

A função do *debriefing* psicológico no tratamento de vítimas de trauma

The role of psychological debriefing in the treatment of victims of trauma

Grant J Devilly^a, Renée Wright^b e Richard Gist^c

^aCentro de Neuropsicologia. Universidade Swinburne. Austrália. ^bDepartamento de Psicologia. Universidade de Melbourne. Austrália. ^cDepartamento de Combate aos Incêndios de Missouri e Universidade de Missouri-Kansas City. EUA

Resumo A aplicação do chamado *debriefing* psicológico (DP) tornou-se uma intervenção disseminada e esperada após a exposição ao trauma. Este artigo avalia a validade desse enfoque e relata o consenso entre os especialistas em relação ao seu uso. Revisões sistemáticas e narrativas são resumidas e as áreas de acordo e desacordo são delineadas. Em resumo, conclui-se que a maioria das pessoas não fica traumatizada devido a eventos estressantes; que o DP parece ter pequeno impacto; que uma forma de DP chamada de “*debriefing* sobre o incidente crítico (DICE)” pode exercer efeitos nocivos em certos indivíduos e que aqueles com efeitos mais negativos devido ao DP parecem ser os que mais sofreram com o trauma inicial. Não há ensaios clínicos randomizados que sustentem a validade do DP em grupo. A intervenção precoce Cognitivo-Comportamental parece ser o enfoque mais promissor em pacientes com apresentações clínicas bem definidas. É oferecido um conjunto genérico de diretrizes para a intervenção pós-trauma.

Descritores *Debriefing*, trauma, estresse pós-traumático, resiliência.

Abstract *The application of psychological debriefing has become an expected and widespread intervention following exposure to trauma. This article assesses the wisdom of such an approach and reports upon expert consensus regarding its use. Meta-analytic and narrative reviews are summarised and areas of agreement and disagreement are outlined. In sum, it was concluded that the majority of people do not become traumatised from stressful events; that generic psychological debriefing, when applied to individuals, appears to have little impact on functioning; that a specific form of debriefing called Critical Incident Stress Debriefing holds the possibility of noxious effects for some participants and that those most deleteriously affected by debriefing appear to be those most distressed by the initial trauma; that there is no randomised controlled trial evidence to support the validity of group debriefing approaches; and that early intervention using Cognitive Behavioural techniques for those with clinically significant presentations appears the most promising approach. A generic set of guidelines for intervention following trauma is provided.*

Keywords *Debriefing, trauma, posttraumatic stress disorder, resilience.*

Introdução

As autoridades de saúde frequentemente recorrem a serviços de atendimento de emergência após incidentes traumáticos, com a intenção de ajudar a reduzir as conseqüências psicológicas desses incidentes. O “*Debriefing* sobre o Incidente Crítico Estressante” (DICE), uma forma específica de *debriefing*, conquistou rapidamente ampla aceitação e implementação a partir de sua proposta inicial.¹

Nós argumentamos, em um artigo anterior,² que o a literatura

sobre o uso do DP permanece mal definida. O consenso atual entre os especialistas e as revisões sistemáticas sugerem que o DICE é possivelmente nocivo, que o DP é provavelmente ineficaz, e que maior ênfase deve ser dada à triagem dos pacientes que desenvolvem reações patológicas, fornecendo a eles uma intervenção precoce. Os dados empíricos atualmente disponíveis, levantam sérias questões sobre a validade de fornecer tais serviços utilizando os modelos de intervenção existentes. Em seu lugar, recomendamos um conjunto de diretrizes prelimina-

res para intervenções clínicas, que consideramos mais consistentes no sentido de atender os padrões da prática baseada em evidências. Este resumo baseia-se predominantemente em nosso trabalho prévio publicado em Gist & Devilly,⁴ Devilly & Cotton² e Devilly et al (a ser submetido).

