



Psicotraumatologia e traumi collettivi: come intervenire nei contesti di crisi collettiva?

INDICE:

1. Introduzione
2. Il trauma collettivo: definizione e caratteristiche
3. Cosa accade in un trauma collettivo
4. Cosa fare PRIMA dell'intervento
5. DURANTE l'intervento: i principi operativi
6. Quali competenze deve avere lo Psicologo che opera nei contesti di trauma collettivo?
7. Altre letture su HT

1. Introduzione

Gli eventi traumatici che colpiscono intere comunità rappresentano una delle sfide più complesse per la Psicologia dell'emergenza.

Pensiamo ai terremoti, ai disastri naturali, agli attentati terroristici, ai conflitti armati...

La Psicotraumatologia nelle situazioni complesse ci chiede, come Psicologi, di rispondere e adattare rapidamente le nostre competenze alla situazione specifica e saper organizzare il lavoro che spesso coinvolge noi e una squadra di lavoro.

Quando si parla di **competenze** si pensa normalmente a quelle **tecniche**; in realtà contano moltissimo anche quelle **relazionali ed emotive** perché ci si confronta con persone (tante) emotivamente destabilizzate in un contesto complesso e talvolta ostile (pensiamo al contesto degli ospedali da campo o alle tende post terremoto o post alluvione).

2. Il trauma collettivo: definizione e caratteristiche

Il trauma collettivo si riferisce all'impatto psicologico di un evento catastrofico che colpisce contemporaneamente un intero gruppo di persone, una comunità o una società.

Il trauma collettivo, rispetto al trauma individuale, **coinvolge la memoria sociale del gruppo** e innesca un **processo di ricostruzione del significato** dell'evento stesso.

La tragedia diventa parte dell'identità collettiva e richiede un percorso condiviso di elaborazione e integrazione.

Pensiamo, ad esempio, al suicidio in una scuola o a un incidente mortale in un'azienda.

Il dolore di tutti si mescola alla paura, al senso di colpa, al terrore che possa succedere ancora.

Inoltre, in presenza di un trauma collettivo, è molto facile che si attivino meccanismi sociali come il **contagio emotivo**, ossia quel processo per cui le emozioni di una persona si trasmettono ad altre,



portandole a provare sentimenti simili in modo spesso automatico e inconscio.

Si tratta di un fenomeno normale quando si parla di trauma, però il rischio è che, se non gestito, ostacoli e rallenti il normale processo di elaborazione del lutto.

Anche gli Psicologi è importantissimo che si sentano solidi, centrati ed emotivamente stabili quando intervengono in emergenza perché l'attivazione di dinamiche personali irrisolte può compromettere il benessere proprio e ostacolare il lavoro.

Proprio per questo sono essenziali i momenti di debriefing e di scarico emotivo (es. una cena, un aperitivo con la squadra) post intervento.

3. Cosa accade in un trauma collettivo

Quando un'intera comunità viene colpita da un evento traumatico, si osservano diverse tipologie di reazioni.

Queste rappresentano la base su cui andare a tarare e a stabilire il tipo di intervento.

Perdita del senso di sicurezza: l'evento catastrofico distrugge la percezione del mondo come luogo prevedibile e controllabile provocando stati di ipervigilanza, ansia generalizzata e difficoltà a tornare alla propria routine quotidiana.

La scuola o il posto di lavoro, magari anche fonti di emozioni positive, diventano improvvisamente qualcosa di minaccioso o legato a emozioni di dolore.

Quando poi a causare una morte è stata una causa connessa all'ambiente (es. macchinari poco sicuri o anche un terremoto o l'esonazione di un fiume), aumentano i livelli di minaccia associati al luogo.

Nei gruppi si percepisce dal senso di "allerta generale" che si respira.

Sintomi post-traumatici: il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) rappresenta la forma più frequente di disturbo psicologico osservato dopo traumi collettivi.

La sintomatologia post traumatica si distingue principalmente per tre aspetti:

- **intrusività:** ricordi, immagini, incubi e flashback sull'evento che irrompono senza controllo, con forti reazioni emotive e fisiche
- **evitamento:** la persona cerca di non pensare né sentire, evita luoghi, persone e situazioni che ricordano il trauma, si ritira o si "anestetizza". Frasi come: "non ci voglio pensare" o minimizzazioni come: "nella vita si deve andare avanti" possono essere un segnale
- **iperarousal:** sistema di allarme sempre attivo, con ipervigilanza, scatti di paura, irritabilità, disturbi del sonno e difficoltà di concentrazione

Le tre dimensioni si alimentano a vicenda e mantengono la persona come "bloccata nel trauma", anche a distanza di tempo.

