



par Pascal Neveu

(FRA/ITA)

Le traumatisme, dans le langage courant, évoque une blessure, une effraction, une rupture brutale dans la continuité de l'existence. Mais pour la psychanalyse, et en particulier pour Freud, il ne se réduit pas à un simple choc psychologique : il désigne une expérience qui excède les capacités du sujet à l'intégrer, à la symboliser, et qui revient hanter la vie psychique sous des formes diverses.

Dès ses premiers travaux, Freud s'est intéressé à ce phénomène, d'abord à travers l'hystérie et les récits de ses patientes, puis en élaborant progressivement une théorie du traumatisme qui articule mémoire, inconscient et temporalité. Le traumatisme devient ainsi un concept central, non seulement pour comprendre la clinique individuelle, mais aussi pour penser la culture, la guerre et la transmission intergénérationnelle.

Dans cet écrit, nous suivrons l'évolution de la pensée freudienne sur le traumatisme, depuis la « théorie de la séduction » jusqu'à la notion « d'après-coup » (Nachträglichkeit), en montrant comment Freud a déplacé la compréhension du trauma d'un événement brut vers une construction psychique complexe.

Avec Josef Breuer, Freud publie en 1895 les *Études sur l'hystérie*, où il met en évidence que certains symptômes hystériques trouvent leur origine dans des événements traumatiques refoulés. L'idée est que le sujet n'a pas pu « abréagir » l'affect lié à l'événement, et que celui-ci reste enkysté dans l'inconscient, produisant des symptômes corporels ou psychiques. Le traumatisme est alors conçu comme une effraction psychique qui n'a pas trouvé de voie d'expression.

Freud formule l'hypothèse que les névroses proviennent d'expériences sexuelles précoces, vécues comme des traumatismes. Selon cette « théorie de la séduction », l'enfant aurait été victime d'un abus réel, et l'événement refoulé serait à l'origine des symptômes ultérieurs. Cette thèse, radicale, place le traumatisme au cœur de la névrose.

Mais Freud va ensuite abandonner cette théorie, constatant que les récits de séduction ne correspondaient pas toujours à des événements réels, mais relevaient souvent de fantasmes. Ce tournant est décisif : le traumatisme ne se définit plus seulement par un fait objectif, mais par la manière dont le sujet l'inscrit dans sa réalité psychique. L'événement peut être imaginaire, mais il produit des effets traumatiques réels

En effet, dans cette première période, Freud conçoit le traumatisme comme une effraction psychique : un excès d'excitation que le psychisme ne peut pas maîtriser. L'événement déborde les capacités de défense du sujet, et laisse une trace durable dans l'inconscient.

Il démontre que le traumatisme n'est pas seulement un événement extérieur : il devient traumatique parce qu'il est refoulé. Le psychisme, incapable de traiter l'excès d'excitation, rejette l'événement hors du champ de la conscience. Mais ce refoulement n'est jamais définitif : le souvenir revient sous forme de symptômes, de rêves, de répétitions. Le traumatisme est donc lié à la dynamique du refoulement et du retour du refoulé.

Après l'abandon de la théorie de la séduction, Freud insiste sur la puissance du fantasme. Le traumatisme peut être constitué par une scène imaginaire, qui prend valeur de réalité psychique. Ce qui compte, ce n'est pas l'événement brut, mais la manière dont il est investi par le désir et l'angoisse du sujet. Ainsi, le traumatisme est toujours une rencontre entre un fait et une construction fantasmatique.



Freud introduit alors une distinction fondamentale : la réalité psychique peut avoir autant d'effets que la réalité matérielle. Une scène fantasmée peut produire des symptômes aussi puissants qu'un événement réel. Le traumatisme est donc à la croisée de ces deux registres : il est une effraction, mais aussi une mise en scène intérieure.

Dans cette perspective, le traumatisme devient un noyau inconscient autour duquel s'organise la vie psychique. Il agit comme une force d'attraction, ramenant sans cesse le sujet vers la répétition, l'angoisse, ou la mise en acte. L'inconscient n'est pas seulement le lieu du refoulé : il est structuré par ces traces traumatiques qui orientent le désir et la souffrance.

En résumé, le traumatisme n'est pas seulement un choc, mais une construction psychique qui se rejoue dans l'inconscient.

