

Stres a debriefing – definicje i aktualne kontrowersje

Stress and debriefing - definitions and current controversies

Monika Talarowska, Antoni Florkowski, Katarzyna Wachowska, Piotr Gałęcki

Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Streszczenie

Zjawisko stresu stanowi niezwykle istotne zagadnienie dla współczesnej nauki. Od wielu lat jest ono poddawane licznym badaniom. Wyróżnia się trzy ujęcia stresu: stres rozumiany jako bodziec, jako reakcja organizmu lub jako transakcja zachodząca pomiędzy jednostką, a jej otoczeniem. Poszukiwanie skutecznych sposobów zapobiegania konsekwencjom stresu traumatycznego angażuje specjalistów z różnych dziedzin i stanowi ważny obszar badań. Szczególnie trudnym zagadnieniem jest udzielanie pomocy osobom, które w związku z pełnionym zawodem są narażone na negatywne konsekwencje stresu (lekarze pogotowia ratunkowego, strażacy, policjanci itp.). Wydaje się ważne, aby stosowane metody pomocy charakteryzowały się skutecznością potwierdzoną w badaniach naukowych. Jedną z form pomocy jest stworzony przez Mitchella, a rozwijany i poddawany modyfikacjom przez kolejnych badaczy model debriefingu. Autorzy artykułu przedstawiają teoretyczne podstawy zjawiska stresu, a także opisują funkcjonujące obecnie modele debriefingu, jako metody interwencji kryzysowej. Artykuł zawiera także przegląd badań dotyczących różnorodnych zastosowań i skuteczności debriefingu. Przedstawione zostały również trudności i ograniczenia w stosowaniu tej metody.

Słowa kluczowe: debriefing, stres, interwencja kryzysowa

Abstract

The phenomenon of stress is an extremely important issue for modern science. For many years, it has been subjected to numerous tests. There are three ways of understanding the term stress: stress understood as a stimulus, as a reaction of the body as well as a transaction that occurs between the unit and its surroundings. Finding effective ways to prevent the consequences of traumatic stress involves experts from various fields and is an important area of research. Particularly difficult issue is to help those who, in connection with their profession are vulnerable to negative consequences of stress (ER doctors, firemen, policemen, etc.). It seems important to use the methods which are characterized by proven effectiveness in research. One of currently undergoing intensive research method is created by Mitchell, and developed and modified by subsequent researchers, the Critical Incident Stress Debriefing (CISD). The authors present theoretical models of stress, and describe current models of debriefing which functions as one of the methods of crisis intervention. The article contains also an overview of research on a variety of applications and effectiveness of psychological debriefing. It summarizes the difficulties and restrictions on the use of this method.

Keywords: debriefing, stress, crisis intervention

Zagadnienie stresu, efektywnego radzenia sobie ze stresem oraz wspierania ludzi narażonych na stresory jest szczególnie istotne we współczesnym świecie. Wydaje się więc ważne, aby badać i rozwijać metody psychologicznej pomocy skierowane wobec osób doświadczających trudnych, stresujących wydarzeń. Taka potrzeba w szczególności dotyczy tych, którzy z racji pełnionego zawodu, jako pierwsi znajdują się na miejscu katastrofy, a ich zadaniem jest udzielanie pomocy ofiarom. Do grupy osób, w tak szczególny sposób narażonych na traumatyzujące skutki trudnych wydarzeń należą: policjanci, lekarze pogotowia ratunkowego, ratownicy medyczni i strażacy (tzw. „first responders”).

Pojęcie stresu

Stres jako pojęcie naukowe nie ma jednoznacznej i powszechnie akceptowanej definicji. Wyróżnia się trzy sposoby ujmowania tego zjawiska:

1. Stres, jako *bodziec*, czyli każda zmiana w otoczeniu, która u przeciętnego człowieka wywołuje wysoki stopień napięcia emocjonalnego i przeszkadza w normalnym toku reagowania.
2. Stres, jako *reakcja* organizmu. W ujęciu medycznym traktowana jako wydzielanie hormonów, zmiany w częstości skurczów serca, ciśnieniu krwi i rytmie oddechowym, zmiany czynności układu żołądkowo-jelitowego, a w podejściu psychologicznym rozumiana jako przykre reakcje emocjonalne, najczęściej o treści lękowej. Hans Selye, jako pierwszy sformułował zasady tzw. ogólnego zespołu adaptacyjnego (*General Adaptation Syndrome*, GAS). Zgodnie z jego założeniami, sytuacja stanowiąca zagrożenie wzbudza zespół reakcji fizjologicznych, wśród których można wydzielić trzy stadia: stadium reakcji alarmowej, stadium odporności oraz stadium wyczerpania. Reakcja ta ma

niespecyficzny charakter, gdyż organizm reaguje w taki sam sposób niezależnie od źródła zagrożenia [1].

