

Psicodrama interno no tratamento de traumas: direcionadores de manejo

Internal psychodrama in the treatment of trauma: handling drivers

Psicodrama interno en el tratamiento de traumas: direccionadores de manejo

Georges Salim Khouri

Associação Bahiana de Psicodrama e Psicoterapia de Grupo (ASBAP)

e-mail: gskhouri@uol.com.br

Resumo

O psicodrama interno é uma técnica de intervenção utilizada em situações de muita tensão emocional e em eventos traumáticos simples ou complexos, revelando-se ser mais seguro na prevenção de retraumatização que a dramatização clássica propriamente dita. Dependendo do desenvolvimento da sessão terapêutica, outras técnicas podem ser integradas na intervenção. Este artigo tem como objetivo apresentar direcionadores de manejo do psicodrama interno em situações traumáticas e sua fundamentação teórica baseada em recentes pesquisas da neurociência e do conhecimento empírico da prática clínica.

Palavras-chave: psicodrama, técnicas psicoterapêuticas, trauma psíquico, distúrbio do stress pós-traumático, psicoterapia

Abstract

Internal psychodrama is one of the intervention techniques used in situations of high emotional tension and in simple or complex traumatic events, it has been shown to be safer in preventing re-traumatization than the classic dramatization itself. Depending on the development of the therapeutic session, other techniques can be integrated in the intervention. This article aims to present the handling drivers of the internal psychodrama in traumatic situations and its theoretical fundamentals based on recent neuroscience and empirical knowledge of clinical practice researches.

Keywords: psychodrama, psychotherapeutic techniques, psychic trauma, posttraumatic stress disorder, psychotherapy

Resumen

El psicodrama interno es una de las técnicas de intervención utilizada en situaciones de mucha tensión emocional y en eventos traumáticos simples o complejos, revelándose ser más seguro en la prevención de retraumatización que la dramatización clásica propriamente dicha. A depender del desarrollo de la sesión terapéutica, podemos integrar con otras técnicas. Este

Revista Brasileira de Psicodrama, v. 26, n. 1, 51-65, 2018

DOI: 10.15329/2318-0498.20180012

artículo tiene como objetivo presentar los directores de manejo del psicodrama interno en situaciones traumáticas y su fundamentación teórica basada en recientes investigaciones de la neurociencia y del conocimiento empírico de la práctica clínica.

Palabras clave: psicodrama, técnicas psicoterapéuticas, trauma psíquico, trastornos por estrés postraumático, psicoterapia

INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta o psicodrama interno (PI) no psicodrama bipessoal, com manejo semelhante ao modelo de Victor Dias (1986), Fonseca (2000) e Cukier (1992), porém, com outra fundamentação teórica. Nesse tipo de intervenção é fundamental já ter construído previamente o vínculo télico promotor da “cura” com o cliente. Esse é um dos direcionadores fundamentais para a intervenção com essa técnica.

Siegel (2007, citado por Salvador, 2018) postula que a relação terapêutica efetiva entre o terapeuta e o paciente promove o crescimento das fibras na área pré-frontal do cérebro. Nas interações em que há sintonia e comunicação ressonante, o cliente sente-se aceito com todas as suas questões, conectado e bem. Essa sintonia dual, na linguagem moreniana, é a essência do fenômeno tele.

Salvador (2018) considera a atmosfera do olhar compassivo do psicoterapeuta em um espaço que denominou “bolha curativa”, pré-requisito para qualquer intervenção. Assim, este artigo descreve o psicodrama interno em situações traumáticas apresentando os direcionadores de manejo a partir de exemplos com base em fundamentação teórica recente em neurociências e no conhecimento empírico da prática clínica.

CAMPO TÉLICO DE CURA, SINTONIA DUAL E PRESENÇA TERAPÊUTICA

O psicodrama interno não deve acontecer sem que o Campo Télico de Cura (CTC) esteja estabelecido, uma vez que está relacionado à regulação de afetos, fundamental para as relações humanas e terapêuticas, que é confirmada cada vez mais por vários pesquisadores no campo da psicologia e da neurociência. A tele é decisiva no progresso da terapia (Moreno, 1993, p. 44) e o CTC desenvolve-se processualmente, podendo ser estabelecido rapidamente ou não, a depender da sintonia dual e da ressonância límbica na relação terapeuta-cliente. Quando o CTC é estabelecido, chega-se ao *ENCONTRO*, que é mais que uma vaga relação interpessoal, ou seja, significa que duas ou mais pessoas se encontram para viver e experimentar-se mutuamente (Moreno, 1993).

Objetivamente, o terapeuta deve colocar-se totalmente disponível e aberto para acolher e conter genuinamente, sem julgamento, todo o conteúdo derramado pelo cliente em suas várias formas de expressão (verbal, corporal etc.), coconstruindo um espaço de sustentação e contenção para os pacientes gravemente traumatizados ou que não podem revelar sua dor, muitas vezes qualificada por eles mesmos como insuportável e incapacitante. Não se trata do *rapport*, conceito da Psicologia traduzido como técnica para criar uma ligação de sintonia e empatia com o cliente. É muito mais que isso, é estar inteiro e *presente*¹³ na relação (Salvador, 2018).

¹³ Salvador, M. C. (2018, p. 215) descreve que “um aspecto central da presença é, portanto, a aceitação radical de tudo tal como é. Toda experiência, por mais difícil e desagradável que seja, precisa ser respeitada e ouvida em uma atmosfera de compaixão, tanto pela pessoa que tem a vivência quanto por quem a acompanha. Chamo esse espaço de *bolha curativa*”.

Significa deixar de lado as próprias necessidades, vulnerabilidades e feridas próprias do psicoterapeuta e poder tocar a dor e as partes repudiadas do outro. Se estamos muito cheios de nós mesmos – imersos em nossos próprios assuntos e em nosso próprio Eu, não há espaço para o outro, logo, não há cura (Hycner & Jacobs, 1995, citado por Salvador, 2018, p. 208)

Daniel Hill (2015) revela que, em termos neurobiológico, ao engajar o cérebro direito de nossos pacientes com os nossos, estabelecemos no momento uma conexão psicobiológica direta. Nossa preocupação explícita e implícita com os estados afetados dos pacientes ressoa como a relação inicial de apego e ativa seus modelos internos de trabalho. Podemos dizer que nossas transações emocionais com os pacientes envolvem os mesmos processos que moldaram originalmente as estruturas neurobiológicas que subscrevem o sistema de regulação de afetos primário. O hemisfério cerebral direito (HD) reúne as gestalts cognitivas que nos chegam como intuições, metáforas e conhecimentos implícitos cruciais para avaliar e responder à vida clínica vivida do paciente; o HD processa a informação emocional, reconhece outros como sujeitos e fornece um instantâneo emocional de como estão os pacientes em determinado momento. Thomas Lewis (2000) descreve a conexão dos sistemas límbicos entre mãe e filho, ou entre terapeuta e paciente, ou entre quaisquer dois indivíduos que estejam vivenciando empatia mútua, um fenômeno que chama de “ressonância límbica” (citado por Fleury, Khouri & Hug, 2008, p. 39). Conforme descrito por Siegel (2010, citado por Salvador, 2018, p. 206), sintonia é a maneira como focamos nossa atenção no outro e sentimos sua essência em nosso próprio mundo interior, e o outro percebe nossa sintonia com eles e se sente “sentido” por nós. Esses sinais são enviados e recebidos por meio do hemisfério direito, do contato visual, da expressão facial, do tom de voz, da postura e da intensidade da resposta. É tomar a essência da outra pessoa nesse momento.