Replongeons dans les observations cliniques de la Première Guerre mondiale

La Grande Guerre a confronté Freud et ses contemporains à une clinique nouvelle : celle des soldats revenus du front, marqués par des symptômes étranges. Tremblements, cauchemars récurrents, paralysies, crises d'angoisse... Ces manifestations ne pouvaient pas être expliquées par des lésions organiques. On parlait alors de « névroses de guerre » ou de « shell shock ». Freud y voit l'expression d'un traumatisme psychique massif, lié à l'effroi et à l'impossibilité de symboliser l'expérience de la mort imminente.

D'ailleurs, après le congrès de Nuremberg, dans « Au-delà du principe de plaisir » (1920), Freud analyse ces symptômes comme la preuve d'une force psychique qui dépasse la recherche du plaisir. Les soldats traumatisés répètent sans cesse, dans leurs rêves ou leurs comportements, la scène traumatique. Cette « compulsion de répétition » montre que le psychisme est poussé à revivre l'événement, non pour en tirer du plaisir, mais pour tenter de le maîtriser. Le traumatisme devient ainsi le lieu d'une lutte entre le principe de plaisir et une force plus archaïque.

Freud introduit alors la notion de pulsion de mort. Le traumatisme révèle que le psychisme n'est pas seulement orienté vers la recherche du plaisir et la conservation de la vie, mais qu'il est traversé par une tendance à revenir à l'inanimé, à répéter jusqu'à l'épuisement. La compulsion de répétition est l'expression de cette pulsion de mort, qui se manifeste de manière particulièrement brutale dans les névroses traumatiques.

Il distingue l'angoisse anticipatrice, qui prépare le psychisme à affronter un danger, de l'effroi, qui survient quand le sujet est pris par surprise. Le traumatisme de guerre est marqué par cet effroi : le soldat est confronté à une menace vitale sans préparation, et l'excès d'excitation déborde ses capacités de défense. L'effroi est donc une condition essentielle du traumatisme.

Freud déplace le traumatisme vers une dimension plus radicale, liée à la compulsion de répétition et à la pulsion de mort.

C'est alors qu'il introduit une idée fondamentale : un événement ne devient traumatique qu'à la lumière d'un autre, survenu plus tard. C'est ce qu'il appelle le *Nachträglichkeit* ou « après-coup ». Une scène vécue dans l'enfance peut rester anodine sur le moment, mais acquérir une valeur traumatique lorsqu'elle est réinterprétée à la lumière d'une expérience ultérieure. Le traumatisme est donc une construction rétroactive : il se constitue dans la temporalité, par un jeu de résonances entre passé et présent.



Cette temporalité particulière explique pourquoi le traumatisme n'est jamais un simple souvenir figé. Il est une mémoire différée, qui se réactive et se reconfigure au fil du temps. Le sujet ne cesse de réinterpréter l'événement, et c'est cette réinterprétation qui lui donne sa force traumatique.

Dans la cure psychanalytique, le travail consiste à retrouver ces scènes originaires, non pour les considérer comme des faits bruts, mais pour comprendre comment elles ont été réinvesties après-coup. Le traumatisme est donc inséparable de la temporalité psychique et de la construction fantasmatique.

Quid de l'héritage freudien que nombre ne cessent de le critiquer ?

Les recherches modernes sur le PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) reprennent, à leur manière, certaines intuitions freudiennes. Les cauchemars récurrents, la compulsion de répétition, l'effroi initial, sont autant de phénomènes décrits par Freud dans les névroses traumatiques.

Le PTSD est défini aujourd'hui comme un ensemble de symptômes apparaissant après un événement traumatique : reviviscences, cauchemars, hypervigilance, évitement, altérations cognitives et émotionnelles. Il traduit l'impossibilité du psychisme à intégrer l'événement, qui revient hanter la vie quotidienne.

Il existe des convergences et divergences

- Convergences : Freud avait déjà identifié la répétition compulsive, l'effroi, et la temporalité différée du trauma.
- Divergences : la psychiatrie contemporaine insiste davantage sur les mécanismes neurobiologiques (mémoire, stress, hormones), alors que Freud privilégiait la dimension inconsciente et fantasmatique.

