



Debriefing as a moderator of stress:
a study on the association
between debriefing and stress,
within emergency service personnel

Katarina Grosvold
10p Uppsats i Psykologi
Institutionen för Individ & Samhälle
Höstterminen 2003
Handledare: Gunne Grankvist

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Sammanfattning	3
Inledning	3
Stressreaktioner	3
Bemästring	6
Debriefing	8
Metod	11
Resultat	12
Diskussion	17
Referenslista	20
Bilaga 1	24

Debriefing as a moderator of stress: a study on the association between debriefing and stress, within emergency service personnel

Katarina Grosvold

The most common method to reduce stress within emergency service personnel, is psychological debriefing. Previous studies on debriefing have shown both negative and positive outcomes. In recent time some researchers have questioned the parameters used in research on psychological debriefing, and have pointed out the need for future research to study other parameters than the usual symptoms of posttraumatic stress disorder. This study examined the relationships between debriefing and stress, using *The Profile of Fatigue-related Symptoms (PRFS)*, in a sample of ambulance workers employed in the rescue service. No significant relationship was found between debriefing and stress. Another aim of this study was to compare the symptoms of stress between the sample and a control-group in previous research. This latest study shows that the ambulance workers had significant lower somatic symptoms to stress. In order to understand the effects of debriefing, future research should study debriefing as a part of a more integrated intervention.

Personal inom räddningstjänsten och poliskåren etc. arbetar med att rädda, återuppliva och trösta överlevande efter traumatiska händelser. Personalen får också vara med om att uppleva de fasor som uppstår i samband med mänskliga tragedier och den förlust av mänskligt liv som ofta följer med sådana händelser, och arbetar således i en omgivning av starka känslor. Under senare tid har man börjat se att personal inom räddningstjänst, polis, sjukvård etc. som i sitt arbete utsätts för stympade kroppar, massförstörelse, och livshotande händelser, är i riskzonen för att drabbas av stark stress (Fullerton, McCarroll, Ursano & Wright; & 1992; Regher & Hill, 2000). De som arbetar vid katastrofer med medföljande kritiska händelser löper risk att utveckla en mångfald av psykologiska, sociala och fysiologiska stresssymptom (Raphael, 1986; Mc Farlane, 1988b; Fullerton, et al., 1992; Dyregrov, 2002).

Stressreaktioner

Idag finns det flera olika definitioner på stress och stressreaktioner. Enligt Eriksen och Ursin (2002) betecknar begreppet stress fyra olika fenomen: (1) själva stimuleringen, (2) upplevelsen av stimuleringen, (3) den fysiologiska och psykologiska reaktionen, (4) återkoppling och upplevelse av reaktionen. Detta medför att det inte finns någon bestämd typ av stimuli som framkallar stress och som skulle förtjäna namnet stressor. Det är den enskilda individen som på grund av tidigare erfarenheter avgör om situationen är farlig, hotfull lockande eller krävande (Lazarus & Folkman 1984; Eriksen & Ursin 2002). Människan reagerar alltid på det osäkra och det obekanta, men det är tolkningen av det som sker som avgör reaktionen (Eriksen & Ursin, 2002). Om upplevelsen sedan tolkas som obehaglig betecknas den ofta som negativ stress eftersom upplevelsen av själva stressreaktionerna ingår i vår upplevelse av situationen och är en del av orsaken till att vi känner oss stressade. Även om individens tolkning har en avgörande betydelse för om en situation upplevs som hotfull, lockande eller krävande (Lazarus & Folkman 1984; Eriksen & Ursin 2002), finns det ändå situationer och händelser som de allra flesta upplever som stressande. Den mest påtagliga av

dessa är traumatiska händelser (Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, Bem & Nolen-Hoeksema, 2000). Enligt Weisæth (2002) är en stressbelastning som överväldigar individen ett psykiskt trauma, där den akuta reaktionen utmärks av sammanbrott eller kognitiva störningar, känslomässig förlamning eller överväldigande känslor, samt reducerad eller total förlust av kontroll över beteendet. Orsaken till den traumatiska effekten tycks vara den starka känslan av hjälp- och maktlöshet. Ett psykiskt trauma kan ge en akut stressreaktion som enligt Malt (2002), i sin allvarligaste form disponerar för senare utveckling av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), ”ett tillstånd som uppstår som en fördröjd eller långvarig reaktion på en traumatisk händelse eller situation av ovanligt hotande eller katastrofalt slag” (Cullberg, 2000, sid. 461).

Professionella hjälpare dels utsatta för den stress som själva händelsen skapar dels för den stress som deras roll som professionell hjälpare kan skapa (Raphael, 1986, Fullerton et al.1992). De mest vanliga stressorena som hjälpare upplever vid katastrofarbete är, ”ovisshet vid uttryckning; tidspress; tillströmning av allmänhet och massmedia, starka sinnesintryck, kontakt med omkomna och skadade, katastrofens omfattning och dess varaktighet och intensitet, bristfällig utrustning samt problem ifråga om samarbete, ordergivning, samordning och ledning” (Dyregrov, 2002 sid. 238). Flertalet forskare idag beskriver negativ stress som orsakad av obalansen mellan individens yttre och inre krav och dennes resurser (Agervold, 2001; Arnetz, 1995; Jürisoo, 2001; Perski, 2002; Theorell 2002). Den kombination av höga – krav/låg – kontroll som är karaktäristiskt i arbetsmiljön för många professionella hjälpare, innebär en mycket stressande arbetssituation, och kan leda till flera allvarliga sjukdomar (Karasek et al. 1998).

De situationer som upplevs som mest stressande är de som involverar barn, särskilt kontakten med omkomna barn (Robinson & Mitchell, 1993; Clohessy & Ehlers, 1999; Dyregrov 2002; Harris, Baloglu & Stacks 2001). Clohessy och Ehlers (1999), fann i sin studie om ambulanspersonal, att den situation som upplevs som mest stressframkallande var att ta hand om barn som omkommit i plötslig spädbarnsdöd. Därefter kommer alla övriga situationer där barn är involverade. Dyregrov (2002) menar att detta beror på att det naturliga försvaret bryts ner när barn är inblandade. Hjälparna blir lätt överinvolverade i dessa situationer och kan identifiera sig med det skadade eller döda barnet och dess föräldrar. En annan mycket stressande arbetssituation är händelser som drar till sig en intensiv mediabevakning, nyfikna åskådare och upprörda anhöriga (Hassling, 2002; Dyregrov 2002; Harris, Baloglu & Stacks 2002). Ett exempel på detta är brandkatastrofen i Göteborg 1998. Där brandmän, poliser och ambulanspersonal blev utsatta för våld av ungdomar som sparkade och slogs i desperation för att deras kamrater inte återfunnits, eller omkommit. De blev också utsatta för rasistiska anklagelser. ” De anklagades för att ha varit nonchalanta, och för att inte ha gjort ett ordentligt arbete, eftersom offren inte var svenskar ” (Hassling, 2002 sid. 268).

I litteraturen skiljer man mellan de reaktioner som hjälparna kan uppleva efter räddningsarbetet s.k. efterreaktioner, och på de reaktioner hjälparna upplever under arbetet på olycksplatsen. Enligt Dyregrov (2002) kan hjälpare uppleva en känsla av överklighet under arbetets gång. Denna reaktion gör att individen kan hålla tillbaka sina egna känslomässiga reaktioner, och på så sätt koncentrera sin uppmärksamhet och energi på arbetsuppgifterna. Identifikation med offren på olycksplatsen är en annan reaktion åtskilliga hjälpare upplever (Fullerton et al.1992; Dyregrov, 2002). I sin studie om personal inom räddningstjänsten fann Fullerton et al. att identifikation med offren förstärker upplevelsen av traumat. Denna reaktion kan ibland bli så stark att hjälparen tillfälligt inte kan fungera i sitt arbete (Dyregrov, 2002). Inom forskningen har man dock främst studerat efterreaktionerna hos professionella och frivilliga hjälpare. Studier har bl.a. identifierat akuta stressreaktioner hos brandmän efter räddningsarbete i samband med väldiga eldsvådor (Fullerton et al. 1992; McFarlane, 1988a);

hos ambulansarbetare som tagit hand om kroppar efter en masskatastrof (Thompson, 1993); samt hos poliser efter ett skottlossningsintermezzo (Gersons, 1989 citerad ur Regher & Hill, 2000). Vanliga efterreaktioner är: sömnstörningar, problem med att återgå till normala rutiner, påträngande tankar och minnesbilder, nedstämdhet och sorg, ångest, koncentrationssvårigheter, utmattning, rastlöshet och oro, ilska och irritabilitet, självrannsakan, självförebåelser och skuldkänslor samt förändrade värderingar (Dyregrov, 2002; Fullerton et al. 1992).