Daniel Hill (2015) ressalta que testemunhamos sistematicamente como a criança aprende a andar sozinha com os olhos fixos no rosto de sua mãe, e não nas dificuldades em seu caminho onde ela vai se apoiando pelos braços que não a sustentam ainda e se esforçam constantemente para alcançar o abraço de sua mãe. Ao mesmo tempo em que enfatiza a necessidade da mãe, a criança está provando que pode passar sem ela, porque está andando sozinha. Nenhuma palavra é trocada porque só interfeririam. Por meio da contenção e do ambiente de apoio, a mãe é capaz de ajudar a criança, tanto na prática quanto em sua mente, a fim de demonstrar seu reconhecimento dos estados fisiológicos, afetivos, bem como sua capacidade de lidar com eles de forma eficaz.

Imagine agora um paciente que processa, pela primeira vez, memórias intoleráveis, partes vergonhosas do eu ou ideias proibidas sobre os outros. Os alvos das ações terapêuticas implícitas são as estruturas de regulação afetiva limbo-autônômica localizadas no cérebro direito. O terapeuta vai regulando os primeiros passos não instáveis mantendo o paciente regulado e capaz de processar material novo. Dessa forma, ajuda o paciente de maneira não verbal a manter a autorregulação sem se intrometer. O campo télico de cura estabelece-se com o efetivo engajamento do cérebro direito dos pacientes com o do terapeuta, ajudando-o a manter-se autorregulado e suficientemente fortalecido para enfrentar e reprocessar suas mazelas e suas questões mais profundas. Schore (2003, citado por Hill, 2015, p. 102) afirma que, com a ajuda do cuidador primário, a criança aprende a tolerar e conviver com seus estados de desregulação. Fazendo uma analogia, é possível afirmar que, com a ajuda do psicoterapeuta, o paciente aprende a tolerar e conviver com seus estados de desregulação até alcançar a resiliência plena, a cura.

TRAUMA E MECANISMO DE AÇÃO DO PSICODRAMA INTERNO

O trauma não está no evento causador em si, mas na maneira de o sistema nervoso da pessoa envolvida processar o que aconteceu, pois muitos incidentes comuns e extraordinários podem ser traumáticos para uns e para outros, não. Um evento traumático “encharca” ou “bombardeia” de estímulos o sistema nervoso, tornando-o incapaz de liberar essas energias que ficam bloqueadas, não processadas e registradas em local inadequado na região subcortical. Ocorre uma quebra do processo de autorregulação do sistema nervoso resiliente, por meio dos ciclos de carga (excitação simpática) e descarga (parassimpática), e essa energia aprisionada no corpo ao longo da vida vai se manifestando por meio de sintomas disfuncionais a exemplo de *flashbacks*, hipervigilância, ansiedade, pânico, depressão, fuga etc. Netto (2013) declara que essas respostas incompletas armazenadas em músculos, fâscias, vísceras, tecidos e órgãos, retêm a energia nervosa mobilizada na circunstância do perigo e fazem que a amígdala cerebral continue recebendo *feedback* desse perigo, alertando que, fisiologicamente, o perigo não passou. O evento traumatizante pode ser único, a exemplo de um acidente de trânsito (trauma simples), ou repetitivo a exemplo de traumas de desenvolvimento, malcuidado dos cuidadores, *bullying* por diversas motivações, abusos, violências infantil e sexual (traumas complexos). As áreas cerebrais que parecem estar envolvidas em síndromes de estresse traumático são a amígdala, o córtex pré-frontal medial, o giro cingulado anterior, o hipocampo, a ínsula e o córtex órbita-frontal. Essas áreas foram identificadas com base em estudos que utilizam a neuroimagem em indivíduos com transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). A neuroimagem – por meio da tomografia de emissão de pósitrons (TEP) – mostrou também mudanças de fluxo sanguíneo cerebral associado ao TEPT com maior ativação (aumento de fluxo) no HD (córtex cingulado anterior e amígdala) e diminuição na área de broca, o que mostra coerência com a dificuldade de verbalização das experiências traumáticas (Rojas-Bermúdez & Moyano, 2012).

Numa perspectiva evolucionária, Paul MacLean (1985, citado por Ogden, Minton & Pain, 2009, p. 56) propõe o desenvolvimento filogenético do cérebro em três camadas: o *cérebro reptiliano*, o primeiro a se desenvolver, que governa a ativação fisiológica, a homeostase do organismo e a reprodução; o *cérebro límbico (paleomamífero)*, encontrado em todos os mamíferos, está relacionado com emoções, memória, alguns comportamentos sociais e aprendizagem; o *cérebro neocórtex (neomamífero)*, o último a se desenvolver, permite a autoconsciência, o pensamento consciente e junta-se aos hemisférios direito e esquerdo do cérebro. Esses três cérebros processam diferentes tipos de conhecimento e apresentam inter-relação comportamental e funcional entre si (Panksepp, 1998, citado por Ogden et al., 2009, p. 57). O trauma desorganiza a dimensão instintiva da pessoa traumatizada, ou seja, o cérebro reptiliano que aloja as estruturas do tronco cerebral. O tronco cerebral é a conexão do cérebro com o corpo, e tudo que sentimos no corpo, na verdade, sentimos no cérebro. Trata-se de um centro de transmissão de impulsos para o cerebelo e atua ainda como passagem para as fibras nervosas que ligam o cérebro à medula e faz conexões com todos os órgãos e sistemas, revelando no corpo onde as coisas estão contidas no cérebro. O nervo vago surge do tronco cerebral percorrendo a medula e está envolvido na regulação de nosso sistema nervoso autônomo (SNA) e de nossos estados emocionais em respostas de sobrevivência e saúde (Porges, 2001, citado por Salvador, 2018, pp.72-73).