Mais aujourd'hui, de nombreux cliniciens cherchent à articuler les deux approches : comprendre le PTSD à la fois comme une effraction neurobiologique et comme une construction psychique. Freud reste une référence incontournable pour penser la dimension subjective du traumatisme, au-delà des seuls mécanismes cérébraux.

Car le traumatisme se manifeste par une constellation de symptômes qui traduisent l'impossibilité d'intégrer l'événement :

- des cauchemars récurrents : le sujet revit la scène traumatique dans ses rêves, souvent avec une intensité émotionnelle extrême.
- un revécu intrusif : des images, des sensations, des pensées envahissantes qui surgissent sans prévenir.
- une hypervigilance : tension permanente, sursaut au moindre bruit, incapacité à se détendre.
- un évitement : refus de lieux, de personnes ou de situations qui rappellent l'événement.
- des « altérations » somatiques : tremblements, douleurs, crises d'angoisse, parfois paralysies fonctionnelles.

Dans la cure psychanalytique, le traumatisme se rejoue dans le transfert. Le patient peut revivre, dans la relation avec l'analyste, des affects liés au trauma : peur, colère, méfiance. L'analyste devient le lieu où le traumatisme peut être répété, mais aussi progressivement symbolisé. Le transfert est donc à la fois une répétition et une chance de transformation.



Freud lui-même reconnaissait que certains traumatismes, notamment ceux liés à la guerre ou aux catastrophes, résistent au travail analytique. L'effraction est telle que le sujet ne parvient pas à élaborer. Dans ces cas, la psychanalyse doit parfois être articulée à d'autres approches (soutien psychologique, thérapies corporelles, interventions sociales).

La pratique clinique reste le meilleur exemple.

Une patiente raconte, au cours de sa cure, une scène anodine de son enfance : un adulte qui la prend sur ses genoux. Sur le moment, elle n'y avait vu qu'un geste banal. Mais à l'adolescence, cette scène est réinterprétée comme une intrusion sexuelle, et devient traumatique après-coup. Les symptômes (angoisses, cauchemars) apparaissent bien plus tard, montrant que le traumatisme est une construction temporelle.

Un ancien soldat consulte pour des cauchemars incessants : il revit la scène où une explosion a tué ses camarades. Chaque nuit, il est ramené à ce moment, incapable de s'en détacher. Freud aurait parlé ici de compulsion de répétition : le psychisme rejoue la scène pour tenter de la maîtriser, mais échoue à la symboliser.

Une femme victime d'un accident de voiture développe une paralysie fonctionnelle du bras, sans lésion organique. L'analyse révèle que le traumatisme a été refoulé, et que le corps exprime ce qui n'a pas pu être dit. Le symptôme devient le langage du trauma.

Tant de cas où Freud, facilite et aide à comprendre ce qu'est la psychanalyse contemporaine et moderne. Qui guérit !

Les psychanalystes post-freudiens (Ferenczi, Winnicott, Laplanche) ont prolongé la réflexion sur le traumatisme.

Ferenczi, par exemple, insiste sur la « confusion des langues » entre l'enfant et l'adulte, où le traumatisme naît d'un décalage radical de registres.

Winnicott met en avant l'importance de l'environnement et du holding : un environnement défaillant peut être traumatique en soi.

Laplanche reprend la notion d'après-coup et la généralise : tout message adulte adressé à l'enfant est potentiellement traumatique, car il contient une énigme sexuelle que l'enfant ne peut pas déchiffrer immédiatement.

Et ce qui est le plus intéressant reste que les recherches contemporaines sur la mémoire traumatique montrent que l'événement s'inscrit dans le cerveau sous forme de traces fragmentées, souvent dissociées du récit narratif.

Les neurosciences confirment que le traumatisme perturbe les circuits de la mémoire et du stress, mais elles ne suffisent pas à expliquer la dimension subjective.

La psychanalyse apporte ici une complémentarité : elle montre que le traumatisme n'est pas seulement une trace biologique, mais une construction psychique qui se rejoue dans le transfert et le fantasme.

Les catastrophes historiques (Shoah, guerres, attentats) ont ouvert la réflexion sur les traumatismes collectifs.



Freud, dans *Malaise dans la civilisation*, avait déjà pressenti que la culture elle-même pouvait être traversée par des traumas.