Reações ao trauma

Eventos traumáticos são endêmicos em populações psiquiátricas, e relatou-se que aumentam a probabilidade de disfunção psicológica. Aqueles que desenvolvem transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) demonstram altas taxas de comorbidade e utilizam os serviços de saúde com mais frequência do que os indivíduos sem TEPT.^{5,6} Kessler et al⁶ estimaram a prevalência para a vida de vivências traumáticas (p.ex., estupro, assalto, desastres naturais, testemunho de assassinatos, entre outros) em 60,7% dos homens e 51,2% das mulheres e estimaram a prevalência para a vida de TEPT (utilizando os critérios do DSM-III-R) em 7,8%. O surgimento de casos clínicos fica claramente abaixo do índice de exposição. De fato, os dados epidemiológicos após os ataques terroristas de 2001, em Nova York, encontraram sintomas de TEPT em menos de 7,5% dos expostos, ainda que tal índice tenha sido três vezes maior entre os que estavam nas proximidades das Torres Gêmeas.⁷ Essa incidência foi reduzida a dois terços, em cerca de quatro a seis meses após a primeira fase de coleta de dados.⁸ É evidente, portanto, que somente a exposição é insuficiente para produzir o TEPT, na maioria dos casos, e que muitas manifestações precoces resolvem-se espontaneamente, sem intervenção sistemática.

A probabilidade do desenvolvimento de reações como o TEPT é, em parte, moderada pelas variáveis específicas do trauma, tais como: o envolvimento pessoal no episódio traumático; as características do evento, se ele ocorreu naturalmente ou teve causas humanas; e o grau de exposição ao evento e suas consequências. A probabilidade de desfecho patológico também é afetada pelos detalhes específicos da pessoa, como status socioeconômico, estilos de lidar com os problemas, além do nível e a qualidade do apoio social recebido.⁹ As evidências atuais são inconsistentes em relação a que estilos de lidar com o trauma aumentam o risco para o desenvolvimento de TEPT. Norris¹⁰ observou que a minimização (ou distanciamento) do evento parece ser uma estratégia adaptativa, ao passo que as estratégias evitativas e a atribuição da culpa foram relacionadas com desfechos mais pobres.

Kessler et al⁶ observaram que o índice de TEPT foi mais alto entre mulheres (10,4%) do que entre homens (5,0%), e foi também maior entre os sujeitos que eram anteriormente casados. Dados australianos¹¹ recentemente reproduziram o achado, em relação ao estado civil, mas encontraram uma diferença muito menor em relação ao gênero em um estudo de prevalência de 12 meses. É interessante que a Austrália parece ter um índice menor de prevalência global de TEPT em 12 meses (1,33%), comparado com o estudo feito nos EUA (3,9%).⁶

O TEPT não é o único - nem mesmo o mais provável - desfecho patológico após eventos traumáticos. Estudos também indicaram que um histórico de trauma pode ser, em si mesmo, um fator de risco para depressão, e um estudo¹² relatou que 71% de mu-

lheres vítimas de estupro sofriam de depressão maior, ao passo que, 37,5% desenvolveram TEPT crônico, que durou de um a três anos. Raphael¹³ estimou que 30% a 40% dos pacientes que vivenciam um evento significativamente estressante podem desenvolver uma reação significativamente angustiante, em torno de um ano após o impacto. Obviamente, é possível afirmar que essa estimativa dependeria da gravidade do estressor e da definição do evento "significativamente angustiante".

Esforços para atenuar o curso potencialmente crônico e debilitante do TEPT despertaram preocupações importantes. Relatos iniciais sugeriram o uso do DP após praticamente qualquer evento traumático,¹ como uma medida preventiva, e o uso dos serviços de DP tornou-se, dessa forma, uma prática disseminada. Só recentemente, as acirradas controvérsias e questionamentos evoluíram para uma tomada de consciência generalizada em relação ao manejo de vítimas de trauma. Em contraste flagrante com os relatos iniciais de que o DP poderia prevenir o TEPT, sendo desprovido de risco iatrogênico, (cf. Mitchell, 1992), os relatos originados da literatura científica começaram a sugerir que a prática do DP deveria ser abordada com precaução,¹⁴ limitações,^{15,16} ou até contra-indicações^{17,18} e restrições.^{19,20}