Levine (2012) discorrendo sobre a Teoria Polivagal das Emoções de Porges assegura que esses sistemas também funcionam como mediadores dos sentimentos vitais de bem-estar e pertencimento. Ele revela ainda três subsistemas básicos de energia neural que dão suporte ao estado global do sistema nervoso, bem como aos comportamentos e às emoções relacionados. O mais primitivo deles tem como função a imobilização, a conservação metabólica e o desligamento (período reptiliano). O mais próximo no desenvolvimento evolutivo filogenético

é o sistema nervoso simpático cuja função é a mobilização e a ação aprimorada (como na luta ou na fuga). O último a ser desenvolvido filogeneticamente foi o sistema nervoso parassimpático que é mais refinado nos primatas, nos quais atua como mediador de complexos comportamentos sociais e de vínculos. O parassimpático regula o chamado nervo vago mamífero ou “inteligente” que aciona os músculos que comunicam nossas emoções tanto para os outros como para nós mesmos. Trata-se de um sistema muito refinado que modula os relacionamentos, os vínculos e os laços afetivos, atuando também como mediador da inteligência emocional. Esses três sistemas nervosos estão sintonizados para avaliar riscos potenciais no entorno num processo de avaliação inconsciente do ambiente que Porges¹⁴ chama de “neurocepção”. Ou seja, antes do processar um pensamento o alarme de perigo dispara.

O psicodrama interno é uma técnica que auxilia o cliente a acessar e reprocessar cenas traumáticas ou de efeito traumático que foram registradas nas regiões subcorticais e que hoje afloram como sintomas ou comportamentos disfuncionais. A proposta de intervir com psicodrama interno é buscar acessar diretamente o subcórtex abaixo do córtex, porque é nessa área que os traumas e outros sintomas estão registrados na memória. O fio condutor do manejo são os sintomas que afloram quando a cena matriz do trauma é ativada durante uma sessão de psicoterapia, ressaltando que essa cena pode emergir como imagem visual ou somato-sensitiva. A ativação pode acontecer de várias maneiras, a saber: a) o cliente chega ativado por causa de um estímulo externo, com muitas manifestações somáticas, ansiedade, medos irracionais etc., desconhecendo a causa ou a razão dessas manifestações; b) o cliente chega ativado, com muitas manifestações somáticas, *flashbacks*, ansiedade, medos irracionais etc., sendo conhecedor ou tendo uma hipótese do que causou, mas não sabe como lidar com essas manifestações; c) o cliente é ativado ao longo da sessão a partir de um estímulo que pode ser do próprio tema protagônico daquele dia; d) o cliente é ativado ao longo da sessão pelo próprio terapeuta que planejou com base no histórico do processo terapêutico realizar uma intervenção com um fim específico.

Wilber (1996, citado por Ogden et al., 2009, p. 56) no desenvolvimento da ideia de processamento hierarquizado da informação resalta a importância na prática clínica do processamento cognitivo (pensamentos, crenças, interpretações e outras cognições), do processamento emocional (emoções e afetos) e do processamento sensorio-motor (reações físicas e sensoriais, sensações e movimentos). Esses níveis de processamento de informação são correlacionados ao cérebro trino de MacLean (1985, citado por Ogden et al., p. 56) (ver Figura 1) e estão “mutuamente interdependentes e inter-relacionadas do ponto de vista de visão funcional” (Damasio, 1999; LeDoux, 1996; Schore, 1994, citado Ogden et al., 2009, p. 257), funcionando como um todo unificado. A prática clínica confirma a ideia de que a intervenção inicial com o PI pode ocorrer em qualquer nível de processamento de informações, uma vez que a catarse de integração plena só vai acontecer quando houver o reprocessamento nos três níveis.

¹⁴ Mario Salvador (2018) refletindo sobre a teoria polivagal revela que o nervo vago não é apenas um nervo motor que vai do cérebro às vísceras. É também um nervo sensitivo que vai das vísceras ao cérebro. É a conexão corporeamente. Quando nos sentimos seguros, o sistema de engajamento social é ativado. No contexto da relação terapêutica, ao responder com uma expressão facial e uma entonação positivas, o terapeuta está estimulando o sistema de engajamento social.

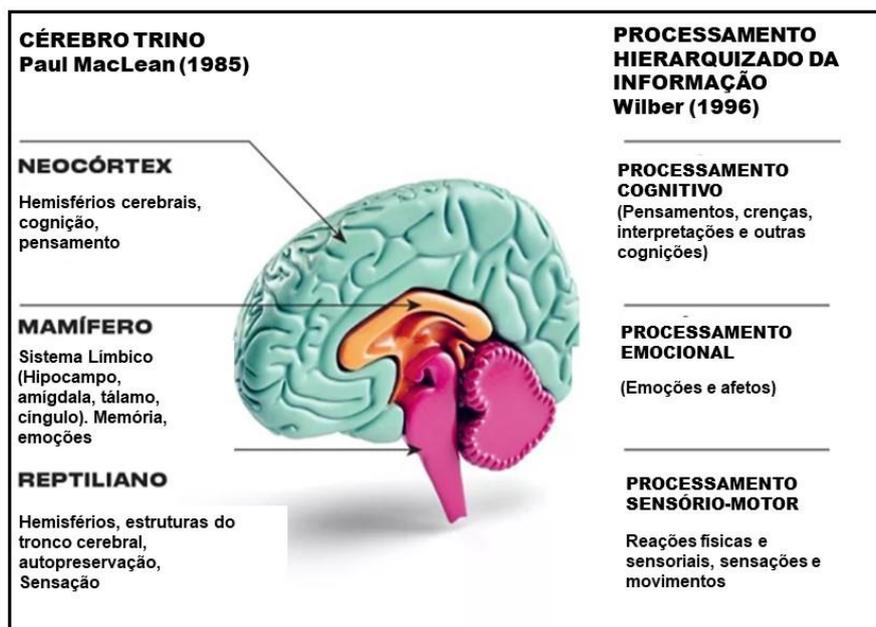


Figura 1: Correlação entre os níveis de processamento hierarquizado de Wilber com os três cérebros de MacLean

As intervenções do psicodrama interno podem ser integradas com técnicas que favoreçam intervenções cognitivas e emocionais de modo que a catarse de integração seja completa, ou seja, nos níveis cognitivo (pensamentos, crenças, interpretações e outras cognições), emocional (emoções e afetos) e sensório-motor (reações físicas e sensoriais, sensações e movimentos). Tarashoeva e Marinova (2008, citado por Fleury et al., 2008, p. 29) propõem para o psicodrama clássico um hipotético mecanismo neurobiológico sugerindo que a experiência emocional intensa e completa leva a uma forte ativação do hipocampo e, assim, uma memória vívida é armazenada. O processo de formação da memória é baseado na neuroplasticidade e inclui uma remodelação dos dendritos, o crescimento dos axônios e a formação de novas sinapses. No psicodrama, a memória da experiência traumática não é apagada, mas constrói-se uma nova. Tem a mesma força, mas é positiva. Ela existe em paralelo com a antiga e a equilibra.