Aujourd'hui, on parle de « mémoire traumatique » des peuples, transmise de génération en génération. La psychanalyse aide à comprendre comment un trauma collectif peut s'inscrire dans les subjectivités individuelles.

Nous tendons vers une clinique élargie.

Les cliniciens contemporains articulent psychanalyse, psychotraumatologie et interventions sociales.

Le traumatisme est envisagé comme un phénomène à la fois individuel et collectif, biologique et psychique, réel et fantasmé.

Cette pluralité des approches prolonge l'intuition freudienne : le trauma est une effraction qui déborde les cadres habituels, et qui exige une pensée ouverte, transdisciplinaire.

En conclusion, le traumatisme, tel que Freud l'a pensé, ne se réduit jamais à un simple choc extérieur. Il est une effraction psychique qui se rejoue dans l'inconscient, une trace qui ne cesse de revenir sous forme de symptômes, de répétitions et de cauchemars. Freud a montré que le traumatisme est inséparable du refoulement, du fantasme et de la temporalité : il se constitue souvent après-coup, dans la réinterprétation d'une scène passée à la lumière d'une expérience ultérieure.

Avec les névroses de guerre, Freud a franchi une étape décisive : le traumatisme révèle une dimension plus radicale du psychisme, liée à la compulsion de répétition et à la pulsion de mort. L'effroi, l'impréparation face au danger, devient une condition essentielle du trauma.

Aujourd'hui, les recherches sur le PTSD confirment l'actualité des intuitions freudiennes. Les neurosciences décrivent les mécanismes biologiques de la mémoire traumatique, tandis que la psychanalyse continue d'explorer la dimension subjective et fantasmatique. Les traumas collectifs, liés aux guerres, aux attentats ou aux catastrophes, montrent que le traumatisme dépasse l'individu pour toucher la culture et la mémoire des peuples.

Ainsi, le traumatisme reste un concept vivant, au croisement du psychique et du social, du biologique et du symbolique.

Freud nous a appris que le trauma n'est pas seulement une blessure à guérir, mais une énigme à interpréter, une trace qui nous oblige à penser la fragilité et la résilience du sujet.

Trauma e conseguenze: una lettura freudiana

di Pascal Neveu

Nel linguaggio quotidiano, il trauma evoca una ferita, una breccia, una rottura brutale nella continuità dell'esistenza. Ma per la psicoanalisi, e in particolare per Freud, non si tratta semplicemente di uno shock psicologico: designa un'esperienza che eccede la capacità del soggetto di integrarla e simbolizzarla, e che



torna a tormentare la sua vita psichica in varie forme.

Fin dai suoi primi lavori, Freud si interessò a questo fenomeno, inizialmente attraverso l'isteria e i racconti dei suoi pazienti, poi sviluppando gradualmente una teoria del trauma che articola memoria, inconscio e temporalità. Il trauma diventa così un concetto centrale, non solo per comprendere la pratica clinica individuale, ma anche per riflettere sulla cultura, sulla guerra e sulla trasmissione intergenerazionale.

In questo articolo, ripercorreremo l'evoluzione del pensiero di Freud sul trauma, dalla "teoria della seduzione" alla nozione di "azione differita" (Nachträglichkeit), mostrando come Freud abbia spostato la comprensione del trauma da un evento grezzo a un costrutto psichico complesso.

Con Josef Breuer, Freud pubblicò Studi sull'isteria nel 1895, in cui dimostrò che alcuni sintomi isterici hanno origine da eventi traumatici rimossi. L'idea è che il soggetto non sia stato in grado di "abreagire" all'affetto legato all'evento e che questo affetto rimanga intrappolato nell'inconscio, producendo sintomi corporei o psichici. Il trauma è quindi concepito come una breccia psichica che non ha trovato un mezzo di espressione.

Freud formulò l'ipotesi che le nevrosi derivino da esperienze sessuali precoci, vissute come traumi. Secondo questa "teoria della seduzione", il bambino era vittima di un abuso reale e l'evento rimosso era l'origine dei sintomi successivi. Questa tesi radicale pone il trauma al centro della nevrosi.

