

# Perspectiva somática no psicodrama interno: mecanismo de ação

Georges Salim Khouri<sup>1,\*</sup> 

## RESUMO

O corpo é o nosso primeiro arquivo de memória, e é por meio do corpo que acessamos e processamos nossas experiências traumáticas. As intervenções com o psicodrama interno no modelo de Khouri demonstram eficácia significativa no tratamento de traumas. Seu manejo cuidadoso, ancorado na atenção às sensopercepções corporais, facilita abordar memórias traumáticas de maneira progressiva e segura, minimizando o risco de retraumatização. Esse artigo apresenta um novo aporte metodológico no modelo e fundamenta o trabalho integrativo com outras técnicas de terapias somáticas. Ao permitir uma imersão gradual nas experiências traumáticas, esta metodologia proporciona um espaço terapêutico onde as emoções podem ser exploradas e processadas com segurança.

**PALAVRAS-CHAVE:** Psicodrama interno; Perspectiva somática; Trauma; Novo aporte metodológico.

## Somatic perspective in internal psychodrama: mechanism of action

### ABSTRACT

The body is our first memory archive, and it is through the body that we access and process our traumatic experiences. Internal psychodrama interventions in Khouri's model demonstrate significant effectiveness in treating trauma. Its careful management, anchored in attention to bodily sensorial perceptions, makes it easier to approach traumatic memories in a progressive and safe way, minimizing the risk of re-traumatization. This article presents a new methodological contribution to the model and supports integrative work with other somatic therapy techniques. This methodology, by allowing a gradual immersion in traumatic experiences, provides a therapeutic space where emotions can be explored and processed safely.

**KEYWORDS:** Internal psychodrama; Somatic perspective; Trauma; New methodological contribution.

## Perspectiva somática en el psicodrama interno: mecanismo de acción

### RESUMEN

El cuerpo es nuestro primer archivo de memoria, y es a través del cuerpo que accedemos y procesamos nuestras experiencias traumáticas. Las intervenciones de psicodrama interno en el modelo de Khouri demuestran una eficacia significativa en el tratamiento del trauma. Su gestión cuidadosa, anclada en la atención a las percepciones sensoriales corporales, facilita el abordaje de los recuerdos traumáticos de forma progresiva y segura, minimizando el riesgo de retraumatización. Este artículo presenta un nuevo aporte metodológico al modelo y apoya el trabajo integrativo con otras técnicas de terapia somática. Esta metodología, al permitir una inmersión gradual en experiencias traumáticas, proporciona un espacio terapéutico donde se pueden explorar y procesar las emociones de forma segura.

**PALABRAS CLAVE:** Psicodrama interno; Perspectiva somática; Trauma; Nuevo aporte metodológico.

1. Pesquisador autônomo – Salvador (BA), Brasil

\*Autor correspondente: [gskhour@uol.com.br](mailto:gskhour@uol.com.br)

Recebido: 20 jan. 2024 | Aceito: 29 mar. 2024

Editor de seção: Marcia Almeida Batista 

## INTRODUÇÃO

No modelo proposto por Khouri em 2022, o psicodrama interno (PI) se estabelece como uma metodologia promissora no tratamento de experiências traumáticas, sobretudo no contexto do psicodrama bipessoal. Esse método se caracteriza pela integração de intervenções psicodramáticas em um processo terapêutico que visa alcançar uma catarse de integração plena. Essa catarse se manifesta em múltiplos níveis: cognitivo, pela revisão e transformação de pensamentos, crenças e interpretações; emocional, no reequilíbrio e expressão de emoções e afetos; e sensorio-motor, na ressignificação de reações físicas e sensações corpóreas.

Schore (2013) revela que o trauma relacional impacta negativamente os mecanismos do cérebro direito que operam abaixo da consciência. Esse efeito negativo manifesta-se no corpo por meio de uma resposta parassimpática de hipoexcitação vagal dorsal. Essa resposta física é uma manifestação somática direta do impacto psicológico do trauma relacional. A dissociação é descrita como uma falha no sistema implícito do cérebro direito de processar e integrar estímulos externos (informações exteroceptivas do ambiente relacional) com estímulos internos (informações interoceptivas do corpo, como marcadores somáticos e a “experiência sentida”). Essa falha na integração sugere uma desconexão entre a experiência corporal interna e o ambiente externo, e enfatiza a importância da somática na percepção e no processamento de experiências traumáticas. Portanto, a questão somática, ou corporal, é tratada como um componente essencial para entender as respostas ao trauma e à dissociação.

Pat Ogden (2023) aborda de maneira aprofundada a complexidade do impacto do trauma no corpo e na mente. Inicialmente, destaca-se que o trauma não se limita a efeitos psicológicos, mas também se manifesta fisicamente no corpo pelas memórias traumáticas armazenadas como percepções sensoriais e reencenações comportamentais. Isso leva os indivíduos a reviverem seus traumas por meio de reações corporais. Diversas fontes de trauma são reconhecidas, incluindo eventos como acidentes, abuso sexual, violência doméstica e desastres naturais, bem como traumas históricos e transgeracionais, guerra, migrações forçadas, terrorismo e racismo. Ogden ressalta as limitações da terapia verbal isolada no tratamento do trauma, uma vez que muitas memórias traumáticas são predominantemente não verbais e se manifestam em fenômenos somáticos. Portanto, é essencial abordar as experiências somáticas dos clientes. Uma parte crucial do processo terapêutico envolve a regulação do sistema nervoso, e ajuda os indivíduos a modularem seu estado de ativação para mantê-lo dentro de uma janela de tolerância ótima.

Contudo, é imperativo ressaltar a importância da avaliação cuidadosa da tolerância do cliente às sensopercepções corporais ativadas durante a terapia. Esse aspecto é decisivo, pois, mesmo em clientes com os quais se estabeleceu um vínculo terapêutico e cuja dinâmica psíquica é conhecida, podem emergir desafios significativos, como episódios de dissociação severa ou reações que demandam um manejo delicado e especializado.

## METODOLOGIA E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi conduzido em conformidade com as diretrizes éticas estabelecidas nas Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que enfatizam a proteção dos participantes em pesquisas. Os dados utilizados neste artigo são baseados em registros empíricos de prática clínica, coletados em espaço clínico pela observação e registro empírico do autor, respeitando a confidencialidade e a privacidade da cliente. A cliente, não identificada neste texto, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantiu, assim, sua total compreensão e acordo com os procedimentos da pesquisa e a utilização de suas informações para fins científicos, sem revelar sua identidade ou qualquer dado que permita sua identificação.

A metodologia deste estudo fundamenta-se na análise qualitativa das observações e experiências clínicas do autor, ancoradas em práticas consolidadas no campo da psicoterapia e do psicodrama. O processo reflexivo e analítico adotado visa aprofundar o entendimento teórico das situações clínicas emergentes, em linha com a Resolução 510/2016, que isenta de registro e avaliação pelo sistema Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) as pesquisas focadas no aprofundamento teórico de situações práticas profissionais contanto que não identifiquem o sujeito

envolvido. Diante disso, a experiência e a observação direta do autor em sua clínica tornam-se elementos fundamentais para o desenvolvimento das práticas e teorias discutidas neste estudo.