Flertalet av dessa efterreaktioner ingår i diagnosen posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). PTSD kännetecknas av; påträngande tankar i form av återupplevanden, minnesbilder och mardrömmar, psychic numbing (känslöstumhet); undvikande där de vanligaste tecknen är isolering och tillbakadragande, psykofysiologisk aktivering som t ex illamående, buksmärtor, yrsel, bröstsmärtor och hjärtklappning. Den drabbade kan över tid också utveckla sekundära problem i form av ångest och depression, irritabilitet, koncentrationssvårigheter, minnesproblem och sömnstörningar, och ibland också personlighetsförändringar (McFarlane, 1988a; Cullberg, 2000; Malt, 2002). För personal inom räddningstjänsten och poliskåren som upprepade gånger utsätts för trauma, ökar risken att utveckla post traumatiskt stressyndrom (McFarlane 1988b; Fullerton et al., 1992; Clohessy & Ehlers, 1999). En betydande andel arbetstagare inom räddningstjänsten uppvisar psykiska symptom däribland post-traumatiskt stressyndrom, och kan behöva hjälp med att bearbeta de traumatiska händelser de bevittnar i tjänst (Clohessy & Ehlers, 1999). Dyregrov (2002) menar dock att starka psykologiska reaktioner hos professionella hjälpare är ovanliga, då deras träning och förberedelse inför uppgiften gör dem relativt motståndskraftiga för denna typ av stressbelastning och senare utveckling av PTSD.

I Robinson och Mitchells studie (1993) fick räddningstjänstpersonal, sjuksköterskor och socialarbetare själva beskriva upplevda symptom på stress efter en kritisk händelse. De symptom som beskrevs var fysiska (matsmältningsproblem, illamående, förhöjt blodtryck samt trötthet), emotionella (sorgsen, gråtmild, känslolös, skräckslagen, ursinnig rädsla, ängslig samt chockad), kognitiva (sömnstörningar, tillbakablickar, tankarna kretsar mest kring händelsen samt rädsla för framtiden), beteendemässiga (festande, aggressiv och intolerant mot andra, oförmåga att tala om händelsen samt starkare känslomässig bindning till familjen). Dessutom beskrev en del att de kände sig allmänt uppskakade och spända, eller att de upplevde åtskilliga symptom på stress, utan att någon av de tidigare nämnda kategorierna övervägde (Robinson & Mitchell, 1993). Personal inom räddningstjänsten upplevde flest kognitiva symptom, följt av beteendemässiga symptom, åtskilliga symptom på stress utan att något övervägde, emotionella symptom, allmänt uppskakad och spänd och slutligen fysiska symptom. Personal inom socialtjänsten och sjukvården upplevde däremot i nämnd ordning; åtskilliga symptom på stress utan att något särskilt symptom övervägde, emotionella symptom, kognitiva symptom, allmänt uppskakad och spänd, och slutligen beteendemässiga och fysiska symptom. När man sen delade upp symptomen i kategorierna ”kognitiva” och ”andra”, blev resultatet att personal inom räddningstjänsten rapporterade signifikant fler kognitiva symptom än de som arbetade inom sjukvården och socialtjänsten. Robinson och Mitchell (1993) menar att ”den höga förekomsten av kognitiva symptom hos anställda inom räddningstjänsten kan avspegla de ohyggliga syner som de tvingas handskas med, och som sedan återspeglas i drömmar, mardrömmar, återblickar (flashbacks) och andra framträdande kognitiva uttrycksformer” (Robinson & Mitchell, 1993 sid.374).

De efterreaktioner som kan uppstå hos hjälpare styrs av ett komplicerat samspel mellan en mängd olika faktorer. Förutom stressorer inverkar också en mängd individuella egenskaper, som sen i sin tur styr individens bemärstringsbeteende och stressreaktion (Dyregrov, 2002).

Bemästring

En utav de mest allmänt utbredda beståndsdelarna i ett psykiskt trauma är upplevelsen av starka känslor. Starka känslor har vanligtvis en viktig roll för den mänskliga överlevnaden men har en särskilt viktig roll i livshotande situationer, då känslomässiga funktioner motiverar individen till ett beteende som är anpassat för att klara av livets krav (Damasio, citerad ur Wastell, 2002).

Begreppet eller termen coping används för att beskriva hur individen försöker att bemästra de negativa stressorer han/hon utsätts för. Coping omfattar såväl de handlingar som de kognitiva och emotionella strategier, som individen utnyttjar för att klara av att finna sig i, reducera eller minimera yttre och inre krav samt konflikter dem emellan.

”Unikt för människan är att hon genom sitt medvetande har en förmåga att kognitivt emotionellt bedöma om en impuls är relevant och värd att följa, och i sådana fall vilket agerande som är lämpligt, för att slutligen göra en uppskattning av den egna förmågan att hantera situationen. Denna förmåga att medvetet anpassa sin stressreaktion kallas coping” (Ghatan, 2002 sid. 235).

Utvecklingen av copingstrategier påverkas starkt av både personlighets- och beteendemönster i samspel med psykosociala förhållanden i miljön (Lundberg, 2002). Enligt Lazarus (1999) handlar coping om hur människor klarar av att hantera livsvillkor som är stressfyllda. Vidare menar Lazarus, att när individen befinner sig i en stressande situation och copingen är effektiv har stressnivån en benägenhet att vara låg, och när copingen är otillräcklig är stressnivån hög. Det är framförallt de kognitiva tolkningsprocesserna (*appraisal*), som intar en central roll i Lazarus och Folkmans teori om coping. (1) *Primary appraisal*: hur en situation tolkas och värderas. Är innebörden i den här händelsen positiv, negativ eller neutral? Om den är negativ betyder det att den är skadlig, hotfull eller utmanande? Det är individens tidigare erfarenheter och situationens karaktär som här avgör om situationen är farlig, hotfull, lockande eller krävande (Lazarus & Folkman 1984; Eriksen & Ursin 2002). (2) *Secondary appraisal*: vilka resurser har jag för att klara av denna stressfyllda situation? Resultatet av denna tolkning/bedömning styr sen valet av copingstrategi. (3) *Reappraisal*: som är den bedömning som individen gör i slutet av copingprocessen, efter att ha konstaterat vilken effekt första försöket att hantera situationen gav. Denna nya bedömning kan antingen minska eller öka individens stressnivå, beroende på om effekten varit positiv eller negativ.

Controllability awareness, är ett begrepp, utvecklat av Todrank - Heth och Somer (2002). Begreppet beskriver individens förmåga att reagera på en situation utifrån vad som kan kontrolleras respektive inte kan kontrolleras, samt förmågan att hantera situationer genom att identifiera praktiska och situationsspecifika lösningar, som effektivt kan genomföras antingen av individen själv eller i samarbete med andra. Begreppet innefattar också förmågan att acceptera att det finns saker som det är meningslöst att försöka förändra, antingen för att de är okontrollerbara eller för att de är någon annans ansvar. I sin studie fann Todrank - Heth och Somer (2002) ett klart samband mellan en utvecklad förmåga av *controllability awareness* i reaktioner på livshändelser och lägre nivåer av ogynnsamma följder (upplevda stress- och fysiska symtom) vilket de menar bekräftar att *controllability awareness* har samband med stresstolerans. Enligt Todrank - Heth och Somer, (2002) är det både situationen och individens personlighetsegenskaper som påverkar hur man hanterar en situation. De katastrofarbetare som upplever en känsla av mening, och som tror att de kan påverka sitt öde samt tror att förändring är del av det normala livet, har funnits uppvisa mindre somatiska och

psykologiska symptom (Bartone, Ursano, Wright & Ingraham citerade i Clohessy & Ehlers 1999).

