

# Debriefing är mer än bara en teknik

## Granska inte bara *om* utan även *hur* samtalet har förts

I en mycket intressant artikel i Läkartidningen 9/01 (sidorna 934-5) redogör professor Ulla Waldenström och dr Rhonda Small för en undersökning av debriefingens effekter på kvinnor som genomgått operativ förlossning. Undersökningen visade att man inte kunde finna att debriefing (eller förlossningssamtalen som man senare mer korrekt kallar dem) haft någon positiv effekt på kvinnornas välbefinnande vid uppföljning sex månader efter samtalen.

### CLAES-OTTO HAMMARLUND

sjukhuspräst, leg psykoterapeut, S:t Görans sjukhus, Stockholm  
claes-otto.Hammarlund@stgoran.se

II Jag håller med Waldenström och Small när de framhåller att frågan gäller huruvida samtalsstöd i den beskrivna formen faktiskt har effekt eller ej. I sammanfattningen konstaterar man att resultaten stöder studien av Wessley, Rose och Bisson i Cochrane review.

Dessa slutsatser ligger nära till hands, men jag menar att resultaten lika gärna kan tyda på att »så här skall man kanske inte gå tillväga«. Vad jag saknar är ett utförligare resonemang om hur samtalen förts och hur psykologiskt kunniga samtalsledarna varit. Det kan inte räcka med att kalla samtalen »empatiska«.

Vad som ännu tydligare sticker mig i ögonen är att kvinnorna varit med om en traumatisk upplevelse, men i stället för att få samtala med kurator eller psykolog får de mitt i sin somatiska kris ett enstaka krissamtal.

Det är viktigt att, som författarna gör, problematisera samtalssituationen: »Det är inte självklart att samtal, som vi i allmänhet uppfattar som något gott, har effekt på den psykiska och fysiska hälsan«. Men det säger inte mer än att skriva: »Drycker kanske är hälsovådliga«. Alla samtal ser ju inte likadana ut.

### Tillit och kvalitet det viktigaste

Här menar jag att det är viktigt att peka på den nyare psykoterapiforskningen som visar att det inte är de specifika faktorerna (kognitiva tekniker, överförings-tolkningar, exekutiva mönster) som är de viktigaste kurativa elementen vid psykologiska behandlingar, utan de ospecifika faktorerna, såsom kvaliteten i relationen, kontakten, tilliten och förtroende mellan behandlare och behandlad. Debriefing bör enligt min erfarenhet mindre ses som en teknisk åtgärd och

mer som en psykologisk. Dess utfall beror mer på den drabbades egen upplevelse av sin situation och kontakten med omgivningen och debriefingledaren än huruvida ledaren rent formellt följer Mitchells sju punkter.

### Släkt med samtalskonst och psykoterapi

Debriefing är mer släkt med samtalskonst och psykoterapi än med tekniska och farmakologiska åtgärder. Men mycket ofta, jag skulle vilja säga alltför ofta, betraktas debriefing nästan enbart som en teknisk åtgärd som är oberoende av hur och under vilka förhållanden den utförs.

Mitchells modell lägger mycket stor vikt vid ledarnas kompetens och aktivitet. Man får heller inte bortse från att en viktig förutsättning för ett gott utfall handlar om att den drabbade bekräftas av andra drabbade inom den grupp han/hon tillhör. Därför borde undersökningar också omfatta dessa faktorer.

### Försvarsmekanismerna förändras

En omedelbar effekt av ett psykiskt trauma är att de psykologiska försvarsmekanismernas mönster omedelbart förändras. Olika försvar, som t ex bortträngning, kan ibland komma att fungera mycket sämre eller helt upphöra (unrepression), vilket medför att gamla minnen dyker upp igen. Särskilt tidigare traumatiska upplevelser eller händelser som har ett associativt samband med den aktuella händelsen kan återkomma med en förvånansvärd tydlighet i form av olika minnesbilder.

Denna psykologiska mekanism är också skälet till att man i en traumatisk kris kan få en möjlighet att bearbeta och avsluta tidigare oarbetade eller »defektläkta« kriser [1]. Eftersom den traumatiska händelsen i de flesta fall har orsakat en känsla av kontrollförlust hos den drabbade är det viktigt att stödåtgärderna inte ökar denna känsla t ex genom att samtalsledaren kommer med överräs-

kande eller pressande frågor. Hur kunniga har barnmorskorna varit om detta?