No cenário clínico, o autor testa e refina suas intervenções em resposta às necessidades clínicas de seus clientes ao utilizar diários de campo para capturar a dinâmica das interações terapêuticas e as respostas às técnicas empregadas. Essa abordagem metódica permite não apenas a aplicação de teorias existentes, mas também a inovação no desenvolvimento de um esquema referencial operacional que integra múltiplas abordagens terapêuticas. As observações e reflexões registradas servem como uma fonte rica de dados qualitativos, e facilita uma análise profunda das experiências clínicas, o que é crucial para identificar padrões emergentes e eficácia das intervenções.

A revisão da literatura, especialmente nos campos da *Somatic Experience* (SE), Terapia Sensoriomotriz e Psicodrama, fornece uma base teórica sólida para o trabalho do autor. A análise dos dados coletados dessas observações clínicas, juntamente com as sínteses das contribuições teóricas, enriquece a prática clínica do autor com um espectro mais amplo de opções terapêuticas. Ele destaca a importância das interconexões entre diferentes teorias e práticas no tratamento de traumas e outros distúrbios psicológicos.

Portanto, esse estudo reflete uma integração sinérgica de observação clínica, experiência prática e revisão teórica e proporciona uma visão holística e abrangente que fundamenta e enriquece as práticas terapêuticas descritas. Destaca-se a relevância da integração de diversas abordagens terapêuticas para o sucesso da intervenção clínica.

## NOVO APORTE METODOLÓGICO

Passei por uma experiência desafiadora com uma cliente de 67 anos, que vinha de um processo psicoterapêutico de muitos anos e cujo campo télico estava bem estabelecido. Fiz uma intervenção com o psicodrama interno com ela, que sofreu vários traumas, sendo o mais crítico uma situação de abuso sexual por parte do pai, dos 11 aos 13 anos. Esse trauma complexo lhe trouxe várias consequências, inclusive depressão e fibromialgia. Já tínhamos trabalhado esse trauma de outra forma, porém, recentemente ela se queixara de raros momentos de flashback, que tinham voltado a ativar sua criança ferida. Era a primeira vez que eu ia utilizar o PI com ela, no que pese meu julgamento equivocado de que ela sustentaria as sensações ativadas pela lembrança dentro da sua janela de tolerância. Trabalhei seguindo o direcionador do modelo sugerido acima, segui o mesmo procedimento habitual, porém, logo que se inicia a cena do trauma no cinema mental, a garganta dela trava e ela, petrificada, não consegue dizer mais nada. Ela entrou num pânico absurdo quando começou a ver a cena do trauma e eu tive que sair de outra maneira, parei o psicodrama interno, porque percebi que ela não iria suportar, pois saiu da janela de tolerância para muito longe. Manejei dando contenção e com calma. Tirei o foco da sensação e enfatizei na respiração por um bom tempo, sempre perguntando em que parte do corpo ela sentia mais estabilidade, até que ela revela que o abdômen e o ventre estavam fortalecidos. Então, pendulei para essa parte do corpo, pedindo para ela focalizar ali, sempre perguntando como percebia essa força no ventre. Pedi que colocasse a mão direita no ventre e pendulei para a percepção dela sobre a temperatura e a sensopercepção na sola dos pés, com foco no solado, nos dedos tocando o chão e no calcanhar tocando o chão (grounding). Ela foi se equilibrando gradativamente e revelou que o desencadeador daquelas sensações não havia sido a cena traumática, mas sim o que vinha antes, o que anunciava que o pai iria abusar dela naquele dia, o momento em que ele pedia para ela acender as velas para realizar as orações.

Diante do que aconteceu com a cliente na sessão acima, tive que reformular o manejo. Conforme proposto em Khouri (2020), eu acreditava que deixar o cliente de fora, como espectador da sua cena protagônica traumática seria suficiente para não retraumatizá-lo, que não entrariam outros danos. Mas essa experiência desconstruiu essa convicção, ao demonstrar que nem sempre estamos no controle da situação, em que pese já termos alentado todos os traumas do cliente.

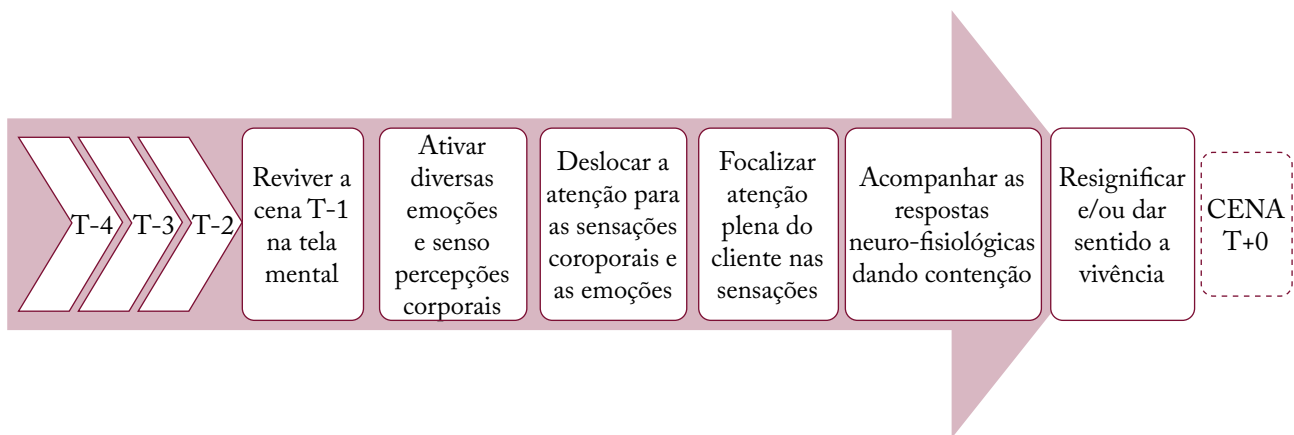
Esse fato me chamou a atenção para a necessidade de realizar um manejo do PI atentando para a titulação de cenas anteriores e posteriores ao trauma. O termo *titulação* na terapia SE, desenvolvida por Peter Levine (2012), refere-se a um processo cuidadoso e gradual de exposição a material traumático. Esse conceito é central na abordagem de Levine para o tratamento de traumas e, da mesma forma, é fundamental no manejo do psicodrama interno para tratamento de trauma. A titulação é usada para evitar

a sobrecarga ou retraumatização do indivíduo, e garante que a exposição ao trauma seja feita de maneira que o sistema nervoso possa gerenciá-la sem se tornar esmagado. Em termos mais específicos, o manejo da titulação no PI envolve:

- Identificação gradual: o terapeuta ajuda o cliente a identificar lentamente as sensações físicas, emoções e memórias associadas ao trauma, em vez de abordá-las todas de uma vez.
- Regulação do sistema nervoso: o foco está em desenvolver a capacidade de regular o sistema nervoso. Isso é feito ao se familiarizar com as sensações de estresse e relaxamento, e permite que a pessoa entenda e controle melhor suas reações ao trauma.
- Controle do cliente: o cliente tem controle sobre o processo, e pode pausar, retroceder ou avançar na exposição ao trauma conforme necessário. Isso ajuda a criar um senso de segurança e autonomia.