Kellerman e Hudgins (2010, p. 14) garantem que “quando se usa o psicodrama com sobreviventes de trauma, há um risco de regressão descontrolada e de retraumatização se os métodos vivenciais não estiverem fundamentados numa teoria sólida e numa prática competente” para aquecer e dramatizar uma revivência da cena traumática de maneira segura e consciente. Conclui-se que o manejo com o psicodrama clássico para o tratamento de trauma pode provocar um aumento significativo da ativação emocional levando o paciente para além de sua capacidade de suportar a intensidade da experiência, com risco de retraumatização. Lanius et al. (citado por Ogden et al., 2009, p. 277) indiretamente corroboram com essa ideia ao afirmar que “as técnicas para o tratamento de trauma que se concentram em aumentar a ativação emocional apresentam riscos crescentes de causar uma ativação emocional autônoma em escalada mediada subcorticalmente, conduzindo a hiperativação ou a hipoativação fisiológica”. Dessa forma, o psicodrama só deve ser utilizado após avaliação cuidadosa de que essa é a melhor opção de intervenção para aquele paciente e deve criar ou utilizar modelos bem integrados de manejo em tratamento vivencial a exemplo dos modelos propostos em Kellerman e Hudgins (2010).

Na forma que manejo o psicodrama interno, o mecanismo para alcançar a catarse de integração é diferente. Quando levamos o paciente a visitar em sua tela mental as cenas

traumáticas seja na forma de imagem visual, auditiva ou somato-sensitiva, frequentemente ocorre a ativação e a afloração da sensopercepção corporal, que pode ser muito desconfortante. Atravessar e reprocessar o trauma significa meandar as cenas que podem potencializar a ativação emocional e as sensações corporais intensas manejando com um olhar atento ao limite de tolerância do paciente. Dentro desse limite, ajudamos o paciente a *focalizar e suportar as sensações corporais e as emoções vinculadas ao trauma* que eclodem sem ser necessário reviver a experiência numa ação psicodramática. Concomitantemente, o Sistema Nervoso Autônomo vai se regulando, e a ativação crônica do ramo simpático passa a dar lugar à descarga do ramo parassimpático tendendo ao funcionamento resiliente do sistema nervoso. Ao longo desse processo, o paciente torna-se *capaz de expandir esses limites de tolerância*, autorregulando assim o processamento sensorial/emocional. A focalização inicial nas sensações, sem acesso direto à cena traumática, pode proporcionar um funcionamento cerebral mais integrado. O rastreamento das imagens sensoriais e corporais, a expansão das emoções, os atos verbais e a revivência da cena matriz antes e depois do rastreamento favorecem o processamento cognitivo da cena protagônica (imagens mentais) e a reafirmação,¹⁵ promovendo ressignificações do vivido e a formação de novas redes de conexões neurais.

MÉTODO

O presente artigo trata de relato de experiência prática em ambiente de sala clínica a partir da observação das intervenções com o psicodrama interno. Essas intervenções foram efetuadas com clientes que apresentavam demandas relacionadas a situações traumáticas, e o manejo em todos eles foram realizados conforme os direcionadores objeto deste artigo. Foram recortados três exemplos de manejo em clientes distintos que serão descritos posteriormente. Os registros do manejo foram feitos em notas ou gravações de minhas observações durante as intervenções e em notas da observação dos resultados finais destas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os relatos da experiência revelaram que sistematicamente os resultados após as intervenções foram de equilíbrio, relaxamento e bem-estar do paciente, sempre quando foram utilizados os seguintes *direcionadores de manejo do psicodrama interno*:

1) *Só intervir com o psicodrama interno quando o Campo Téliaco de Cura (CTC) estiver estabelecido*. Não recomendamos intervir com PI no início do processo terapêutico. Em geral, antes ou depois de iniciar um processo com psicodrama interno é dada uma breve explanação para o cliente sobre o mecanismo de ação do processo. Tenho um modelo de cérebro com suas estruturas em minha sala clínica e utilizo uma linguagem simples e a psicoeducação para explicar aos clientes o processo do psicodrama interno e seu mecanismo de ação. Sempre começo falando sobre o tronco cerebral, que é conexão do cérebro com o corpo, e explico rapidamente que as situações vividas com muita tensão e conflitos no dia a dia e aqueles eventos traumáticos ficam registrados em nossas memórias nas regiões mais profundas de nosso cérebro, na região subcortical. Falo também da possível correlação desses registros com os sintomas e os comportamentos disfuncionais dos pacientes.

¹⁵ A reafirmação é um fenômeno cunhado por Rojas-Bermúdez (1997; 2012) que está relacionado à reorganização de conteúdos mentais por meio das imagens psicodramáticas produzidas pelo paciente, com pessoas, objetos e tecidos, sobre o tablado. Conclui-se que no psicodrama interno a reafirmação também acontece com a revivência no imaginário da cena matriz antes e depois de experimentar as sensações corporais e a expansão da emoção.

2) *Garantir um distanciamento para que a cena traumática não fique fixada na mente do cliente por muito tempo na sessão.* Ao iniciar o PI em pacientes traumáticos, digo a eles que as cenas serão vividas na tela mental, mantendo certo distanciamento da cena temida. Esse distanciamento já é uma prevenção de não retraumatização no caso de cenas traumáticas. É bom lembrar que o *flashback* é um sintoma típico do TEPT, em que toda a cena traumática vem na mente do cliente no aqui e agora carregado das emoções, dos sentimentos e das sensações somáticas que tiveram origem na época do trauma. Situações não traumáticas carregadas de tensão e estresse, ao serem ativadas com as lembranças das cenas vividas, também fazem aflorar sensopercepções corporais e emoções com maior intensidade, porém, muitas vezes, trazendo desconforto. Dessa forma, um direcionador de manejo é *garantir um distanciamento para que a cena traumática não fique fixada na mente do cliente por muito tempo.* Ao reviver a cena na tela mental, invariavelmente são emergidas e ativadas diversas emoções e sensopercepções corporais que passam a ser o foco de atenção plena do cliente após a orientação do psicoterapeuta. Essa atenção plena focalizada nas sensações corporais trata-se de uma espécie de *mindfulness* focalizado.¹⁶ O que se quer alcançar é a catarse de integração mobilizada internamente (área da mente) a partir do rastreamento e/ou da expansão dessas emoções e dessas sensações ativadas (área do corpo e do ambiente). Em linhas gerais, a forma que manejo é parecido com o de Fonseca (2000),¹⁷ apesar de o fundamento teórico ser outro. Em geral, ele pede ao paciente para fechar os olhos e tomar consciência das sensações, colocando sua atenção nas sensações corporais presentes.