### Begreppet har omdefinierats

Debatten har komplicerats av att flera debattörer har omdefinierat begreppet debriefing, i synnerhet efter publiceringen av Wessley–Rose–Bisson-studien i Cochrane review. Att denna studie har mötts med sådan respekt är för mig en gåta. Läser man hela studien (inte bara sammanfattningen) finner man att den *inte* behandlar vanligt krisarbete, t ex krisintervention, trots att det anges i titeln.

Huvudkriteriet för vetenskaplighet är randomiseringen – inte att de granskade krisinterventionerna har utförts i enlighet med gängse psykosociala principer. I förteckningen över de undersökningar som man i studien avstår från att värdera, och orsaken härtill, framgår tydligt att studien inte handlar om debriefing av grupper och att den inte befattar sig med debriefing som följs upp med flera sessioner. De som har utfört metaanalysen, Simon Wessley, Suzanna Rose och Jonathan Bisson, kommer fram till att det utifrån deras kriterier endast finns ett fåtal studier som håller någorlunda kvalitet, och dessa studier dömer ut debriefing.

Jag måste medge att jag höjde på ögonbrynen när jag läste att just Rose' och Bissons studier angavs vara de bästa. Alltså: två av dem som utfört studien (där mycket av evalueringarna gjordes

*Enskilda kurativa samtal har kallats för debriefing. Samlingar för chockade anhöriga har kallats för debriefing. Nästan vilket samtal som helst som har innefattat rekapitulering av en svår upplevelse eller ett trauma har kallats för debriefing.*



# Annons

# Annons

# Annons

# Annons

genom samtal mellan de tre författarna) placerar sina egna alster på första plats.

### Granskning av interventionsstudier

I ISTSS News granskades hösten 1998 en mängd studier om krisintervention [3], bl a de ovan nämnda som ju påstods verifiera att debriefing och krisintervention inte hade någon positiv effekt. Bl a granskades Kenardy et al (1996), McFarlane (1998), Bisson et al (1997), Gerson, Carlier och Vrijlandt (1997), och Hobbs et al (1996).

En allvarlig invändning mot dessa studier var att författarna inte tillfredsställande definierat vilka variabler man egentligen mätte och vad dessa variabler bestått av. Randomiseringsförfarandet var oklart. Särskilt Kenardys studie, som ofta anförs som bevis på att debriefing är verkninglös eller rent av skadlig, överflödar av oklarheter, och de undersökta debriefingarna skedde under så oklara förutsättningar att författarna själva påtalar detta.

Studier med oklart randomiseringsförfarande har generellt visat sig ge överskattning av resultaten [2]. Detta har dock inte hindrat att det dragits mycket stora negativa växlar på materialet. Vid granskningen av Hobbs (1996) och Bisson et al (1997) visar det sig till och med att undersökarna under studiens gång frångick det ursprungligen designade upplägget. En viktig forskningsprincip är ju att undvika just detta.

### Andra studier har visat positiva effekter

Det skall inte förnekas att den seriösa forskningen beträffande effekterna av krisintervention och debriefing är av tämligen sent datum. Under en lång följd av år koncentrerade man sig på att dokumentera förlopp, symtom och den kliniska bilden vid behandlingen av posttraumatisk stress (PTSD).

Om man inser att man måste ha vissa elementära kunskaper i psykoterapiforskning om man skall granska utfall av psykologisk behandling av människor finns emellertid andra vetenskapliga studier och undersökningar som verifierar den positiva effekten av korrekt och kompetent utförd krisintervention. Hösten 1998 refererar Mitchell och Everly [3] inte mindre än 38 undersökningar som stöder uppgifterna om positiv effekt av debriefing. Upprepade gånger har undersökningar verifierat subjektiva kliniska iakttagelser att snabb psykosocial intervention reducerar negativa följdverkningar av psykiskt trauma [4].

