

Marina Alexandra Diogo Carvalho ¹
Maria Margarida Gaspar de Matos ²

Intervenções Psicossociais em Crise, Emergência e Catástrofe

Psychosocial Interventions in Crisis, Emergency and Catastrophe

RESUMO

As estratégias de intervenção psicossocial em situações de crise, emergência e catástrofe têm demonstrado controlar o impacto dos incidentes críticos e prevenir os s relacionados com o trauma. No presente trabalho, são descritos e apresentadas as vantagens, limitações e dados sobre a eficácia dos principais modelos de intervenção psicossocial em crise. A partir destes dados, é proposto um Modelo de Intervenção Psicossocial de Continuidade que engloba, entre outros, uma fase de preparação para a eventual ocorrência de incidentes críticos e, em particular a intervenção após a crise, ainda antes da implementação das intervenções especializadas no Transtorno Agudo de Stresse e no Transtorno de Pós-Stresse Traumático, como forma de facilitar a recuperação e o retorno ao nível prévio de funcionamento. Neste âmbito, é apresentado um Programa de Intervenção, APÓS, baseado nos modelos cognitivo-comportamentais, contextuais e centrados no significado, que se espera venha a contribuir para facilitar o retorno às rotinas por parte das pessoas expostas a incidentes críticos e, dessa forma, prevenir os s relacionados com o trauma. Por fim, são apresentadas as limitações e questões éticas associadas à intervenção psicossocial em crise em diferentes contextos, com diferentes populações vulneráveis e as suas implicações em termos de políticas de saúde pública.

Palavras-chave: Incidentes críticos; Intervenção na crise; Stresse pós-traumático.

ABSTRACT

Psychosocial interventions in crisis, emergency and catastrophe situations evidenced controlling for the impact of critical incidents and prevent trauma related disorders. In this paper, the main psychosocial intervention models are described and presented their advantages, limitations and data on their efficacy. Based on this, we propose a Continuity Psychosocial Intervention Model, which includes, among others, a preparation phase for the occurrence of possible critical incidents, and, specifically, after-crisis intervention, before the implementation of the specialized interventions directed to Acute Stress and Post-Traumatic Stress Disorders, as a way of facilitating recovery and return to the previous functioning level. In this context, we present as Intervention Program, APÓS, based on cognitive-behavioral, contextual and meaning centered models, which is expected to contribute for facilitating the return to routines by those exposed to critical incidents and, thereby, prevent trauma related disorders. Finally, the limitations and ethical issues associated to crisis psychosocial intervention in different contexts, with different vulnerable populations, and its implications for the development of public health policies, are presented.

Keywords: Critical incidents; Crisis intervention; Post-traumatic stress.

¹ Doutoramento em Psicologia - (Psicóloga Clínica e da Saúde e Psicoterapeuta; Professora Associada; Diretora do Centro de Investigação em Psicologia do ISMAT) - 8500-782 Portimão - SP - Portugal.

² Doutoramento em Educação Especial e Necessidades de Saúde - (Psicóloga Clínica e da Saúde e Psicoterapeuta; Professora Associada com Agregação - Projecto Aventura Social).

Marina Carvalho, Centro de Investigação em Psicologia, ISMAT, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHUA; 8500-656 Portimão, Portugal Margarida Gaspar de Matos, Faculdade de Motricidade Humana, ISAMB/Faculdade de Medicina/Universidade de Lisboa; ISPA/WJCR, Portugal; INSERM/ Université Paul Sabatier (Bolsa Sabática - Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) - SFRH/BSAB/135160/2017), França

Correspondência:

Marina Alexandra Diogo Carvalho
Av. Maranhão, s/nº, Bloco 2C48. Campus Umuarama da UFU. Uberlândia - MG.
CEP: 38405-318.
E-mail: marina.carvalho@ismat.pt

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCT em 31 de julho de 2017. cod. 517.

Artigo aceito em 24 de fevereiro de 2018.

A intervenção psicossocial em situações de crise, emergência ou catástrofe é atualmente considerada como fundamental na normalização de reações de stresse agudo que podem surgir em resposta a determinados incidentes críticos e para a prevenção dos s relacionados com o trauma (e.g., Inter Agency Standing Committee, 2014; International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2012; 2016; Task Force on Community Preventive Services, 2008; United Nations Children's Fund, 2013; World Health Organization, 2011; 2013; 2014). A existência de diferentes modelos de intervenção, as especificidades da formação nesta área e a inexistência de uma rede que possibilite uma articulação eficaz com as entidades responsáveis com vista à implementação de uma resposta rápida e eficiente em situações de crise e catástrofe são, ainda desafios a ultrapassar. A exposição a incidentes críticos, ou seja, a situações pessoais, sociais e/ou ambientais (saúde, vitimização, perdas, exposição à violência, desastres naturais, terrorismo, entre outros) inesperadas, imprevisíveis e sem controlo, pode originar uma crise o que, por sua vez, origina um desequilíbrio emocional, na maior parte dos casos temporário, devido à ineficácia dos recursos internos habitualmente utilizados (Carvalho, 2011). Conceptualizada desta forma, uma crise consiste numa reação emocional muito intensa a um incidente crítico ameaçador perante o qual as estratégias habitualmente utilizadas não funcionam, originando um estado de desequilíbrio e desorganização (Everly, & Mitchell, 1999; Jacobs, et al., 2016). Estas reações, que podem apresentar manifestações físicas, cognitivas, comportamentais e emocionais, são expectáveis no período após a ocorrência de um incidente crítico, dependendo da forma como a pessoa o percebe (em termos de ameaça, relevância e importância). A maior parte das pessoas expostas a um incidente crítico apresenta condições para retornar ao nível prévio de funcionamento no período após a sua ocorrência/resolução (quatro a seis semanas) e não vai necessitar de qualquer tipo de intervenção psicológica posteriormente. No entanto, um número significativo de pessoas mantém os sintomas de stresse agudo ao longo do tempo (dependendo do tipo de incidente crítico, este período pode rondar os dois a cinco anos) os quais, sem uma intervenção adequada, aumentam a probabilidade de desenvolvimento de s relacionados com o trauma, o Transtorno de Stresse Agudo (TSA) e o Transtorno de Stresse Pós-Traumático (TSPT) (Birmes et al., 2003; Hagenaars, van Minnen, & Hoogduin, 2007; Yeager & Roberts, 2015).