3) Em determinada etapa da intervenção com o PI, *o manejo também é muito similar à Terapia Somática¹⁸ (Somatic Experience) e ao Brainspotting,¹⁹* técnicas recentes de intervenção neurológica voltado ao cérebro. A depender do caso, a utilização do psicodrama interno é integrada a essas técnicas. Identificados como direcionadores porque não se trata de protocolo rígido a ser seguido, e sim uma direção geral, utilizada com muita frequência e fundamentada tecnicamente e, em geral, com excelentes resultados em minha prática clínica e de alguns supervisionados. A seguir temos a sequência sugerida de manejo do psicodrama interno em situações de traumas:

REVIVER A CENA NA TELA MENTAL

Pedir ao paciente para que feche os olhos e monte uma cena imaginária dele num cinema assistindo a um filme. O cliente pode querer ficar de olho aberto e está tudo bem. O filme é a cena protagonista matriz ou “traumatizante” que ele vivenciou; a cena deve ter início, meio e fim e deve ser vista várias vezes; a consigna é para *não julgar o que está sendo visto.* Comece com *“se vier pensamentos, procure deixar ele vir e siga num fluxo contínuo sem ancorar neles com julgamentos. Deixe os pensamentos de lado. Ele entra e sai”* e acompanhe as respostas neurofisiológica sempre questionando: *“O que acontece em seu corpo?”*.

¹⁶ O *mindfulness* faz parte do processo de intervenção para ter e manter consciência e atenção plena nas sensopercepções corporais ativadas na revivência de uma situação tensa ou traumática. Ver Germer, Siegel, & Fulton (Orgs.). (2016). *Mindfulness e psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.

¹⁷ Para conhecer detalhes do manejo, ver nas referências Fonseca, J. (2000, pp. 56 e 61).

¹⁸ Com base na etologia, foi criada por Peter Levine na década de 1970. O terapeuta ajuda o cliente a utilizar a linguagem das sensações e a sensopercepção corporal para curar o trauma por meio do rastreamento das sensações corporais aprisionadas e das emoções presentes. Acontece uma regulação do sistema nervoso e o paciente pode vir a dissolver o trauma sem ter que revisitar a cena original (autorregulação).

¹⁹ Criado, em 2003, por David Grand (2016) com base em sua experiência contínua no tratamento de trauma de mais de uma centena de sobreviventes do ataque de 11 de setembro de 2001 no World Trade Center. O lema é “ONDE VOCÊ OLHA AFETA COMO VOCÊ SE SENTE”, ou seja, identificamos, por meio do campo de visão em que estamos segurando, os eventos traumáticos em nossa mente. Manter o olhar focado nesse ponto possibilita o reprocessamento profundo que conduz à liberação do trauma.

ATIVAR DIVERSAS EMOÇÕES E AS SENSOPERCEPÇÕES CORPORAIS

Quando perceber respostas/sinais fisiológicas em diversos graus de intensidade, continue monitorando as respostas neurofisiológica sempre perguntando: “*O que acontece em seu corpo?*”, “*Onde você percebe essa emoção em seu corpo?*”, “*Em que parte de seu corpo você percebe isso acontecendo?*”, “*Deixe essas sensações no corpo vir, permita-se perceber, esses resíduos estavam aí esse tempo todo, perceba agora e deixe sair*”. Depois peça ao cliente que mude a atenção para as sensações e deixe o “filme” de lado: “*Você agora está assistindo a esse filme por meio das sensações de seu corpo. Siga as sensações*”...

DESLOCAR A ATENÇÃO PARA AS SENSACIONES CORPORAIS E AS EMOÇÕES

Solicitar ao cliente que desloque sua atenção para as sensações corporais e explore essa sensopercepção corporal (tamanho, forma, cor, temperatura etc.); se aparecer uma *emoção* temos *duas possibilidades de manejo*. A primeira é pedir que ancore a emoção no corpo: “*em que parte do corpo você sente essa emoção? (concretizar o medo, a raiva, a dor, o desespero, a tristeza etc.)*”; a segunda é procurar expandir a fisiologia que está envolvida na emoção e construir uma maior capacidade para tolerá-la: “*veja como e em que lugar do corpo essa emoção aflora e expanda em todas as direções. Deixe fluir e sair essa emoção*”. Focalize a atenção nas sensações corporais ou na expansão das emoções.

SOLICITAR FOCO DE ATENÇÃO PLENA NAS SENSACIONES E ACOMPANHAR AS RESPOSTAS NEUROFISIOLÓGICAS DANDO CONTENÇÃO

A atenção plena focalizada nas sensações corporais trata-se de uma espécie de *mindfulness* focalizado. O *mindfulness* aqui faz parte do processo de intervenção no sentido de manter consciência e atenção plena nas sensopercepções corporais ativadas na revivência de uma situação tensa ou traumática:

Focalize sua atenção nessa sensação de seu corpo. Investigue-a como se você estivesse com uma lupa de aumento na mão e observe com muita atenção o que está acontecendo. Quais as características, as sensações, as qualidades, com que se parecem, como descreveria? Qual o tamanho, a forma, a cor, a textura, o peso, está movendo, onde começa, onde termina, tem direção, vem dentro para fora ou de fora para dentro, tem um ponto central, como se movimenta, se pudesse, quais os limites? Esqueça o resto do corpo e focalize nesse ponto e na respiração.

ATENTAR para a capacidade de tolerância do cliente. Manejar sempre observando, perguntando e ressoando: “Como estão as sensações agora? Continuam no mesmo lugar ou ampliaram? E a intensidade? Você consegue suportar? Olhe para mim, estou com você nessa vivência, siga com isso. Tem alguma parte de seu corpo que você percebe mais organizada e relaxada?”. Se a resposta for afirmativa, oriente o paciente para deslocar o ponto de atenção plena para a parte mais organizada/relaxada do corpo: “desloque sua atenção para essa parte

agora e fique nesse ponto”. Se a resposta for *negativa*, oriente o paciente para deslocar sua atenção para a respiração, para o ar que entra e o ar que sai...

O manejo deve sempre buscar alternâncias entre o foco de atenção plena no ponto de sensopercepção corporal de muita tensão/intensidade e um ponto mais organizado/relaxado do corpo. No caso de o paciente não identificar o ponto mais organizado, oriente-o para focalizar na respiração (no ar que entra na inspiração e no ar que sai na expiração). Nessa alternância, deve-se manter mais tempo na região que se encontra mais organizada. Não há um tempo-padrão, pois o norteador é a observação e a ressonância com as reações e a tolerância do paciente.