### Metaanalys av PTSD-behandlingar

År 1998 publicerade Jeffrey J Sherman [5] en metaanalys av olika terapeutiska

behandlingar för PTSD. Alla som ingick i Shermans studie uppfyllde kriterierna för PTSD enligt DSM-III, DSM-III-R eller DSM-IV. I analysen ingick endast studier som inkluderade kontrollgrupper, var noggrant statistiskt specificerade, och använde sig av objektiva mätmetoder beträffande utfallet.

Sammanlagt 17 undersökningar studerades. Försökspersonernas antal (n) uppgick till 690. I 12 av studierna fanns data från uppföljning 3 månader till 2 år efter avslutad behandling. De behandlingseffekter som kunde konstateras var signifikanta och uppmuntrande.

Slutsatserna blev att psykoterapeutisk behandling reducerar PTSD och generell psykiatrisk symtomatologi samt att effekterna av behandlingen kvarstår efter avslutad behandling [5]. Även undersökningar som genomförts på svensk FN-personal stöder uppfattningen att debriefing har positiva effekter [6].

En studie om deltagarnas upplevelser av den debriefing som genomfördes efter bankränet i Kisa och polismorden i Malexander samt efter skottlossningen utanför Universitetssjukhuset i Linköping 1999 visade bl a att 66 procent av deltagarna kände sig hjälpta av debriefingen och att 88 procent av deltagarna efteråt uttalade sig positivt om debriefing som metod att bearbeta stress [7].

### Bristande stringens i användningen

Jag är ganska säker på att man vid klinisk utvärdering av ett nytt medicinskt preparat inte skulle tolerera att preparatet förorenades genom oskicklig hantering. Detta skulle ju säkert kunna påverka undersökningens resultat. Men det är just oskickligt hanterande som jag sett i studie efter studie som föregivits handla om debriefing.

Enskilda kurativa samtal har kallats för debriefing. Samlingar för chockade anhöriga har kallats för debriefing. Nästan vilket samtal som helst som har innefattat rekapitulering av en svår upplevelse eller ett trauma har kallats för debriefing.

### Ta hänsyn till alla läkande faktorer

Varför fokuserar man så enögt på begreppet debriefing, i stället för att intressera sig för och granska så många som möjligt av alla de faktorer som påverkar upplevelsen och återhämtningen efter ett trauma? Varför intresserar man sig bara för om samtal har utförts med en drabbad, men inte hur?

### Oklarheterna bör minskas, inte ökas

Jag kan inte frigöra mig från känslan av att Waldenström och Small en smula

lättvindigt avfärdar de båda artiklarna av Michel, Larsson och Lundin respektive Håkansson och Schulman i Läkartidningen 22/00 (sidorna 2767-75). Här reder några av landets främsta experter ut begreppen, och det torde varken ligga i forskningens eller patienternas intresse att oklarheterna beträffande krishanteringens och PTSD-behandlingens terminologi och metodologi fortsätter att byggas på.

### Referenser

1. Lundin T. Traumatisk stress och personlig förlust. Solna: Almqvist & Wiksell, 1992.
2. Eliasson M. Är artikeln värd att läsa? – praktisk handledning i konsten att kritiskt granska en randomiserad behandlingsstudie. Läkartidningen 2000;97:5897-902.
3. Mitchell JT, Everly GS. Critical incident stress management: Evolution, effects and outcomes. In: Raphael B, Wilson JP, eds. Psychological debriefing. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
3. Mitchell JT, Everly GS. Critical incident stress management: A new era in crisis intervention. ISTSS News 1998;12:6-11.
4. Solomon Z, Benbenishty R. The role of proximity, immediacy and expectancy in front line treatment of combat stress reaction. Am J Psychiatry 1986;143: 613-7.
5. Sherman JJ. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD. Journal of Traumatic Stress 1998;11:413-35.
6. Larsson G, Michel PO, Lundin T. Systematic assessment of mental health following various types of posttrauma support. Military Psychology 2000;12:121-35.
7. Håkansson Bolve A, Rogersten M, Svensson L. Debriefing hos polismyndigheten i Östergötlands län. En studie om deltagarnas upplevelser av den debriefing som genomfördes efter bankränet i Kisa och polismorden i Malexander samt efter skottlossningen utanför Universitetssjukhuset i Linköping 1999. Linköping: Programmet för personal- och arbetsvetenskap, Linköpings universitet, 2000.