everly, 2001).

3. PRZEGLĄD BADAŃ NAD DEBRIEFINGIEM

Od momentu jej stworzenia na początku lat 80. XX w. aż do chwili obecnej, metoda *debriefingu*, staje się coraz bardziej popularna jako forma wsparcia psychologicznego po zdarzeniach traumatycznych. Do jej popularności przyczynia się, z jednej strony fakt, że opiera się ona na prostej procedurze, która może być wykorzystywana przez personel z minimalnym doświadczeniem w zakresie interwencji kryzysowej. Z tego też powodu coraz więcej organizacji, m.in. z obawy przed ewentualnymi odszkodowaniami, stosuje *debriefing* jako metodę pomocy psychologicznej zarówno swoim pracownikom jak i klientom (Bryant, Harvay, 2003). Z drugiej strony *debriefing* zawdzięcza swoją popularność również pozytywnym opiniom uczestników sesji, którzy podkreślają jego skuteczność w redukowaniu symptomów stresu oraz ogólną poprawę samopoczucia (por. Small i in., 2000; Bisson i in., 1997; Robinson, Mitchell, 1993).

Do najczęściej przytaczanych badań należą podłużne badania, przeprowadzone na grupie pracowników oraz zespołach ratunkowych jednego ze szpitali w Melbourne w latach 1987-1989. Jako metodę interwencji psychologicznej zastosowano wówczas *debriefing* (model Mitchella). W ciągu 2 lat przebadano w sumie 288 pracowników szpitala i przeprowadzono 31 sesji *debriefingu*. W ich wyniku 96% pracowników zespołów ratunkowych oraz 77% personelu szpitala uznało *debriefing* za skuteczną metodę, przyczyniającą się do redukcji symptomów ostrego stresu (Mitchell, Everly, 2000, s. 71).

Robinson i współpracownicy, w badaniach przeprowadzonych na grupie 823 sanitariuszy, którzy wzięli udział w sesji *debriefingu*, wykazali, że 37% uznało *debriefing* za „bardzo pomocny”, 45% za „pomocny”, a 18% przyznało się, nie miał on żadnego wpływu na poprawę ich samopoczucia. W tych samych badaniach 21% ratowników przyznało się, że *debriefing* miał pozytywny wpływ na obniżenie symptomów dystresu, 51% wskazało, że nasilenie symptomów uległo nieznacznej poprawie. Jedynie 28% badanych nie wykazało żadnej poprawy (Robinson i in., 1994).

Podobne wyniki uzyskali Mitchell i Robinson w badaniach przeprowadzonych na grupie 172 pracowników służb ratowniczych. Na podstawie analizy kwestionariusza, wypełnionego przez uczestników w dwa tygodnie po sesji *debriefingu*, autorzy stwierdzili, że 60% uczestników odczuwało zmniejszenie stresu i przypisywało te poprawę zastosowanej procedurze (Robinson, Mitchell, 1993). Tehrani, analizując korzyści wynikające z uczestnictwa 12 pracowników w sesji *debriefingu* po wypadku kolejowym, zaobserwował lepsze zrozumienie zdarzenia traumatycznego oraz zmianę postawy w kierunku dostrzegania jego pozytywnych

aspektów. Jednocześnie subiektywne oceny uczestników zostały uwiarygodnione w późniejszym czasie przez badania empiryczne. W cztery miesiące po zdarzeniu przeprowadzono badania, które wskazały na znaczne obniżenie wyników w skali IES (Impact of Event Scale) oraz zmniejszenie nasilenia objawów depresji i lęku (Tehrani i in., 2001).

W badaniach przeprowadzonych po pożarze w londyńskiej stacji metra King's Cross, w którym zginęło ponad 30 osób i były setki poszkodowanych, stwierdzono, że możliwość omówienia własnych doświadczeń oraz reakcji wpływało pozytywnie na szybszy powrót do zdrowia (Turner i in., 1993). Należy także wspomnieć o badaniach Chemtob i współpracowników, którzy wykazali dużą skuteczność *debriefingu* w minimalizowaniu psychologicznych skutków naturalnych katastrof. Wykorzystując do badania skalę IES (Impact of Event Scale) przed i po sesji *debriefingu*, wykazali mniejsze nasilenie objawów PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) w grupie osób, które uczestniczyły w spotkaniach w porównaniu z osobami, które nie brały w nich udziału (Chemtob, 1997). Jednocześnie Stallard i Law, badając osoby poszkodowane w wypadku małego autobusu, wykazali wysoką skuteczność *debriefingu* w zapobieganiu występowania PTSD (Stallard, Law, 1993).