Lazarus och Folkman citerade ur Lazarus (1993) har beskrivit åtta olika strategier för att bemästra stress: konfrontation, distansering, självkontroll, söka socialt stöd, ta ansvar, flykt-undvikande, planerad problemlösning och positiv omtolkning. Clohessy och Ehlers (1999), har beskrivit sju strategier, som de menar är typiska för professionella hjälpare: söka socialt stöd, positiv omtolkning, professionell attityd, önsketänkande, förnekelse, mental distansering och medvetenhet samt ventilerings av känslor. Det är inte så väl känt hur effektiva dessa copingstrategier är, och hur de är relaterade till psykiska symptom hos professionella hjälpare. I riktigt svåra situationer undertrycker hjälpare medvetet sina reaktioner och använder sig av distansering ifrån och dehumanisering av situationen. Detta för att kunna fokusera koncentration och energi på viktiga arbetsuppgifter (Dyregrov, 2002). Men om dessa bemästringsmekanismer blir så starka att hjälparen upplever sig lösgjord från sig själv eller som en robot s.k. dissociation, finns det risk för senare utveckling av posttraumatiskt stressyndrom (Clohessy & Ehlers, 1999; Dyregrov, 2002). McFarlane (1988a) fann ett positivt samband mellan copingstrategin *flykt - undvikande* av smärtsamma tankar och affekter och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) dvs., ju mer användande av copingstrategin *flykt-undvikande* desto högre värden på PTSD skalan. McFarlane menar att denna copingstrategi å ena sidan kan förhindra ett lyckat införlivande av den traumatiska erfarenheten och på så sätt vara central för uppkomsten av PTSD. Å andra sidan kan det vara så att individer med PTSD flyr/undviker sina traumatiska minnen, då återkallandet av dessa minnen framkallar symptom på ångest. Clohessy och Ehlers (1999), menar att det finns ett positivt samband mellan PTSD och copingstrategierna *önsketänkande* och *mental distansering* dvs., ju mer användande av dessa copingstrategier desto högre värden på PTSD. Fullerton et al. (1992), fann att socialt stöd, typ av ledarskap, nivå av träning och ritualer mildrar stressen hos professionella hjälpare. Framförallt stödet från arbetskamrater, och speciellt när det gällde beslutsfattande,. De fann också att man använde humor som coping vilket de menar för med sig en gemenskap i de känslor man känner.

Enligt Horowitz (1997) krävs det att den som drabbas av en traumatisk händelse använder sig av automatiska försvar för att klara av de överväldigande känslor som kan uppstå under den alarmerande fasen. Wastell (2002) menar att de försvar som stör bearbetningsfasen efter en traumatisk händelse kan skapa framtida dysfunktionella upplevelser som i sin tur kan förknippas med stressrelaterade sjukdomar. ”Om de känslomässiga reaktionerna förblir ointegrerade och en känslomässigt bortträngande försvarsstil blir inrotad, blir de långsiktiga effekterna sannolikt både psykologiskt, fysiologiskt och socialt skadliga” (Wastell, 2002 sid. 839). Professionella hjälpare måste enligt Wastell (2002) kunna klara av att kontrollera sina egna känslor för att kunna klara av att sköta sitt arbete. Vilket innebär att två motverkande processer, starka känslor och aktiv bortträngning av dessa är i gång i dessa yrkeskärers liv. Wastell (2002) fann i sin studie ett positivt samband mellan bortträngning av känslor och symptom på stress. Wastell menar vidare att ”bortträngning av känslomässiga reaktioner på trauma kan vara en pågående källa till fysisk och psykologisk skada, då professionella hjälpare i sin yrkesutövning blir avskilda robotliknande, och har en tendens till att försjunka i koncentration”(Wastell, 2002 sid. 843).

Förutom copingstrategier och personlighetsegenskaper har man också funnit negativa samband mellan ålder och reaktioner hos hjälpare dvs., ju lägre ålder desto starkare stressreaktioner (Taylor och Frazer, citerade i Dyregrov 2002). Något som Weisæth citerad ur Dyregrov (2002) menar snarare beror på bristande erfarenhet än låg ålder. Ytterligare en viktig faktor för utvecklandet av dessa reaktioner är, den omsorgsmiljö som omger hjälparen under och efter katastrofen, inklusive den uppföljning som äger rum (Dyregrov, 2002).

Debriefing

För de individer som drabbats av en katastrof, antingen som offer eller i kraft av sitt yrke, kan man använda sig av psykologisk debriefing i grupp för att förstärka eller förändra copingstrategier, samt för att bearbeta den stress som uppstår i samband med traumatiska händelser. Historiskt uppstod debriefing på slagfältet, där S. L. A. Marshall, organiserade debriefingsessioner för att få exakt information om soldaternas erfarenheter i stridande förband (Shalev, 2000). Strukturen av modern debriefing styrs däremot av flera faktorer som t ex dess mål, traumats typ och svårighet, ledarskap och organisationens stöd, gruppens struktur samt deltagandet i gruppen (Shalev, 2000; Raphael & Wilson, 2000; Dyregrov, 2003).

Generellt sett är debriefing baserad på hypotesen att kognitiva strukturer (nätverk av tankar, känslor, minnen och beteenden) av händelsen förändras genom återberättande, ny information om händelsen och känslomässig befrielse. Detta tros förebygga eller minska risken att utveckla kroniska stressreaktioner (Fullerton, Ursano, Vance och Wang 2002). I litteraturen görs en åtskillnad mellan psykologisk och operationell debriefing. Den operationella debriefingen fokuserar enligt Dyregrov (2003) på utvärdering av roller och funktioner, aktiviteter, procedur och utrustning. Medan psykologisk debriefing är en del av krisinterventionen, och består av gruppmöten för människor som reagerar normalt på onaturliga händelser, för att de skall kunna gå igenom händelsen samt de tankar, känslor och reaktioner som är förknippade med den. Psykologisk debriefing syftar till att lindra sorg, stabilisera situationen, begränsa läkningstiden och återupprätta funktioner både på individ-, familje-, och samhällsnivå (Dyregrov, 2003). Enligt Raphael och Ursano (2002) är det numera vanligt att betrakta psykologisk debriefing som ett användbart akut ingripande i situationer som varierar från negativ stress på arbetsplatsen till våldsamheter i samband med krig, etniska konflikter och naturkatastrofer.

Den mest använda formen av psykologisk debriefing är enligt Raphael och Ursano (2002) ”The Critical Incident Stress Debriefing” (CISD), även kallad psykologisk debriefing (Dyregrov, 2003). CISD är en psykologisk modell som har utarbetats av Mitchell 1983 och sedan vidareutvecklats av Mitchell och Everly (2000). Denna modell av debriefing utvecklades ursprungligen för ambulanspersonal men har också kommit att användas på bl.a. övrig personal inom räddningstjänsten och individer som drabbats av katastrofer, men också på dem som i sitt arbete varit med om krisartade händelser, och soldater i krig och fredsstyrkor (Raphael & Ursano 2002). CISD/Psykologisk debriefing är en organiserad gruppsammankomst där individer på ett gemensamt och strukturerat sätt kan bearbeta den tragiska händelsen och dess efterverkningar. I det första stadiet går man igenom händelsen genom att beskriva syner, ljud och lukter. Man diskuterar också varje individs inblandning i händelsen och vilka följder dennes agerande fått. I nästa stadie uppmanas individerna att berätta om sin egna reaktioner och vilka beteende – och känslomässiga konsekvenser dessa fått för dem själva och deras familjeliv. Därefter beskriver debriefingledaren olika typer av reaktioner och dessas förväntade förlopp. Detta för att normalisera deltagarnas reaktioner och förstärka deras copingförmågor. Dessutom ges också förslag till specifika stresshanteringstekniker, och råd om när man skall söka hjälp. I slutet av sammankomsten uppmanas deltagarna att diskutera sina prestationer samt stödja varandras insatser. Slutligen informeras de om tillgängliga resurser, och eventuell uppföljningsdebriefing. Enligt Dyregrov (2002), behövs det vid katastrofer, som inneburit stora påfrestningar, flera uppföljningsmöten för att man skall kunna bearbeta intryck och reaktioner fullständigt.

Då räddningspersonal begagnar sig av aktivitet och bortträngning för att hålla distans till situationen (Wastell, 2002), är det passande att skjuta upp den formella debriefingen något. Dyregrov (2003) menar att man i ett tidigt skede istället kan använda sig av ett avlastningssamtal (defusion) för att ge personalen möjlighet att samtala om saker som de