3. Stres, jako *relacja* (transakcja) między czynnikami zewnętrznymi a właściwościami człowieka, gdzie czynnikiem pośredniczącym jest sposób spostrzegania sytuacji przez podmiot. Ujęcie to, jako przyczynę stresu wskazuje zakłócenie lub zapowiedź zakłócenia równowagi pomiędzy zasobami, możliwościami jednostki, a wymaganiami otoczenia [2,3,4].

Stresory, czyli szeroko rozumiane czynniki powodujące stres, można podzielić ze względu na ich siłę i zakres oddziaływania, czas trwania oraz stopień kontrolowalności przez jednostkę [2]. Biorąc pod uwagę pierwsze kryterium wyróżniamy: dramatyczne wydarzenie o rozmiarze katastrofy, która dotknęła grupę ludzi (określane jako stres ekstremalny lub traumatyczny), poważne wyzwanie i zagrożenie dotyczące jednostki lub kilku osób oraz drobne, codzienne utrapienia [2]. Jeżeli podzielimy stresory ze względu na wymiar czasu trwania, mówimy o wydarzeniach jednorazowych, okresowych lub cyklicznych, chronicznych, sekwencyjnych lub też o ciągu wydarzeń stresowych. Ponadto stresory mogą być kontrolowalne lub niekontrolowane przez jednostkę [2]. Stresory o charakterze traumatycznym mają charakter uniwersalny. Oznacza to, że niezależnie od indywidualnych uwarunkowań, stanowią one bodźce nieożyteczne dla każdego z nas [2]. Hobfoll opisując je, wymienił kilka ich wspólnych cech: atakują najbardziej bazowe wartości człowieka (życie, zdrowie, poczucie bezpieczeństwa), przed jednostką stawiają wymagania przekraczające dotychczas stosowane strategie radzenia sobie ze stresem, ich pojawienie się jest zazwyczaj niespodziewane, nie mijają bez konsekwencji, zostawiają ślad, który intensywnie reaktywowany jest w sytuacji zaistnienia bodźców skojarzonych z wydarzeniem [2].

Radzenie sobie ze stresem

Zagadnieniem nierozdzielnie połączonym z tematyką stresu jest pojęcie radzenia sobie. W psychologii radzenie sobie ze stresem może być rozpatrywane jako proces, styl lub strategia. Radzenie sobie jako proces obejmuje całość aktywności podejmowanej przez jednostkę w danej sytuacji stresowej. Proces ten charakteryzuje się określoną dynamiką i zmiennością. Radzenie sobie ze stresem w rozumieniu procesualnym obejmuje zmieniające się wysiłki poznawcze i behawioralne, które mają na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, spostrzeganych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby [2,5]. Proces radzenia sobie nie musi przebiegać świadomie. Przypisywane są mu dwie funkcje: instrumentalna (zadaniowa) oraz funkcja regulacji emocji. Pierwsza z wymienionych polega na poprawie relacji jednostki z otoczeniem,

druga zaś, opiera się na zmniejszeniu napięcia i negatywnych stanów emocjonalnych związanych ze stresem [2]. Radzenie sobie, rozumiane jako styl oznacza trwałą osobowościową dyspozycję jednostki do działania w określony sposób w sytuacjach stresowych. Nie zależy ono wówczas od cech sytuacji stresowej, ale od charakterystycznej dla jednostki dyspozycji, tendencji do działania w określony sposób [2,6]. Ujmowanie radzenia sobie ze stresem, jako strategii uściśla to pojęcie do wysiłków poznawczych i behawioralnych, które podejmuje dana jednostka w ściśle określonej sytuacji stresowej [3,6].