Ma Freud abbandonò in seguito questa teoria, osservando che i resoconti di seduzione non sempre corrispondevano a eventi reali, ma spesso derivavano da fantasie. Questa svolta fu decisiva: il trauma non era più definito esclusivamente da un fatto oggettivo, ma dal modo in cui il soggetto lo iscrive nella propria realtà psichica. L'evento può essere immaginario, ma produce effetti traumatici reali.

Infatti, in questo primo periodo, Freud concepiva il trauma come una breccia psichica: un eccesso di eccitazione che la psiche non riesce a controllare. L'evento travolge i meccanismi di difesa del soggetto e lascia una traccia duratura nell'inconscio.

Dimostrò che il trauma non è semplicemente un evento esterno: diventa traumatico perché viene rimosso. La psiche, incapace di elaborare l'eccesso di eccitazione, respinge l'evento dal campo della coscienza. Ma questa rimozione non è mai definitiva: il ricordo ritorna sotto forma di sintomi, sogni e ripetizioni. Il trauma è quindi legato alle dinamiche della rimozione e del ritorno del rimosso.

Dopo aver abbandonato la teoria della seduzione, Freud sottolineò il potere della fantasia. Il trauma può essere costituito da una scena immaginaria, che assume il valore di realtà psichica. Ciò che conta non è l'evento grezzo, ma il modo in cui viene investito dal desiderio e dall'ansia del soggetto. Il trauma è quindi sempre un incontro tra un fatto e una costruzione fantasmatica.

Freud introdusse poi una distinzione fondamentale: la realtà psichica può avere tanti effetti quanti la realtà materiale. Una scena fantasticata può produrre sintomi potenti quanto un evento reale. Il trauma si trova quindi al crocevia di questi due registri: è una breccia, ma anche una drammatizzazione interiore.

Da questa prospettiva, il trauma diventa un nucleo inconscio attorno al quale si organizza la vita psichica. Agisce come una forza di attrazione, riportando costantemente il soggetto alla ripetizione, all'ansia o all'agito. L'inconscio non è semplicemente il luogo del rimosso: è strutturato da queste tracce traumatiche che plasmano il desiderio e la sofferenza.



In breve, il trauma non è semplicemente uno shock, ma un costrutto psichico che si ripropone nell'inconscio.

Riprendiamo le osservazioni cliniche della Prima Guerra Mondiale.

La Grande Guerra mise Freud e i suoi contemporanei di fronte a un nuovo quadro clinico: quello dei soldati di ritorno dal fronte, segnati da strani sintomi. Tremori, incubi ricorrenti, paralisi, attacchi d'ansia... Queste manifestazioni non potevano essere spiegate da lesioni organiche. Venivano allora chiamate "nevrosi di guerra" o "shock da bombardamento". Freud vi vedeva l'espressione di un trauma psichico di vasta portata, legato al terrore e all'impossibilità di simbolizzare l'esperienza della morte imminente.

Inoltre, dopo il Congresso di Norimberga, in "Al di là del principio di piacere" (1920), Freud analizzò questi sintomi come prova di una forza psichica che trascende la ricerca del piacere. I soldati traumatizzati ripetono all'infinito la scena traumatica nei loro sogni o nel loro comportamento. Questa "coazione a ripetere" dimostra che la psiche è spinta a rivivere l'evento, non per trarne piacere, ma per cercare di controllarlo. Il trauma diventa così il luogo di una lotta tra il principio di piacere e una forza più arcaica.

Freud introdusse poi il concetto di pulsione di morte. Il trauma rivela che la psiche non è solo orientata alla ricerca del piacere e alla conservazione della vita, ma che è anche spinta da una tendenza a tornare all'inanimato, a ripetere fino all'esaurimento. La coazione a ripetere è l'espressione di questa pulsione di morte, che si manifesta in modo particolarmente brutale nelle nevrosi traumatiche.

Egli distingue tra ansia anticipatoria, che prepara la psiche ad affrontare il pericolo, e terrore, che insorge quando l'individuo viene colto di sorpresa. Il trauma di guerra è caratterizzato da questo terrore: il soldato si trova di fronte a una situazione di pericolo per la vita senza preparazione, e l'eccesso di eccitazione travolge i suoi meccanismi di difesa. Il terrore è quindi una condizione essenziale del trauma.