själva önskar sätta ord på. Då människor på detta stadium vanligen inte hunnit ta till sig alla känslomässiga implikationer av händelsen, och fortfarande kan vara chockade eller omtumlande. Att delta i en debriefing är frivilligt och i en studie av Fullerton et al. (2002), fann man att de som främst väljer att delta är kvinnor, de som deltagit i debriefing tidigare samt de som varit utsatta för en starkare exponering av trauma, genom att t ex tagit hand om förolyckade barn, eller vars patienter avled. Huruvida psykologisk debriefing är ändamålsenlig eller inte är minst sagt omdiskuterat bland forskare (Deahl, 2000; Everly & Mitchell, 2000; Raphael & Wilson, 2000). Ett flertal studier av debriefing har bl.a. visat, att de som deltar, själva tycker att de mår bättre, och att de flesta deltagare uppfattar debriefingen som något positivt (Robinson & Mitchell, 1993; Larsson & Österdahl citerade ur Larsson, Tedfeldt & Andersson 1999; Regher och Hill, 2000; Eid, Johnsen & Weisæth 2001). Debriefing har också visat sig ha en positiv effekt vad det gäller minskad sjukfrånvaro, minskad personalomsättning, och färre symptom på stress (Mitchell & Everly, 2000; Robinson & Mitchell, 1993; Eid et al. 2001). Nurmi (1999) undersökte förekomsten av posttraumatiska stressreaktioner inom olika grupper av professionella hjälpare som fått debriefing efter Estoniakatastrofen, Grupperna bestod av brandmän och annan räddningstjänstpersonal, personal som arbetade med identifiering av omkomna, samt polisutredare. Dessa hjälpare undersöktes i en jämförande studie med en grupp sjuksköterskor som inte fått debriefing. Vid flera av mätningarna uppvisade sjuksköteskorna signifikant fler reaktioner, som också låg på en mycket hög nivå. Grupperna var dock inte homogena, exempelvis var gruppen sjuksköterskor den enda av grupperna som enbart bestod av kvinnor. Andra studier har dock visat att tillämpningen av debriefing, inte varit till någon nytta, eller att den kan få möjliga negativa följder. I en studie på räddningstjänstpersonal efter en större jordbävning fann man, att debriefing inte främjade den psykologiska återhämtningen. Man fann att debriefing snarare förstärkte problemen över tid, istället för att reducera dem (Kenardy & Carr, 2000). Lundin (2002), har undersökt tillämpningen av psykologisk debriefing i olika miljöer; efter jordbävningen i Armenien; i samband med Estoniakatastrofen; samt för svenska NATO soldater i Bosnien. Han fann att symptomen på traumatisk stress tenderade att minska över tid, men att detta inte hade något att göra med debriefingen. Det hade istället att göra med graden av förberedelse, träning, tidigare erfarenhet och. I andra studier där man jämfört grupper som fått debriefing med grupper som inte fått det har man, inte funnit några skillnader i form av minskade symptom på; PTSD, depression, och andra traumarelaterade symptom (Regher & Hill, 2000; Van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch & Emmelkamp, 2002). Fullerton et al. (2002), fann i sin studie att de som har akuta posttraumatiska stressyndrom hellre talar med make (maka), annan viktig person eller en arbetskamrat.

Enligt Dyregrov (2003) innehåller de studier som rapporterar att psykologisk debriefing är verkningslös, tydliga kliniska och metodologiska brister. Som exempel nämner Dyregrov självselektion i urval av behandlings- respektive kontrollgrupp dvs., deltagarna väljer själva om de skall ingå i den grupp som får debriefing, dvs. behandlingsgruppen eller den grupp som inte får någon dvs. kontrollgruppen. Vilket enligt Dyregrov (2002) kan resultera i, att de som varit utsatta för den starkaste exponeringen på olycksplatsen, och upplever kraftigare reaktioner och följaktligen har ett större behov av debriefing är de, som i första hand väljer att ingå i den grupp som får debriefing. Konsekvensen av denna självselektion i studier blir då enligt Dyregrov, att man inte finner några skillnader mellan grupperna eftersom ”debriefingen har hjälpt deltagarna att få ner sina reaktioner på samma nivå som de mindre exponerade personerna” (Dyregrov, 2002 sid. 274). Andra brister som Dyregrov (2003) nämner är att valet av tidpunkten för debriefingen varierar och ligger ibland utanför den tidsperiod som rekommenderas för psykologisk debriefing, dvs. inom den första veckan efter olyckan, samt att debriefing har studerats isolerat, och inte som en del av en

integrerad hjälpinsats. Oberoende av vad man anser om debriefing, är det som Dyregrov (2003 sid. 26) skriver "en moralisk förpliktelse att hjälpa människor efter krishändelser. Shalev (2000) menar att även om många organisationer pliktskyldigt och rutinmässigt tillämpar debriefing, har inget annat alternativ hittills visat sig ha bättre effekt. Ursano et al. (2000 sid. 40) hävdar att "Debriefing har kanske, liksom sömnmedel och smärtstillande läkemedel, begränsad effekt vad beträffar vanliga hälsomål, men kan likväl vara en viktig intervention för att begränsa smärta, obehag och arbetsförmåga". Enligt Wilson och Sigman (2000) är det viktigt att skaffa mer kunskaper om vilka typer av debriefing som är till hjälp för vilka personer, i vilka situationer och vid vilka tidpunkter. Flera forskare menar att psykologisk debriefing bör vara en del av ett mer mångsidigt sätt att behandla akuta stressreaktioner, och inkluderas av förebyggande utbildning, träning, informella avlastningssamtal samt utrymme för återkoppling från kamrater och ledare (Fullerton, et al., 1992; Regher & Hill, 2000; Van Emmerik et al., 2002).

Enligt Dyregrov (2003), var det från början aldrig meningen att debriefing skulle vara den enda interventionen för att hjälpa professionella hjälpare efter krishändelser. Man har därför gradvist börjat använda uttrycket "Critical Incident Stress Management" (CISM) som överordnat begrepp, för att beskriva en rad strategier för omhändertagande, t ex förebyggande krisutbildning, mobilisering av kollegialt stöd, familjestöd, stöd från organisationer, psykologisk debriefing, stöd från ledare samt individuell uppföljning och remittering för vidare bedömning och terapi. Psykologisk debriefing skall därför ses som, och användas som en del i ett omfattande CISM-program (Robinson, 2000; Dyregrov, 2003). Weisæth, (2000) menar att debriefing skall ingå som en del i CISM, då en debriefing förutsätter att man briefats (informerad och instruerad om målet och syftet med operationen) och tränats för arbetet med den aktuella händelsen.

Enligt Mitchell och Everly (2000), är CISM överlägset i mildrandet av akuta stressreaktioner och i återställandet av individer till normala livsfunktioner. De menar vidare, att ingen enskild teknik för bearbetning och hantering av stress kan vara lika användbar eller lika framgångsrik med alla individer, under alla omständigheter och vid alla tidpunkter. Everly, Flannery och Eyer (2002) fann i sin studie, att CISM är ett kraftfullt verktyg när det gäller att mildra och minska symptom på psykologisk smärta, och menar att CISM är skapat för att kunna hantera kriser, både förebyggande, akut och efter en händelse. Dyregrov (2003) menar att inom organisationer med en klart formulerad åtgärdsplan har ledarna en förhöjd medvetenhet om betydelsen av psykosocialt omhändertagande, och det är lättare att motivera berörda personer till att delta i uppföljning.

I de flesta studier om debriefing använder man sig av mätningar på PTSD eller PTSD-symptom (Clohessy & Ehlers, 1999; Fullerton et al. 2000; Regher & Hill, 2000; Eid et al. 2001; Van Emmerik et al. 2002; Harris et al. 2002). På senare tid har några forskare dock ifrågasatt vilka resultatmål som används inom debriefingforskningen. (Deahl, Srinivasan, Jones, Neblett & Jolly. 2001). Deahl, et al., (2001) menar att även om PTSD och dess symptom är viktiga är de inte de enda konsekvenserna av ett psykologiskt trauma, och bör därför inte vara den allena rådande utgången i mätningar av debriefing. Framtida studier av debriefing bör därför också mäta effekter av annan psykopatologi än PTSD, samt parametrar som social- och yrkesmässig funktion, personlighet och drogmissbruk (Deahl et al., 2001).

Denna studie har två syften varav det ena är att mäta sambandet mellan symptom på stress och debriefing. Samband som skall studeras är sambandet mellan symptom på stress och behov av debriefing, sambandet mellan symptom på stress och deltagande i debriefing samt sambandet mellan symptom på stress och grad av tillgodosedda behov av debriefing. Det andra syftet med den här studien är att jämföra professionella hjälparens symptom på stress med en tidigare undersökt kontrollgrupp.

Metod

Deltagare

Deltagare i undersökningen var professionella hjälpare anställda inom räddningstjänsten. Kontakt togs med ansvarig för krishantering inom räddningstjänsten i en större kommun i Sverige, där man sedan drygt tio år tillbaka infört ett *Critical Incident Stress Management Program (CISM)*. Detta program består av förebyggande utbildning och träning i och för olyckor, etablerande av planer och rutiner samt bildandet av en kamratstödgrupp med utbildning i CISM och speciellt då debriefing, men också utbildning och information om drogmisbruk, familjestöd och samtalstekniker. Urvalet av deltagare blev de som arbetade inom ambulansverksamheten. Det totala antalet anställda på ambulansenheten vid den aktuella räddningstjänststationen, var vid undersökningstillfället 92 personer. Av dessa deltog 43 i undersökningen, och bortfallet utgörs av på 53 %. Av deltagarna var 35 män och 8 kvinnor i åldrarna 20 – 59 år, där den största gruppen (44,2 %) var mellan 30-39 år. Antal yrkesår varierade från mindre än 1 år till 29 år, och drygt hälften (51,2 %), hade arbetat mindre än 4 år.