Segundo essa posição, as pessoas encarregadas de organizar a assistência posterior a eventos potencialmente traumáticos encontravam-se, perdidas no meio de um fogo cruzado de dados e afirmações. Os dilemas atuais são bem ilustrados através de uma avaliação comparativa de duas revisões sistemáticas recentes sobre o DP, que chegaram a conclusões diametralmente opostas. Antes que o assunto possa ser discutido, alguns termos requerem clarificação.

O que é o "debriefing"?

A área de pesquisa sobre trauma tornou-se carregada pelo jargão específico desse campo, que é facilmente confundido e geralmente mal utilizado, especialmente por aqueles estranhos à arena de pesquisa. Em geral, o "debriefing psicológico" (DP) e o "Debriefing sobre o Incidente Crítico Estressante" (DICE), por exemplo, são utilizados de forma intercambiável.

O primeiro é mais adequadamente descrito como o termo genérico para as intervenções imediatas após um trauma (geralmente no período de até três dias), e procura aliviar o estresse com o objetivo de evitar patologias de longa duração, por meio da reconstrução narrativa da experiência e da ventilação catártica de seus impactos penosos. O DP promove a normalização do sofrimento e fornece uma "psicoeducação" em relação aos sintomas presumidos e métodos para sua melhoria.

O DICE, por outro lado, é um DP patenteado, que foi originalmente articulado por Mitchell durante os anos 80,^{1,21,22} por meio de revistas comerciais, conferências comerciais e seminários. Ele compreende sete etapas: a fase introdutória (descrição de regras, processos e objetivos); a fase factual (o que os participantes viram, fizeram, ouviram, etc); a fase dos pensamentos (quais foram/são os primeiros pensamentos dos participantes); a fase da reação (reações emocionais, sentimentos); a fase dos sintomas (avaliação global dos sintomas físicos ou psicológicos); a fase de ensino/informativa (educação dos participantes sobre respostas comuns, prováveis ou possíveis ao estresse); e a fase de

reentrada (fornecimento das informações de encaminhamento).

As sessões de DICE geralmente duram de uma a três horas, são usualmente feitas com grupos de indivíduos e são idealizadas para serem levadas a cabo de 24h a 72h após o evento, em que “o objetivo processual do DICE é a elaboração psicológica subsequente à crise”.²³

O DICE está centrado em intervenções grupais (ainda que ao DP individual tenha sido sempre defendido como uma variante aceitável e esperada), baseia-se muito na ventilação e na normalização e adere sistemática e sequencialmente ao seu formato de sete etapas. Diz-se hoje que o DICE está formulado como um amálgama de estratégias de auto-ajuda.²⁴ Os defensores do DICE afirmam que essa intervenção “reduz o sofrimento psicológico agudo associado à crise psicológica que pode sobrevir a atos violentos e pode impedir ou reduzir a intensidade das seqüelas pós-traumáticas adversas”.²³

É importante diferenciar DP da intervenção precoce em respostas patológicas diagnosticadas. Na maioria dos casos, o DP envolve o uso profilático, de serviços profissionais, imediatamente após um evento traumático. A intervenção precoce, por outro lado, é a provisão do que poderia ser denominado “tratamento restaurador”, para indivíduos que necessitam de ajuda psicológica após um trauma e possuem uma apresentação clinicamente significativa.³ Evidências recentes parecem corroborar o uso precoce da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para pacientes diagnosticados com o Transtorno de Estresse Agudo (TEA).²⁵ A TCC demonstrou ser muito eficaz para tratar reações de estresse pós-traumático quando utilizada em intervenções breves, que iniciem de quatro a seis semanas após a exposição traumática.²⁶