Wspomniane badania zdają się w sposób jednoznaczny wskazywać na skuteczność i przydatność *debriefingu* jako metody wsparcia psychologicznego po zdarzeniach traumatycznych.

Niemniej jednak istnieje wiele badań, które zdają się podważać skuteczność tej metody, a nawet wskazywać na jej negatywne konsekwencje (m.in. Hytten, Hasle, 1989; Bisson i in., 1997; Kenardy, 2000; Mayou, 2000).

Na przykład, Rose i współpracownicy dokonali systematycznego przeglądu literatury dotyczącej efektywności pojedynczej sesji *debriefingu* (Rose i in., 1998, 2000). W wyniku dokonanej analizy, trzy badania wskazywały jednoznacznie na pozytywny wpływ *debriefingu* (Bunn, Clarke, 1979; Brodow, Porritt, 1979; Lavender, Walkinshaw, 1998), pięć badań wskazywało na brak poprawy (Stevens, Adshhead, 1996; Lee i in., 1996; Conlon, 1999; Rose i in., 1999; Small, 2000), zaś wyniki dwóch badań jednoznacznie wskazywały negatywny wpływ sesji *debriefingu* (Bisson i in., 1997; Mayou i in., 2000). Do najczęściej cytowanych badań dotyczących negatywnego wpływu *debriefingu* należą prace opublikowane przez McFarlane'a (1988) oraz Kenardy (1996).

McFarlane w badaniach przekrojowych nad psychologicznymi konsekwencjami ekspozycji na zdarzenia traumatyczne (w tym przypadku pożar lasu) zauważył, że pojawienie się ostrej formy PTSD było bezpośrednio związane z unikaniem myślenia o zdarzeniu, utratą mienia oraz nieuczestniczeniem w *debriefingu*. Chroniczna postać PTSD wiązała się z czynnikami, które nie były bezpośrednio powiązane ze zdarzeniem traumatycznym. Czynniki zwiększającymi prawdopodobieństwo wystąpienia chronicznej postaci PTSD były: wysokie wyniki w skali neurotyczności, tendencja do unikania konfliktów oraz różnego rodzaju zaburzenia psychiczne występujące w rodzinie. W przypadku opóźnionej formy PTSD, pojawiającej się w sześć miesięcy po urazie, najlepszymi predyktorami okazały się bardzo wysokie wyniki w skali neurotyczności, większe straty mienia oraz udział w *debriefingu* (McFarlane, 1988). Poważnym zarzutem wobec badań McFarla-

ne'a jest fakt, że ich metoda nie została precyzyjnie określona. Metoda wsparcia psychologicznego, badana przez McFarlane'a, nie spełniała standardów *debriefingu*, o jakich wspomina autor tej metody (m.in. proces składający się z siedmiu etapów, ustrukturyzowana sesja). McFarlane nie wymienia żadnych kryteriów czy zasad, którymi kierowały się osoby przeprowadzające interwencję. Pomimo braku jasno zdefiniowanej badanej zmiennej, wyniki badań McFarlane'a bardzo często są przytaczane jako dowody podważające skuteczność *debriefingu*.

Niepowodzenia *debriefingu* w zapobieganiu długofalowym konsekwencjom ekspozycji na zdarzenia traumatyczne zostały udokumentowane również w badaniach wśród pracowników zespołów ratunkowych, którzy udzielali pomocy po wypadku autobusowym. Griffiths i Watts wykazali, że osoby uczestniczące w *debriefingu* uzyskały wyższe wyniki w podskalach intruzji i unikania skali IES (Griffiths, Watts, 1992).

Według Shalev, uzyskane dane mogą wskazywać na brak dostosowania metody *debriefingu* do faktycznych potrzeb osób poszkodowanych. Autorka zwraca uwagę na fakt, że werbalizacja i praca nad traumatycznymi doświadczeniami, w krótkim czasie po zdarzeniu, może nasilać dystres. Sposób omawiania traumatycznych doświadczeń formą przypomina metodę ekspozycji stosowaną w terapii behawioralno-poznawczej PTSD, z tą różnicą, że w przeciwieństwie do terapii, przebiega ona w sposób mniej uporządkowany i w konsekwencji może prowadzić do nasilenia lęku. Silny lęk uniemożliwia proces habituacji, do którego powinna prowadzić ekspozycja, a nawet, może powodować ponowną traumatyzację osoby poszkodowanej. Shalev zwraca również uwagę na rolę, jaką w procesie adaptacji odgrywiają indywidualne sposoby radzenia sobie ze stresem. Niektóre osoby mogą z powodzeniem wykorzystywać tu mechanizm unikania. Możliwe, że ten mechanizm pełni ważną funkcję ochronną i jego demontaż w trakcie sesji *debriefingu* może być szkodliwy (za: Bryant, Harvey, 2003).