Metody udzielania pomocy psychologicznej po doświadczeniu stresu traumatycznego

Osoby narażone na zagrażające życiu, traumatyzujące doświadczenia stanowią poważną grupę ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych będących następstwem takich doświadczeń [7,8]. Niezbędne jest zatem stworzenie skutecznej metody interwencyjnej. Taka metoda miałaby na celu zmniejszenie natężenia przeżywanego stresu, a także zapobieganie jego możliwym konsekwencjom [8]. Potrzebna wydaje się, więc profesjonalna pomoc psychologiczna ukierunkowana na przepracowanie wydarzenia traumatycznego na poziomie doświadczenia ofiary lub świadka wydarzenia. Należy przy tym uwzględnić czynniki indywidualne, gdyż każda może daną sytuację spostrzegać i przeżywać nieco inaczej [7]. Zalecane działania w odniesieniu do osób zaangażowanych w czynności ratunkowe obejmują m.in.:

- Jak najlepsze przygotowanie informacyjne z uwzględnieniem warunków przeprowadzanej akcji i spodziewanych reakcji ofiar.
- Zapewnienie dobrego współdziałania w zespole (podział obowiązków, równe obciążenie ryzykiem).
- Zapewnienie możliwości odpoczynku.
- Sesje po zakończeniu akcji, które umożliwią uczestnikom odreagowanie przeżytego stresu i przeanalizowanie swoich zachowań [7].

Przykładem takich sesji przeznaczonych dla uczestników, świadków, a przede wszystkim ratowników zaangażowanych w wydarzenia o charakterze stresu traumatycznego jest metoda psychologicznego debriefingu [8].

Debriefing

Istnieją cztery modele debriefingu stworzone przez różnych autorów. Stosowane są wobec grup osób, które doświadczyły wydarzeń traumatycznych [9]. Najpopularniejszy z nich zaproponował Jeffrey Mitchell. Jest to tzw. *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD). Pierwotnie, metoda ta miała odnosić się do grup tzw. „*emergency*” i miała stanowić jedynie część całościowego, systematycznego i złożonego podejścia do zarządzania stresem

w sytuacjach kryzysowych. Sesje trwają od 3 do 4 godzin, a przeprowadzane są w ciągu kilku dni od zdarzenia traumatycznego. Całokształt podejmowanych oddziaływań obejmuje siedem faz: wprowadzenie (*introduction*), fazę faktów (*fact phase*), fazę myśli (*thought phase*), fazę uczuć (*feelings phase*), fazę reakcji (*reaction phase*), fazę strategii (*strategy phase*) oraz fazę ponownego wejścia (*re-entry phase*) [8]. Podczas pierwszego etapu, uczestnicy zostają zapoznani z informacjami dotyczącymi poufności przekazywanych danych, a także poinformowani, że mają do czynienia nie z psychoterapią, a jedynie z pewnego rodzaju rozmową łączącą w sobie elementy psychologiczne i edukacyjne. Członkowie grupy mają świadomość, że ich udział w dyskusji jest wymagany, jednak nie są zmuszani, aby mówić więcej niż chcą [9]. Podczas drugiej fazy, omawiane zostają fakty dotyczące wydarzenia traumatycznego. Na kolejnym etapie, poszczególni uczestnicy mają możliwość przedstawienia subiektywnych myśli towarzyszących wydarzeniu, co pozwala na poznanie indywidualnych znaczeń, które mu nadali. Czwarta część poświęcona jest analizie reakcji behawioralnych, emocjonalnych i fizycznych (odpowiedź na pytanie: „Co było najgorsze w tym wydarzeniu dla ciebie?”) [9]. Podczas tej fazy uczestnicy zachęcani są do otwartego mówienia o swoich emocjach. Podczas kolejnego etapu (piątego) omawiane zostają fizyczne, behawioralne, emocjonalne i poznawcze symptomy stresu, pojawiające się w trakcie i po zakończeniu traumatyzującej sytuacji. Uczestnicy przedstawiają swoje przeżycia od momentu znalezienia się w sytuacji trudnej, aż do chwili uczestniczenia w sesjach debriefingu. Szósta faza skoncentrowana jest na zdobywaniu informacji na temat zjawiska stresu. Uczestnicy dowiadują się, że określone reakcje są naturalne, a także informowani są o możliwych długofalowych konsekwencjach przebytego doświadczenia (np. nadużywaniu alkoholu), jego możliwym wpływie na związki partnerskie oraz poziom libido. Uzyskują oni również sugestie dotyczące technik pozwalających zredukować negatywne skutki stresu (np. korzystanie ze wsparcia społecznego). Ostatni etap służy podsumowaniu całości spotkania [9].