Estudos de revisão

Como parte da Colaboração Cochrane, Rose et al¹⁹ realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre o DP. Incluíram-se estudos randomizados que utilizaram o DP (que empregou normalização e ventilação), administrado em uma única sessão no primeiro mês após o trauma. Esta estratégia identificou somente oito estudos no total, dois dos quais possuíam estatísticas não interpretáveis. Infelizmente, os requisitos de randomização, ainda que cientificamente rigorosos e louváveis, implicaram na não inclusão de intervenções grupais na revisão. Esta é uma limitação da revisão, pois o DP em grupo tem sido o método de apresentação principal para esse tipo de intervenção psicológica. No entanto, dos seis estudos que foram interpretáveis, nenhum encontrou que o DP tenha proporcionado algum benefício. Ao contrário, verificou-se que o DP aumentou a probabilidade de desenvolvimento de TEPT quando comparado com a não-intervenção. Rose et al¹⁹ concluíram que os DPs compulsórios devem cessar imediatamente e que os recursos seriam melhor utilizados se focados naqueles indivíduos que desenvolvem transtornos identificáveis.

Este fato foi ressaltado em uma recente metanálise conduzida por van Emmerik et al.²⁷ Esses autores também realizaram uma pesquisa na literatura para encontrar estudos que tivessem usado DP no período de um mês após o trauma e nos quais os sintomas tivessem sido avaliados antes e após o DP, utilizando instrumentos de avaliação aceitáveis. Sete estudos preencheram seus critérios de inclusão, cinco dos quais utilizaram o DICE

como intervenção. Seis deles utilizaram controles sem intervenção e três utilizaram outros tipos de DP (“aconselhamento durante 30 minutos”, “educação” e “interrogatório histórico em grupo”). Os resultados sugeriram que, os grupos expostos ao DICE e não intervenção, não apresentaram qualquer diferença significativa quanto aos desfechos relatados. O intervalo de confiança para o DICE, ao contrário das outras intervenções, incluiu valores negativos ou iguais a zero, indicando que não havia efeito ou então havia um possível impacto negativo. Desta forma, o uso do DICE parece inibir ou inclusive reverter a inclinação normal em direção a resiliência e resolução, ao passo que a administração de intervenções-controle não teve efeito negativo e pode, até certo ponto, ter um efeito positivo.

Esses achados e conclusões contrastam com uma revisão sobre o DICE realizada por Everly et al,²³ e uma metanálise realizada por Everly & Boyle.²⁴ Esta revisão metanalítica afirmou que tinham sido incluídos somente estudos que utilizaram explicitamente o DICE no formato de DP em grupo. Este estudo concluiu que o DICE apresentava um efeito positivo clinicamente expressivo. Deve ser observado, no entanto, que os estudos incluídos nessas análises não preencheram critérios para inclusão em revisões mais recentes.^{19,27} Deve-se ressaltar também que nenhum dos estudos utilizou um desenho randomizado e controlado, e que alguns dos estudos não estavam publicados e, portanto, não estavam disponíveis para serem inspecionados. Além disso, os estudos que estavam disponíveis Devilly et al² não reproduziram independentemente os tamanhos de efeito relatados por Everly & Boyle.²⁴ A natureza idiossincrática e não-representativa dessas revisões também foi observada independentemente por outros autores.^{14,27-29}

O argumento mais conservador em relação ao DICE em grupo seria que, na medida em que não tenham sido relatados ensaios randomizados, sua eficácia permanece não demonstrada. No entanto, o consenso sobre ensaios clínicos randomizados, até o momento, sugere fortemente que os DPs individuais que utilizam o sistema DICE são, no melhor dos casos, ineficazes, possivelmente nocivos e não possuem nenhum efeito profilático. Não havendo evidências que sugiram que este achado seja alterado pela mudança dos formatos ou pela inclusão da intervenção em outras estratégias de auto-ajuda não testadas, é mais prudente afirmar que as evidências atuais sugerem que se evite essa abordagem, independentemente do formato, até que evidências claras e convincentes de sua eficácia sejam publicadas.