Podobne dane uzyskała Justin Kenardy, która badała skuteczność *debriefingu* przeprowadzonego dla osób udzielających wsparcia psychologicznego po trzęsieniu ziemi w New Castel. Zauważyła, że 62 osoby uczestniczące w spotkaniach, w porównaniu z 133, które w nich nie uczestniczyły, po dwóch latach od interwencji miały większe trudności adaptacyjne i większe nasilenie objawów ostrego stresu mierzonego skalą Impact of Event Scale (IES-R). Jednak i w tym przypadku *debriefing* nie był zgodny z obowiązującym standardem, zaś sama autorka przyznała, że „nie miała wpływu na jakość przeprowadzanego *debriefingu* oraz (...) zakładała, że wszystkie osoby, które przyznały się do uczestniczenia w *debriefingu*, rzeczywiście brały w nim udział” (Kenardy, 1996, s. 39). Jednocześnie autorka podkreśla, że nie było „żadnych jasno określonych standardów *debriefingu*” (*ibidem*, s. 47). W związku z tym nasuwa się pytanie: jakiego rodzaju wsparcie psychologiczne otrzymały osoby poszkodowane i czy rzeczywiście zastosowaną metodę można uznać za *debriefing*?

Największe jednak wątpliwości odnośnie do efektywności *debriefingu* pojawiły się wraz z opublikowaniem przeglądu Cochrane'a (*Cochrane Review*), będącego analizą ostatnich piętnastu lat badań nad skutecznością *debriefingu*. Pierwszy przegląd ukazał się w 1997 r. i od tamtej pory jest regularnie uaktualniany (Wesley, Rose, Bisson, 1998).

Autorzy raportu, wykorzystując bibliograficzne zasoby elektroniczne (Medline, EMBASE, PsychLit itd.), przeprowadzili metaanalizę wszystkich wyników badań dotyczących skuteczności pojedynczej sesji *debriefingu*, stosowanej po różnego rodzaju zdarzeniach traumatycznych. Analiza uwzględniała badania przeprowadzone na osobach, które w ciągu ostatniego miesiąca doświadczyły jakiegось traumatycznego zdarzenia. Metoda wsparcia psychologicznego miała umożliwić emocjonalne odreagowanie, dzięki możliwości opowiadania o nim (Rose, Bisson, Wessley, 2003).

Wyniki przeprowadzonej metaanalizy wskazują, że pojedyncza sesja *debriefingu* nie powoduje redukcji przeżywanego dystresu i nie zapobiega wystąpieniu zaburzeń PTSD. W ciągu 3-5 miesięcy od momentu przeprowadzenia *debriefingu* między grupą osób uczestniczących w sesji a grupą kontrolną, która w takim spotkaniu nie brała udziału, nie stwierdzono żadnych istotnych różnic w nasileniu objawów. W ciągu roku wśród osób, które brały udział w *debriefingu* wzrastało zagrożenie wystąpieniem zaburzeń PTSD (Rose, Bisson, Wessley, 2003).