RESSIGNIFICAR E/OU DAR SENTIDO À VIVÊNCIA

Depois que o paciente ficar mais estabilizado, mais tranquilo e relaxado e as sensações intensas se atenuarem significativamente ou sumirem, o manejo visa dar suporte às elaborações do cliente (reprocessamento cognitivo), retornar à cena inicial do cinema assistindo ao próprio filme e manejar utilizando as técnicas do psicodrama: inversão, duplo, solilóquio: *“O que você diria agora nessa situação?”*, *“Mostre de outra forma como você agiria agora”*, *“Projete como você vai agir depois disso tudo”*, *“O que percebeu e aprendeu com essa experiência?”*. É importante ressaltar que ressignificar não é esquecer a cena. Ressignificar uma experiência é sobretudo retirar toda a carga afetiva da cena traumática, ou seja, ela se transforma e deixa de provocar sintomas e comportamentos disfuncionais.

EXEMPLOS DE MANEJO CLÍNICO

A seguir, são apresentados exemplos de manejo para descrever o diálogo entre psicoterapeuta-paciente e são, na medida do possível, relatadas as reações. São recortes com minhas consignas como psicoterapeuta (P) com as respectivas respostas dos clientes e alguns comentários (C) sobre o ocorrido. Ressaltamos que a comunicação corporal (expressão) e a entonação da voz do psicoterapeuta têm que ser compatível com o momento de contenção e suporte, de modo que o paciente se sinta amparado e referenciado para vivenciar o que está se passando em seu corpo.

EXEMPLO 1: M, 40 anos, após a quinta sessão faz contato com sua criança de oito anos “supertraquina” (como ele se autorrefere) que apanha injustamente da mãe por ela achar que ele tinha batido no coleguinha vizinho. Apesar de ele insistir que não tinha sido ele, a mãe o castiga surrando por sempre ter sido um menino muito traquina, por seu histórico. Ser surrado sistematicamente pela mãe é o tema central no desenvolvimento infantil de M.

P: Percebo que você se deu conta de como sua criança suportou esses momentos. Hoje você está aqui comigo e o que está sentindo agora vem de outro lugar, de outro momento. Vamos ver essa história de outra forma? **M:** Sim... vamos... sim... **P:** Feche os olhos e siga o que vou solicitar. Procure respirar lentamente focalizando sua atenção na respiração, no ar que entra e no ar que sai... Imagine agora que você está num cinema assistindo a um filme... Veja na tela do cinema a cena que você vai construir com início, meio e fim. É a cena que você me contou de sua mãe te castigando. Depois de montar essa cena, assista-a toda e no final volte para o começo e assista-a novamente várias vezes. **P** (após alguns minutos): Percebo lágrimas em seus olhos, me conte o que está acontecendo, o que está vendo na cena. **M:** Eu a vejo comentando logo que cheguei em casa. Era de manhã e ela me chamou logo que entrei no portão. Ela já está com o cinto na mão. Era comum ela estar com o cinto na mão me esperando. Já era um

comportamento previsível junto com aquela entonação da voz. Eu aceitava apanhar pois já era tão costumeiro, era totalmente previsível, e ela sempre me levava para o quarto dela. Ela ficava de costas para a porta para impedir que eu saísse. Ela falava alguma coisa quando me batia. Não me lembro claramente. E quando apanhava, nesse caso, dizia para ela que não tinha sido eu, não tinha sido eu. Eu não tinha batido em ninguém. Era mentira, mas ela não acreditava nisso pelo meu histórico e me batia sem piedade. **P:** O que acontece em seu corpo quando você vê e me fala sobre essa cena? **M:** Sinto um formigamento intenso... **P:** Em que parte do corpo você sente esse formigamento? **M:** Sinto nas mãos e nos pés, sinto também um aperto no peito. **COMENTÁRIO (C):** *Uma vez que M percebe as sensopercepções corporais, abandono a imagem da cena matriz e manejo focalizando nas sensações corporais.* **P:** Qual dessas sensações se apresenta com mais intensidade e lhe incomoda mais? **M:** O formigamento nas mãos... é muito... **(C):** O formigamento sinaliza início de uma descarga parassimpática, possivelmente saindo da imobilidade tônica provocada pelo evento traumático. Isso fortalece a hipótese de seguir com o reprocessamento somático. **P:** Focalize sua atenção plenamente nessa sensação de formigamento que você está sentindo nas mãos e esqueça o resto do corpo. **(C):** A intervenção é para encorajar M a sustentar o que está sentindo dando continência e orientando-o para uma espécie de *mindfulness*. **M:** O formigamento é muito forte... minhas mãos estão trêmulas... **P:** Você percebe alguma parte de seu corpo mais organizado, mais firme? **M:** Meus pés... **P:** Ótimo... vamos agora deslocar sua atenção plenamente para seus pés. Preste atenção em seus pés... na temperatura do chão, nos dedos tocando o chão, no solado dos pés tocando o chão, o calcanhar tocando o chão. **(C):** *Como M revelou muita intensidade e desconforto no formigamento deslocamos a atenção para uma parte mais organizada de seu corpo, nesse caso, os pés. Essa intervenção é preventiva para não ultrapassar a janela de tolerância de M e garantir o reprocessamento no âmbito da sensopercepção corporal (sensório-motor).* **P:** Continue focalizando em seus pés... agora vamos retornar para aquela sensação que estava no peito; um aperto no peito... foi isso mesmo? **M:** Sim, um aperto no peito... mas... agora está mais tranquilo... **P:** Que local precisamente no peito, qual o tamanho, tem cor...? Focalize no que acontece no peito e esqueça o resto do corpo. **(C):** O manejo aqui é o mesmo da Terapia Somática em que buscamos alternar a atenção plena entre estados organizados e desorganizados no corpo (sensações, imagens, emoções relacionadas ao evento traumático). Essa alternância possibilita a autorregulação que restaura a resiliência do sistema. Uma vez que as sensopercepções incômodas se findaram revelando sinais de autorregulação, retomei a cena matriz solicitando a M “rever o filme”, agora em outro estado emocional. O objetivo agora era buscar o reprocessamento cognitivo e a ressignificação. Esse manejo favorece a ativação do córtex órbito-frontal responsável pela capacidade de auto-observação do indivíduo em que ele pode ver e acolher sua criança sofrida. M foi capaz de ressignificar a cena vivida e saiu da sessão tranquilo e equilibrado, verbalizando sobre seu estado de bem-estar.