È importantissimo fare **psicoeducazione** sui sintomi del PTSD perché le persone possano comprendere quando è importante chiedere aiuto.

I vissuti traumatici

Non tutti vivono un evento traumatico nello stesso modo e anche dentro la stessa comunità le reazioni possono essere molto diverse.

Ci sono le **vittime dirette** cioè quelle che si trovano lì nel momento in cui succede l'evento. Spesso riportano ferite, perdite, o comunque un'esperienza di forte shock.

Pensiamo ad esempio agli operai che hanno assistito al crollo di un cantiere in cui sono morte delle persone.

Ci sono poi i **testimoni oculari** ovvero coloro che hanno assistito all'evento senza essere direttamente coinvolti, come i passanti che hanno osservato il crollo del cantiere o le persone che hanno visto dalla finestra dell'ufficio.

Diverso ancora è il vissuto dei **familiari** e delle **persone vicine** a chi è coinvolto.



Possono aver perso i propri cari o temere per la propria vita.

Ci sono infine i **soccorritori** (operatori di emergenza esposti al trauma vicario e al rischio di trauma cumulativo) e la **comunità allargata**, composta da persone non direttamente coinvolte ma appartenenti alla comunità colpita.

Possono far parte di questa categoria i colleghi delle persone decedute in un cantiere che non hanno assistito direttamente all'evento ma hanno comunque risentito della perdita o magari altri operai che operano su cantieri simili a quello colpito.

Ciascuna di queste categorie presenta specifiche vulnerabilità e necessita di interventi ad hoc.

Barriere comunicative e culturali: quando si lavora con migranti, rifugiati o vittime di guerra, la lingua può diventare un ostacolo enorme.

Non riuscire a spiegare al soccorritore quello che si è passato è frustrante e può rendere difficile o non corretta sia la valutazione che l'intervento.

In questi casi, la presenza di un mediatore culturale diventa essenziale.

4. Cosa fare PRIMA dell'intervento

Raccogliere le informazioni.

Prima di intervenire è essenziale raccogliere il maggior numero possibile di dati sulla situazione per capire, nel modo più preciso possibile, dove ci stiamo muovendo.

Di seguito una check list di domande utili da tenere a mente:

- Qual è la natura e la portata dell'evento traumatico?
- Il numero di persone coinvolte?
- Chi è stato coinvolto? (es. colleghi, amici, parenti, ...)
- Quali sono le caratteristiche socio anagrafiche (età, provenienza, anzianità aziendale nel caso di incidenti sul lavoro) e culturali (es. lingua, credo religioso, regole di contesto specifiche) della popolazione? Ad esempio, in un lavoro con persone di cultura nepalese era stato molto importante ricordare che la mano sinistra è considerata sporca e si fa tutto con la destra, non si accarezzano in testa i bambini. In alcune popolazioni, le donne o gli uomini possono avere difficoltà ad aprirsi con una persona di genere opposto al proprio
- Ci sono vulnerabilità specifiche? (bambini, anziani, persone con pregresse patologie mentali)
- Ci sono già stati interventi da parte di altre organizzazioni o servizi? Nello specifico questo serve per coordinarsi al meglio ed evitare di fare interventi "doppioni" o troppo diversi
- Ci sono le risorse territoriali disponibili e servizi di salute mentale già esistenti?
- Ci sono barriere linguistiche? In questi casi, e anche del caso di barriere culturali, come abbiamo visto sopra, è necessario attivare la presenza della mediazione linguistica e culturale

Identificare il referente chiave.

Per coordinare bene il lavoro è bene stabilire fin da subito un punto di contatto chiave, che può essere, ad esempio, il dirigente scolastico di una scuola, il responsabile risorse umane dell'azienda su cui si interviene, la capo sala di un ospedale con cui si sta lavorando.

Questo contatto facilita lo scambio delle informazioni, la pianificazione degli interventi e la gestione delle emergenze.

Il referente deve avere molta esperienza e conoscere alla perfezione gli strumenti e i protocolli di lavoro.

Costituire la squadra di emergenza.

La squadra deve includere Psicologi con formazione specifica in Psicotraumatologia e Psicologia dell'emergenza, eventualmente affiancati da mediatori culturali quando necessario.