Hobbs, Mayou i Worlock (1996) przeprowadzili badania nad skutecznością *debriefingu* stosowanego wśród osób poszkodowanych w wypadkach samochodowych. Punktem wyjścia była ocena obecnych symptomów silnego stresu przy zastosowaniu skali Impact of Event Scale (IES) oraz Brief Symptom Inventory (BSI). Ocenę obrażeń dokonano posługując się skalą Abbreviated Injury Severity (AIS). W badaniach nie stwierdzono żadnych różnic w zakresie wyników w skalach IES oraz BSI między grupą poszkodowanych, którzy wzięli udział w *debriefingu*, a grupą kontrolną. Stwierdzono natomiast, że grupa osób poddanych *debriefingowi* miała znacznie wyższe wyniki w skali AIS ($t=2,22$; $p=0,03$), co wskazywało na poważniejsze obrażenia ciała (Hobbs, Mayou, Worlock, 1996). Taki dobór grup mógł mieć zasadnicze znaczenie dla wyników całego badania. Po trzech latach ta sama grupa została poddana ponownej ocenie. Jak wynika z tych badań, osoby z grupy poddanej *debriefingowi* po trzech latach miały gorsze wyniki w skali BSI niż osoby z grupy kontrolnej ($t=5,46$; $p=0,023$), wyższy poziom lęku przed jazdą samochodem oraz częściej uskarżały się na dolegliwości fizyczne. Pacjenci z wysokimi wynikami w skali IES w zakresie intruzji oraz unikania, pomimo zastosowania *debriefingu*, po trzech latach nie wykazali żadnej poprawy, natomiast ich wyniki były znacznie gorsze w porównaniu z grupą kontrolną ($t=2,56$; $p=0,023$) (Mayou, Ehlers, Hobbs, 2000). Jednak, jak podkreślają Mitchell oraz Everly, i w tym przypadku podstawowe zasady *debriefingu* nie zostały zachowane (Mitchell, Everly, 2000). Sami badacze przyznają, że metoda wsparcia zastosowana w trakcie badań w żadnym wypadku nie przypominała modelu zaproponowanego przez Mitchella i miała raczej charakter rozmowy a nie ustrukturyzowanego procesu (Mayou, Ehlers, Hobbs, 2000, s. 8). Ekeberg i Hem uważają, że wyciąganie w tym przypadku wniosków o nieskuteczności *debriefingu* jest przedwczesne i zwracają uwagę na konieczność jednoznacznego określenia formuły i zasad prowadzenia *debriefingu*. Dopiero wtedy będzie możliwe jednoznaczne określenie skuteczności *debriefingu* (Ekeberg, Hem, 2001).

Innym przykładem swobody w posługiwaniu się terminem *debriefing* są prace Small, która badała skuteczność *debriefingu* w zmniejszeniu nasilenia objawów depresyjnych u pacjentek po porodzie z pomocą chirurgiczną (poród kleszczo-

wy, cesarskie cięcie itd.) (Small i in., 2000). Pomimo że 94% pacjentek (n=437/463) twierdziło, że *debriefing* był „przydatny” albo „bardzo przydatny”, autorka badań uznała, że interwencja nie była skuteczna, gdyż objawy depresyjne się nie zmniejszyły. Podobnie jak w poprzednio cytowanych badaniach tak i w tym przypadku metoda wykorzystana podczas interwencji daleko odbiegała od modelu zaproponowanego przez Mitchella.

4. WNIOSKI

Analizując przytoczone wyniki badań, dochodzimy do wniosku, że nie tyle podważają one skuteczność *debriefingu*, ile są dowodem braku zgodności oraz jednoznaczności w posługiwaniu się tym terminem. Dowolność posługiwania się nim przez badaczy oraz brak zgodności z siedmioetapowym modelem Mitchella, w dużym stopniu podważa jakość i rzetelność wyników. Bardzo często badacze stosują *debriefing* jako metodę indywidualnego wsparcia, zapominając, że jest to technika grupowa. Można to porównać do stosowania zasad psychoterapii grupowej podczas indywidualnych sesji. Wielu specjalistów stosuje technikę *debriefingu* jako samodzielną metodę wsparcia, zapominając, że stanowi ona element systemu kompleksowego wsparcia psychologicznego. Planując interwencję kryzysową zawsze należy pamiętać o przeprowadzeniu ponownej kontroli stanu psychicznego, np. w formie indywidualnego spotkania (*follow-up*) (Mitchell, Everly, 2000; British Psychological Society, 2002).

Warto również zwrócić uwagę na trudności metodologiczne związane z prowadzeniem badań nad skutecznością *debriefingu*. W wielu z nich dokonuje się oceny nasilenia objawów stresu po sesji, bez oceny poziomu zaburzenia przed przystąpieniem do interwencji kryzysowej. W ten sposób bardzo często gubiony jest punkt odniesienia, pozwalający na jednoznaczną ocenę efektywności metody *debriefingu*. Wnioski, wyciągane na podstawie takich danych, pozwalają jedynie na stwierdzenie różnic indywidualnych w zakresie radzenia sobie ze skutkami zdarzenia traumatycznego. Z drugiej strony, posługiwanie się subiektywnymi ocenami uczestników odnośnie do skuteczności interwencji również mija się z celem. Bardzo często subiektywna ocena osób poszkodowanych nie jest zgodna z wynikami uzyskiwanymi w testach badających nasilenie objawów dystresu (Robinson i in., 1995). Niewielu autorów uwzględnia także w swoich badaniach naturalny proces wychodzenia ze stanu ostrej reakcji na stres. Z badań prowadzonych nad zespołem ostrej reakcji na stres wynika, że u większości osób poszkodowanych symptomy ostrego stresu ulegną zmniejszeniu wraz z upływem czasu (Rick, Briner, 2000). Istotne staje się więc planowanie badań, pozwalające uchwycić różnicę w poziomie symptomów, którą jednoznacznie będzie można powiązać z zastosowaną metodą interwencji, a nie z naturalnym procesem zdrowienia, choć czas interwencji powinien również ten proces uwzględniać. Zbyt wczesna interwencja może prowadzić do nasilenia, a nie redukcji objawów silnego stresu (por. Litz i in., 2002).