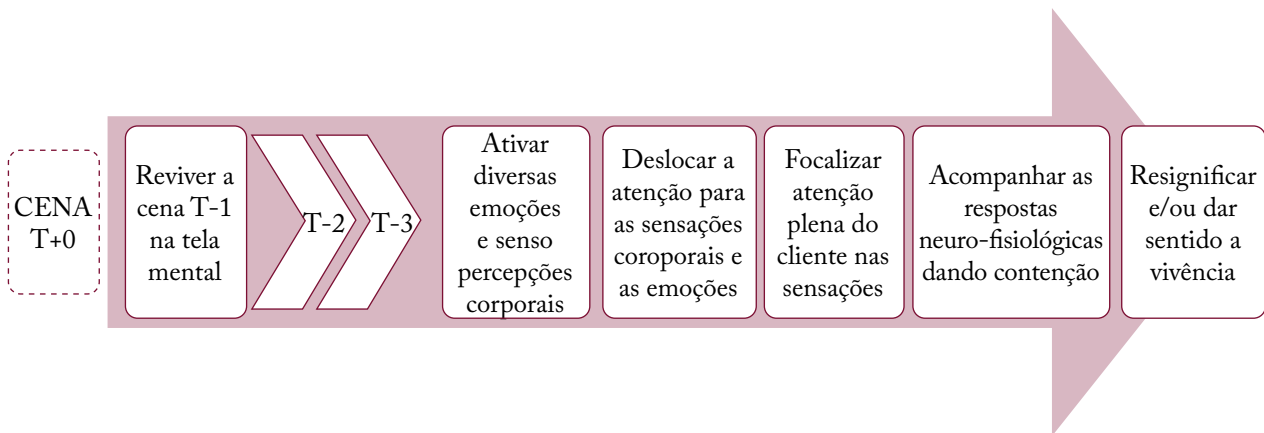
A ideia é que, ao abordar o trauma em pedaços pequenos e gerenciáveis, o cliente pode integrar gradualmente suas experiências traumáticas de maneira saudável, promovendo a cura e evitando a retraumatização. A titulação é uma estratégia importante na SE e também no Psicodrama Interno para tratamento de traumas, pois respeita a capacidade única de cada indivíduo de processar e curar suas experiências traumáticas.

Esse manejo é comum na Terapia da SE, que intervém com muita sutileza e gentileza no mapeamento das sensopercepções corporais. Nos clientes hiperresponsivos, ou mesmo naqueles que demonstram estar bem regulados, podemos iniciar pedindo que visualizem na tela mental o instante anterior à cena traumática T-4, T-3, T-2, T-1 (Fig. 1), evitando chegar no T-0 (cena matriz). Ou intervir com a cena posterior ao trauma T+1, T+2, T+3, T+5 (Fig. 2), titulando a sensopercepção, para evitar sair da janela de tolerância e não chegar à catarse integrativa. Em cada tempo mapeamos a reação na fisiologia do cliente.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 1. Aporte no manejo do psicodrama interno em situações de traumas (rever a cena T-4, T-3, T-2, T-1 anterior à cena temida).



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 2. Aporte no manejo do psicodrama interno em situações de trauma (rever as cenas T+1, T+2, T+3 depois da cena temida).

Não há como descolar as intervenções com psicodrama interno das manifestações das sensopercepções corporais principalmente quando o tema protagônico está centrado no trauma. Arrisco dizer que todas as experiências de nossos pacientes são amplamente codificadas em um nível somático (como no caso de trauma pré-verbal), e necessitam, dessa forma de trabalho. Acredito que, em cada sessão de psicoterapia, a consciência é aprofundada e a mudança clínica é aprimorada por um maior rastreamento e trabalho no nível da experiência somática. Isso tudo é muito previsível uma vez que, à medida que crescemos, somos definidos pela forma como nosso corpo integra com o ambiente que nos cerca e o que fazemos fisicamente. Sse sentimos prazer ou desprazer ou vivenciamos sucessos ou fracasso, tudo é registrado pelo corpo e fica gravado na mente (Levine, 2012). Nosso conhecimento do mundo, conforme interagimos com ele, vem da totalidade de nossas sensações, tanto externas quanto internas.

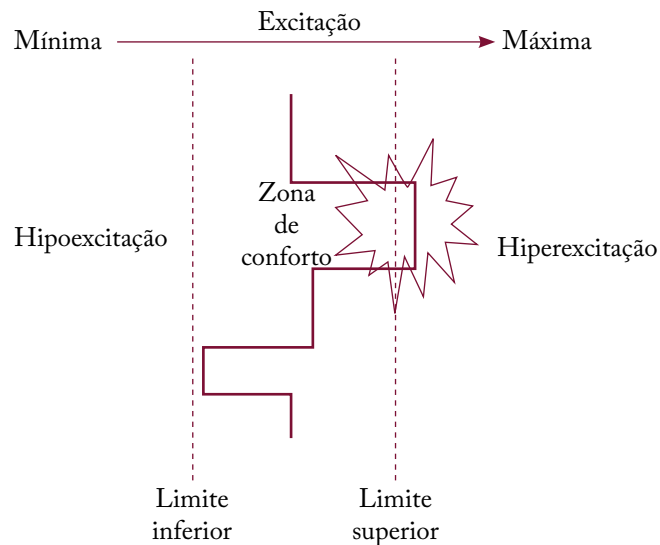
O terapeuta é demandado a manter a atenção simultaneamente no conteúdo verbal que emerge do que é visto no imaginário da realidade suplementar que o cliente está vendo da cena e no que está manifesto na fisiologia, o que instiga a consciência da história do trauma registrado no corpo do paciente. Dois aspectos são fundamentais para a efetividade desse processo. O primeiro é pauta do terapeuta ao demonstrar ao cliente a sua atenção plena na fisiologia do cliente ao nomear gentilmente o que está vendo: “Você cerrou sua mão quando falou do seu pai” ou “O que essa lágrima está querendo dizer?”. O segundo é promover a consciência das sensopercepções corporais pelo rastreamento do registro no corpo da memória traumática na direção do seu reprocessamento e do expurgo total quando se chega à catarse integrativa.

O primeiro princípio do trabalho com o corpo envolve uma mudança de postura em direção à observação ativa dos modos somáticos de ser do paciente, ao mesmo tempo em que gentilmente traz isso a sua atenção. Kurtz (1990, citado por Ogden, Minton & Pain, 2006) da psicoterapia sensoriomotriz, refere-se a esses estágios como “*rastreamento*, da mesma forma como a psicoterapia SE de Peter Levine (2018). Vejamos a seguir uma síntese do que Ogden (2006) e Levine (2018) falam sobre o trabalho com o corpo. Há essencialmente uma reorientação da atenção do terapeuta, partindo do engajamento com a narrativa em direção à observação atenta dos acompanhamentos não verbais da narrativa. A psicoterapia Sensoriomotriz e a SE são abordagens terapêuticas que se concentram na integração do corpo e da mente. Como vimos, os traumas e os estresses da vida podem ser armazenados no corpo, na forma de padrões de tensão e rigidez. O trabalho com o corpo visa ajudar os pacientes a reconhecer e liberar esses padrões, promovendo saúde física, emocional e mental. O primeiro princípio do trabalho com o corpo é a observação ativa dos modos somáticos de ser do paciente. O terapeuta presta atenção aos sinais não verbais do paciente, como a postura, a expressão facial e os movimentos corporais. Ele adota uma abordagem não diretiva em sintonia com a experiência fenomenológica de seu paciente em um acompanhamento suave e gentil e sem intervenções bruscas.

O terapeuta também pode fazer perguntas para ajudar o paciente a se conectar com sua experiência corporal, como “O que você sente em seu corpo quando pensa em x?” ou “Que sensações surgem em seu corpo quando você se permite sentir a tristeza?”. O objetivo de trabalhar com o corpo na psicoterapia é aumentar a consciência do paciente sobre seus processos internos. O terapeuta ajuda o paciente a identificar e entender os padrões de tensão e rigidez em seu corpo, e a desenvolver novas formas de se relacionar com eles.