Freud sposta il trauma verso una dimensione più radicale, legata alla coazione a ripetere e alla pulsione di morte.

È allora che introduce un'idea fondamentale: un evento diventa traumatico solo alla luce di un altro evento successivo. Questo è ciò che chiama *Nachträglichkeit*, o "azione differita" o "effetto successivo". Una scena vissuta durante l'infanzia può rimanere innocua al momento, ma acquisire valore traumatico quando reinterpretata alla luce di un'esperienza successiva. Il trauma è quindi una costruzione retroattiva: si costituisce nel tempo, attraverso un gioco di risonanze tra passato e presente.

Questa particolare temporalità spiega perché il trauma non è mai semplicemente un ricordo fisso. Si tratta di un ricordo differito, che viene riattivato e riconfigurato nel tempo. L'individuo reinterpreta costantemente l'evento, ed è questa reinterpretazione a conferirgli la sua forza traumatica.

Nel trattamento psicoanalitico, il lavoro consiste nel recuperare queste scene primarie, non per considerarle come fatti grezzi, ma per comprendere come siano state reinvestite retroattivamente. Il trauma è quindi inseparabile dalla temporalità psichica e dalla costruzione della fantasia.

Che dire dell'eredità freudiana che così tanti criticano costantemente?

La ricerca moderna sul PTSD (Disturbo Post-Traumatico da Stress) rivisita, a modo suo, alcune intuizioni freudiane. Incubi ricorrenti, la coazione a ripetere, il terrore iniziale: sono tutti fenomeni descritti da Freud nelle nevrosi traumatiche.



Il PTSD è oggi definito come un insieme di sintomi che compaiono dopo un evento traumatico: flashback, incubi, ipervigilanza, evitamento e alterazioni cognitive ed emotive. Riflette l'incapacità della psiche di integrare l'evento, che torna a tormentare la vita quotidiana.

Ci sono punti di convergenza e divergenza.

- Punti di convergenza: Freud aveva già identificato la ripetizione compulsiva, il terrore e la temporalità differita del trauma.

- Punti di divergenza: la psichiatria contemporanea pone maggiore enfasi sui meccanismi neurobiologici (memoria, stress, ormoni), mentre Freud dava priorità alla dimensione inconscia e fantasmatica.

Ma oggi, molti clinici cercano di articolare i due approcci: comprendere il PTSD sia come un disturbo neurobiologico sia come un costrutto psichico. Freud rimane un riferimento essenziale per comprendere la dimensione soggettiva del trauma, al di là dei meccanismi puramente cerebrali.

Perché il trauma si manifesta attraverso una costellazione di sintomi che riflettono l'incapacità di integrare l'evento:

- incubi ricorrenti: l'individuo rivive la scena traumatica nei propri sogni, spesso con estrema intensità emotiva.

- rivivere intrusivamente: immagini, sensazioni e pensieri intrusivi che sorgono inaspettatamente.

- Ipervigilanza: tensione costante, sussulti al minimo rumore, incapacità di rilassarsi.

- Evitamento: rifiuto di luoghi, persone o situazioni che ricordano l'evento.

- "Sintomi alteranti" somatici: tremori, dolore, attacchi d'ansia, talvolta paralisi funzionale.

Nel trattamento psicoanalitico, il trauma viene rivissuto nel transfert. Il paziente può rivivere, nella relazione con l'analista, affetti legati al trauma: paura, rabbia, sfiducia. L'analista diventa lo spazio in cui il trauma può essere ripetuto, ma anche gradualmente simbolizzato. Il transfert è quindi sia una ripetizione che un'opportunità di trasformazione.

Lo stesso Freud riconobbe che alcuni traumi, in particolare quelli legati alla guerra o ai disastri, resistono al lavoro analitico. L'intrusione è così profonda che l'individuo non è in grado di elaborare il trauma. In questi casi, la psicoanalisi deve talvolta essere combinata con altri approcci (sostegno psicologico, terapie ad orientamento corporeo, interventi sociali).

La pratica clinica rimane l'esempio migliore.

Durante la terapia, una paziente racconta una scena apparentemente innocua della sua infanzia: un adulto che la prende in braccio. All'epoca, la vedeva come un gesto banale. Ma nell'adolescenza, questa scena viene reinterpretata come un'intrusione sessuale e diventa traumatica a posteriori. I sintomi (ansia, incubi) compaiono molto più tardi, a dimostrazione che il trauma è un costrutto temporale.