Mätinstrument

För att kunna uppnå – besvara – syftet utformades ett mätinstrument, ett enkätformulär (se bilaga 1). Enkätformuläret bestod av tre delar och hade sammanlagt av 59 frågor, med möjlighet för egna kommentarer.

- Del 1 i enkätformuläret bestod av 3 demografiska frågor och syftade till att karaktärisera individen med avseende på ålder, kön och antal år av yrkeserfarenhet inom ambulanssjukvården. För att säkra anonymiteten delades frågan om ålder in i fem olika grupper 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 och 60-69.
- Del 2 bestod av 2 frågor som syftade till att kartlägga grad av tillgodsedda behov av debriefing/avlastningssamtal hos respondenterna under det senaste halvåret.
- Del 3 av enkätformuläret bestod av *The Profile of Fatigue-related Symptoms (PRFS)*. PRFS är ett mätinstrument utvecklat av Ray, Weir, Philips och Cullen (1992), för att skatta utpräglingsgraden av ett mer eller mindre kroniserat trötthetstillstånd. PRFS har av upphovsmännen funnits hålla en hög validitet och reabilitet. I mät - instrumentet listas 54 olika symptom eller besvär, och man anger på en 6-gradig skala i vilken utsträckning man upplevt sig besvärad av dessa under den senaste veckan. Besvären bildar fyra dimensioner: trötthet (F, Fatigue), emotionell påverkan (ED; Emotional Distress), kognitiv påverkan (CD; Cognitive Difficulties) och somatiska symptom (SS; Somatic Symptoms). Den svenska versionen är översatt av Sven Carlsson och Leif Peterson vid Göteborgs Universitet. PRFS har använts i denna undersökning med tillstånd av Professor Sven Carlsson, Psykologiska Institutionen vid Göteborgs Universitet.

Procedur

Efter att ovan nämnda organisation tagit del av och godkänt enkäten, bestämdes det att enkäten skulle skickas med post hem till respondenterna. Då ansvariga på den aktuella räddningstjänststationen hade ett intresse av att veta hur de anställda mätte, samt för att

skydda deltagarnas identiteter, bestämdes det att organisationen skulle stå för distributionen av enkäterna. Efter tryckning skickades de således till räddningstjänsten som sedan skickade enkäten vidare hem till var och en av de anställda inom ambulansverksamheten. I utskicket fanns frankerade svarskuvert adresserade direkt hem till undersökningsledaren. Deltagarna fick fjorton dagar på sig att fylla i och returnera enkäten. Under denna tid skickades inga påminnelser ut. Insamlat datamaterial kodades sen in i SPSS 11,5 för Windows, för bearbetning och analys.

Resultat

Sammanfattningsvis visade huvudresultatet i denna studie att det inte fanns några signifikanta samband mellan symtom på stress och debriefing. I jämförelsen av symtom på stress mellan undersökningsgruppen ”ambulansanställda” och jämförelsegruppen i en tidigare studie av Ray et al. (1992), visade resultatet att de professionella hjälparna i denna undersökning uppvisade signifikant färre somatiska symtom på stress. Slutligen visade denna studie på ett signifikant negativt linjärt samband mellan låg ålder och symtom på stress.

Inledningsvis startade resultatredovisningen med att reabilitetstestet *Cronbachs alpha*, och alphavärdet för (PRFS) var 0,98.

Därefter bildades den nya variabeln ”Tillgodo” genom att beräkna differensen mellan fråga E (*Hur många gånger under de senaste 6 månaderna har du deltagit i ett utav arbetsgivaren organiserat samtal för att bearbeta tankar och känslor i samband med påfrestande händelser i ditt arbete?*), och fråga D (*Hur många gånger under de senaste 6 månaderna har du haft ett behov av ett utav arbetsgivaren organiserat samtal för att bearbeta känslomässigt påfrestande händelser i ditt arbete?*). Detta för att kunna ta reda på i viken utsträckning respondenterna fått sina behov av debriefing tillgodosedda.

Resultatet visar att flertalet av deltagarna (79%), inte hade haft något behov av debriefing under de sex aktuella månaderna, följt av 12% som hade haft behov en gång. För de övriga 9% varierade behovet mellan 2- 5 gånger. Gällande deltagande i debriefing var det 14% som hade deltagit i ett debriefingmöte under den aktuella tiden, medan de övriga 86% inte deltagit alls i någon debriefing. Gällande tillgodosedda behov av debriefing var det 18% som ansåg att de inte fått sina behov av debriefing tillgodosedda, 70% som ansåg sig fått sina behov tillfredsställda samt 12% som ansåg att de fått debriefing utan att behöva det.

Variablerna: emotionell påverkan (ED), kognitiv påverkan (CD), somatiska symtom (SS), trötthet (F) bildades därefter genom att beräkna medelvärdet för var och en av de fyra aspekterna av stress. Slutligen bildades variabeln ”Symtom på stress” som består av de fyra dimensionernas (ED, CD, SS och F) sammanlagda medelvärde.

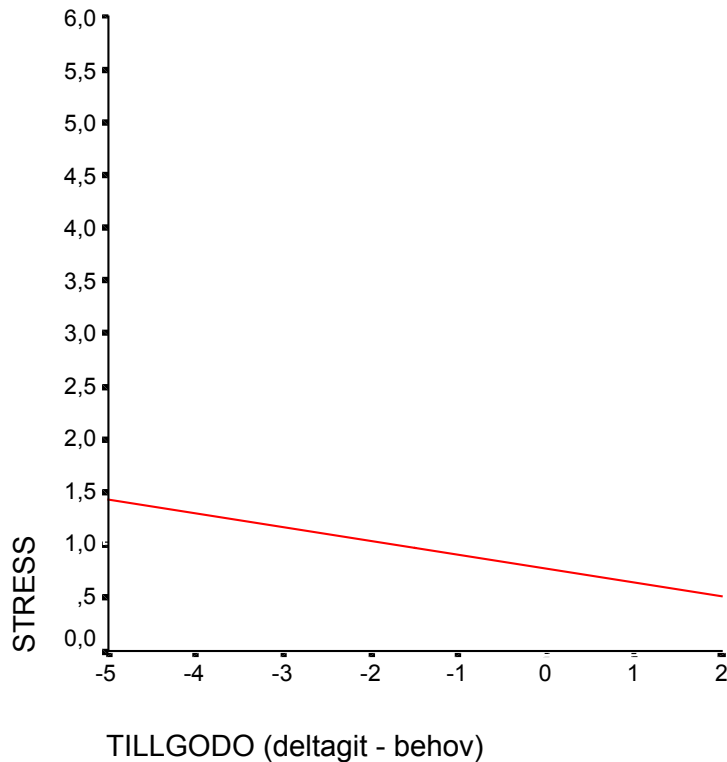
Korrelationsanalys

Enligt Svartdal (2001) uttrycker korrelationskoefficienten både hur *stark* ett samband är och *hur* två variabler samvarierar. Styrkan i en observerad samvariation mellan två variabler indikeras med ett tal mellan -1,0 och 1,0, där 0 betyder frånvaro av samband och 1,0 (-1,0) indikerar ett perfekt samband. Hur variablerna samvarierar, och i vilken riktning indikeras av minus- och plustecknen framför koefficienten. Är koefficienten negativ betyder det att höga värden i den ena variabeln tenderar att höra ihop med låga värden i den andra. Är koefficienten positiv betyder det att höga värden i den ena variabeln tenderar att höra ihop med höga värden i den andra.