O trabalho com o corpo deve ser feito de forma segura e eficaz. Para isso, o terapeuta deve estar atento à janela de tolerância do paciente (Fig. 3). A janela de tolerância é o intervalo de emoções e sensações que o paciente é capaz de tolerar sem se sentir desregulado. O terapeuta deve respeitar a janela de tolerância do paciente, evitando pressioná-lo a experimentar emoções ou sensações com as quais ele não está preparado para lidar. O objetivo é ajudar o paciente a expandir sua janela de tolerância, de forma gradual e segura. Aqui estão alguns exemplos de questões e intervenções que podem ser usadas no trabalho com o corpo:

- “O que você sente em seu corpo quando pensa em x?”
- “Que sensações surgem em seu corpo quando você se permite sentir a tristeza?”
- “Se aquele tremor em suas mãos pudesse falar, o que ele diria?”
- “Poderíamos experimentar esse movimento novamente, mas desta vez com um pouco mais de espaço?”
- “Como você se sente agora?”



Fonte: Adaptado pelo autor do modelo de modulação de Pat Ogdan (In Siegel, 2016, F-12)

Figura 3. Janela de tolerância: intervalo de emoções e sensações que o paciente é capaz de tolerar sem se sentir desregulado.

Segundo Siegel (2016), uma janela de tolerância é um período de alerta no qual um sistema pode manter o fluxo harmonioso e adaptativo de integração. A largura da janela pode ser alterada, o que significa ampliar o alcance do estado de alerta em que uma pessoa, casal ou grupo de indivíduos pode funcionar de forma adaptativa. Em certas situações, o estado que está sendo criado é menos tolerado e o sistema da pessoa, do casal ou do grupo tem maior probabilidade de “irromper pela janela” rumo ao caos ou à rigidez e tornar-se não funcional. A vida move-se através de nós à medida que nos movemos através da mente e as nossas vidas mentais transportam as ondas deste movimento. Uma janela de tolerância é como um rio, mas durante um período. A janela de tolerância se refere à capacidade do paciente de tolerar um afeto e integrar informações de forma adaptativa entre dois limites, além dos quais o indivíduo está hiperexcitado (sentindo-se oprimido pela ansiedade, pânico ou terror) ou hipoexcitado (sentindo-se com pouca energia, confuso, deprimido, entorpecido e dissociado). A janela de tolerância tem uma largura específica para o estado emocional em que estamos naquele momento temporal, ou seja, a nossa capacidade de tolerar determinado estado – como tristeza ou medo, conexão ou isolamento – dependerá dos contextos internos e externos em que nos encontramos (Siegel, 2016).

Nas zonas de hiperexcitação temos sensações aumentadas, reatividade emocional, hipervigilância, imagens intrusivas e desorganização do processamento cognitivo. Na zona de hipoexcitação observamos ausência relativa de sensações, entorpecimento de emoções, diminuição da capacidade de processamento cognitivo e movimentos físicos reduzidos.

## SÍNTESE DE SIEGEL (2016) SOBRE JANELA DE TOLERÂNCIA

A janela de tolerância é um conceito que se refere ao intervalo em que um indivíduo ou sistema consegue manter um estado de alerta harmonioso e adaptativo. Esta janela é delimitada em uma extremidade pela rigidez, em que há uma falta de flexibilidade e dificuldade em se adaptar a novas circunstâncias. Na outra extremidade, encontra-se o caos, caracterizado por uma sobrecarga que impede o funcionamento eficiente do sistema. A amplitude dessa janela é variável e pode ser influenciada por diversos fatores, tanto internos quanto externos.

A experiência prévia, seja ela individual ou coletiva, desempenha um papel crucial na determinação da largura da janela de tolerância de uma pessoa. A habilidade de responder de forma flexível e de pausar antes de reagir é fundamental para manter uma janela de tolerância saudável. Quando há um desvio para a rigidez ou para o caos, pode-se observar um aumento de emoções negativas, como medo, tristeza e raiva.

Na prática, isso pode ser observado em diversos contextos. Por exemplo, uma pessoa com um histórico de trauma pode apresentar uma janela de tolerância especialmente estreita para a raiva, enquanto um grupo de indivíduos que não

tem familiaridade entre si pode ter dificuldade em tolerar níveis de intimidade, manifestando também uma janela estreita. Além disso, situações inesperadas e estressantes podem rapidamente estreitar a janela de tolerância de alguém para o estresse.

O conceito de janela de tolerância, cunhado por Daniel Siegel, ganha especial relevância em contextos traumáticos, pois delinea a faixa ideal de ativação emocional na qual o indivíduo pode operar eficazmente, processando experiências e emoções de maneira adequada, sem entrar em estado de sobrecarga. Quando alguém opera fora dos limites de sua janela de tolerância, pode experimentar dissociação ou reatividade extrema, o que complica o processamento saudável de eventos traumáticos. Compreender e aplicar o conceito de janela de tolerância é crucial para os terapeutas, pois permite modular as intervenções com o objetivo de expandir essa janela, e isso facilita a regulação emocional e a integração das experiências vividas pelo paciente. Para os clientes, entender sua própria janela de tolerância pode ser um passo significativo para gerenciar emoções desafiadoras e desenvolver relacionamentos mais equilibrados e saudáveis.

Dentro de um contexto psicoterapêutico, o fato de concentrar a atenção fundamentalmente no pensamento e nas narrativas verbais, com base na palavra falada, pode manter a terapia em um nível superficial e a experiência traumática não resolvida. A ênfase excessiva no pensamento lógico, linguístico, linear e literal pode distorcer o equilíbrio de nossa atividade mental e nos desviar das relevantes funções reguladoras sensório-motoras, holísticas, autobiográficas, redutoras de estresse e baseadas em imagens das modalidades neurais não verbais de processamento. Vincular essas duas formas de conhecimento muito diferentes, mas igualmente importantes, é fundamental para trazer equilíbrio às nossas vidas e à nossa compreensão de experiências humanas complexas, como as experiências traumáticas (Siegel in Ogden et al, 2006).

No modelo desenvolvido por Khouri (2022), o psicodrama interno é delineado como uma ferramenta terapêutica eficaz no acesso e reprocessamento de cenas de natureza traumática ou com impacto traumático, armazenadas nas regiões subcorticais do cérebro. Muitas vezes, essas cenas são a origem de sintomas ou comportamentos disfuncionais manifestados no presente. A metodologia do psicodrama interno visa alcançar diretamente o subcórtex, local onde as memórias traumáticas e outros sintomas estão inscritos.

A abordagem prática se concentra nos sintomas que emergem quando a cena matriz do trauma é reativada em uma sessão de psicoterapia. Vale destacar que essa reativação pode se manifestar tanto visualmente quanto somato-sensitivamente. Khouri (2022) identifica diversas formas pelas quais essa ativação pode ocorrer: a) reações somáticas e emocionais desencadeadas por estímulos externos, frequentemente sem a compreensão de sua origem pelo cliente; b) manifestações somáticas e emocionais conscientes, mas sem clareza sobre seu manejo; c) ativação durante a sessão relacionada ao tema central do dia; d) ativação intencional pelo terapeuta, visando um objetivo terapêutico específico.