EXEMPLO 2. Quarta sessão da cliente A, executiva de 55 anos, aposentada após ser destituída abruptamente do cargo. **A:** Foi uma semana com muitas reflexões, principalmente lembranças de quando estava no limbo há seis anos quando me tiraram de meu cargo de executiva de maneira brutal e nem consideraram minha história na empresa. **P:** Proponho vermos isso de outra forma. O que você acha? **A:** Pode ser. Isso já está resolvido para mim, mas podemos rever porque me veio uma lembrança durante a semana. **P:** Sente-se de forma confortável na poltrona e faça uma respiração inspirando pelo nariz e expirando pela boca, soltando todo o ar inclusive o ar residual. **P:** Imagine que você está num cinema sentado numa poltrona. Na tela desse cinema está passando um filme com essas cenas que você viveu no passado quando você estava no limbo. Reveja essa cena com início, meio e fim. Procure ver toda a cena sem julgar nada. É como se estivesse vendo você mesma na cena e tudo que está acontecendo sem julgamento. Veja várias vezes. **P:** Agora conte para mim o que você está

vendo... **A:** Estou chegando na empresa e já tinha tomado todas as providências para sair da sala da pessoa que me substituiria. Peguei o *notebook*, o celular, a chave da sala e fui encontrar com o superintendente na sala dele. Já tinha passado tudo para meu substituto e fui entregar para o superintendente o restante das coisas. Ele achou muito rápido, não havia pendências. Agora eu não tinha um papel na organização, e ele não tinha definido ainda o que eu faria. Ele me pediu para procurar um colega, mas fui ao banheiro porque não tinha lugar para me sentar. **P:** Fique aí nessa cena, você saindo em direção ao banheiro. O que acontece em seu corpo agora? **A:** Sinto uma tristeza imensa... uma vontade de chorar... **P:** Onde você percebe essa tristeza em seu corpo? **A:** No peito... aiii... É aqui bem no centro... **P:** Você percebe o tamanho e a forma que essa tristeza se manifesta... **A:** Sinto como se fosse uma pressão no peito... não é um aperto... é uma coisa que vem empurrando no peito, pressionando... **P:** Sustenta um pouco essa tristeza, essa dor... sente alguma coisa a mais em seu corpo além disso? **A:** Não... só essa dor insuportável e profunda... **P:** Você percebe alguma parte de seu corpo aqui e agora, nesse momento, mais firme e mais organizada? **A:** Não consigo perceber nada... está tudo desorganizado... eu acho... **P:** Volte sua atenção novamente no peito... lentamente coloque sua mão direita no peito e faça uma massagem circular bem leve. Procure fixar sua mão no peito e mantenha atenção plena nos pés esquecendo o resto do corpo. Fique com sua respiração e com a atenção plena nos pés e esqueça o resto do corpo... sempre respirando. **A** (cerca de 4 minutos depois): Sinto minhas pernas mais firme agora... **P:** Sempre respirando, focalize sua atenção plenamente nas pernas... **A:** Me sinto melhor... o peito aliviado... bem tranquilo... relaxado... ahhhhh (faz um suspiro profundo abrindo a respiração peitoral). **(C):** *Nesse momento, manejei alternando a atenção plena entre estados organizados e desorganizados do corpo de A.* **A:** Estou melhor... **P:** Ótimo! Gostaria que você voltasse novamente para o cinema e para o filme. Vamos ver essa cena de novo. **A:** Está bem... já estou vendo... **P:** Revendo novamente essa cena, me diga se você faria diferente? Ou poderia ser diferente? Veja e depois me conta. **A:** Eu faria diferente, sim. **P:** Conte então para mim como seria essa cena agora. **A:** Eu ia chegar, mas não ia entregar o cargo logo nesse mesmo dia. Ia conversar com o novo superintendente, ia ver se já tinha um espaço para mim e ia pedir para ficar em minha antiga sala antes de ser gestora. Fazer isso era mais confortável do que não ter sala. Meu Deus... eu me humilhei e me submeti a isso sozinha, por minha arrogância provoquei minha humilhação... que dor... (A começa a se ativar novamente). **P:** Você sabe que podia fazer diferente hoje, mas naquele momento há seis anos era a forma como você podia lidar com essa dor. Seja compassiva com você mesma. Acolha você mesma. **A:** Como é difícil aceitar isso... aiiii... que tristeza... meu peito voltou a pressionar... menos... mas voltou... **P:** Vamos rever a cena original sem julgar nada. Não tem que julgar, continue respirando. Seja compassiva consigo mesma. Volte a passar sua mão no peito. Volte a focalizar sua atenção plenamente aí no peito, ter um foco de atenção só nessa região. Agora vamos expandir e suportar esse resto de tristeza que ficou ainda. Procure expandir essa emoção ancorada no peito para o corpo todo. Você consegue? **A:** Acho que sim... vou tentar. **P:** Estou aqui com você. Procure expandir essa emoção de tristeza do peito para seus braços, pescoço, cabeça, costas, barriga, genitália, pernas e pés. **A:** Difícil... nem sei se estou fazendo certo... **P:** Siga com isso como você pode. Estou aqui com você... não tem nada que segurar... suporte isso... tolere essa emoção... o que acontece? **A:** É uma tristeza que dói... (lágrimas caem). **(C):** Em geral, procuro manejar as emoções quando ela aflora após o processamento sensório-motor (sensopercepção corporal). Oriento o paciente a expandir as emoções por meio da fisiologia envolvida em direção a áreas do entorno e adjacentes ao ponto focal da emoção (Selvam, 2018),²⁰ mas deixo também a consigna de ir mais além na direção

²⁰ Raja Selvam, PhD, é criador da Integral Somatic Psychology (Psicologia Somática Integrada – ISP), uma abordagem que propõe melhorar os resultados em todas as modalidades de terapia por meio da maior incorporação de emoções, com base em descobertas neurocientíficas sobre a fisiologia das emoções e outros. Para saber mais consultar o site: www.integralsomaticpsychology.com
Revista Brasileira de Psicodrama, v. 26, n. 1, 51-65, 2018