Va fatta attenzione in generale a persone con tendenza alla polemica, poco proattive o che entrano



facilmente in conflitto.

Sarebbe bene che non entrassero nella squadra di lavoro.

Psicologi con meno esperienza possono essere inseriti come osservatori; possono dare supporto nella produzione dei materiali, nella somministrazione e interpretazione dei test quando presenti o gestire situazioni di difficoltà emotive individuali dei partecipanti.

Una volta creata la squadra è molto utile costruire una chat in cui ci sia possibilità di scambiarsi rapidamente informazioni.

Nelle chat non si polemizza, non si fanno battute e non si condividono informazioni che non siano strettamente legate al lavoro di squadra.

Identificare gli strumenti operativi e i protocolli.

Prima di entrare sul campo è necessario identificare gli strumenti e i protocolli che si intendono utilizzare.

È importante utilizzare strumenti che si conoscono bene e per cui si è fatta una formazione specifica.

Di seguito ne elenco alcuni:

- i **protocolli di intervento clinico** (ad esempio EMDR per eventi recenti nel caso in cui siano presenti Psicoterapeuti con formazione EMDR; tecniche di stabilizzazione, protocolli di gruppo)
- gli **strumenti di assessment** (questionari, test specifici, domande per eventuali focus group, ...)
- i **protocolli relativi alle modalità di intervento** (ad esempio individuale, di gruppo, familiare)
- i **materiali psicoeducativi e informativi**

Chiaramente gli strumenti di lavoro variano in base al tipo di formazione degli Psicologi e delle Psicologhe che intervengono.

È bene averli sia in versione stampata che digitale.

Definire gli obiettivi condivisi.

Insieme alle professioni coinvolte vanno identificati gli obiettivi dell'intervento, che devono essere chiari e condivisi.

Servono inoltre a orientare il lavoro sul campo e offrono una direzione comune in contesti che sono facilmente caotici.

Strutturare l'intervento mantenendo la flessibilità in quanto le condizioni sul campo possono cambiare velocemente.

Può capitare infatti che il tempo a disposizione possa ridursi, che alcuni test possano risultare troppo complessi per il contesto, le barriere linguistiche possono essere più impegnative di quanto avevamo previsto.

5. DURANTE l'intervento: i principi operativi

Una volta sul campo, come accennato, l'intervento deve essere orientato prima di tutto a ripristinare il senso di sicurezza per poi creare le condizioni utili all'elaborazione del trauma.

Creazione del senso di sicurezza e di uno spazio protetto.

Riguardo a questo aspetto, qualunque cosa fa la differenza, anche una semplice chiacchierata durante un caffè è necessario che venga fatta nell'ottica di far sentire la persona al sicuro.

Il cervello non riesce a elaborare un trauma se il livello di allerta nel presente risulta troppo alto.

Sebbene la creazione di condizioni di sicurezza emotiva sia una competenza soprattutto relazionale che si basa sulla capacità di regolare efficacemente la comunicazione verbale e non verbale, ci sono accorgimenti che possono fare la differenza.



- Identificare quali sono i luoghi protetti dove poter condurre i colloqui
- Garantire la privacy e la riservatezza
- Comunicare in modo chiaro le modalità dell'intervento
- Trasmettere presenza, calma e stabilità emotiva

Praticare l'ascolto attivo e validazione emotiva.

L'ascolto è lo strumento terapeutico principale e comprende l'ascolto senza giudizio e il rispetto del silenzio.

Altrettanto importante è dare valore a ciò che la persona prova senza sminuire ciò che sente.

La comunicazione deve essere allineata alle caratteristiche degli interlocutori e il linguaggio deve essere semplice, vanno rispettati i tempi individuali, e i contenuti adattati alle esigenze delle persone.

Se si è prevista una fase psicoeducativa ma le persone stanno piangendo, occorre fermarsi e dare spazio alla stabilizzazione.

Psicoeducazione e attribuzione di significato.

Dare un senso a ciò che sta accadendo è un passaggio cruciale.

La psicoeducazione serve a normalizzare le reazioni traumatiche, spiegare i sintomi del PTSD, illustrare il ruolo delle emozioni e i processi di elaborazione.

Questo intervento riduce il senso di frammentazione e aiuta le persone a comprendere che le proprie reazioni sono risposte normali a eventi anormali.

Occorre normalizzare senza banalizzare.

Evitare toni melensi o troppo compassionevoli è importante per evitare che le persone si sentano trattate come "vittime".

Importante è invece tenere un tono empatico ma anche centrato e assertivo.