Na visão de Khouri (2022), ao contextualizar o tratamento no amplo espectro do processamento hierarquizado da informação, conforme delineado por Wilber (1996 citado por Ogden et al., 2006,) e desenvolvido por Ogden et al. (2006), ressalta-se a necessidade de abordar o processamento de informações em três esferas distintas: cognitiva, emocional e sensório-motora. Essa tríade, que encontra eco no modelo do cérebro trino de MacLean (1985 in Ogden, Minton & Pain, 2006), é descrita como um sistema de operações interdependentes e inter-relacionadas, formando uma estrutura funcional unificada.

Nessa perspectiva, conforme enfatizado por autores como Damasio, LeDoux e Schore, citados por Ogden et al. (2006), a abordagem terapêutica no contexto do psicodrama interno pode iniciar-se em qualquer um destes níveis. A catarse de integração plena, um objetivo central deste modelo, é atingida somente pelo reprocessamento abrangente nessas três dimensões. Este entendimento reflete a complexidade do funcionamento psíquico humano e a necessidade de um enfoque terapêutico multifacetado, capaz de alcançar a profundidade e a amplitude das experiências humanas em suas diversas manifestações.

Pat Ogden et al. (2006) concluem que o funcionamento ideal do cérebro e o processamento da informação dependem, até certo ponto, do funcionamento adequado dos níveis inferiores. Isso ocorre porque existem extensas interconexões entre todas as partes do cérebro e entre todos os níveis de processamento de informações. A consciência e o processamento das reações sensório-motoras do paciente exercem uma influência positiva no processamento emocional e cognitivo. Isso significa que movimentos e sensações corporais, assim como pensamentos e emoções, são alvos viáveis para uma intervenção que pode ajudar a resolver a experiência traumática. Abordagens de cima para baixo, que tentam regular os processos sensório-motores e afetivos desenfreados, são uma parte necessária da terapia do trauma. No entanto, se tais intervenções supercontrolam, ignoram, suprimem os processos corporais adaptativos, as reações traumáticas podem permanecer sem solução. Da mesma

forma, intervenções de baixo para cima, que levam ao sequestro de baixo para cima, podem sabotar a integração e levar a flashbacks repetitivos sem fim, retraumatização secundária ou uma ativação traumática crônica. Para tratar os efeitos do trauma em todos os três níveis de processamento, o gerenciamento dos sintomas de cima para baixo e de baixo para cima deve ser cuidadosamente balanceado. Isso significa incluir informações e conhecimentos relacionados ao corpo, consciência e compreensão introspectiva e ao processamento de sensações de baixo para cima, ativação fisiológica, movimentos e emoções.

No modelo de Khouri (2022), as intervenções do psicodrama interno são integradas com técnicas que facilitam intervenções em níveis cognitivos, emocionais e sensorio-motores, e promovem uma catarse de integração abrangente. Esse processo envolve o reexame de pensamentos, crenças, emoções, afetos, bem como reações físicas e sensoriais. Conforme exposto por Tarashoeva e Marinova (2008), no âmbito do psicodrama clássico, um mecanismo neurobiológico hipotético sugere que experiências emocionais intensas e completas estimulam fortemente o hipocampo, resultando na formação de memórias vívidas. A formação dessas memórias está atrelada à neuroplasticidade, incluindo a remodelação de dendritos, crescimento de axônios e formação de novas sinapses.

Nesse contexto, o psicodrama não busca a eliminação da memória traumática, mas a construção de uma nova memória, igualmente forte, porém positiva. Essa nova memória coexiste e equilibra a memória traumática original. A abordagem de Kellerman e Hudgins (2010) ressalta a importância de fundamentar o uso do psicodrama em teorias sólidas e práticas competentes, especialmente ao trabalhar com sobreviventes de trauma. Eles alertam para os riscos de regressão descontrolada e retraumatização, caso as intervenções vivenciais não sejam bem fundamentadas. Assim, o aquecimento e a dramatização consciente de cenas traumáticas devem ser realizados de maneira segura, a fim de evitar a retraumatização e promover a cura.

Peter Levine (2018) revela que, no início do século XXI, a memória se tornou o foco central da Neurociência Cognitiva, alcançando o auge com o Prêmio Nobel em 2000. Contudo, décadas antes, um intenso embate sobre o papel da memória no tratamento de traumas agitava os corredores acadêmicos. De um lado, as terapias de recuperação de memória incentivavam os pacientes a desenterrarem memórias reprimidas de abuso sexual na infância, prometendo cura. No entanto, muitos encontravam-se em colapso emocional, enquanto seus sintomas pioravam. Pesquisas subsequentes revelaram que muitas dessas “lembranças recuperadas” eram distorcidas, infligindo mais dor aos pacientes. Experimentos demonstraram a assombrosa capacidade de implantar memórias “traumáticas” falsas, um fenômeno alarmante. Terapeutas bem-intencionados, sem saber, podiam semear memórias fictícias em seus pacientes durante as sessões. As críticas às terapias de recuperação de memória ressoam vigorosamente. Peter Levine (2018) alerta para o perigo de reviver o trauma, potencializando a dor e alimentando uma dependência emocional prejudicial. Ele adverte que a exposição repetitiva pode levar à obsessão e ao ciclo de sofrimento. A busca por memórias reprimidas exige cautela, imersa em uma tempestade de emoções intensas. A memória, afinal, é um reflexo imperfeito da realidade, carregada de nuances complexas do psiquismo humano.

É perceptível que, no contexto do psicodrama clássico aplicado ao tratamento de traumas, existe um risco significativo de intensificar a ativação emocional do paciente. Este aumento pode ultrapassar a capacidade do indivíduo de tolerar tal intensidade, potencializando o risco de retraumatização. Lanius et al. (citado por Ogden et al., 2006), reforçam essa concepção, destacando que técnicas focadas em intensificar a ativação emocional podem inadvertidamente provocar uma escalada de ativação emocional autônoma, mediada subcorticalmente, o que leva a uma hiperativação ou hipoativação fisiológica. Portanto, é crucial que o uso do psicodrama seja precedido por uma avaliação minuciosa, assegurando que tal abordagem seja a mais adequada para o paciente, e que se adote um modelo de manejo integrado e bem estruturado, conforme proposto por Kellerman e Hudgins (2010).

No manejo do psicodrama interno que pratico, o caminho para alcançar a catarse de integração difere substancialmente. Ao guiar o paciente pela visualização mental de cenas traumáticas, sejam elas visuais, auditivas ou somato-sensitivas, frequentemente ocorre a ativação e emergência da sensopercepção corporal, que pode ser bastante desconfortável. Navegar e reprocessar o trauma implica percorrer cuidadosamente essas cenas, mantendo um olhar atento ao limite de tolerância do paciente. Dentro deste limite, auxiliamos o paciente a focar e suportar as sensações corporais e as emoções relacionadas ao trauma, sem a necessidade de revivê-lo em uma ação psicodramática. Paralelamente, ocorre uma autorregulação do Sistema Nervoso Autônomo, com a ativação crônica do ramo simpático que cede espaço para a descarga do parassimpático e fomenta a resiliência do sistema nervoso. Ao longo desse processo, o paciente aprende a expandir seus limites de



tolerância, autorregulando o processamento sensorial e emocional. A focalização inicial nas sensações, sem acesso direto à cena traumática, pode favorecer uma função cerebral mais integrada. A exploração das imagens sensoriais e corporais, a expansão das emoções, os atos verbais e a revisitação da cena matriz do trauma, antes ou depois de ocorrer, propiciam o processamento cognitivo da cena protagonista (imagens mentais) e sua reinterpretação, e promove a ressignificação das experiências vividas e a formação de novas redes neurais.