Dyregrov zaproponował model debriefingu opierający się na wzorze Mitchella, ale odbiegający od niego w kilku szczegółach. Jego zdaniem należy rozpoczynać od omawiania wydarzeń poprzedzających sytuację traumatyczną, a także od koncentracji na procesie podejmowania indywidualnych decyzji. Autor podkreślał możliwość zmniejszania w ten sposób przeżywanego poczucia winy. Dyregrov [9] podkreśla również konieczność analizy doświadczeń zmysłowych (czucia, widzenia, zapachu itd.) powiązanych z traumą.

Trzeci model debriefingu opracowała Raphael. Zaproponowała ona, aby rozpoczynać od ustalenia, w jaki sposób uczestnicy są przygotowani do przeżywania

traumy poprzez wcześniejsze doświadczenia, treningi, szkolenia. Autorka stworzyła również listę obszarów, o których można porozmawiać w toku kolejnych spotkań (m.in. stresory związane z katastrofą, a doświadczane przez jednostkę jako zagrożenie życia, relacje między osobami, które wspólnie uczestniczyły w wydarzeniu stresowym). Tym, co odróżnia model Raphael od pozostałych, jest ostatni etap, poświęcony analizie tego, co osoby zaangażowane w wydarzenie traumatyzujące mogą z niego wynieść dla siebie i swojej pracy. Korzyści mogą dotyczyć nowych doświadczeń i przeżyć, z którymi wcześniej dana osoba nigdy nie miała styczności. Jest to całkiem nowy element związany ze konstruowaniem pozytywnych następstw doświadczania sytuacji stresowej [9].

Czwartym, znanym modelem debriefingu jest tzw. *Multiple Stressor Debriefing Model* (MSD), opracowany przez Armstronga, O'Callahana i Marmara. W modelu tym wyróżnia się cztery poziomy działań. Na pierwszym etapie uczestnicy zostają zapoznani z celem i regułami debriefingu oraz proszeni są o dokładne opisanie tych aspektów wydarzenia traumatycznego, które były dla nich najbardziej kłopotliwe. Druga część obejmuje wzajemne dzielenie się uczuciami i reakcjami, których doświadczyli podczas wydarzenia traumatycznego. Trzecia faza skoncentrowana jest wokół problemu radzenia sobie ze stresem. Uczestnicy zostają zapoznani z prawidłowymi oraz patologicznymi reakcjami na stres. Prowadzący zachęca ich do opowiadania, w jaki sposób radzą sobie ze stresem w chwili obecnej i w jaki sposób robili to w przeszłości. Czwarty etap polega na omówieniu uczuć członków grupy odnoszących się do opuszczenia miejsca katastrofy. Następnie nacisk zostaje położony na konieczność pożegnania się ze współpracownikami i powrót do domu oraz do swoich obowiązków. Spotkanie kończy dyskusja o tym, co zostało podczas niego osiągnięte oraz odnosząca się do potrzeby dalszych rozmów ze współpracownikami. Ten model kładzie w sposób szczególny nacisk na omawianie indywidualnych sposobów radzenia sobie ze stresem [9].

Oprócz modeli debriefingu psychologicznego przeznaczonych dla grup, stworzono także strukturę, dzięki której możliwe jest udzielanie pomocy jednostkom np. indywidualny model debriefingu (*individual debriefing model*) [9].