Além disso, deve-se considerar o fato de que os pacientes tipicamente relatam altos índices de satisfação após o envolvimento com DP. Tem-se afirmado que, apesar da satisfação com o tratamento ser um desfecho importante, ela não é necessariamente o melhor parâmetro para nortear decisões em relação à implementação de um tratamento.³ Essas avaliações provavelmente representam um “efeito halo” não específico, originado da apreciação de seus efeitos paliativos como o apoio, presença, preocupação e empatia diante do sofrimento das vítimas de trauma – fatores de forma alguma exclusivos do DP ou necessariamente resultantes dessa intervenção específica. Na verdade, tamanhos de efeito iguais ou maiores associados a outras intervenções,²⁷ sugeririam que esses efeitos podem até ser mais presentes em outros contextos.

Portanto, o que sabemos realmente sobre o DP e o que deve fazer um clínico responsável? A primeira tarefa é a de examinar as áreas em que todas as partes parecem concordar, para encontrar algum “consenso” geral entre as pesquisas e a opinião dos especialistas.

Áreas de concordância

A primeira área de concordância é que há uma falta de conexão entre o que tem sido relatado na literatura científica e o que tem sido a prática clínica. Isso se deve, pelo menos em parte, a uma escassez de pesquisas controladas, comparadas com uma abundância de propaganda e defesa de certos métodos. De fato, em um recente seminário sobre terrorismo realizado pela OTAN e pela Rússia, houve um acordo geral no sentido de que “não há ainda consenso sobre a função, se houver, de intervenções agudas em vítimas de trauma”. O DICE clássico não pode mais ser recomendado.¹⁸

Em segundo lugar, os indivíduos submetidos ao DP, em geral, apreciam o procedimento,² e a aprovação desse pelo paciente foi amplamente relatada como forte. Entretanto, uma avaliação mais crítica dos dados sobre a satisfação revela, às vezes, uma aprovação menor do que a esperada. Bunch & Wilson,³⁰ relataram que “o DICE era considerado como útil em alguma medida por não menos de 70% dos que responderam a uma pesquisa feita pelos bombeiros da cidade de Oklahoma” (p. 48). Quando os dados foram examinados diretamente, no entanto, aproximadamente três vezes mais respondentes haviam classificado a intervenção como “não-útil”, do que “muito útil”, sendo que mais de dois terços a haviam classificado como abaixo do ponto médio da escala à qual tinham sido apresentados. Embora a expectativa de mudança, em pessoas com transtornos psiquiátricos sendo tratadas seja, às vezes, relacionada à mudança real, os altos níveis de satisfação com o DP não se refletem necessariamente em desfechos positivos. Estudos recentes, apontam para a possibilidade de que o DP possa, em verdade, inibir a tendência natural dos indivíduos à resiliência e resolução do trauma.²⁷ Embora haja acordo, em geral, que os indivíduos traumatizados esperem e apreciem alguma forma de ajuda, nem todas as formas de auxílio resultam-se úteis.³¹

Em terceiro lugar, a maior parte dos pesquisadores e clínicos também concordaria que os que estão sofrendo estresse após um evento traumático, não deveriam ser negados de apoio emocional, ainda que o melhor método de prestar esse apoio continue não estando claro. Everly et al²³ afirmaram que o DICE é a única intervenção tipo DP comprovada. Entretanto, como ficou claro na discussão acima, o DICE individual é um método de utilidade muito questionável, particularmente para aqueles que mais sofrem após um trauma.²⁰ Rose et al¹⁹ recomendaram, à luz da ausência de dados qualitativos em relação ao DP em grupo e aos possíveis efeitos iatrogênicos do DP individual, que os recursos de saúde deveriam ser focados na identificação e tratamento dos indivíduos que desenvolvem transtornos identificáveis após o trauma.