O impacto psicológico de uma crise, emergência ou catástrofe está bem demonstrado na literatura. Estudos realizados após os ataques ao *World Trade Centre* em Nova Iorque evidenciaram que, cinco a oito semanas após o incidente crítico, entre 7.5% a 20% da população adulta (em função da zona avaliada) cumpria critérios para diagnóstico de TSPT e 9.7% apresentava um Transtorno Depressivo Major (Galea et al., 2002). Um ano depois, em 2002, uma segunda avaliação evidenciou resultados que apontaram para uma taxa de prevalência de 18% para o TSPT tendo, ainda, ficado comprovado

um efeito de contágio nas vítimas indiretas (familiares, amigos e pessoas não relacionadas que estiveram expostas ao incidente crítico através de outros meios, informação, comunicação social, etc.) e o papel da percepção de vulnerabilidade a este nível (Neria, DiGrande & Adams, 2011). Numa revisão da literatura acerca das intervenções efetuadas após o 11 de Setembro, Pandya (2013) obteve resultados que mostraram que a maior parte destas intervenções durante o incidente crítico incluiu formas de *debriefing*, primeiros socorros psicológicos e outro tipo de contactos pontuais. Por outro lado, Boscarino, Adams e Figley (2011) obtiveram resultados que permitiram concluir que as intervenções na crise mostraram uma eficácia superior às intervenções psicoterapêuticas no momento após o incidente crítico, o que pode estar relacionado com os objetivos deste tipo de intervenções, a estabilização emocional. De acordo com os resultados do primeiro estudo efetuado após o 11 de Março em Madrid, um mês depois dos atentados, cerca de 9.5% da população de Madrid (dos quais 5.4% nas zonas afetadas) evidenciou TSPT, com cerca de 8.4% desta taxa a ser diretamente atribuível aos atentados terroristas. Na segunda avaliação, seis meses após os atentados, 16.9% da população anteriormente avaliada cumpria ainda critérios para diagnóstico de TSPT. Apesar de elevados, estes resultados indicaram que os atentados do 11 de Março em Madrid criaram, no geral, menos sintomatologia psicopatológica que os atentados do 11 de Setembro em Nova Iorque (Cano-Vindel, Dongil-Collado, Iruarrizaga, Salguero-Noguera & Wood, 2011), o que pode estar relacionado com o tipo de estratégias de intervenção de crise implementadas em ambos os contextos. Estes dados demonstram claramente a evolução dos níveis de stresse agudo para stresse traumático em situações de crise e catástrofe em condições em que a normalização destes incidentes críticos e a preparação de um plano de vida futuro, através de estratégias de intervenção psicossocial em crise e intervenção psicoterapêutica posterior (quando necessária) não existiram ou, a terem existido, não contribuíram de forma adequada para o retorno da maior parte das vítimas ao seu nível prévio de funcionamento. Tendo como objetivo geral a contextualização e resolução rápida e eficaz das reações emocionais na situação (ou situações) que a gerou com vista ao retorno ao nível prévio de funcionamento, através da estabilização da crise, da normalização emocional e do foco na identificação e mobilização dos recursos pessoais e sociais disponíveis (Carvalho, 2011), a intervenção psicossocial em situações de crise e catástrofe apresenta especificidades que variam em função do tipo de incidente crítico e do modelo que lhe está subjacente.

MODELOS DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

São diversos os modelos de intervenção psicossocial em situações de crise. O Quadro I apresenta os principais modelos utilizados nestas circunstâncias, bem como as suas características principais.

Quadro I. Modelos de Intervenção Psicossocial em Crise.

Modelo	Características
Modelo de intervenção na crise	7 Fases:
(Roberts, 2000; Roberts, & Ottens, 2005)	Avaliação; Estabelecimento de relação; Identificação do problema; Lidar com as emoções; Respostas alternativas; Plano; Seguimento.
Gestão do Stresse em Incidentes Críticos (CISM)	8 Fases:
(Everly, & Mitchell, 1997)	Educação/Planeamento Pré-Crise; Intervenção na crise 1:1; Defusing; Critical Incident Stress Debriefing (CISD de 7 fases); Desmobilizações e Gestão de Briefings em Crise; Aconselhamento Organizacional; Intervenção na Crise com Famílias; Seguimento e referênciação
Debriefing psicológico e CISD	7 fases:
(Dyregrov, 1997; Mitchell, & Everly, 1996)	Introdução; Factos; Pensamentos; Reações; Sintomas; Ensino; Retorno
Modelo SAFER-R	5 Fases:
(Everly, 1996)	Estabelecimento da situação/resposta; Compreensão da crise; Facilitação da compreensão; Encorajamento de estratégias de coping adaptativas; Restauo do funcionamento independente e adaptativo ou referênciação
Primeiros Socorros Psicológicos	8 Fases:
(Brymer et al., 2006)	Contacto e compromisso; Segurança e conforto; Estabilização emocional; Recolha de informação; Necessidades e preocupações atuais; Auxílio prático; Ligação a suporte social; Informação sobre coping; Ligação a serviços de apoio
Modelo ACT	3 Fases:
(Roberts, 2006)	Avaliação; Crise; Trauma

Os modelos de intervenção na crise que fornecem informação, conforto, suporte e apoio nas necessidades emocionais e instrumentais desempenham um papel fundamental na forma como as pessoas, no imediato, podem lidar com os incidentes críticos (Arriaga, 2011; Brymer, Steinberg, Watson, & Pynoos, 2012; Hobfoll, et al., 2007; Litz, 2008; McCabe et al., 2014; Mitchell, 2004; Kearns, Ressler, Zatzick, & Rothbaum, 2012; Pereira, 2015; Roberts & Everly, 2006; Wethington, et al., 2008). Um aspeto chave envolvido em todos os modelos de intervenção psicossocial em crise respeita à comunicação e às barreiras e/ou erros nela envolvidos. Enquanto elementos básicos do processo de comunicação em situações de crise, emergência ou catástrofe, a escuta ativa com empatia, clareza, franqueza e cordialidade são fatores chave de uma comunicação eficaz. A capacidade para lidar com os silêncios (que, neste contexto, são necessariamente diferentes dos silêncios de qualquer um dos tipos de intervenção psicoterapêutica), a par da capacidade de gestão do espaço pessoal e da resposta eficaz às necessidades da pessoa em crise funcionam como facilitadores da comunicação. Por outro lado, apesar de não o assumirem como uma das fases em particular, todos os modelos pressupõem a avaliação, no imediato, das condições de segurança (física, emocional, ambiental, etc.) do ponto de vista de todos os envolvidos. Sem garantia destas condições de segurança, as vítimas apresentam risco aumentado, em particular, de exposição ao mesmo ou a outros incidentes críticos e os profissionais designados para o efeito podem, eles próprios, expor-se a situações traumáticas de forma não intencional. Independentemente do modelo, a intervenção psicossocial em situações de crise é rápida e limitada no tempo, baseando-se numa abordagem ativa e diretiva. Sendo importante ter em consideração o tipo de incidente crítico que está na sua base, bem como o significado do mesmo para a(s) pessoa(s)