## MECANISMO DE AÇÃO: CATARSE DE INTEGRAÇÃO (UMA HIPÓTESE “NEUROPSICODRAMÁTICA”)

A hipótese de Tarashoeva e Marinova (2008) sobre o psicodrama clássico é particularmente relevante no que tange à experiência emocional intensa gerada na realidade suplementar, característica desta modalidade terapêutica. Os autores destacam que tal vivência provoca uma ativação substancial do hipocampo, culminando na consolidação de memórias vívidas. Este fenômeno é um reflexo da neuroplasticidade cerebral, um processo que envolve modificações estruturais como a remodelação dos dendritos, o crescimento de axônios e a formação de novas sinapses.

Essa abordagem ressalta a capacidade do cérebro de modificar sua estrutura e função em resposta às experiências emocionais profundas vivenciadas durante o psicodrama. O aumento da atividade hipocampal e a subsequente formação de memória vívida são fundamentais para o processo de reestruturação cognitiva e emocional, e permite que as experiências traumáticas sejam reprocessadas e integradas de maneira mais saudável no psiquismo do indivíduo. Assim, é interrompido o circuito associativo que leva ao sintoma. Esse desaparece. A nossa hipótese é que no psicodrama interno algo similar acontece, pois, o processo experiencial vivido na realidade suplementar pode levar a intensa carga emocional, a liberação de respostas desadaptativas, das repetições dos comportamentos inadequados e a formação de novos significados. Para Mendes e Greenberg (2022, p. 59) “é necessário desenvolver estratégias que mobilizem a memória emocional do processo terapêutico e promovam experiências para que o cliente sinta novas emoções, formando outro amálgama emocional, que estão, reconsolidado modificando a memória original”.

Antigamente o paradigma era que as memórias consolidadas seriam permanentes e só se alteravam por dano no tecido nervoso ou degeneração. Porém, as pesquisas sobre reconsolidação de memória dos neurocientista Nader, Schafe e Le Doux (2000) fornece uma compreensão mais profunda de como as memórias de medo são processadas e armazenadas no cérebro, e sugere que as memórias consolidadas não são tão permanentes quanto se pensava anteriormente, podendo ser alteradas ou apagadas após a reativação. Essas descobertas são significativas não apenas para a compreensão básica da neurobiologia da memória, mas também podem ter implicações para o desenvolvimento de terapias para condições como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), no qual a reconsolidação de memórias traumáticas é um componente central. Em muitos aspectos o manejo do Psicodrama Interno é similar ao manejo da SE e todas as técnicas do SE podem ser utilizadas. Vejamos uma síntese da SE.

## SOMATIC EXPERIENCE E A TERAPIA SENSORIOMOTRIZ

### Somatic Experience

A Experiência Somática (SE®) é uma abordagem terapêutica que utiliza a conscientização das sensações corporais para ajudar as pessoas a lidar com os sintomas do trauma.

Conforme Netto (2013), o trauma é uma experiência que ameaça a integridade física ou psicológica do indivíduo. Em resposta a um evento traumático, o Sistema Nervoso Autônomo (SNA) ativa uma resposta de defesa, que inclui a ativação do sistema simpático (aumento da frequência cardíaca, pressão arterial, respiração e sudorese) e do sistema parassimpático (diminuição da frequência cardíaca, pressão arterial, respiração e sudorese). Em situações de perigo real, essa resposta é adaptativa, pois permite que o indivíduo se defenda ou fuja da ameaça. No entanto, quando a resposta de defesa é ativada em situações que não representam perigo real, pode levar ao desenvolvimento de sintomas do trauma, como ansiedade, depressão e TEPT.

A SE é uma abordagem terapêutica que utiliza a conscientização das sensações corporais para ajudar as pessoas a lidar com os sintomas do trauma. O terapeuta de SE® ajuda o paciente a identificar e explorar as sensações corporais associadas ao trauma. Esse processo permite que o paciente entre em contato com a energia emocional que está bloqueada no corpo.

À medida que o paciente se torna mais consciente dessa energia, ele pode começar a integrá-la ao sistema nervoso. Esse processo de integração leva à redução dos sintomas do trauma. Netto (2013) revela que a SE® fundamenta-se em princípios neurofisiológicos que englobam a memória somática, a regulação do Sistema Nervoso Autônomo e a integração da energia emocional. O conceito de memória somática postula que os traumas são armazenados no corpo, em músculos, fâscias, vísceras, tecidos e órgãos, como memórias que não são apenas psicológicas, mas também físicas. Por sua vez, a regulação do SNA é vista como vital para a manutenção da saúde mental e emocional, pois esse sistema desempenha um papel crucial na regulação de funções corporais essenciais, tais como frequência cardíaca, pressão arterial e respiração. Uma desregulação do SNA pode manifestar-se em sintomas físicos e emocionais diversos, incluindo ansiedade, depressão e Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Além disso, a SE® enfatiza a importância da integração da energia emocional bloqueada para a recuperação do trauma. Sem um processamento adequado, a energia emocional relacionada a eventos traumáticos pode permanecer bloqueada no corpo, e levar a sintomas físicos e emocionais como ansiedade, depressão e TEPT. Assim, a SE® propõe uma abordagem holística que considera as conexões intrínsecas entre corpo e mente no processo de cura do trauma.

O terapeuta de SE utiliza uma série de intervenções para ajudar o paciente a regular o SNA e integrar a energia emocional bloqueada (Netto, 2013). Essas técnicas começam com a titulação, que envolve orientar o paciente a conectar-se de forma gradual e segura com sua energia emocional, e permite um acesso controlado às emoções intensas. O recurso é outra intervenção crucial, na qual o terapeuta ajuda o paciente a acessar e utilizar seus recursos internos para uma regulação emocional eficaz. A integração é um processo pelo qual o terapeuta facilita a incorporação da energia emocional do paciente em seu sistema nervoso, e promove um equilíbrio entre o corpo e a mente.

A técnica de pendulação envolve guiar o paciente na alternância entre sensações corporais relacionadas ao trauma e estados de relaxamento, o que ajuda a criar uma experiência de segurança e alívio das tensões traumáticas. A organização é uma etapa em que o terapeuta auxilia o paciente na estruturação das memórias somáticas do trauma, e contribui para uma compreensão mais clara e ordenada das experiências traumáticas. A descarga é o processo de apoiar o paciente na liberação das energias emocionais bloqueadas, facilitando a expressão e resolução das emoções retidas. Por fim, a estabilização tem como objetivo assegurar que os progressos terapêuticos alcançados sejam mantidos, garantindo que o paciente possa sustentar as melhorias obtidas durante a terapia e aplicá-las em sua vida diária, o que promove uma saúde emocional duradoura.

Essa abordagem destaca uma terapia cuidadosa e integral, que prioriza a segurança e o bem-estar do paciente durante o delicado processo de navegar pelo trauma e buscar a cura emocional.

Segundo Peter Levine (2018) a renegociação do trauma no SE se processa da seguinte maneira:

O processo de renegociação ocorre principalmente pelo acesso às memórias procedimentais associadas aos dois estados irregulares do sistema nervoso autônomo (SNA): hiperagitação/sobrecarga ou hipoagitação/bloqueio e desamparo. Essas memórias são então restauradas e completadas, o que permite que o cliente passe da hipoagitação ou hiperagitação para o equilíbrio, o estado de alerta relaxado e a orientação aqui e agora. Em resumo, a renegociação inverte a sequência da ação biológica em resposta à ameaça. Ela permite que o cliente complete as respostas ativas associadas ao trauma, o que ajuda a liberar a energia acumulada e a superar os sintomas do trauma.

