Psicodrama Interno e a Realidade Suplementar no Tratamento de Traumas: Fundamentos Teóricos, Neurobiológicos e Direcionadores de Manejo Clínico

Georges Salim Khouri

RESUMO

Aula teórico-vivencial baseada na produção científica e pratica clínica do autor sobre Psicodrama Interno, Campo Télico de Cura, Realidade Suplementar, Perspectiva Somática e Direcionadores de Manejo em situações traumáticas. A proposta integra fundamentos do psicodrama moreniano com atualizações em neurociência afetiva e psicoterapia somática, apresentando um modelo clínico seguro, eficaz e contemporâneo para o tratamento de traumas simples e complexos. A atividade apresenta os pilares teóricos que sustentam o Psicodrama Interno e sua aplicação no manejo clínico de traumas, articulando conceitos como sintonia dual, ressonância límbica, neurocepção, memória implícita, somatização, realidade suplementar e catarse de integração. Inclui demonstração andragógica e discussão de caos e dos direcionadores fundamentais para intervenção segura com clientes traumatizados. Objetiva capacitar profissionais a compreender e aplicar os fundamentos teóricos e clínicos do Psicodrama Interno no tratamento de traumas, com base exclusiva nos artigos e livro publicados pelo autor; compreender o papel do Campo Télico de Cura e da presença terapêutica; diferenciar memória traumática, memória implícita e manifestações somáticas; Identificar sintomas de hiperativação, colapso e desregulação autonômica; conhecer os direcionadores de manejo clínico no PI; compreender o funcionamento da Realidade Suplementar no reprocessamento de traumas; reconhecer a importância da prosódia terapêutica na regulação do cliente; vivenciar um breve simulacro de Psicodrama Interno.

Palavras-chave: Psicodrama Interno; Trauma; Neurociência; Realidade Suplementar; Campo Télico de Cura.

1 INTRODUÇÃO

O Psicodrama Interno (PI) configura-se como uma abordagem contemporânea e integrativa para o tratamento de traumas, fundada na articulação entre psicodrama moreniano, psicoterapia somática, teoria do apego, neurociências e modelos de processamento da memória traumática. Sua formulação clínica e teórica está sistematizada nos trabalhos de Khouri (2018, 2024a, 2024b), que consolidam o PI como um método seguro, profundo e alinhado à literatura internacional sobre trauma, corpo e regulação autonômica.

O PI se diferencia da dramatização clássica ao promover acesso à experiência interna por meio de imagens, sensações, metáforas e representações simbólicas, dentro do campo da Realidade Suplementar (Moreno, 1959/1993; Khouri, 2024a). Essa construção interna favorece

a reorganização da memória implícita — composta por registros subcorticais, sensório-emocionais e fragmentários — sem necessidade de reencenar o trauma, reduzindo o risco de retraumatização (Khouri, 2018).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Campo Télico de Cura, Presença Terapêutica e Ressonância Límbica

O ponto de partida para o trabalho com PI é o **Campo Télico de Cura (CTC)** — uma expansão relacional do conceito moreniano de *tele*, compreendido como a qualidade de conexão afetiva, sensorial e empática entre terapeuta e paciente (Moreno, 1959/1993). Khouri (2018) descreve o CTC como um campo psicobiológico que emerge da sintonia profunda entre dois sistemas nervosos, criando as condições necessárias para acesso seguro às experiências internas.

Essa compreensão é apoiada por autores da neurociência interpessoal:

- **Siegel (2012)** propõe que a sintonia e a presença plena regulam o hemisfério direito e facilitam a integração neural vertical e horizontal.
- **Hill (2015)** descreve que a comunicação implícita — ritmo, prosódia, olhar, postura — constitui o núcleo da regulação emocional hemisfério direito–hemisfério direito.
- **Lewis, Amini e Lannon (2000)** conceituam a *ressonância límbica*, que explica como estados emocionais são modulados mutuamente no vínculo terapêutico.

Essas perspectivas fundamentam a afirmação de Khouri (2024b) de que **não há Psicodrama Interno sem presença integral do terapeuta**. A presença regula o tônus autonômico do cliente, sustenta a estabilidade emocional necessária para acessar a cena interna e impede que o trauma se expresse de forma caótica ou desorganizada.

2.2. Trauma, Sintomas e Processamento Neurobiológico

O trauma não é o evento em si, mas a forma como o sistema nervoso interpreta e processa o evento (Khouri, 2024b). A literatura neurobiológica aponta que estímulos que ultrapassam a capacidade de integração do organismo produzem colapso da autorregulação e fixação das respostas de defesa. Nos slides anexados e nas obras do autor, trauma é descrito como:

“bombardeamento de estímulos que ultrapassa o mecanismo de enfrentamento, quebrando os ciclos naturais de carga e descarga” (Khouri, 2024b).

Essa compreensão é coerente com:

- **Porges (2011)** e seu conceito de *neurocepção* — o sistema nervoso avalia perigo e segurança de forma implícita.
- **Netto (2013)**, que explica como respostas incompletas ficam registradas em músculos, fáscias e vísceras.
- **Salvador (2018)**, que descreve o trauma como um estado de alarme sustentado e desorganização dos níveis sensório-emocionais.

O sistema nervoso traumatizado funciona como se o perigo não tivesse terminado, levando a:

- hipervigilância,
- impulsividade ou colapso,
- evitação,
- sensações corporais persistentes,
- estados dissociativos,
- fragmentação narrativa.