nele envolvida(s), na intervenção psicossocial em crise a ênfase é colocada na reação ao incidente crítico (e não no incidente crítico), e são considerados eventuais fatores de risco atuais e estratégias de coping em situações prévias, os quais podem influenciar as reações individuais à situação. Dois dos modelos habitualmente utilizados colocam a sua ênfase no *debriefing* enquanto forma de gestão do stresse imediatamente após a ocorrência de incidentes críticos. Neste âmbito, é importante diferenciar os *debriefings* operacionais das diversas formas de *debriefing* psicológico. Enquanto que os *debriefings* operacionais devem constituir rotina e são fundamentais para a gestão da ansiedade ligada à incerteza das situações traumáticas, uma vez que envolvem a transmissão e clarificação de informação objetiva a propósito da situação, das suas circunstâncias e de como, quando e onde obter mais informação, os *debriefings* psicológicos (Dyregrov, 1997; 2003), envolvem a partilha das histórias pessoais a par da ventilação das reações emocionais e são atualmente menos consensuais. Enquanto forma de diminuição do impacto da exposição ao incidente crítico, este segundo tipo de *debriefings* tem demonstrado não ter efeito ou, mesmo, ter um efeito negativo na redução do risco de TSPT, depressão ou ansiedade (e.g., Arendt, & Elklit, 2001; Chambless et al, 1998; Chambless, & Ollendick, 2001; Foa, et al., 2010; Forbes et al., 2010; McNally, Bryant, & Ehlers, 2003; Tolin et al., 2015; Rose, Bisson, Churchill, & Wessely, 2002). É, no entanto, possível que estes efeitos negativos sejam devidos ao tipo de grupos (heterogéneos) e também à limitação no tempo da verbalização do trauma (uma sessão, habitualmente em grupo), o que pode gerar um aumento da ativação fisiológica ligada aos sintomas de trauma em vez da sua diminuição (não ocorre habituação), a par de um eventual efeito de contágio negativo, pelo que a sua utilização não é aconselhável, em particular com

indivíduos com elevada ativação fisiológica. Numa tentativa de ultrapassar as limitações decorrentes da utilização dos *debriefings* psicológicos, Mitchell e Everly (1996) propuseram o *Critical Incidents Stress Debriefing* (CISD). Enquanto que o *debriefing* psicológico tradicional consiste na partilha de histórias pessoais de trauma, o CISD coloca a sua ênfase na partilha das reações normais e esperadas a circunstâncias extremas por parte de um grupo homogêneo, com apoio de profissionais especializados e enquadrado num programa multicomponentes, com uma abordagem mais abrangente, o *Critical Incidents Stress Management* (CISM, Everly, Flannery, & Mitchell, 2000; Everly & Mitchell, 1997; Everly, & Langlieb, 2003). Este programa de gestão do stress em situações relacionadas com a ocorrência de incidentes críticos, pelas suas características, permite a seleção e implementação das estratégias mais apropriadas de forma a responder de forma mais adequada às necessidades do incidente crítico em particular (Everly & Mitchell, 1999; Everly & Langlieb, 2003). Composto por vários elementos, o CISM inclui, entre outras intervenções táticas, a intervenção individual na crise, com grandes grupos (através, por exemplo, de briefings de gestão da crise), pequenos grupos (por exemplo, através do CISD), famílias, organizações e a comunidade, que se agrupam em cinco elementos principais, em função dos seus objetivos: avaliação/triagem, primeiros socorros psicológicos individuais, grupos interativos/informativos, planeamento estratégico e resiliência (Everly, Flannery, & Mitchell, 2000).

Estudos realizados com o objetivo de avaliar a eficácia dos modelos de intervenção psicossocial em situações de crise e catástrofe originadas por diferentes tipos de incidentes críticos e em populações vulneráveis com diferentes tipos de vítimas (primárias, secundárias e terciárias têm demonstrado resultados mistos. Tuckey e Scott (2014) avaliaram a eficácia do CISD nos profissionais de emergência pré-hospitalar através de um ensaio clínico controlado após a exposição a um incidente crítico, por comparação com um grupo sujeito a psicoeducação acerca da gestão do stress e outro grupo sujeito apenas a avaliação. Os operacionais que foram alvo do CISD relataram menor consumo de álcool após a intervenção (por comparação com o grupo sujeito a avaliação) e uma melhor qualidade de vida (por comparação com o grupo sujeito à psicoeducação). Não foram obtidas diferenças significativas entre os grupos no mal-estar emocional geral e no stress pós-traumático, demonstrando que, apesar de as intervenções baseadas no CISD poderem contribuir para facilitar o retorno ao funcionamento prévio após o incidente crítico, ainda é necessário continuar a investigar os fatores, a vários níveis, que podem contribuir para promover a recuperação. Por outro lado, o CISM foi considerado eficaz para a redução dos sinais de stress agudo (Everly, Flannery, & Mitchell, 2000; Everly, Flannery, & Eyley, 2002; Flannery, & Everly, 2004). Os resultados obtidos nestes estudos apontam claramente para a dificuldade na condução de investigação controlada nestas circunstâncias. Numa revisão sistemática da literatura acerca destes programas, North e Pfefferbaum (2013) concluíram que estes programas não foram suficientemente avaliados com vista ao estabelecimento da

evidência da eficácia destas intervenções e propõem a sua integração num modelo mais abrangente de emergência e trauma. A mesma conclusão foi retirada do estudo elaborado por Kearns, Ressler, Zatzick e Rothbaum (2012) com base na revisão da literatura acerca dos estudos sobre intervenções psicossociais em crise e prevenção dos sintomas de stress pós-traumático. Por outro lado, num estudo realizado com o objetivo de avaliar a eficácia das intervenções implementadas após a ocorrência de incidentes críticos em 33 países Europeus, a *European Network for Traumatic Stress – Training and Practice* (TENTS-PT) obteve resultados que evidenciaram uma grande variabilidade no tipo de planeamento e implementação do apoio psicossocial nos diferentes países. Enquanto nos países do Norte da Europa, a coordenação, articulação e implementação dos programas baseados em evidências é, ainda, escassa (mantendo-se a utilização de diversas formas de *debriefing* psicológico), nos países do Sul e Sudeste da Europa, a prescrição de medicação para controlo da ansiedade é a estratégia mais frequentemente utilizada (Witteveen, et al., 2012). Tendo em consideração os resultados obtidos neste estudo, a TENTS divulgou um conjunto de linhas orientadoras que devem ser tidas em linha de conta aquando do planeamento, desenvolvimento e implementação de programas de intervenção psicossocial em crise e que envolvem para além deste planeamento, preparação e gestão prévios, os componentes gerais destes programas mas também componentes específicos, tendo em consideração o período de tempo decorrido após o incidente crítico (Bisson, & Tavakoly, 2008).