## Manejo da Renegociação de Enfoque Naturalístico (Levine, 2018)

O terapeuta guia o cliente pelo processo de renegociação, seguindo os seguintes passos:

- **Reconhecimento da memória:** reconhecer a existência da memória traumática e convidar o cliente a focar nas sensações corporais associadas.
- **Regulação do SNA:** auxiliar na regulação do Sistema Nervoso Autônomo, atenuando a ativação ou bloqueio.
- **Revisão da memória:** orientar o cliente na revisão gradual e segura da memória.
- **Incorporação da experiência corporal:** facilitar a incorporação da experiência corporal recém-processada à memória original.

- **Orientação no aqui e agora:** apoiar o cliente na orientação para o presente, o “aqui e agora”.

Essa abordagem sublinha a importância de um processo terapêutico cuidadoso e orientado, focando na segurança e na recuperação gradual do cliente. A Tabela 1 traz uma tentativa de comparar o mecanismo de renegociação da SE com a nossa hipótese neuropsicodramática de catarse de integração para resolução do trauma.

Tabela 1. Comparação entre o mecanismo de renegociação da SE de Levine (2018) com a nossa hipótese neuropsicodramática de catarse de integração para resolução do trauma.

Renegociação do trauma na SE	Mecanismo de ação neuropsicodramática para resolução do trauma no PI
Identificar os estímulos multissensoriais acoplados à situação traumática, que funcionam como gatilhos disparadores das fortes reações pós-trauma.	Memória traumática ativada por um estímulo gatilho ou provocada pelo terapeuta.
A memória é trazida novamente, revisada e o cliente se envolve com ela sem ficar sobrecarregado.	Exploração detalhada das imagens sensoriais e corporais, acompanhada pela ampliação das emoções. Inclui-se também a expressão verbal e a experiência, seja anterior ou subsequente, da cena central traumática. Esse método enfatiza a profundidade da percepção sensorial e emocional, além da articulação verbal, como ferramentas para navegar e reprocessar a experiência do trauma.
Explorar imagens visuais, auditivas, olfativas, táteis e gustativas relacionadas ao evento.	Neste contexto, a vivência intensa e integral de emoções na realidade suplementar resulta em uma significativa ativação do hipocampo. Consequentemente, forma-se uma memória nítida e vívida. Esse processo destaca o poder da experiência emocional profunda no estímulo cerebral e na formação de memórias duradouras.
Nova experiência atual de maior contenção, calma e capacidade, o indivíduo é cuidadosamente orientado a rever a experiência pouco a pouco (análise).	O manejo deve propor uma aproximação gradual da cena traumática na técnica eleita para intervir (psicodrama interno ou psicodrama a cena aberta). Na maioria das vezes não é necessário chegar na cena do trauma propriamente dito. As cenas devem ser tituladas e tratar primeiro o registro do trauma no corpo de forma gentil para depois ir se aproximado.
Cada contato (revisão) com a memória é seguido por uma regulação dos estados agitados, juntamente com uma responsividade aumentada e mais poderosa.	Em vez de apagar a memória traumática, forma-se uma nova memória. Essa nova memória, embora com a mesma intensidade da original, carrega um caráter positivo. Esse processo reflete a transformação da experiência traumática em algo construtivo.
A experiência corporal recém-elaborada é incorporada à experiência original e forma uma “nova” memória procedimental atualizada.	A memória recém-formada coexiste com a memória preexistente, e estabelece um equilíbrio entre ambas. Essa coexistência interrompe o circuito associativo anterior que conduzia ao surgimento do sintoma, e promove um estado de maior harmonia psíquica.
Essa nova memória agora se consolida e a antiga memória de desesperança e impotência é “molecularmente substituída” pela poderosa versão atualizada.	O manejo do cliente traumatizado deve estar atento ao perigo de ‘reviver a cena’ e, dessa forma, intervir com as técnicas que possam ampliar a vivência do trauma numa realidade suplementar onde ele possa também evitar o trauma nos casos de acidentes catastróficos ou se rebelar contra o abusador no trauma complexo. Aqui as técnicas adaptadas do psicodrama podem ser utilizadas a exemplo de solilóquios, duplos, espelhos, inversão etc.
Os diferentes elementos da memória são então explorados e compartilhados, e memórias declarativas, episódicas e emocionais são integradas para criar uma narrativa coerente.	Segue o processamento cognitivo da cena principal, englobando as imagens mentais e a reafirmação. Esse estágio é crucial para a ressignificação e a resolução das experiências passadas, e permite a remodelação das percepções e a formação de novas redes neuronais. Esse processo não apenas reinterpreta os eventos vividos, mas também abre caminho para uma resolução mais profunda e abrangente.
Esse processo reforça a capacidade de autorreflexão e autocompaixão do cliente.	O processo de formação da memória está intrinsecamente ligado à neuroplasticidade, englobando a remodelação dos dendritos, o crescimento dos axônios e a criação de novas sinapses. Esse processo reflete a adaptabilidade e a capacidade do cérebro de se reorganizar em resposta às experiências vivenciadas, Tarashoeva e Marinova (2008).

No processo de renegociação da SE, conforme delineado por Peter Levine, a abordagem se concentra em acessar as memórias procedimentais ligadas aos estados irregulares do Sistema Nervoso Autônomo, como hiperagitação ou hipoagitação. Essa abordagem permite que o cliente transite da agitação excessiva ou da inibição para um estado de equilíbrio e alerta. No contexto do Psicodrama Interno, observa-se uma metodologia paralela, cuja ativação da memória traumática, seja por estímulos externos ou provocação terapêutica, desencadeia um processo no qual o cliente se engaja de maneira controlada e profunda com suas experiências sensoriais e emocionais. Esse engajamento é acompanhado de expressões verbais e reinterpretações da cena traumática, e possibilita a formação de novas memórias significativas e a remodelação das redes neurais.

Ambas as abordagens valorizam a criação de uma nova experiência para o cliente, e proporcionam um ambiente de contenção e calma. Isso é feito de maneira gradual e analítica, evita a superexposição ao trauma e permite uma integração saudável e construtiva da experiência traumática. Assim, uma nova narrativa coerente é construída, na qual as memórias declarativas, episódicas e emocionais são integradas, reforçando a capacidade de autorreflexão e autocompaixão do indivíduo.

## TERAPIA SENSORIOMOTRIZ

A terapia sensoriomotriz prioriza uma abordagem fenomenológica centrada na experiência imediata e dá especial ênfase à dimensão somática do ser humano. Ron Kurtz (citado por Ogden et al., 2006) é reconhecido, há mais de três décadas, como um pioneiro e figura central na psicologia somática. Suas contribuições e métodos de intervenção são um alicerce fundamental na psicoterapia sensorio-motora. Essa abordagem foi posteriormente desenvolvida por Ogden e sua equipe, destacando-se pela acurada observação dos aspectos não verbais do paciente, que incluem não somente movimentos, mas também sinais de ativação autônoma, como alterações na cor da pele e na dilatação das pupilas. Distanciando-se das abordagens psicoterapêuticas convencionais que se concentram em afetos, cognições e narrativas, a terapia sensoriomotriz se dedica ao mapeamento e rastreamento minucioso das flutuações físicas das sensopercepções corporais que ocorrem em tempo real, que podem variar desde sutis, como um breve piscar de olhos, a expressões mais significativas, como gestos defensivos decorrentes de tensão muscular. Nesse processo, a ‘decodificação corporal’ desempenha um papel essencial, pois o terapeuta se concentra em padrões persistentes de postura e movimento do paciente, que auxilia na elucidação de crenças profundas e tendências emocionais. Um exemplo é a rigidez constante do maxilar, que pode indicar repressão emocional ou resistência à expressão de sentimentos, o que reflete uma crença interior de que expressar emoções é perigoso ou inaceitável. Da mesma forma, uma postura encolhida ou fechada, na qual o paciente se curva para a frente e cruza os braços, pode sugerir sentimentos de vulnerabilidade, medo de exposição, ou um desejo de se esconder de ameaças percebidas, em um contexto social, emocional ou psicológico.