das extremidades mais distais principalmente os pés. Ao iniciar o manejo de expansão da emoção, evito alternar com o rastreamento da sensação no corpo procurando separar bem o que é da ordem da sensopercepção e o da emoção, seguindo e mapeando o paciente na capacidade de tolerar e suportar essa expansão. **P:** Preste atenção nessa expansão da emoção. Estou vendo uma lágrima ali no cantinho do olho... deixe ela descer. **A:** Só consegui chegar nas pernas... **P:** Sem problemas. Suporte mais um pouco essa emoção. Deixe essa lágrima cair. Focalize sua atenção na respiração no ar que entra e no ar que sai. Destrave um pouco a boca, deixe o ar entrar. **A:** Meu corpo está um pouco melhor... me sinto mais leve... **P:** Preste atenção agora em suas mãos pousadas na almofada e perceba a textura da almofada, fique com sua respiração e com sua atenção nas mãos... é isso aí... que passa agora no corpo? **A:** Ahhhh é uma sensação de conforto... gostosa. O aperto no peito melhorou, mas a sensação ainda está aí sutil... aparece com uma cor vermelha; é um ponto escondido, mas ainda tem pressão. **P:** Procure expandir a cor vermelha dessa emoção para os braços, os ombros, em direção do pescoço e mantenha sua atenção nessa expansão, sempre respirando. **A:** Percebi que não é pressão, é um pequeno desconforto abaixo do umbigo. Suportável, é algo que estica e pressiona e que passa levemente. **P:** Focalize um pouco a atenção nessa sensação e acompanhe o ar que entra e o ar que sai. Esqueça o resto do corpo até o resto da sensação desaparecer... **A:** Estou bem! (surpresa) não sinto mais nada... o que aconteceu? Estou tão leve... **(C):** O paciente imaginava no início da sessão que a questão de sua exoneração do cargo de executiva estava resolvida. Com o psicodrama interno, ela se deu conta de que esse registro sedimentado nas profundezas das regiões subcorticais ainda estava vivo, provocando momentos de muita tristeza ancorada no corpo como sensações de pressão no peito. Além disso, ela pode acolher sua forma e a falta de recursos emocionais ao lidar com essa situação traumática para ela na época, mostrando uma atitude compassiva com ela mesma que foi libertadora

EXEMPLO 3: JL tem 45 anos. O pai deprimido e alcoólatra morreu quando tinha oito anos. A mãe controladora desenvolve relação simbiótica com ele; após uma doença grave, morreu dramaticamente nos braços dele após esforço de reanimação com respiração boca a boca. Deprimiu-se, desenvolveu pânico, fibromialgia e desequilíbrio hormonal com baixa de libido. A história traumática de JL deu origem a papéis internos (partes) fragmentados que interagem internamente entre si trazendo alternadamente diferentes sentidos de ego em sua interioridade, causando muita tensão e angústia. Nesse caso, fiz uma intervenção integrada. Utilizei inicialmente a construção de imagem com tecidos (CIT),²¹ para que ele tomasse consciência dessas partes, e, depois, sessões de psicodrama interno, para facilitar a ressignificação. Na sessão com CIT, ele plasmou no tablado três partes internas e as relações entre elas, a saber: *JL normal* que representa a alegria e o prazer de viver que se encontra tamponado ou reprimido por, *JL minha mãe* que exerce forte influência no *JL travado* que é o JL hoje. Para iluminar a dinâmica da relação desse sistema de papéis internos, foi utilizado também solilóquios das partes, duplos e inversão de papéis. Em outra sessão, retomamos com o psicodrama interno que foi fundamental para ele “exorcizar” essa mãe interna que estava travando sua vida. No PI, evocamos cada parte e reprocessamos as respectivas cenas traumáticas de cada período utilizando o *brainspotting* de cada parte, culminando no final com a cena dele chamando o pai para esclarecer que, como a mãe morreu, é o pai que vai cuidar dela, pois ele necessita seguir com sua vida sem travas.

²¹ Técnica elaborada por Rojas-Bermúdez. Para aprofundamento, ver na referência os livros: *Actualizaciones en psicodrama, imagen e acción en la teoría y la práctica*; *Teoría y técnica psicodramáticas*; e *Psicodrama e neurociências: contribuições para mudança terapêutica*. *Revista Brasileira de Psicodrama*, v. 26, n. 1, 51-65, 2018

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O psicodrama interno é mais uma alternativa robusta para tratamento de situações traumáticas principalmente no enquadre de psicodrama bipessoal. As intervenções do psicodrama interno podem ser integradas com técnicas que favoreçam a completa catarse de integração, ou seja, o reprocessamento em níveis cognitivo (pensamentos, crenças, interpretações e outras cognições), emocional (emoções e afetos) e sensorio-motor (reações físicas e sensoriais, sensações).

REFERÊNCIAS

- Cukier, R. (1992). *Psicodrama bipessoal*. São Paulo: Ágora.
- Dias, V. R. C. S. (1986). *Psicodrama teoria e prática* (p. 123). São Paulo: Ágora.
- Fonseca, J. (2000). *Psicoterapia da relação: elementos do psicodrama contemporâneo* (p. 54). São Paulo: Ágora.
- Fleury, H. J., Khouri, G. S., & Hug E. (Org.). (2008). *Psicodrama e neurociências: contribuições para mudança terapêutica* (p. 129). São Paulo: Ágora.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (Orgs.). (2016). *Mindfulness e psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.
- Grand, D. (2016). *Brainspotting: a nova terapia revolucionária para mudança rápida e efetiva*. Brasília: TraumaClinic Edições.
- Hill, D. (2015). *Affect regulation theory: a clinical model*. New York: W. W. Norton & Company.
- Kellermann, M. K., & Hudgins, M. K. (Orgs.). (2010). *Psicodrama do trauma: o sofrimento em cena*. São Paulo: Ágora.
- Levine, A. (2012). *Uma voz sem palavra, como o corpo libera o trauma e restaura o bem-estar*. São Paulo: Summus.
- Moreno, J. L. (1993). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix.
- Netto, L. (2013). Um protocolo de tratamento do Transtorno de Estresse Pós-traumático através da Experiência Somática. In C. P. Rossi, & L. Netto. (Orgs.). *Práticas psicoterápicas e resiliência: diálogos com a experiências somática*. São Paulo: Scortecci.
- Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo: un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao, Espanha: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Porges, S. W. (2012). *Teoria polivagal: fundamentos neurofisiológicos das emoções, apego, comunicação e autorregulação*. Rio de Janeiro: Senses.
- Revista Brasileira de Psicodrama*, v. 26, n. 1, 51-65, 2018

Rojas-Bermúdez, J. (1997). Teoría y técnica psicodramáticas. Barcelona: Paidós.

Rojas-Bermúdez, J., & Moyano, G. (2012). *Actualizaciones en sicodrama, imagen e acción en la teoría y la práctica*. Culleredo – Acoruña-Galicia: Spiralia Ensayo.

Salvador, M. C. (2018). Mais além do EU: encontrando nossa essência através da cura do trauma. Brasília: TraumaClinic Edições.

Selvam, R. (2018). *Integral Somatic Psychology*. Retirado de <https://www.integralsomaticpsychology.com/>

Recebido: 01/06/2018

Aceito: 01/08/2018

Georges Salim Khoury. Psicólogo clínico. Psicodramatista, didata, supervisor e terapeuta de aluno. Pós-graduado em Psicopatologia Fundamental, Bioenergética, Terapeuta EMDR, Brainspotting e Terapia somática.