Em resumo, se, por um lado, todos os modelos de intervenção psicossocial preconizam, de uma forma geral, uma intervenção com três etapas principais ao longo de todo o processo (avaliação, intervenção e finalização/referenciação), por outro lado, a sua intensidade relativa e implementação em termos temporais são variáveis. Mais importante, nenhum dos modelos prevê a implementação de um protocolo estruturado de intervenção durante o período de retorno às rotinas habituais ou a novas rotinas, fulcral para a adaptação à “nova” vida e/ou aceitação das consequências do incidente crítico, o que apresenta implicações na continuidade do apoio prestado após a intervenção psicossocial na crise e ainda antes dos primeiros contactos com o sistema de saúde que contém em si tempos de espera que podem não ser compatíveis com as necessidades destas pessoas no que respeita à intervenção nos fatores de risco ou mesmo no TSPT.

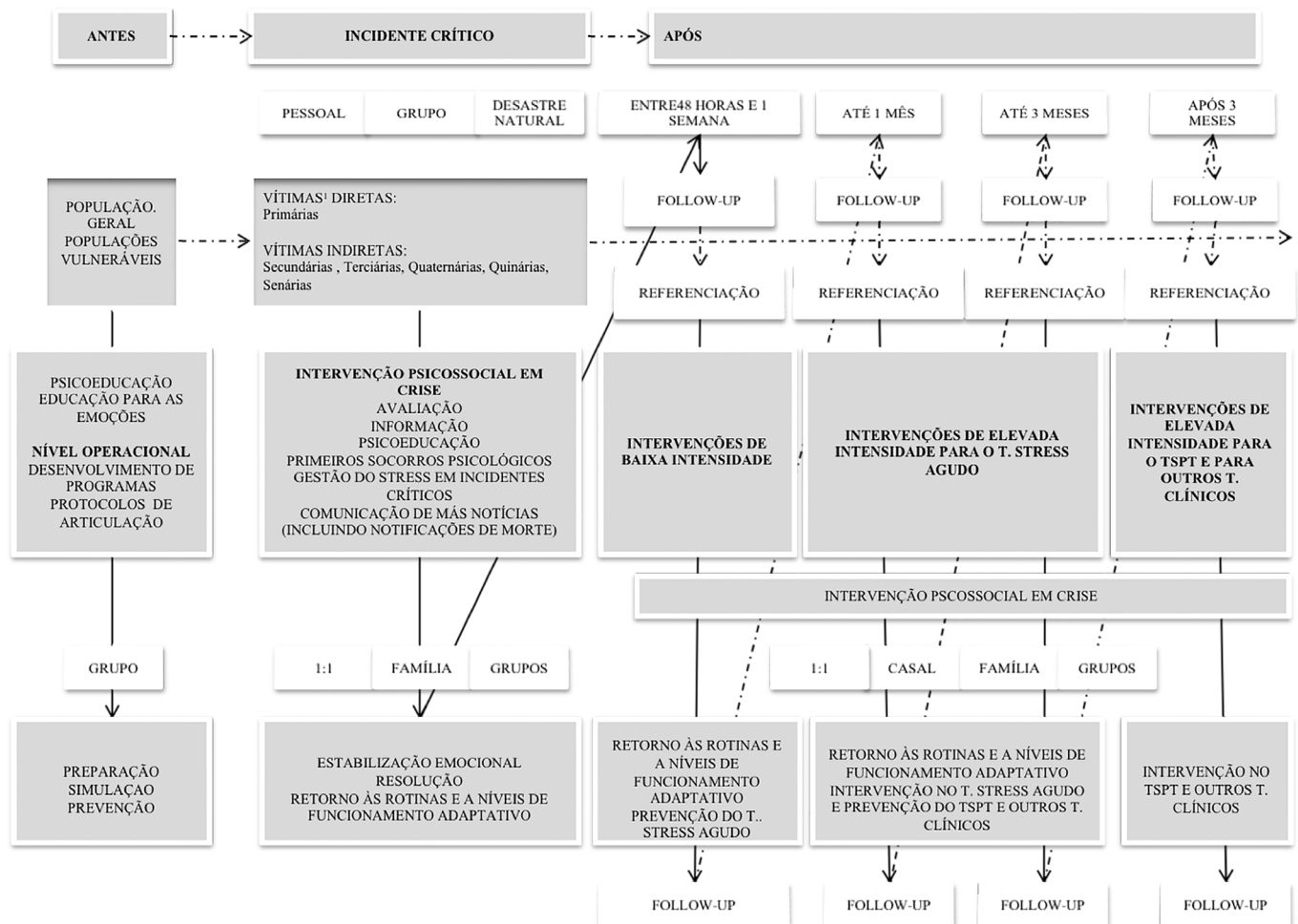
PROPOSTA DE PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL APÓS SITUAÇÕES DE CRISE

A intervenção psicossocial de continuidade com vista ao retorno às rotinas e ao nível prévio de funcionamento assume a maior relevância no período após a ocorrência do incidente crítico que, dependendo das suas características e das reações psicológicas ao mesmo pode demorar dois a cinco anos. No caso específico de Portugal, por exemplo, e do ponto de vista do Plano Nacional de Emergência da Proteção Civil (Autoridade Nacional de Proteção

Civil, ANPC, 2015), está prevista a prestação de “apoio psicológico”, coordenado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (em termos imediatos) e pelo Instituto da Segurança Social (em termos de continuidade), em articulação com a ANPC, as Câmaras Municipais, as Corporações de Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, as Forças Armadas, a Guarda Nacional Republicana, a Polícia de Segurança Pública e outras organizações não-governamentais. Como prioridades deste plano destacam-se a prestação de apoio psicológico às vítimas e de apoio de continuidade, com o objetivo de estabilizar emocionalmente as vítimas e identificar necessidades psicossociais. Este tipo de apoio, “psicológico”, supostamente diferenciado da intervenção psicossocial em crise por apenas aos psicólogos dizer respeito, nem sempre está disponível da forma mais apropriada e/ou atempada ou, a existir, pode carecer de suporte teórico e evidências empíricas. Por outro lado, é mais provável a existência deste tipo de apoio perante um incidente crítico que envolve a comunidade (como é o caso de um recente exemplo do incêndio ocorrido em Pedrogão Grande/ Portugal), por comparação a outro tipo de incidentes críticos, que ocorrem com indivíduos e/ou com famílias. Dadas as inconsistências deste apoio de continuidade e dada a sua relevância para a prevenção do TSA e do TSPT, torna-se da maior relevância focar também a atenção no período

após a ocorrência do incidente crítico, o qual envolve o retorno às rotinas (e, por vezes, iniciar novas rotinas) e ao nível prévio de funcionamento. A Figura 1 apresenta proposta de um Modelo de Intervenção Psicossocial de Continuidade, baseado em evidências.