Skuteczność debriefingu

Niektórzy autorzy sugerują, iż współczesne modele debriefingu są nie tylko nieskuteczne, ale mogą okazać się potencjalnie szkodliwe dla ich uczestników [9]. McNally [8] dokonał przeglądu badań przeprowadzonych zarówno przez propagatorów i twórców koncepcji debriefingu, jak również przez jego krytyków. Prace te różnią się istotnie w swoich wynikach, począwszy od znacząco pozytywnego wpływu debriefingu na osoby, które doświadczyły lub były świadkami wydarzenia traumatycznego, poprzez

wyniki neutralne, aż do zdecydowanie negatywnych (znaczące nasilenie objawów psychopatologicznych związanych z traumą u uczestników sesji debriefingu w porównaniu z grupą kontrolną). Autor wskazuje także, że stosowanie debriefingu i wiara w jego skuteczność może blokować rozwój skuteczniejszych metod pomocy tym osobom, które doświadczyły traumatycznego stresu [8].

Z drugiej strony, należy wziąć po uwagę, jak trudno jest zoperacjonalizować i przeprowadzić poprawne metodologicznie badania nad skutkami traumatycznych zdarzeń. Zasadniczym ograniczeniem jest dobór grupy kontrolnej, gdyż pozostawienie części osób doświadczających stresu traumatycznego bez wsparcia psychologicznego należy uznać za nieetyczne [9]. Biorąc jednak pod uwagę popularność stosowania sesji debriefingu, poprawna metodologicznie ewaluacja jego skuteczności wydaje się niezbędna [10]. Podstawowe trudności w zaprojektowaniu i przeprowadzeniu takiego badania obejmują m. in.:

- Pojęcie traumy, która z założenia jest zdarzeniem pojawiającym się niespodziewanie, co utrudnia jej pomiar oraz ocenę funkcjonowania osoby badanej przed doświadczeniem wydarzenia traumatycznego.
- Istnienie wielu modeli debriefingu, które kładą odmienny nacisk na poszczególne elementy sesji, odmiennie są czasy interwencji oraz wyznaczniki poprawy. Inne są również doświadczenia traumatyczne stanowiące punkt wyjścia do badania.
- Kryteria skuteczności debriefingu, gdyż trudno arbitralnie określić, kiedy sesje przyniosły pożądany skutek oraz w jaki sposób pozytywny skutek miałby się ujawniać [10].

Ormerod [10] wskazuje, że w większości przypadków debriefing jest pozytywnie oceniany przez uczestników sesji, co pozwala wierzyć w jego skuteczność. Brak jednak rzetelnych wyników badań empirycznych potwierdzających tę hipotezę [10]. Poniżej przedstawiono dostępne prace poświęcone analizie skuteczności debriefingu.

Badanie Amir i wsp. [11] przeprowadzone zostało na 15 kobietach, uczestniczących w ataku terrorystycznym na terenie Izraela. Pochodziły one z podobnych środowisk, a po doświadczeniu traumy brały udział w sześciu spotkaniach debriefingu grupowego przez okres dwóch miesięcy. Dwa dni po ataku terrorystycznym, a następnie w dwa i sześć miesięcy po nim, kobiety poddano badaniu psychiatrycznemu pod kątem wystąpienia objawów PTSD (*post traumatic stress disorder*). W przypadku czterech osób, sześć miesięcy po ataku zaobserwowano pełnoobjawowe PTSD [11].

W pracy Carlier i wsp. [12] oceniano funkcjonowanie policjantów udzielających pomocy poszkodowanym w katastrofie lotniczej. Podzielono ich na dwie grupy: 46 osób uczestniczących w sesjach debriefingu psychologicznego, natomiast wobec 59 badanych nie stosowano

takiej formy pomocy. Następnie wszystkie osoby poddano badaniu z wykorzystaniem strukturalizowanego wywiadu klinicznego, w okresie ośmiu i osiemnastu miesięcy po doświadczeniu traumy. Analizowane grupy na pierwszym etapie badań nie różniły się istotnie w zakresie obecności symptomów związanych z doświadczeniem traumy. Co ciekawe, osiemnaście miesięcy po katastrofie, grupa policjantów poddana procedurze debriefingu prezentowała większe nasilenie objawów negatywnych w porównaniu do grupy kontrolnej [12].