Tumregel för korrelationsanalys (Svartdal, 2001):

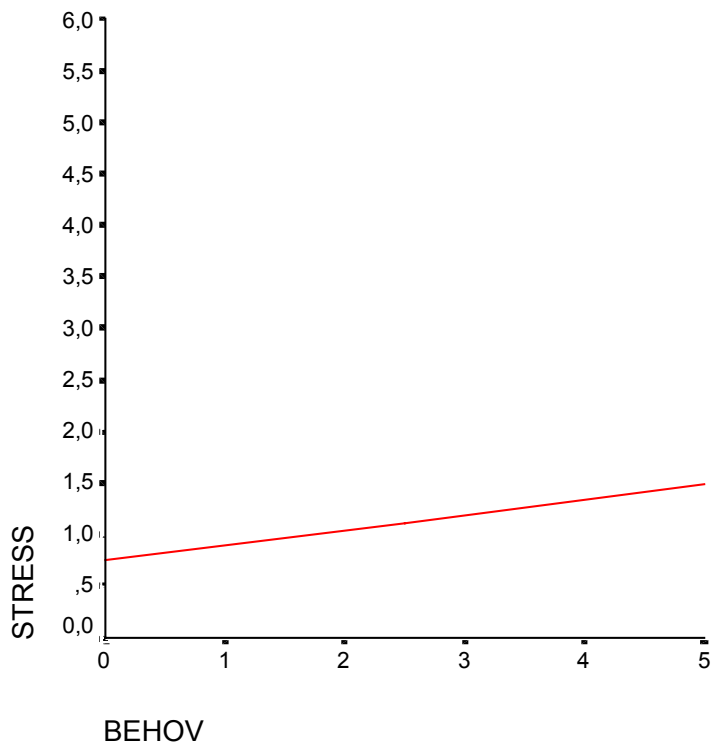
- 0,00-0,30 = mycket låg korrelation.
- 0,30-0,50 = låg korrelation.
- 0,50-0,70 = medelmåttig korrelation.
- 0,70-0,90 = hög korrelation.
- 0,90-1,00 = mycket hög korrelation.

Korrelationen mellan grad av tillgodosedda behov av debriefing och stress visade på ett svagt negativt linjärt samband $r = -0,16$ $df = 41$ $p > 0,05$ (figur 1). Detta samband pekar på en svag tendens till att de som inte har fått sina behov av debriefing tillgodosedda upplever mer stress. Detta samband var dock mycket svagt och ej signifikant, och variabeln "Tillgodo" förklarade endast 3 % av variansen i variabeln stress ($r^2 = 0,03$).



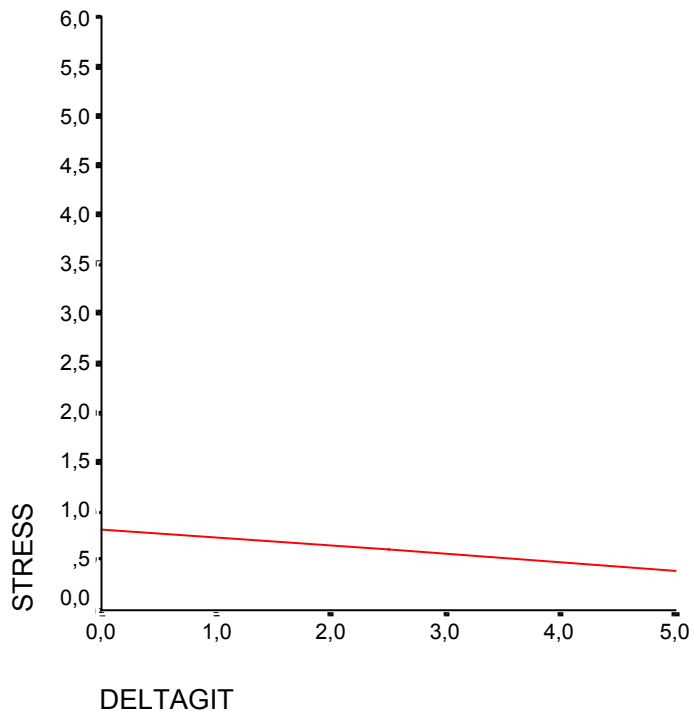
Figur 1. Diagram med regressionslinje som visar på ett svagt negativt linjärt samband mellan faktorerna ej tillgodosedda behov av debriefing och stress.

Resultatet av korrelationen mellan Behov och Stress visade på ett svagt positivt linjärt samband $r = 0,16$ $df = 41$. $p > 0,05$ (figur 2). Sambandet pekar på en tendens till att de som hade ett större behov av debriefing upplevde mer stress. Detta samband var dock mycket svagt och ej signifikant, och variabeln "Behov" förklarade endast 3 % av variansen i variabeln stress ($r^2 = 0,03$).



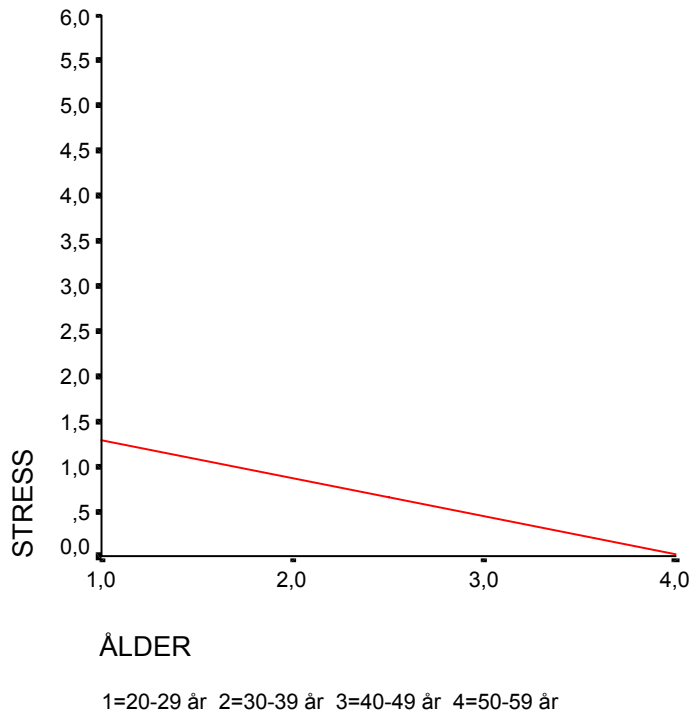
Figur 2. Diagram med regressionslinje som visar på ett svagt positivt linjärt samband mellan faktorerna större behov av debriefing och stress.

Mellan variablerna Deltagit och Stress visade resultatet på ett svagt negativt linjärt samband $r = -0,03$ $df = 41$ $p > 0,05$ (figur 3). Sambandet pekar att det fanns en svag tendens till att de som har deltagit i debriefing upplever mindre stress. Detta samband var dock mycket svagt och ej signifikant, och variabeln Deltagit förklarade endast 0,09 % av variansen i variabeln Stress ($r^2 = 0,0009$).



Figur 3. Diagram med regressionslinje som visar på ett mycket svagt negativt linjärt samband mellan faktorerna deltagit i debriefing och stress.

Resultatet av korrelationsanalysen mellan Stress och Ålder, visade ett negativt linjärt samband mellan Ålder och Stress $r = -0,40$ $df = 41$ $p < 0,05$ (fig. 4). Sambandet visar att de yngre deltagarna upplever mer stress än de äldre deltagarna. Detta samband var signifikant, och variabeln Ålder förklarade 16 % av variansen i variabeln Stress ($r^2 = 0,16$).



Figur 4. Diagram med regressionslinje som visar på ett svagt negativt linjärt samband mellan faktorerna ålder och stress.

Jämförelse och t- test av medelvärden på stress indelad i fyra dimensioner.

För en grupp patienter med diagnosen kroniskt trötthetssyndrom ($n = 64$), och för en ålders- och könsmatchad jämförelsegrupp av vuxenstuderande ($n = 64$), anger metodens upphovsmän Ray et al. (1992) följande medelvärden och (standardavvikelse). Medelvärden och (standardavvikelse) för respondenterna visas under rubriken ”Ambulansanställda”.

Tabell 1. Medelvärden och standardavvikelse för patienter , jämförelsegrupp och ambulansanställda (undersökningsgrupp).

Stress Dimensioner PRFS	Patienter	Jämförelsegrupp	Ambulansanställda
ED (emotionell påverkan)	2,58 (1,63)	1,44 (1,15)	0,98 (1,27)
CD (kognitiv påverkan)	2,85 (1,53)	1,21 (1,08)	0,95 (1,14)
SS (somatiska symtom)	2,11 (1,33)	0,65 (0,63)	0,41 (0,55)
F (trötthet)	3,80 (1,42)	1,09 (1,33)	0,89 (0,97)

För att undersöka om det fanns någon signifikant skillnad i medelvärden mellan de ambulansanställda och jämförelsegruppen gjordes t-test mellan de fyra olika dimensionerna av stress. Resultatet visade att, de ambulansanställda uppvisade signifikant färre somatiska symtom än jämförelsegruppen ($t = 2,03$, $df=105$, two-tailed $p < 0,05$). Av tabellen ovanför framgår dock att gruppen ”ambulansanställda” tenderar att uppvisa färre symtom även i de övriga dimensionerna av stress, då samtliga deras medelvärden var lägre än medelvärdena för jämförelsegruppen.