Neste modelo, é de destacar a importância da preparação para a possibilidade de ocorrência de incidentes críticos. Nesta fase, o fornecimento de informação à população em geral (adequada aos diferentes contextos e níveis de desenvolvimento), enquanto forma de psicoeducação, sobre as reações, formas de lidar e consequências comuns em situações de stresse e trauma, possibilita um maior e melhor conhecimento acerca dos estados emocionais no geral e, em particular, em situação de crise. Em Portugal, um bom exemplo deste tipo de materiais é o documento recentemente desenvolvido pela Direção Geral de Saúde, com a colaboração da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2017). Ainda nesta fase de preparação, a criação de protocolos de atuação em incidentes críticos, adaptados a populações e contextos específicos (por exemplo, com os migrantes e em contexto escolar), a par da simulação, a formação prática para implementação desses mesmos protocolos é da maior relevância para preparar as pessoas para a resposta a um



incidente crítico no qual pode, eventualmente, vir a existir uma crise. Um exemplo de um protocolo deste tipo dirigido a migrantes em Portugal pode ser encontrado no Manual de Apoio Psicossocial a Migrantes (Brito, Arriaga, & Gouveia, 2015). Deste modo, a população em geral e, especificamente, os operacionais e outros profissionais (ligados à saúde, educação, forças de segurança, etc.) ficarão mais e melhor preparados para agir perante um incidente crítico. Por outro lado, já durante e imediatamente após a ocorrência do incidente crítico, deve ser considerada a possibilidade de implementar outro tipo de intervenção psicossocial na crise para além dos Primeiros Socorros Psicológicos. Neste contexto, o Manejo do Stresse em Incidentes Críticos afigura-se como a forma de intervenção mais apropriada, pelo seu carácter, de componentes múltiplos que incluem, para além dos Primeiros Socorros Psicológicos, outras formas de intervenção em crise, específicas, dirigidas a grupos homogêneos (incluindo as vítimas indiretamente expostas ao incidente crítico, desde as famílias e outros significativos, passando pela comunidade (se for o caso), até às vítimas de sexto nível que, como a literatura demonstra, apresentam muito frequentemente “culpa do sobrevivente” (Carlson & Dalenberg, 2000). As práticas baseadas em evidências pressupõem, após este período, um seguimento breve e, se necessário, a referenciação para os diferentes níveis de cuidados de saúde, num modelo de articulação, em rede, que pressupõe também a existência de equipas ou trabalho interdisciplinar - em muitas das situações de crise, a história prévia da pessoa pode indicar a necessidade de (re) avaliação e (re) orientação terapêutica a nível farmacológico - que, do ponto de vista psicoterapêutico, implementem as intervenções que mostraram eficácia para o tratamento do TSA, TSPT e, se necessário, das consequências associadas, de acordo com os critérios para os tratamentos empiricamente validados. Neste contexto, as intervenções psicoterapêuticas especializadas baseadas nos modelos cognitivo-comportamentais são as que apresentam eficácia (Chambless et al., 1998; Chambless, & Ollendick, 2001; Forbes et al., 2010; Tolin et al., 2015). Outro tipo de intervenções como o *Eye Movement Dessensitization Reprocessing* (EMDR), têm também sido alvo de avaliação; no entanto, alguns dos resultados obtidos têm mostrado que o mecanismo de mudança assenta na exposição à situação traumática (e.g., Zalta, 2015). Em qualquer momento deste processo, pela necessidade individual, ou pela recorrência do incidente crítico ou de novos incidentes críticos, pode ser necessário voltar a realizar intervenção psicossocial em crise. Apesar deste modelo demonstrar uma intervenção de continuidade, em muitos incidentes críticos, a possibilidade de deslocação a um dos serviços de saúde e o tempo da resposta nem sempre se compadece com os tempos da prevenção. Por outro lado, o retorno ao nível de funcionamento prévio no ambiente em que a pessoa vive, aponta

para a necessidade premente de implementação de uma intervenção breve e estruturada, no terreno, que vise o (re) estabelecimento de rotinas que apoiem a (re) organização em termos pessoais, sociais, familiares, ocupacionais, entre outros. Nesse sentido, apresentamos no presente trabalho um protocolo estruturado de intervenção breve, dirigido às vítimas diretas e indiretas (incluindo profissionais), que tem como objetivos gerais, individualmente ou em grupo (grupos homogêneos) a promoção de condições que facilitem o retorno ao nível prévio de funcionamento e a (re) organização de rotinas, com vista à prevenção dos relacionados com o trauma e de s relacionados que, pela literatura, têm demonstrado estar associados, em comorbilidade ou em consequência (em particular, o Transtorno Depressivo Major e os Transtornos relacionados com o Uso de Substâncias) (American Psychiatric Association, 2013). Esta intervenção estruturada, breve e intensiva, de cariz cognitivo-comportamental-contextual, fundamenta-se nos modelos cognitivo-comportamentais de primeira, segunda e terceira gerações e na abordagem centrada no sentido da vida (Rogers, 1959; Wong, 2010) em quatro fases:

Avaliação. Nesta fase deve ser feita a avaliação do estado emocional da pessoa, das estratégias de coping utilizadas (atuais e prévias) para lidar com o incidente crítico, da existência e disponibilidade de suporte social e familiar (em conjunto com a avaliação de papéis e funções de cada um dos elementos, e da existência de redes formais e informais de apoio), de necessidades específicas e da existência de condições de segurança e risco (suicídio, entre outros riscos). A avaliação de eventuais acontecimentos significativos na história prévia, a par das estratégias utilizadas para lidar com os mesmos, deve também ser feita, uma vez que é um bom indicador da forma como a pessoa poderá vir a lidar com a sua situação nesse momento. Esta fase permite também o estabelecimento de uma relação de ajuda que, não sendo o objetivo do programa de intervenção, é a forma de estabelecimento de uma relação de confiança a partir da qual se poderá desenvolver o programa.