Kolejne badanie przeprowadzone zostało przez Marchanda i wsp. [13] na grupie 75 osób (39 kobiet, 36 mężczyzn w wieku 16-53 lata), które w miejscu pracy stały się ofiarami napadu rabunkowego z użyciem broni (groźba śmierci lub zranienia, napaść fizyczna, zagrożenie bronią). Osoby te nie odniosły poważnych obrażeń fizycznych (nie wymagały hospitalizacji), ale doświadczyły intensywnego strachu i bezsilności. Podzielono je losowo na dwie grupy: 33 osoby spośród nich poddano procedurze debriefingu (dwie sesje), podczas gdy 42 pozostawiono bez interwencji psychologicznej. Zarówno pod względem ilości zachorowań na PTSD, jak i nasilenia objawów uczestnicy badań nie różnili się istotnie między sobą. Zbliżone wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym w 2000 roku przez Mayou i wsp. [14]. Autorzy, trzyletniej ewaluacji poddali pacjentów hospitalizowanych w następstwie wypadków komunikacyjnych. Wyróżniono grupę uczestniczącą w procedurze debriefingu oraz grupę kontrolną, która nie otrzymała tego rodzaju wsparcia psychologicznego. Pierwszej ocenie badanych poddano na terenie szpitala, a następnie po upływie trzech miesięcy i trzech lat od dnia urazu. Autorzy wskazują na istotnie gorsze funkcjonowanie grupy osób poddanych oddziaływaniom debriefingu w obszarze objawów psychiatrycznych, lęku komunikacyjnego w sytuacji bycia pasażerem, bólu, problemów fizycznych oraz ogólnego poziomu funkcjonowania i problemów finansowych. Autorzy podsumowują swoje badania radykalnym stwierdzeniem o nieskuteczności tej metody pomocy [14].

W opozycji do powyższych pozostają wyniki kilku innych prac. Badanie przeprowadzone w 2008 roku przez Gururaja i wsp. [15] z udziałem personelu medycznego miało na celu analizę efektywności debriefingu, jako elementu sesji treningowych członków grupy pracującej na bloku chirurgicznym. Autorzy wskazują na przydatność tej metody w szkoleniu, a jednocześnie zwracają uwagę na szereg aspektów dotyczących jego przebiegu i sposobów zastosowania, dając tym samym wskazówkę kontynuatorom.

Efektywność grupowego debriefingu jako elementu szkoleniowego dla pracowników służby zdrowia badano także na przykładzie prowadzenia resuscytacji noworodków. W tym przypadku debriefing połączony był z analizą nagrań wideo z prowadzonych akcji resuscytacyjnych.

Uczestnictwo w sesjach debriefingu było dobrowolne. Autorzy wskazują na zaobserwowane przez nich pozytywne efekty w badanym obszarze zastosowania, chociaż zwracają uwagę na konieczność poszukiwania najskuteczniejszej metody łączenia debriefingu ze szkoleniem [16]. W pracy Sahina i wsp. [17] również wykazano skuteczność opisywanej metody pomocy. Badania przeprowadzono po trzęsieniu ziemi w Marmarze (Turcja), które miało miejsce w 1999 roku. Próba badawcza składała się z 265 nauczycieli, z których 223 brało udział w sesjach debriefingu. Spośród uczestników sesji wyodrębniono osoby potwierdzające, że udział w spotkaniach przyniósł im korzyści oraz te, które negowały ich wystąpienie. Pierwsza grupa charakteryzowała się niższymi wskaźnikami psychopatologii. Dodatkowo dokonano porównania pomiędzy losowo wybraną grupą 45 nauczycieli partycypujących w sesjach debriefingu, a 42 osobami nie poddawianymi tej procedurze. Autorzy wskazują, że badani różnili się istotnie pod względem symptomów stresu postraumatycznego [17].

Podsumowanie

Podsumowując można zaryzykować stwierdzenie, że wiele osób w sposób naturalny radzi sobie z doświadczeniem traumy. Stosowanie procedury debriefingu psychologicznego może pod pewnymi względami stanowić zagrożenie. Zjawisko to jest wynikiem możliwych zakłóceń w naturalnym procesie powrotu do zdrowia (*recovery*) [18]. Zdaniem Ormerod [10], niektórzy pacjenci najszybciej powracają do stanu równowagi wówczas, gdy są pozostawieni bez pomocy po doświadczeniu traumy. Daje im się wówczas przyzwolenie na skorzystanie z nieformalnych sieci wsparcia społecznego. Jednocześnie autor wskazuje, że wyparcie (*denial*) może stanowić przystosowawczą metodę radzenia sobie [10]. Z drugiej strony zwraca uwagę fakt, że debriefing znajduje różne zastosowania. Oprócz pomocy osobom po doświadczeniu wydarzeń traumatycznych, może być wykorzystywany jako element treningowy dla pracowników służby zdrowia. Z całą pewnością można powiedzieć, że w chwili obecnej brakuje mocnych dowodów podkreślających szkodliwy wpływ debriefingu na proces zdrowienia.