Naturalną potrzebą ludzi jest chęć pomagania innym, szczególnie w sytuacji zdarzeń traumatycznych. *Debriefing* spełnia tu bardzo ważną rolę. Umożliwia osobom poszkodowanym wyrażenie emocji związanych ze zdarzeniem, ułatwia odzyskanie poczucia kontroli oraz pozwala przezwyciężyć poczucie bezsilności

i winy (Raphael, 1995). Biorąc jednak pod uwagę przytoczone w tym artykule badania, ważne jest zachowanie zdrowego rozsądku oraz rozważenie, czy *debriefing* jest jedyną skuteczną metodą zapobiegania negatywnym skutkom zdarzeń traumatycznych. Nie ulega wątpliwości, że potrzebne są dalsze badania w celu jednoznacznego określenia przydatności tej metody w interwencji kryzysowej. Jeżeli prowadzone one będą z uwzględnieniem błędów popełnionych w dotychczasowych badaniach, możemy się spodziewać, że spór wokół przydatności *debriefingu* zostanie jednoznacznie rozstrzygnięty.

BIBLIOGRAFIA

- Artiss, K. (1963). Human behaviour under stress: from combat to social psychiatry. *Military Medicine*, 128, 1011-1015.
- Bisson, J. L., Jenkins, P. L., Alexander, J. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78-81.
- British Psychological Society. (2002). *Psychological debriefing*. Leicester: British Psychological Society.
- Brodow, S., Porritt, D. (1979). An experimental evaluation of crisis intervention. *Social Science and Medicine*, 13, 251-256.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G. (2003). *Zespół Ostrego Stresu*. Warszawa: PWN.
- Bunn, T., Clarke, A. (1979). Crisis intervention: An experimental study of the effects of a brief period of counseling on the anxiety of relatives of seriously injured or ill hospital patients. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 191-195.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Chemtob, C. M., Tomas, S., Law, W., Cremniter, D. (1997). Postdisaster psychological intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychiatry*, 154, 415-417.
- Conlon, L., Fahy, T. J., Conroy, R. (1999). PTSD in ambulance RTA victims: A randomised controlled trial of debriefing. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 37-44.
- Dyregrov, A. (1998). Psychological Debriefing – An effective method? *Traumatology*, 4, 6-8.
- Ekeberg, O., Hem, E. (2001). Psychological debriefing – does it never work? *The British Journal of Psychiatry*, 178, 182-183.
- Everly, G. S., Mitchell, J. T. (1999). *Critical Incident Stress Management: A new era and standard of care in crisis intervention*. Ellicott City: Chevron Publishing Corporation.
- Griffiths, J. A., Watts R. (1992). *The Kempsey and Grafton bus crash: the aftermath*. New South Wales: Industrial Design Solution, University of New England.
- Hobbs, M., Mayou, R., Harrison, B., Worlock, P. (1996). A randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *British Medical Journal*, 313, 1438-1439.
- Hobbs, M., Mayou, R., Ehlers A. (2000). Psychological debriefing for road traffic accidents victims. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 589-593.