Psicoeducação. A normalização das reações emocionais, iniciada na intervenção psicossocial em crise durante o incidente crítico, deve continuar a ser feita sempre que necessário ao longo deste programa de intervenção, através do fornecimento de informação (ou do acesso a informação) sobre as mesmas e sobre aspetos gerais e/ou específicos necessários relacionados com o incidente crítico.

Orientação. Após um incidente crítico, e perante o desequilíbrio emocional provocado pelo mesmo, pode existir a necessidade de ensinar ou reorientar a pessoa para a utilização de estratégias mais adaptativas com vista à resolução do incidente (se for o caso) ou à sua adaptação e/ou aceitação do mesmo, pelo que a criação de um plano para regressar às rotinas facilita a reorganização e o retorno ao nível prévio de funcionamento. Nesta fase, a resolução instrumental de problemas relacionados (ou não) com o incidente crítico contribui para melhorar a

percepção de eficácia para lidar com dificuldades enquadradas nas “novas” rotinas, a par de uma perspectiva orientada para um futuro próximo que permita devolver à pessoa o seu sentido de vida o qual, após um incidente crítico relacionado com perdas (pessoais, afetivas, etc.) pode ser alterado (situação muito frequente perante a morte de filhos ou crianças pequenas, com sobreviventes de acidentes de viação ou desastres naturais). A par desta capacidade, a aceitação do incidente crítico e das consequências com ele associadas é fundamental. Mais do que modificar pensamentos ou crenças a propósito do incidente crítico, o processo de aceitação de uma situação imprevisível e não dependente do controlo pessoal, envolve em si próprio um conjunto de reações emocionais que devem, também, ser normalizadas. A identificação de valores e do compromisso pessoal com esses próprios valores, em conjunto com uma orientação para a (re) atribuição do sentido da vida para a pessoa, em termos pessoais, familiares, ocupacionais e/ou sociais, entre outros, no contexto do incidente crítico, irão contribuir para que a pessoa desenvolva um significado para a sua vida que, podendo ser diferente do que existia até aí, pode, ele próprio, permitir um crescimento pós-traumático (Tedeschi, 1996). Em situações específicas, pode existir necessidade de ajudar a pessoa a enfrentar de forma adequada o incidente e/ou as suas consequências. Neste caso, a utilização de procedimentos para modificação da evitação comportamental e/ou experiencial, com base nos princípios da aprendizagem, numa fase em que a pessoa possui ferramentas para normalizar as suas reações emocionais, tem rotinas e objetivos, a par de uma perspectiva contextualizada do próprio incidente crítico, pode também contribuir para a prevenção de grande parte da sintomatologia pós-traumática de stresse.

Seguimento. Como foi já mencionado anteriormente, o seguimento das situações sinalizadas durante e imediatamente após a ocorrência de um incidente crítico desempenha um papel fundamental na prevenção do surgimento de s relacionados com o trauma. No âmbito deste programa, o seguimento destina-se a monitorizar a evolução do processo de adaptação emocional e às novas rotinas, bem como a sinalizar potenciais situações que devam ser alvo de referenciação para o sistema de saúde, com vista a avaliação e intervenção especializada.

Enquanto intervenção estruturada breve em processo de avaliação, o programa APÓS contém procedimentos terapêuticos que derivam de modelos teóricos e de intervenção bem estudados e empiricamente validados. As fases apresentadas sustentam-se em mecanismos de ação baseados em evidências, e que envolvem a educação/informação, a resolução de problemas e de conflitos, a gestão do stresse, a par da componente centrada no significado da vida (Everly & Lating, 2002). A compreensão da adversidade, a par da promoção da capacidade individual para controlar o que é controlável e do suporte por parte de outras pessoas significativas, pode contribuir para que a pessoa encontre um significado para a vida nessa mesma adversidade e para que se identifique e obtenha um significado para a(s)

perda(s). A monitorização sistemática da evolução das reações emocionais e das estratégias utilizadas possibilita a reavaliação e reorientação dos objetivos inicialmente formulados e irá permitir uma referenciação mais rápida, se necessário. Apesar de a avaliação da eficácia de programas de intervenção psicossocial em crise estar dependente, por um lado, da ocorrência de um incidente crítico e, por outro lado, da capacidade, no terreno, de levar a cabo essa mesma avaliação, consideramos, contudo, que este programa pode representar uma mais-valia na articulação entre o trabalho que é feito inicialmente em crise e, posteriormente, em contexto clínico, em particular em termos de custo-efetividade, enquanto forma eficaz de prevenção do TSA e do TSPT.

LIMITAÇÕES E QUESTÕES ÉTICAS NA ÁREA DA INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL NA CRISE

A intervenção psicossocial em crise levanta um conjunto de questões éticas e limitações que devem ser tidas em consideração. A avaliação da eficácia deste tipo de programas é escassa, devido, como foi referido, à necessidade da ocorrência de incidentes críticos e de avaliação controlada do trabalho que é feito e dos seus resultados a curto, médio e longo prazo, o que constitui uma das principais limitações deste tipo de intervenções. A avaliação da sua eficácia de forma controlada, em particular por comparação à recuperação natural que é feita pelas pessoas que não são alvo deste tipo de intervenção, é a única forma de ultrapassar esta limitação. Apesar de, a nível nacional, os diferentes níveis de intervenção serem claros, não é claro que os técnicos das organizações governamentais e não-governamentais de segunda linha tenham formação específica e experiência neste âmbito. É crucial que a seleção dos técnicos para intervir de forma psicossocial em crise tenha em consideração este aspeto, independentemente do número de vítimas direta e indiretamente afetadas e da gravidade dos sintomas que apresentam. Como foi anteriormente referido, as condições de segurança devem estar, à partida, garantidas. A formação e experiência neste âmbito constituem, nesse sentido, uma das condições de segurança. Por outro lado, se o apoio psicológico deve ser prestado exclusivamente por Psicólogos, a intervenção psicossocial em crise pode, e deve, ser prestada por outros profissionais na área da saúde, segurança e, mesmo, educação, com formação e experiência neste âmbito. Ainda, o cuidado na transmissão de informação, em particular pela comunicação social, deve também ser uma questão a considerar. Para além da possibilidade de contribuir para o surgimento de transtornos relacionados com o trauma em pessoas que não estiveram expostas, nem tiveram ninguém significativo exposto, ao incidente crítico, a informação pode induzir respostas de stress agudo pelo aumento da percepção de ameaça e vulnerabilidade. Por fim, a utilização de intervenções farmacológicas deve, também, ser alvo de análise. Se este tipo de intervenções pode ser útil, e mesmo necessário, em pessoas com antecedentes pessoais, a medicação de reações expectáveis no momento da crise pode contribuir para, a médio e longo prazo, aumentar a probabilidade de ocorrência, a médio e longo prazo, de transtornos relacionados com o trauma.