Piśmiennictwo

1. Bishop G. Psychologia zdrowia. Wrocław; Astrum: 2007.
2. Heszen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J. red., Psychologia. Gdańsk; GWP: 2007, s. 465-492.
3. Ogińska-Bulik N. Rola stresu w etiopatogenezie chorób. Zeszyty Naukowe WSHE w Łodzi, 2001; 2(15): 7-16.
4. Sheridan C.L., Radmacher S.A. Psychologia zdrowia. Warszawa; Instytut Psychologii Zdrowia PTP: 1998.
5. Heszen I., Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa; PWN: 2007.
6. Wrześniewski K. Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. red. Człowiek w sy-

tuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Katowice; Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego: 2000, s.44-63.

7. Lipczyński A. Psychologia interwencyjna w sytuacjach kryzysowych. Warszawa; Difin: 2007.
8. McNally J.R. Psychological Debriefing Does Not Prevent Post-traumatic Stress Disorder. Psychiatric Times, 2004; 21(4): 71-74.
9. Tehrani N., Rose S. History, methods and development of psychological debriefing W: Tehrani N. red. Psychological debriefing. Leicester. Professional Practice Board Working Party The British Psychological Society: 2002, s. 2-8.
10. Ormerod J. Current research into the effectiveness of debriefing. W: Tehrani N. red. Psychological debriefing. Leicester: Professional Practice Board Working Party The British Psychological Society: 2002, s. 8-18.
11. Amir M., Weil G., Kaplan Z., Tocker T., Witzium E. Debriefing with brief group psychotherapy in a homogenous group of no-injured victims of a terrorist attack: A prospective study. Acta Psychiatr. Scand., 1998; 98: 237-242.
12. Carlier I.V.E., Lamberts R.D., van Uchelen A.J., Gersons B.P.R. Disaster-related post-traumatic stress in police officers: A field study of the impact of debriefing. Stress Medicine, 1998; 14: 143-148.
13. Marchand A., Guay S., Boyer R., Iucci S., Martin A., St-Hilaire M. A Randomized Controlled Trial of an Adapted Form of Individual Critical Incident Stress Debriefing for Victims of an Armed Robbery. Brief Treatment and Crisis Intervention, 2006; 6(2): 122-129.
14. Mayou R.A., Ehlers A., Hobbs M. Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. Br. J. Psychiatry., 2000; 176: 589-593.
15. Gururaja R.P., Yang T., Paige J.T., Chauvin S.W. Examining the Effectiveness of Debriefing at the Point of Care in Simulation-Based Operating Room Team Training. In: Henriksen K., Battles J.B., Keyes M.A., Grady M.L. (ed.) Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches Vol. 3: Performance and Tools. Rockville (MD); Agency for Healthcare Research and Quality (US): 2008.
16. Nadler L., Sanderson P.M., Van Dyken C.R., Davis P.G., Liley H.G. Presenting video recordings of newborn resuscitations in debriefings for teamwork training. BMJ Qual. Saf., 2011; 20(2):163-169.
17. Sahin N.H., Batigün A.D., Yilmaz B. Debriefing with teachers after the Marmara earthquake: an evaluation study. Disasters, 2009; 33(4):747-761.
18. Choe I. The Debate over Psychological Debriefing for PTSD. The New School Psychology Bulletin, 2005; 3(2): 71-82.

Correspondence address

Monika Talarowska
Klinika Psychiatrii Dorosłych
ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź
tel.: (42) 652-12-89, fax.: (42) 640-50-58
e-mail: talarowskamonika@wp.pl

Praca powstała w ramach projektu badawczego własnego Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi pt. „Biologiczne i psychiatryczno-psychologiczne wyznaczniki stresu u pilotów i personelu latającego w trakcie misji poza granicami kraju”. Grant, tzw. „obronny” MNiSW nr: O N402 312138. Lata realizacji: 2010-2012.