Diskussion

Att delta i en debriefing är frivilligt. Majoriteten av deltagarna i denna undersökning (79 %), hade inget behov av debriefing, under den tid som undersökningen avsåg, och endast 14% hade deltagit i ett debriefingmöte under den aktuella tiden. Att så många inte haft något behov av debriefing och att så få deltagit i något, kan naturligtvis ha en mängd olika förklaringar. Exempelvis kan det vara så att deltagarna under den aktuella tiden inte varit involverade i någon traumatisk händelse eller inte varit utsatta för en kraftig exponering på olycksplatsen (Ursano et al .2000). Men då efterreaktioner och bemästringsförmåga (coping) hos individer som varit utsatta för stressande situationer också styrs av ett komplicerat samspel mellan stressorer såväl som situationella faktorer och personliga faktorer (Dyregrov, 2002; Dyregrov, 2003; Todrank - Heth och Somer, 2002), kan det också vara så, att de som varit involverade i en eller flera traumatiska händelser inte upplevde den som särskilt stressframkallande.

Majoriteten av deltagarna (82%) i denna studie upplevde att de hade fått sina behov av debriefing tillgodosedda och korrelationen mellan stress och tillgodosedda behov av debriefing visade på en svag tendens till att de som fått sina behov av debriefing tillgodosedda upplever mindre stress. Likaså visade korrelationen mellan stress och deltagande på en tendens till att

de som deltagit i debriefing upplever mindre stress. Dessa tendenser ligger i linje med resultat från tidigare studier, där man funnit att debriefing reducerar symtom på stress (Robinson & Mitchell, 1993; Nurmi, 1999; Eid, Johnsen & Weisæth, 2001). Men dessa samband var dock mycket svaga och ej signifikanta, vilket innebär att denna studie inte kan påvisa att debriefing skulle ha en reducerande effekt av symtom på stress. Det kan istället vara så att debriefing inte är till någon nytta vad det gäller främjandet av den psykologiska återhämtningen, något som också Kenardy och Carr (2000) hävdar i sin studie.

Lundin (2002) menar att minskandet av traumatisk stress har att göra med graden av förberedelse, träning, tidigare erfarenhet och ”professionella” kontra ”icke professionella” roller. De mest vanliga stressorena som hjälpare upplever vid katastrofarbete är enligt Dyregrov (2002) ”ovisshet vid uttryckning; tidspress; tillströmning av allmänhet och massmedia, starka sinnesintryck, kontakt med omkomna och skadade, katastrofens omfattning och dess varaktighet och intensitet, bristfällig utrustning samt problem ifråga om samarbete, ordergivning, samordning och ledning” (sid. 238). Detta sammantaget kan därför också innebära att ovan nämnda tendenser är ett resultat av deltagarna i denna undersökning arbetar inom en organisation där man sedan drygt tio år tillbaka infört ett *Critical Incident Stress Management Program* (CISM). Dels för att CISM har funnits vara ett kraftfullt och överlägset verktyg när det gäller att mildra och minska symtom på psykologisk smärta (Mitchell & Everly, 2000; Everly, Flannery & Eyster, 2002), men också för att träning och förberedelse inför svåra händelser samt instruktioner om syfte och mål med operationen rimligtvis torde bidra till att minska de omgivande stressorena.

Denna studie visade också på en tendens till att de som ansåg sig ha haft behov av debriefing under den aktuella tiden upplevde starkare symtom på stress. Att de som har ett större behov av debriefing tenderar att uppleva kraftigare symtom på stress är i sig inte speciellt uppseendeväckande, då det förmodligen är just upplevelsen av stress som skapar behovet. I en tidigare studie har man funnit att det framförallt är de som varit utsatta för en starkare exponering på olycksplatsen som väljer att delta i debriefing (Fullerton et al, 2002). Det kan därför vara så att de deltagare som i denna undersökning ansett sig ha behov av debriefing, varit med om situationer som de upplevt som särskilt stressande. Även denna tendens var dock mycket svag och ej signifikant, vilket kan innebära att dessa deltagares uppmätta nivå av stress, inte har något samband med just behovet av att få tala om känslomässigt påfrestande händelser i arbetet. Det kan istället vara så att den uppmätta stressnivån har sin förklaring i deltagarnas privata liv.

I överensstämmelse med en tidigare studie av Taylor och Frazer, citerad i Dyregrov (2002) visade denna studie på ett signifikant negativt linjärt samband mellan ålder och symtom på stress, dvs. ju lägre ålder desto starkare stressreaktioner. Men precis som Weisæth (citerad ur Dyregrov 2002) menar, orsakas troligtvis detta samband snarare av bristande erfarenhet än av låg ålder. Något som också Lundins (2002) undersökning av psykologisk debriefing i olika miljöer visat, då han funnit att graden av tidigare erfarenhet var en av de faktorer som påverkade minskandet av symtom på traumatisk stress.

Denna studie visade också att de ambulansanställda som deltog i denna undersökning uppvisade signifikant färre somatiska symtom på stress, än den jämförelsegrupp som ingick i Ray et al. (1992) studie. Resultatet är kanske inte så överraskande, då personal inom räddningstjänsten uppgivit att just somatiska reaktioner är den typ av reaktion som de upplever förekommer minst (Robinson & Mitchell, 1993). Men det kan också finnas andra förklaringar, som att professionella hjälpare genom sin träning och förberedelse är relativt motståndskraftiga mot stressbelastningar (Dyregrov, 2002). Eller att det beror på deltagarnas personlighetsegenskaper, då man funnit att katastrofarbetare som upplever en känsla av mening, och tror att de kan påverka sitt öde och att förändring är del av det normala livet

uppvisar mindre somatiska och psykologiska symptom (Bartone, Ursano, Wright & Ingraham citerade i Clohessy & Ehlers 1999).

Att jag i denna studie inte har kunnat finna några signifikanta samband mellan debriefing och stress, kan dels bero på det stora bortfallet (53 %) av undersökningsgruppen, men det kan också bero på brister i metod. Syftet med studien var bl. att mäta sambandet mellan symptom på stress och debriefing med hjälp av variablerna Deltagit, Behov och Grad av tillgodosedda behov av debriefing där deltagarna själv fick skatta sina behov under det senaste halvåret. Grad av tillgodosedda behov bestod av differensen mellan deltagit och behov. Det är dock möjligt att deltagarnas egna uppgifter om sina behov av debriefing kan ha påverkats av variabler som denna studie inte kunnat ta hänsyn till. Viket då också fått en effekt på variabeln Grad av tillgodosedda behov. En annan brist kan vara att denna studie mätt symptom på stress under den närmast föregående veckan och inte i anslutning till en akut händelse.

Denna studie har precis som flera tidigare studier inte kunnat visa att psykologisk debriefing skulle ha en positiv effekt för den psykiska hälsan (Regher & Hill, 2000; Kenardy & Carr, 2000; Van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch & Emmelkamp, 2002; Lundin 2002). Men då ett flertal tidigare studier ändå visat att de flesta som deltagit i debriefing uppfattar det som något positivt och själva tycker att de mår bättre (Robinson & Mitchell, 1993; Larsson & Österdahl citerade ur Larsson, Tedfeldt & Andersson 1999; Regher och Hill, 2000; Eid, Johnsen & Weisæth 2001), samt att inget annat alternativ hittills har visat sig ha bättre effekt (Shalev 2000), är det av största vikt att man fortsätter forskningen kring psykologisk debriefing. Denna studie har visat på möjligheten att mäta andra parametrar än posttraumatiskt stressyndrom. För att öka kunskapen om debriefing bör framtida forskning använda parametrar av olika slag för att kunna mäta möjliga effekter av debriefing, samt studera debriefing som en del av en integrerad hjälpinsats och inte isolerat. Sådan forskning bör också inkludera olika typer av professionella hjälpare samt använda kontrollgrupper för metodologisk kontroll, och inte använda självselektion i urvalet, då det kan inverka negativt på resultatet (Dyregrov, 2002). Att använda kontrollgrupper som inte självselekerats kan naturligtvis var svårt och också moraliskt förkastligt då det skulle kunna innebära att man är tvungen att neka de individer som vill ha hjälp för att bearbeta sin känslor. Ett förslag kan då vara, att man erbjuder de olika grupperna skilda typer av hjälp för att se om något fungerar bättre. Ett annat förslag är att man jämför organisationer som infört CISM med organisationer som inte har gjort det för att undersöka om det föreligger någon signifikant skillnad.