CONCLUSÃO

O objetivo de qualquer forma de intervenção psicossocial em situações de crise ou catástrofe deve ser a prestação de cuidados humanos e compassivos a todas as pessoas afetadas, com vista à prevenção de problemas de saúde (saúde mental em particular) e à promoção do bem-estar dos indivíduos e da comunidade. Em situação de crise, a ocorrência de um conjunto de reações emocionais é expectável, sendo a sua intensidade limitada ao contexto no qual se desenvolvem. As estratégias que o indivíduo utiliza para lidar com a crise e, desse modo, retornar ao nível de funcionamento prévio, podem facilitar ou dificultar a normalização das reações emocionais e das funções psicológicas associadas. Neste contexto, e apesar da existência de diferenças individuais na forma como os indivíduos lidam com os incidentes críticos, é conhecido o efeito amortecedor do suporte familiar, social e técnico. Nesse sentido, o acesso a cuidados de intervenção especializada em situação de crise, fornecidos, em tempo adequado, por técnicos especializados, com formação e experiência nesse âmbito, pode contribuir largamente para a prevenção de um conjunto de problemas de saúde mental com custos a médio e a longo prazo para o próprio e para as comunidades em que se insere. Se assim for, a necessidade de intervenções farmacológicas e de intervenções psicoterapêuticas especializadas é reduzida, uma vez que esta forma de intervenção precoce contribui para prevenir o TSA e o TSPT. Desde este ponto de vista, a educação para a intervenção psicossocial em crise ou catástrofe, mais do que uma medida isolada levada a cabo por entidades individuais e/ou de forma individualizada, deve ser contemplada em termos de políticas de saúde, em articulação com as instâncias responsáveis pela organização dos serviços de saúde nas crises e emergências e pelo plano nacional de emergência da proteção civil dos respetivos países. Neste contexto, a possibilidade de prestação de apoio numa fase de normalização implica um distanciamento de uma visão fundamentalmente assistencialista que, sendo fundamental numa primeira fase, ao longo do tempo, deve ser descontinuada de forma planeada, de forma a que as pessoas possam reinventar a sua vida, as suas rotinas, a sua autonomia e, até, o seu livre arbítrio.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arendt, M., & Elklit, A. (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(6), 423 – 437. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2001.00155.x
- Arriaga, M. (2011). Modelos de intervenção psicossocial em situações de crise e emergência. M. Carvalho (Coord.), Estudos sobre intervenção psicológica em situações de emergência, crise e catástrofe (pp. 67 – 74). Portimão: ISMAT.
- Autoridade Nacional para a Proteção Civil (2015). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. Recuperado de <http://www.proci.pt>
- Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducassé, J. L., Charlet, J. P., Lauque, D., ..., & Schmitt, L. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 7, 1337 - 1339. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.7.1337
- Bisson, J. I., McFarlane, A. C., Rose, S., Ruzek, J. I., Watson, P. J. (2010). Psychological debriefing for adults, In E. B. Foa, Terence M. Keane, Matthew J. Friedman, and Judith A. Cohen (2010), *Effective treatments for PTSD* (2nd Ed.). *Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. London: Guilford Press.
- Bisson, J., & Tavakoly, B. (2008). *The TENTS guidelines for psychosocial care following disasters and major incidents*. Wales: Cardiff University.
- Boscarino, J., Adams, R., & Figley, C. (2011). Mental health service use after the World Trade Center disaster: Utilization trends and comparative effectiveness. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 199(2), 91-99. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182043b39
- Brito, B., Arriaga, M. T., & Gouveia, S., (2015). *Manual de apoio psicossocial para migrantes*. Lisboa: APAV/DGS/CVP.
- Brymer, M., Layne, C., Jacobs, A., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., ..., Watson, P. (2006) *Psychological first aid field operations guide* (2nd Ed.). Los Angeles, CA: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.
- Brymer, M.J., Steinberg, A.S., Watson, P.J. & Pynoos, R.S. (2012). Prevention and early intervention programs for children and adolescents. In J. G. Beck, & D. Sloan (Eds). *The Oxford handbook of traumatic stress disorders* (pp. 393-402). London: Oxford University Press.
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Iruarrizaga, I., Salguero-Noguera, J. M., & Wood, C. M. (2011). Consecuencias psicológicas de las crisis y catástrofes: Los atentados del 11-M em Madrid. In M. Carvalho (Coord.), Estudos sobre intervenção psicológica em situações de emergência, crise e catástrofe (pp. 89 – 105). Portimão: ISMAT.
- Carlson, E. B., & Dalenberg, C. J. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1 (1), 4 - 28. DOI: <https://doi.org/10.1177/152483800001001002>
- Carvalho, M. (2011). Emergências psicológicas. Intervenção na crise perante a morte de um familiar. In M. Carvalho (Coord.), Estudos sobre intervenção psicológica em situações de emergência, crise e catástrofe (pp. 53 – 66). Portimão: ISMAT.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 7 – 18. doi:10.1037/0022-006X.66.1.7
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685 – 716. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- Direção Geral de Saúde & Ordem dos Psicólogos Portugueses (2017). Como lidar com um desastre natural. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/como-licar-com-um-desastre-natural.aspx>
- Dyregrov, A. (1997). The process in psychological debriefings. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (4), 589 – 605. DOI: 10.1002/jts.2490100406
- Dyregrov, A. (1998). Psychological debriefing – An effective method? *Traumatology*, 4 (2), 6 – 15. DOI: <https://doi.org/10.1177/153476569800400203>