- Hytten, L., Hasle, A. (1989). Firefighters: A study of stress and coping. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 50-55.
- Kaplan, Z., Julian, I., Ehud, B. (2001). Review of psychological debriefing after extreme stress. *Psychiatric Services*, 52,; 824-827.
- Kardiner, A., Spiegel, H. (1947). *War, stress and neurotic illness*. New York: Hoeber.
- Kenardy, J. A., Webster, R. A., Lewin, J., Carr, J., Hazell, P. L., Carter, G. L. (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 37-49.
- Kenardy, J. (2000). Current state of psychological debriefing. *British Medical Journal*, 321, 1032-1033.
- Langsley, D., Machotka, P., Flomenhaft, K. (1971). Avoiding mental health admission: a follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1391-1394.
- Lavender, T., Walkinshaw, S.A. (1998). Can midwives reduce postpartum psychological morbidity. A randomised controlled trial. *Birth*, 25 (4), 215-219.
- Lee, C., Slade, P., Lygo, V. (1996). The influence of Psychological Debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: A preliminary study. *British Journal of Medical Psychology*, 69, 47-58.
- Litz, M. J., Bryant, R. A., Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: Current Status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 112-134.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., Hobbs, M. (2000). A three-year follow-up of a randomised controlled trial of psychological debriefing for road traffic accident victims. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589-593.
- McFarlane, A. C. (1988). The longitudinal course of posttraumatic morbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 30-39.
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook / practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Waterloo: Institute Press.
- Mitchell, J. T. (1993). When disaster strikes... The critical Incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Mental Health Services*, 8, 36-39.
- Mitchell, J. T., Everly, G. S. (2000). *Critical Incident Stress Debriefing: An operational manual for CISD, Defusing and other group crisis intervention services*. Ellicott City: Chevron Publishing Corporation.
- Mitchell, J. T., Everly, G. S. (2001). *The basic critical incident stress management course: Basic group crisis intervention*. Ellicott City: International Critical Incident Stress Foundation.
- Parad, L., Parad, H. (1968). A study of crisis oriented planned short-term treatment: Part II. *Social Casework*, 49, 418-426.
- Raphael, B., Meldrum, L., McFarlane, A. C. (1995). Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal*, 310, 1479-1480.
- Rick, J., Briner, R. (2000). Trauma management vs. Stress debriefing: What should responsible organization do? *Institute for Employment Studies*, 1-6.
- Robinson, R. (1994). *Follow-up study of health and stress in ambulance services*. Part I. Australia: Victoria Ambulance Crisis Counseling Unit.
- Robinson, R. C., Mitchell, J. T. (1993). Evaluation of psychological debriefing. *Journal of Traumatic Stress*, 6 (3), 367-382.

- Robinson, R., Mitchell, J., Murdoch, P. (1995). The debate of psychological debriefings. *Australasian Journal of Emergency Care*, 2, 6-7.
- Rose, S., Bisson, J. (1998). Brief psychological interventions following trauma: A systematic review of the literature. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 697-710.
- Rose, S., Brewin, C., Andrews, B., Kirk, M. (1999). A randomised controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine*, 29, 793-799.
- Rose, S. (2000). Evidence-based practice will affect the way we work. *Counseling*, 3, 105-107.
- Rose, S., Bisson, J., Wessley, S. (2003). *Psychological debriefing for preventing post traumatic disorder (PTSD)*. The Cochrane Library. Issue 1. UK: Oxford.
- Small, R., Lumley, J., Donohue, L., Potter, A., Waldenstrom, U. (2000). Randomized controlled trial of midwife led debriefing to reduce mental depression after operative childbirth. *British Medical Journal*, 321, 1043-1047.
- Solomon, T. W. (1919). War neuroses and their lessons. *Medical Journal*, 109, 993-994.
- Solomon, Z., Benbenishty, R. (1986). The role of proximity, immediacy and expectancy in frontline treatment of combat stress reactions among Israeli in the Lebanon war. *American Journal of Psychiatry*, 143, 613-617.
- Stallord, P., Law, F. (1993). Screening and psychological debriefing of adolescent survivors of life-threatening events. *The British Journal of Psychiatry*, 163 (5), 660-665.
- Stevens, M., Adshead, G. (1996). Preventive psychological intervention for road crash survivors. The aftermath of road accidents. *British Medical Journal*, 313, 1438-1439.
- Tehrani, N., Walpole, O., Berriman, J., Reilly, J. (2001). A Special Courage: Dealing with Paddington Rail Crash. *Occupational Medicine*, 51, 93-99.
- Turner, S. W., Thompson, J., Rosser, R. M. (1993). The King's Cross fire: Early psychological response and implications for organizing a „phase-two” response. W: J. P. Wilson, B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes*, New York: Plenum, 451-459.
- Wessley, S., Rose, S., Bisson, J. (1998). *A systematic review of brief psychological intervention (debriefing) for the treatment of immediate related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder (PTSD)*(Cochrane Review). The Cochrane Library. Issue 3. UK: Oxford.
- Yamey, G. (2000). Psychologist question „debriefing” for traumatized employees. *British Medical Journal*, 15 Jan, 330, 140.