A prática clínica, portanto, transforma-se em um laboratório fenomenológico em que os terapeutas decifram e instruem os pacientes no uso de técnicas corporais para modificar estados emocionais e cognitivos. Essa abordagem é um reflexo das indagações de Janet (1925, citado por Ogden et al., 2006), que questionou o impacto da educação somática na prevenção ou tratamento de distúrbios mentais, ligando alterações nos padrões de movimento a distúrbios mentais e sugerindo que experiências traumáticas reprimidas podem se manifestar em sintomas físicos, como rigidez ou tremores, expressões de sofrimento emocional. Assim, a educação somática, ao promover a consciência e a integração entre corpo e mente, emerge como uma ferramenta terapêutica potencial, e permite que os indivíduos se reconectem com seus corpos e expressem suas emoções de maneira saudável. A terapia sensoriomotriz, transcendendo a mera interpretação verbal ou cognitiva, engaja-se na totalidade da experiência humana, uma totalidade intrinsecamente entrelaçada entre corpo e mente, e enfatizada pelas pesquisas neurocientíficas contemporâneas.

A Psicoterapia Sensoriomotora é uma abordagem que se concentra diretamente na sensação e no movimento do corpo para tratar sintomas, disfunções e padrões relacionados ao trauma. Essa modalidade terapêutica utiliza ações físicas e a consciência corporal para facilitar a recuperação. Enfatiza-se a importância de os clientes aprenderem a regular o *arousal*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Arousal* é um termo geralmente usado em psicologia para descrever o estado de ser fisicamente alerta e mentalmente engajado. Refere-se a um espectro de excitação fisiológica e psicológica que varia de baixo (como em estados de relaxamento ou sonolência) a alto (como em estados de ansiedade, estresse ou excitação intensa). *Arousal* está associado a uma série de respostas fisiológicas, como aumento da frequência cardíaca, respiração mais rápida e maior alerta mental. No contexto do trauma e do tratamento psicoterapêutico, a regulação do *arousal* é fundamental, pois níveis desregulados podem impactar a capacidade de um indivíduo de processar e responder adequadamente a estímulos emocionais e ambientais.

desregulado e a reconhecer e responder às necessidades do corpo de maneira adaptativa, especialmente em contextos de marginalização e trauma contínuo. Desenvolver uma consciência corporal mais profunda é vital para criar estratégias físicas eficazes que ajudem a regular o *arousal* e construir resiliência diante do trauma contínuo. Além disso, a terapia busca ajudar os clientes a integrar suas experiências internas, como pensamentos, emoções, imagens, movimentos e sensações corporais, para processar eventos significativos de vida, tanto passados quanto presentes. Esse enfoque integral e somático é essencial para uma recuperação efetiva e abrangente do trauma (Ogden, 2023).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções com o psicodrama interno no modelo de Khouri demonstram eficácia significativa no tratamento de traumas. Seu manejo cuidadoso, ancorado nos princípios de titulação e na atenção às sensopercepções corporais, faculta ao paciente um meio de abordar suas memórias traumáticas de maneira progressiva e segura, de forma a minimizar o risco de retraumatização. Ao permitir uma imersão gradual nas experiências traumáticas, essa metodologia proporciona um espaço terapêutico onde as emoções podem ser exploradas e processadas com segurança.

A hipótese neuropsicodramática de catarse de integração, que enfatiza a integração das sensações corporais, das emoções e dos pensamentos no reprocessamento do trauma, é consistente com os princípios da SEe da terapia Sensoriomotriz. Essas abordagens também reconhecem a importância da regulação do Sistema Nervoso Autônomo e da integração da energia emocional bloqueada para a resolução do trauma.

Nesse contexto, o psicodrama interno no modelo de Khouri oferece uma abordagem mais holística e abrangente do reprocessamento do trauma. Tal sinergia potencializa a eficácia terapêutica, pois combina as forças do psicodrama interno com técnicas da SE, que proporcionam ferramentas para a regulação do SNA e para o manuseio cuidadoso das respostas fisiológicas ao trauma. Assim, essa combinação de abordagens oferece uma perspectiva terapêutica enriquecedora e integrativa e facilita uma experiência de cura mais completa para indivíduos que enfrentam traumas.

## CONFLITO DE INTERESSE

Não há.

## DISPONIBILIDADE DE DADOS DE PESQUISA

Todos os dados foram gerados/analizados no presente artigo.

## FINANCIAMENTO

Não aplicável.

## AGRADECIMENTOS

Não aplicável.

## REFERÊNCIAS

- Kellermann, M. K., & Hudgins, M. K. (Eds.). (2010). *Psicodrama do trauma: o sofrimento em cena*. (2a ed.). Ágora.
- Khouri, G. S. (2020). Psicodrama interno no tratamento de traumas: direcionadores de manejo. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 26(1), 51–65. Recuperado de <https://www.revbraspsicodrama.org.br/rbp/article/view/49>
- Khouri, G. S. (2022). *Manejo Clínico na Psicoterapia Psicodramática Bipessoal Integrativa*. Arauá Edições.

- Levine, A. (2012). *Uma voz sem palavra: como o corpo libera o trauma e restaura o bem-estar*. (2a ed.). Summus.
- Levine, P. (2018). *Trauma y memoria: cérebro y corpo em busca del pasado vivo*. (2a ed.). Editorial Eleftheria.
- Mendes, M. A., & Greenberg, L. (2022). *A clínica das emoções, terapia e pratica da terapia focada nas emoções*. Sinopse Editora.
- Nader, K., Schafe, G. E., & LeDoux, J. E. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature*, *406*, 722-726. <https://doi.org/10.1038/35021052>
- Netto, L. R. (2013). Um protocolo de tratamento do transtorno de estresse pós-traumático através da experiência somática. In C. P. Rossi & L. R. Netto (Eds.). *Práticas psicoterápicas e Resiliência* (pp. 121-140). Scortecci.
- Ogden, P. (2023). The importance of the body in the treatment of trauma. Chapter 3. In *The Pocket Guide to Sensorimotor Psychotherapy in Context* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). Norton & Company. (Edição do Kindle).
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *El trauma y el cuerpo: un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. (2a ed.). Editorial Desclée de Brouwer.
- Schore, A. (1994). *The Right Brain and the Unconscious: An Introduction to the Neurobiology of Emotion, Attachment, Memory, and the Unconscious*. (2a ed.). W. W. Norton & Company.
- Siegel, D. J. (2016). *Neurobiología Interpersonal: um manual integrativo da mente*. (2a ed.). Editorial Eleftheria.
- Tarashoeva, G., & Marinova, P. (2008). Neuroplasticidade e mudança terapêutica. In F. J. Heloisa, G. S. Khouri, & E. Hug (Orgs.). *Psicodrama e Neurociências* (p. 29). Ágora.