- Dyregrov, A. (2003). *Psychological debriefing*. Ellicott city: Chevron publishing company.
- Everly & Lating (2012). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. NY: Springer.
- Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (1999). *Critical incident stress management*. Ellicott City, MD: Chevron.
- Everly, G. S., (1996). A rapid crisis intervention technique for law enforcement. In J. T. Reese & R. Soloman (Eds.), *Organizational issues in law enforcement* (pp. 183-192). Washington, DC: FBI.
- Everly, G. S., Flannery, R. B., & Eyler, V. A. (2002). Critical incident stress management (CISM): A statistical review of the literature. *Psychiatric Quarterly*, 73 (3), 171-182. DOI: 10.1023/A:1016068003615
- Everly, G. S., Jr., & Langlieb, A. (2003). The evolving nature of disaster mental health services. *International Journal of Emergency Mental Health*, 5 (3), 113 – 119.
- Everly, G. S., Flannery, R. B., & Mitchell, J. T. (2000). Critical incident stress management (CISM): A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (1), 23 – 40. 10.1016/S1359-1789(98)00026-3
- Everly, G.S. & Mitchell, J.T. (1997). *Critical incident stress management (CISM): A new era and standard of care in crisis intervention*. Ellicott City: Chevron.
- Flannery, R. B., & Everly, G. S: (2004). Critical incident stress management (CISM): Updated review of findings, 1998–2002. *Aggression and Violent Behavior*, 9 (4), 319 – 329. 10.1016/S1359-1789(03)00030-2
- Forbes, D., Creamer, M., Bisson, J. I., Cohen, J. A., Crow, B. E., Foa, E. B., Friedman, M. J., Keane, T. M., Kudler, H. S. and Ursano, R. J. (2010). A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (5), 537 – 552. doi: 10.1002/jts.20565
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., & Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, 346 (13), 982 – 987. DOI: 10.1056/NEJMSa013404
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. (2007). Peritraumatic psychological and somatoform dissociation in predicting PTSD symptoms: A prospective study. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 195 (11), 952 - 954. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181594810
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. H., Friedman, M., ..., Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma interventions: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal Biological Processes*, 70 (4), 283 – 315. doi: 10.1521/psyc.2007.70.4.283.
- Inter-Agency Standing Committee (2014). *Review of the Implementation of the IASC Guidelines on MHPSS*. Geneva: IASC.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2016). *International first aid and resuscitation guidelines 2016*. Geneva: IFRC.
- Jacobs, G. A., Gray, B. L., Erickson, S. E., Gonzalez, E. D., & Quevillon, R. P. (2016) Disaster mental health and community-based psychological first aid: Concepts and education/training. *Journal of Clinical Psychology*, 72 (12), 1307 - 1317. DOI: 10.1002/jclp.22316.
- Kearns, M. C., Ressler, K. L., Zatzick, D., & Rothbaum, B. O. (2012). Early interventions for PTSD: A review. *Depression and Anxiety*, 29 (10), 833 – 842. doi: 10.1002/da.21997
- Litz B. T. (2008). Early intervention for trauma: Where are we and where do we need to go? A Commentary. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (6), 503 – 506. DOI: 10.1002/jts.20373
- McCabe, O. L., Everly, G. S., Brown, L. M., Wendelboe, A. M., Hamid, N. A., Tallchief, V. L., & Links, J. M. (2014). Psychological first aid: A consensus-derived, empirically supported, competency-based training model. *American Journal of Public Health*, 104 (4), 621 - 628. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301219.
- McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4 (2), 45 – 79. DOI: <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01421>
- Mitchell, J. T. (2004). Characteristics of successful early intervention programs. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6 (4), 175 - 184.
- Mitchell, J.T. & Everly, G. S. (1996). *Critical incident stress debriefing: An operations manual*. Ellicott City: Chevron.
- Neria, Y., DiGrande, L., & Adams, B. G. (2011). Posttraumatic stress disorder following the September 11, 2001, terrorist attacks: A review of the literature among highly exposed populations. *American Psychologist*, 66 (6), 429 - 446. doi: 10.1037/a0024791.
- North, C. S., & Pfefferbaum, B. (2013). Mental health response to community disasters: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 310 (5), 507 – 518. doi: 10.1001/jama.2013.107799.
- Pandya, A. (2013). A review and retrospective analysis of mental health services provided after the September 11 attacks. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58 (3), 128 – 134. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371305800302>
- Pereira, M. (Coord.) (2015). *Intervenção psicológica em crise e catástrofe*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Roberts, A. (2000). An overview of crisis theory and crisis intervention. In A. Roberts (Ed.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, research*. NY: OUP.
- Roberts, A. (2006). Assessment, crisis intervention, and trauma treatment: the integrative act intervention model. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2 (1), 1 - 22.
- Roberts, A. R. (2005). Bridging the past and present to the future of crisis intervention and crisis management. In A. R. Roberts (Ed.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (3rd ed., pp. 3–34). NY: OUP.
- Roberts, A. R., & Everly, G. S. (2006). A meta-analysis of 36 crisis intervention studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6 (1), 10 - 21. DOI: 10.1093/brief-treatment/mhj006
- Roberts, A. R., & Ottens, A. J. (2005). The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5 (4), 329 - 339. doi:10.1093/brief-treatment/mhi030
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context*. NY: McGraw Hill.
- Rose, S., Bisson, J. Churchill, R., & Wessely, S (2002). *Psychological debriefing for preventing posttraumatic stress disorder* (PTSD). *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2, CD000560.
- Task Force on Community Preventive Services (2008). Recommendations to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 35 (3), 314 – 316. doi:10.1016/j.amepre.2008.06.025.

- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 455- 471.
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatments: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science & Practice, 22* (4), 317 – 338.. doi:10.1111/cpsp.12122
- Tuckey, M. R., & Scott, J. E. (2014). Group critical incident stress debriefing with emergency services personnel: A randomized controlled trial. *Anxiety, Stress and Coping, 27* (1), 38 – 54. doi: 10.1080/10615806.2013.809421
- Wethington, H. R., Hahn, R. A., Fuqua-Whitley, D. S., Sipe, T. A., Crosby, A. E., Johnson, R. L., Liberman, A. M., ..., Task Force on Community Preventive Services (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 35* (3), 287 – 313. doi: 10.1016/j.amepre.2008.06.024
- Witteveen, A. B., Bisson, J. I., Ajdukovic, D., Arnberg, F. K., Bergh, J. K., Bolding, H. B., Elklit, A., ..., Olf, M. (2012). Post-disaster psychosocial services across Europe: The TENTS project. *Social Science and Medicine, 75*, 1708 – 1714. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.06.017>
- Wong, P. T. P. (2010). Meaning therapy: An integrative and positive existential psychology. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 40* (2), 85-99. doi:10.1007/s10879-009-9132-6
- World Health Organization (2014). *Psychological first aid. Facilitator's manual for orienting field workers*. Geneva: WHO.
- Yeager & Roberts, (2015). Differentiating among stress, acute stress disorder, acute crisis episodes, trauma, and PTSD: Paradigm and treatment goals. In K. Yeager & A. Roberts (Eds.), *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research* (4th Ed.). London: OUP.
- Zalta, A. (2015). Psychological mechanisms of effective cognitive-behavioral treatments for PTSD. *Current Psychiatry Reports, 17*(4), 23. doi:10.1007/s11920-015-0560-6