Diretrizes para a prática clínica

Após um evento traumático, a primeira necessidade é, invariavelmente, a informação. Os entes queridos foram feridos ou estavam envolvidos? Onde posso dormir esta noite? Que do-

cumentos preciso preencher? O fornecimento desse tipo de suporte pragmático minimiza o estresse adicional para o indivíduo. Os profissionais da área da saúde mental podem proporcionar um apoio importante nestas situações, mas deve haver uma vigilância constante para evitar qualquer tendência de “medicalizar” essas formas de auxílio.

Manter-se a par da evolução nas pesquisas

Esse campo de pesquisa está em uma fase particularmente rápida de desenvolvimento e não há substituto para a constante atualização. Além de manter-se atualizado com relação à pesquisa sobre o DP, existe também a necessidade de aprimorar o tratamento daqueles que desenvolvem TEA ou TEPT, e de considerar as pesquisas em andamento no sentido de prevenir o desenvolvimento do estresse pós-traumático.

Com relação ao TEA e ao TEPT, o resultado de tratamento mais consistente é de que a TCC (em especial as técnicas que envolvem exposição à informação corretiva) evidencia os melhores resultados. Portanto, ao se identificar-se um paciente que, num período de poucos dias a quatro semanas após o trauma, ainda estiver vivenciando um sofrimento descomedido devido ao evento, deve-se oferecer assistência no sentido de envolvê-lo em um tratamento mais estruturado, individualizado.

A resiliência é o processo humano natural de boa adaptação em face à adversidade, trauma, tragédia ou sofrimento. Os indivíduos lidam com o trauma de várias formas e com variados graus de sucesso. As estatísticas nos mostram que a vasta maioria dos indivíduos recupera-se de uma experiência traumática sem vivenciar psicopatologias significativas. Tem-se sugerido que a falta de eficácia do DP poderia ser explicada pela sua interferência no processamento natural de um evento traumático e por inadvertidamente levar as vítimas a se desviarem do suporte da família, de amigos ou de outras fontes de suporte social – um fator primário na resiliência – à favor de uma noção equivocada de que o auxílio profissional é mais adequado.²⁷ São necessárias mais pesquisas para que se entenda melhor os mecanismos de processamento da experiência traumática e da recuperação, de forma que a ação preventiva possa ser adotada para reforçar a resiliência natural de indivíduos “em risco”.

Conclusão

Em geral, existem evidências de que a maioria das pessoas que testemunham ou sofrem um trauma demonstram resiliência psicológica e que o sofrimento tende a decrescer com o passar do tempo. No entanto, há evidências sendo coletadas no sentido de que o DP indiscriminado apresenta um efeito pequeno ou ausente no funcionamento à longo prazo; a aplicação do DICE pode impedir a recuperação de eventos traumáticos; aqueles que mais sofrem devido ao trauma, são os mais propensos a serem afetados negativamente pelo DP. Não existem ensaios clínicos randomizados sobre o efeito do DP em grupo em vítimas de trauma.

A intervenção precoce usando a TCC em indivíduos que desenvolvem problemas clinicamente significativos está se revelando muito promissora, particularmente quando são empregadas técnicas que promovem o processamento das informações sobre o trauma e a exposição à informação corretiva.