6. Quali competenze deve avere lo Psicologo che opera nei contesti di trauma collettivo?

Quando si parla di traumi collettivi la competenza tecnica specifica è la **Psicotraumatologia**.

Lo Psicologo dell'emergenza deve conoscere i modelli teorici del trauma, i protocolli evidence-based (come l'EMDR per eventi recenti, le tecniche di stabilizzazione, il defusing e il debriefing), gli strumenti di assessment e i criteri diagnostici per i disturbi correlati al trauma.

Conoscere il **Codice Deontologico** e i principi etici della professione è imprescindibile, soprattutto in contesti di vulnerabilità estrema.

Lo Psicologo deve saper gestire il consenso informato, garantire la riservatezza, riconoscere i limiti del proprio intervento e operare nell'interesse primario delle persone assistite.

La **capacità di organizzazione e pianificazione rapida sotto stress** è altrettanto importante: in emergenza le decisioni devono essere prese rapidamente e con informazioni incomplete.

La capacità di strutturare un intervento in tempi brevi, allocare risorse, gestire priorità e imprevisti è fondamentale.

Come già evidenziato, la **flessibilità** è un più che un valore aggiunto in quanto, in emergenza, la rigidità è nemica dell'efficacia.

Saper modificare il piano in corso d'opera adattando i protocolli alle condizioni reali, accettare compromessi senza perdere di vista gli obiettivi sono competenze chiave.

Tra le competenze emotive e relazionali abbiamo la stabilità emotiva.

Lo Psicologo deve infatti saper gestire le proprie reazioni emotive senza negare l'impatto del trauma, pur senza rimanerne senza rimanerne sopraffatto.

La capacità di comunicare efficacemente si rivela importante sia con la squadra di intervento



(coordinamento, condivisione informazioni, supporto reciproco), con i referenti istituzionali (aggiornamenti, richieste, negoziazione), e con l'utenza finale (ascolto, psicoeducazione, costruzione dell'alleanza).

Ciascun livello richiede competenze comunicative specifiche e capacità di modulare registro e contenuti.

Nelle emergenze collettive il lavoro è sempre di squadra.

L'**orientamento all'obiettivo comune** e quindi collaborare in modo costruttivo, sostenere i colleghi e chiedere aiuto quando necessario determina il successo dell'intervento.

Parliamo, infine, dell'**orientamento positivo e della cura del proprio benessere** in quanto, burnout e trauma vicario, sono problemi che possono insorgere in chi si occupa di gestione delle emergenze ma possono essere prevenuti innanzitutto attraverso la consapevolezza.

Lo Psicologo deve prendersi cura del proprio benessere e di quello della squadra attraverso momenti di debriefing interno, supervisione, turnazioni adeguate, spazi di decompressione emotiva. Tutti questi aspetti non sono e non devono essere optional ma elementi strutturali dell'intervento.

7. Altre letture su HT

- Claudia Nissi, "[Dall'evento traumatico al Disturbo Post Traumatico da Stress](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 72, 2012
- Iolanda Lo Bue, "[PTSD: disturbo post-traumatico da stress](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 219, 2025
- Luisa Fossati, "[Disturbo post traumatico da stress: il lavoro della psicoeducazione nel lavoro con il trauma](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 198, 2023
- Luisa Fossati, "[Guarire il trauma di attaccamento: percorsi terapeutici per relazioni più sane](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 214, 2025
- Rebecca Farsi, "[Adverse Child Experience: l'effetto delle esperienze infantili avverse. Lo studio ACE](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 204, 2024
- Luciana Morelli, "[Teoria e clinica della memoria del trauma psichico infantile](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 105, 2014
- Adele Falbo, "[Trauma Cumulativo](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 105, 2014
- Luisa Fossati, "[EMDR e AIP nella cura del trauma](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 210, 2024
- Irene Bellodi, "[Terremoto e stress: conseguenze sulle popolazioni, quali interventi?](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 86, 2012
- Luisa Fossati, "[Come trasformare il dolore in guarigione](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 215, 2025
- Redazione, "[CNOP: gli Psicologi dicono basta alla morte a Gaza](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 217, 2025
- Valeria Catufi, "[Psicologia dell'Emergenza](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 79, 2012
- Francesca Emili, "[Il Debriefing psicologico in zone terremotate: un'esperienza diretta](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 71, 2011
- Alessia Bruno, "[Il panico di Jane: un caso di Disturbo Post Traumatico da Stress](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 96, 2013