Un ex soldato si rivolge a un consulto per incubi incessanti: rivive la scena in cui un'esplosione ha ucciso i suoi



commilitoni. Ogni notte, viene riportato a quel momento, incapace di staccarsene. Freud avrebbe parlato di coazione a ripetere: la psiche rivive la scena nel tentativo di dominarla, ma non riesce a simbolizzarla.

Una donna coinvolta in un incidente stradale sviluppa una paralisi funzionale del braccio, senza alcuna lesione organica. L'analisi rivela che il trauma è stato rimosso e che il corpo esprime ciò che non poteva essere detto. Il sintomo diventa il linguaggio del trauma.

Tantissimi sono i casi in cui Freud facilita e ci aiuta a comprendere cos'è la psicoanalisi contemporanea e moderna. Che guarisce!

Gli psicoanalisti post-freudiani (Ferenczi, Winnicott, Laplanche) hanno ampliato la riflessione sul trauma.

Ferenczi, ad esempio, sottolinea la "confusione delle lingue" tra bambino e adulto, dove il trauma nasce da un radicale cambiamento di registro.

Winnicott sottolinea l'importanza dell'ambiente e del contenimento: un ambiente carente può essere di per sé traumatico.

Laplanche riprende il concetto di azione differita e lo generalizza: qualsiasi messaggio adulto rivolto a un bambino è potenzialmente traumatico, perché contiene un enigma sessuale che il bambino non può decifrare immediatamente.

E ciò che è più interessante è che la ricerca contemporanea sulla memoria traumatica dimostra che l'evento si iscrive nel cervello sotto forma di tracce frammentate, spesso dissociate dalla narrazione.

Le neuroscienze confermano che il trauma interrompe i circuiti della memoria e dello stress, ma non è sufficiente a spiegare la dimensione soggettiva.

La psicoanalisi offre una prospettiva complementare: dimostra che il trauma non è solo una traccia biologica, ma un costrutto psichico che si ripropone nel transfert e nella fantasia.

Le catastrofi storiche (Olocausto, guerre, attacchi terroristici) hanno aperto la riflessione sul trauma collettivo.

Freud, ne Il disagio della civiltà, aveva già intuito che la cultura stessa poteva essere permeata dal trauma.

Oggi parliamo di "memoria traumatica" dei popoli, trasmessa di generazione in generazione. La psicoanalisi ci aiuta a comprendere come un trauma collettivo possa iscriversi nelle soggettività individuali.

Ci stiamo muovendo verso un approccio clinico più ampio. I clinici contemporanei combinano psicoanalisi, psicotraumatologia e interventi sociali. Il trauma è visto come un fenomeno che è allo stesso tempo individuale e collettivo, biologico e psicologico, reale e immaginario.

Questa pluralità di approcci amplia l'intuizione di Freud: il trauma è una breccia che travalica i quadri convenzionali e richiede un pensiero aperto e transdisciplinare.

In conclusione, il trauma, così come Freud lo concepì, non è mai riducibile a un semplice shock esterno. È una breccia psichica che si ripropone nell'inconscio, una traccia che ritorna costantemente sotto forma di sintomi, ripetizioni e incubi. Freud dimostrò che il trauma è inseparabile dalla rimozione, dalla fantasia e dalla



temporalità: si costituisce spesso retroattivamente, nella reinterpretazione di un evento passato alla luce di un'esperienza successiva.

Con le nevrosi di guerra, Freud fece un passo decisivo: il trauma rivela una dimensione più radicale della psiche, legata alla coazione a ripetere e alla pulsione di morte. Il terrore, l'impreparazione al pericolo, diventa una condizione essenziale del trauma.

Oggi, la ricerca sul PTSD conferma la rilevanza delle intuizioni freudiane. Le neuroscienze descrivono i meccanismi biologici della memoria traumatica, mentre la psicoanalisi continua a esplorare la dimensione soggettiva e fantasmatica. I traumi collettivi, legati a guerre, attentati o disastri, dimostrano che il trauma trascende l'individuo per influenzare la cultura e la memoria collettiva di interi popoli.