Referenslista

- Agervold, M. (2001). *Arbete och stress en introduktion till miljöpsykologi*. Lund: Studentlitteratur
- Arnetz, B. (1995). Stressreaktioner i informationssamhället: Fysiologiska och psykosociala aspekter. I T. Sivik & T. Theorell (red:er), *Psykosomatisk medicin (ss. 81-97)*. Lund: Studentlitteratur.
- Clohessy, S. & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 251-265.
- Cullberg, J. (2000), *Dynamisk psykiatri*. (6th ed). Stockholm : Natur och Kultur
- Deahl, M. P. (2000). Debriefing and body recovery: war grave soldiers I B. Raphael & J.P. Wilson (red:er), *Psychological Debriefing: Theory Practice and Evidence (ss. 182-194)*. London: Cambridge University Press.
- Deahl, M.P., Srinivasan, M., Jones, N., neblett, C. & Jolly, A. (2001). Evaluating Psychological Debriefing: Are We Measuring the Right Outcomes? *Journal of Traumatic Stress*, 14, 527-529.
- Dyregrov, A. (2003). *Psykologisk debriefing*. Lund: Studentlitteratur.
- Dyregrov, A. (2002) *Katastrofpsykologi (andra upplagan)*. Lund: Studentlitteratur.
- Eid, J., Johnsen, B.H. & Weisæth, L. (2001). The Effects of Group Psychological Debriefing on Acute Stress Reactions Following a Traffic Accident: A Quasi-Experimental Approach. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3, 145 –154.
- Eriksen, H.R. & Ursin, H. (2002). Kognitiv stressteori. I R. Ekman & B. Arnetz, (red:er), *Stress Molekylerna Individens Organisationer Samhället (ss.107-117)*. Stockholm: Liber AB.
- Everly, G.S., Flannery, R.B. & Eyer, V.A. (2002). Critical Incident Stress Management (CISM): A Statistical Review of the Literature. *Psychiatric Quarterly*, 73, 171 –182.
- Fullerton, C.S., Ursano, R.J., Vance, K. & Wang, L. (2000). Debriefing following trauma. *Psychiatric Quarterly* 71, 259 –276.
- Fullerton, C.S., McCarroll, J.E., Ursano, R.J. & Wright, K.M. (1992). Psychological Responses of Rescue Workers: Fire Fighters and Trauma. *American Journal of Orthopsychiatry* 62, 371-378.
- Ghatan. P.H. (2002). Stress och hjärnskaderehabilitering. I R. Ekman & B. Arnetz, (red:er), *Stress Molekylerna Individens Organisationer Samhället (ss. 234 - 245)*. Stockholm: Liber AB.

- Harris, M.B., Baloglu, M. & Stacks, J.R. (2001). Mental Health of Trauma-Exposed Firefighters and Critical Incident Stress Debriefing. *Journal of Loss and Trauma*, 7, 223–238.
- Hassling, P. (2002). Disaster Management and the Goteborg Fire of 1998: When First Responders Are Blamed. *International Journal of Mental Health*, 2 (4), 267-273.
- Horowitz, M.J. (1997). *Stress response syndrome*. (2nd ed). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jürisoo, M. (2001). *Burnout – från stress och utbrändhet till den goda organisationen*. Stockholm: Ekerlids förlag.
- Karasek, R., Theorell, T., Schwartz, J., Schnall, P., Pieper, C. & Michaela, J. (1988). Job characteristics in relation to the nonrelevance of myocardial infarction in the U.S. Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). *American Journal of Public Health*, 78, 910-918.
- Kenardy, J.A. & Carr, V.J. (2000). Debriefing Post Disaster; Follow-Up After a Major Earthquake. I B. Raphael & J.P. Wilson (red:er), *Psychological Debriefing: Theory Practice and Evidence* (ss. 174-181). London: Cambridge University Press.
- Larsson, G., Tedfeldt, E-L., & Andersson, B. (1999). Conditions Affecting Experiences of the Quality of Psychological Debriefings: Preliminary Findings from a Grounded Theory Study. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 91–97.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. London: Free Association Books.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present and Future *Psychosomatic Medicine* 55, 234-247.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lundberg, U. (2002). Samspelet individ, samhälle, livsstil och biologi. I R. Ekman & B. Arnetz, (red:er), *Stress Molekylerna Individens Organisationer Samhället* (ss. 275 - 288). Stockholm: Liber AB.
- Lundin, T. (2000). Debriefing After Disaster. I B. Raphael & J.P. Wilson (red:er), *Psychological Debriefing: Theory Practice and Evidence* (ss. 182-194). London: Cambridge University Press.
- Malt, U.F. (2002). Akut stressreaktion och posttraumatiskt stressyndrom. I R. Ekman & B. Arnetz, (red:er), *Stress Molekylerna Individens Organisationer Samhället* (ss. 192-208). Stockholm: Liber AB.
- McFarlane, A.C. (1988a). The aetiology of post-traumatic stress disorders following a natural disaster. *British Journal of Psychiatry*, 152 116-121.
- McFarlane, A.C. (1988b). The relationship between psychiatric impairment and a natural disaster: The role of distress. *Psychological Medicine*, 18 129-139.

- Mitchell, J.T. & Everly, G.S. (2000). Critical Incident stress management and Critical Incident Stress Debriefings: Evolutions, Effects and Outcomes. I B. Raphael & J.P. Wilson (red:er), *Psychological Debriefing: Theory Practice and Evidence* (ss. 71-90). London: Cambridge University Press.
- Nurmi, L.A. (1999). The sinking of the Estonia: The effects of critical incident stress debriefing (CISD) on rescuers. *International Journal of Emergency Mental Health, 1*, 23-31.
- Perski, A. (2002). *Ur Balans*. Stockholm: Bonnier Fakta
- Raphael, B. & Ursano, R. J. (2002). Psychological Debriefing. I Y. Danieli.(red:), *Sharing the frontline and the back hills* (ss. 343-352). Amityville New York: Baywood Pub.Co.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes*. London: Hutchinson.
- Raphael, B. & Wilson, J.P. (2000). Introduction and overview: Key issues in the conceptualization of debriefing. I B. Raphael & J.P. Wilson (red:er), *Psychological Debriefing: Theory Practice and Evidence* (ss. 1-14). London: Cambridge University Press.
- Ray, C., Weir, W.R., Philips, S. & Cullen, S. (1992). Development of a measure of symptoms in chronic fatigue syndrome: The Profile of Fatigue – Related Symptoms. *Psychology and Health, 7*, 27-43.
- Robinson, R.C. & Mitchell, J.T. (1993). Evaluation of Psychological Debriefings. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 367-383.
- Regher, C. & Hill, J. (2000). Evaluating the Efficacy of Crisis Debriefing Groups. *Social Work with Groups, 23* 69-79.
- Shalev, A.Y. (2000). Stress management and debriefing: historical concepts and present patterns. I B. Raphael & J.P. Wilson (red:er), *Psychological Debriefing: Theory Practice and Evidence* (ss. 17-31). London: Cambridge University Press.
- Svartdal, F. (2001). *Psykologins forskningsmetoder*. Stockholm: Liber AB.
- Theorell, T. (2002) Kontroll över den egna situationen – en förutsättning för hantering av negativ stress. I R. Ekman & B. Arnetz, (red:er), *Stress Molekylerna Individens Organisationer Samhället* (ss. 289-299). Stockholm: Liber AB.
- Thompson, J. (1993). Psychological Impact of Bode Recovery Duties, *Journal of the Royal Society of Medicine, 86*, 628-629.
- Todrank – Heth, J. & Somer, E. (2002). Characterizing stress tolerance: ”controllability awareness” and its relationship to perceived stress and reported health. *Personality and Individual Differences, 33*, 883 – 895.

- Ursano, R.J., Fullerton, C.S., Vance, K. & Wang, L. (2000). Debriefing: its role in the spectrum of prevention and acute management of psychological trauma. I B. Raphael & J.P. Wilson (red:er), *Psychological Debriefing: Theory Practice and Evidence* (ss. 32-42). London: Cambridge University Press.
- Van Emmerik, A.A.P., Kamphuis, J.H., Hulsbosch, A.M. & Emmelkamp, P.M.G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *The Lancet*, 360, 766-770.
- Wastell, C.A. (2002). Exposure to trauma: The Long-Term Effects of Suppressing Emotional Reactions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 839-845.
- Weisæth, L. (2002). Kollektiv traumatisk stress: kriser, katastrofer, krig. I R. Ekman & B. Arnetz, (red:er), *Stress Molekylerna Individuen Organisationen Samhället* (ss. 316-342). Stockholm: Liber AB.
- Wilson, J.P. & Sigman, M.R. (2000). Theoretical perspectives of traumatic stress. I B. Raphael & J.P. Wilson (red:er), *Psychological Debriefing: Theory Practice and Evidence* (ss. 58-68). London: Cambridge University Press.

Högskolan Trollhättan / Uddevalla
Institutionen för Individ och Samhälle
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521 – 264000 Fax 0521 – 264099
www.htu.se