Referências

1. Mitchell JT. When disaster strikes... the critical incident stress debriefing process. *J Emerg Serv* 1983;8:36-9.
2. Devilly GJ, Cotton P. Psychological debriefing and the workplace: Defining a concept, controversies and guidelines for intervention. *Australian Psychologist*. [in press].
3. Devilly GJ. Clinical intervention, supportive counselling and therapeutic methods: a clarification and direction for restorative treatment. *Int Rev Victimology* 2002;9:1-14.
4. Gist R, Devilly GJ. Post-trauma debriefing: the road too frequently traveled. *Lancet* 2002;360:741-2.
5. Brickman AL, Garrity CP, Shaw JA. Risk factors for psychosocial dysfunction among enrollees in the state children's health insurance program. *Psychiatric Serv* 2002;53:614-9.
6. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.
7. Galea S, Ahern J, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J, Vlahov D. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J M* 2002;346:982-7.
8. Galea S, Boscarino J, Resnik H, Vlahov D. Mental health in New York City after the September 11 terrorist attacks. In: Manderscheid RW, Henderson MJ, eds. *Mental health, United States, 2001*. Washington (DC): U.S. Government Printing Office. [In press].
9. Norris FH, Kaniasty K, Thompson MP. The psychological consequences of crime. In: Davis RC, Lurigo AJ, Skogan WG, eds. 2nd ed. *Victims of crime*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.
10. Norris FH. 50,000 disaster victims speak: an empirical review of the literature, 1981-2001. Manuscript prepared for the National Center for PTSD and the Center for Mental Health Services, September; 2001.
11. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Med* 2001;31:1237-47.
12. Lopez G, Piffaut G, Seguin A. Psychological treatment of victims of rape. *Psychologie Med* 1992;24:286-8.
13. Raphael B. *When disaster strikes: a handbook for caring professionals*. London: Hutchinson; 1986.
14. Bledsoe BE. Critical incident stress management (CISM): benefit or risk for emergency services? *Prehospital Emerg Care* 2003;7:272-9.
15. Bisson JI, McFarlane AC, Rose S. Psychological debriefing. In: Foa EB, Keane TM, Freidman MJ, eds. *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford Press; 2000. p. 39-59.
16. Raphael B. *Mental health disaster training manual*. Sydney: New South Wales Department of Health; 1999.
17. Parry G. *Evidence based clinical practice guidelines for treatment choice in psychological therapies and counseling*. London: UK Department of Health; 2001.
18. North Atlantic Treaty Organization (NATO). NATO-Russia advanced research workshop on social and psychological consequences of chemical, biological and radiological terrorism. NATO science programme workshop, 25-27 March, 2002. NATO Headquarters (<http://www.nato.int/science/e/020325-arw2.htm>).
19. Rose S, Wessely S, Bisson J. Brief psychological interventions ("debriefing") for trauma-related symptoms and prevention of post traumatic stress disorder: review. *The Cochrane Library*; 2001, Issue 2.
20. Mayou RA, Ehlers A, Hobbs M. Psychological debriefing for road traffic accident victims: three-year follow-up of a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2000;176:589-93.
21. Mitchell JT. Teaming up against critical incident stress. *Chief Fire Executive* 1986;1:24,36,84.
22. Mitchell JT. The history, status and future of critical incident stress debriefings. *J Emerg Serv* 1988;13:49-52.
23. Everly GS, Flannery RB, Mitchell JT. Critical incident stress management (CISM): a review of the literature. *Aggression Violent Behav* 2000;5:23-40.
24. Everly GS, Mitchell JT. *Critical incident stress management (CISM): a new era and standard of care in crisis intervention*. Ellicott City: Chevron; 1997.
25. Bryant RA, Harvey AG, Dang ST, Sackville T, Basten C. Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychology* 1998;66:862-6.
26. Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J Consult Clin Psychology* 1999;67:194-200.
27. van Emmerik AAP, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PMG. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 2002;360:766-71.
28. Fullerton CS, Ursano RJ, Vance K, Wang L. Debriefing following trauma. *Psychiatric Q* 2000;71:259-76.
29. Litz BT, Gray MJ, Bryant RA, Adler AB. Early intervention for trauma: current status and future directions. *Clin Psychology Sci Practice* 2002;9:112-34.
30. Bunch KP, Wilson TG. Counselors on call. *Fire Chief* 2002;46.
31. Gist R, Lubin B, Redburn BG. Psychosocial, ecological, and community perspectives on disaster response. In: Gist R, Lubin B, eds. *Response to disaster: psychosocial, community, and ecological approaches*. Philadelphia: Brunner/Mazel; 1999. p. 1-27.

Correspondência: Grant J. Devilly
 Centre for Neuropsychology, Swinburne University
 PO Box 218, Hawthorn, Vic 3122 Austrália
 E-mail: gdevilly@swin.edu.au