Khouri (2024b) enfatiza que a memória traumática é predominantemente implícita e cenestésica, composta por imagens desconexas, emoções intensas e sensações corporais, não sendo acessível inicialmente pela via verbal.

2.3. Expansão do Si Mesmo Psicológico e Neurocepção de Perigo

Inspirado em Rojas-Bermúdez (1997), Khouri (2018, 2024b) descreve que o trauma provoca a **Expansão do Si Mesmo Psicológico**, estado no qual:

- a vigilância aumenta,
- o campo perceptivo interno se dilata,
- a pessoa permanece hiperalerta,
- pequenas variações sensoriais são interpretadas como ameaças,
- ocorre confusão entre estímulos internos e externos.

A neurocepção alterada (Porges, 2011) faz com que sinais neutros sejam percebidos como perigosos. Essa condição explica reações desproporcionais, explosões afetivas ou congelamento emocional.

O PI atua justamente reorganizando esse campo perceptivo, ajudando o cliente a discriminar segurança e a reconstituir o self no presente.

2.4. Psicodrama Interno como Técnica de Acesso à Memória Implícita

O PI permite o acesso direto ao nível sensório-emocional do trauma, evitando exposição excessiva. O cliente, com olhos fechados, adentra sua experiência interna guiado pela voz e pela presença do terapeuta, observando imagens, cenas, sensações e diálogos internos (Khouri, 2018; 2024b).

A técnica difere da dramatização tradicional ao:

- evitar revivência desorganizada,
- priorizar a construção simbólica e segura da cena,
- permitir contato com partes internas dissociadas,
- promover regulação constante através do vínculo.

O modelo é congruente com literatura sobre memória implícita e reconstrução simbólica do trauma.

2.5. Integração com Técnicas Contemporâneas

Khouri (2024b) demonstra que o PI integra, sem perder fidelidade psicodramática:

2.5.1 Somatic Experiencing (Levine, 1997)

- pendulação,
- titulação,
- rastreamento sensorial.

2.5.2 EMDR (Shapiro, 2001)

- estimulação bilateral,
- acesso a redes de memória implícita.

2.5.3 Brainspotting (Grand, 2013)

- foco ocular como portal subcortical.

2.5.4 Mindfulness (Kabat-Zinn, 1990)

- aumento da metaconsciência,
- tolerância ao fluxo de experiência.

Essa integração fortalece o caráter somático do PI.

2.6. Realidade Suplementar como Espaço de Expansão Terapêutica

A Realidade Suplementar (RS), conceito moreniano ampliado, recebe grande aprofundamento no artigo de Khouri (2024a). Ela é definida como campo expandido em que:

- metáforas ganham forma,
- partes internas dialogam,
- desfechos impossíveis se tornam acessíveis,
- novas redes emocionais são criadas.

A RS:

- amplia o campo simbólico,
- intensifica a espontaneidade criadora,
- possibilita reorganização de papéis internos,
- facilita a ressignificação de lutos, traumas e vínculos,
- favorece o acesso ao imaginário regulador.

Perazzo, Carvalho, Bilik e Vasconcelos (citado em Khouri, 2024a) demonstram que a RS permite transformações subjetivas profundas e sustentáveis.

2.7. Direcionadores de Manejo Clínico

2.7.1. Sintonização Inicial e Estabelecimento do Campo Télico de Cura

(Khouri, 2018; Khouri, 2024b)

- Construção do campo psicobiológico de co-regulação.
- Sintonia hemisfério direito ↔ hemisfério direito (Hill, 2015).
- Prosódia reguladora, presença integral e corpo disponível (Siegel, 2012).
- O terapeuta avalia sinais de segurança (Porges, 2011) e só avança quando o cliente está dentro da janela de tolerância.

2.7.2. Rastreamento Fenomenológico e Sensorial

- Observação de microexpressões, tônus, movimentos involuntários, respiração.

- Perguntas fenomenológicas: “O que nota agora?”, “Onde sente isso no corpo?”.
- Evita-se interpretação; tudo segue a percepção presente do cliente.

2.7.3. Acesso à Realidade Suplementar (RS)

(Khouri, 2024a)

- Cliente fecha os olhos e abre espaço interno.
- “Deixe vir a cena que aparece agora, sem esforço.”
- Campo simbólico e imaginal começa a se formar (Moreno, 1959/1993).

2.8. ESCOLHA DA VINHETA DA EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA

Esta é uma etapa **fundamental** e aparece explicitamente na sequência clínica descrita no livro (Khouri, 2024b, p. 75). Aqui, o terapeuta ajuda o cliente a **escolher qual recorte experiencial interno** será trabalhado, evitando narrativas extensas e mantendo foco na **sensação que se apresenta no momento**.

Nesta etapa ocorre:

- Identificação do “ponto de entrada”
- Seleção do fragmento da cena
- Garantia de segurança e janela de tolerância
- Validação fenomenológica
- Identificação e Descrição Inicial da Cena Interna
- Estabilização e Modulação da Intensidade
- Desenvolvimento e Profundização da Cena
- Protagonização e Ação Simbólica na Realidade Suplementar
- Resolução da Cena e Reagência Interna
- Catarse de Integração
- Reorientação ao Aqui-e-Agora
- Reaferência, Síntese e Conclusão

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Psicodrama Interno representa uma das técnicas psicodramáticas mais seguras e eficazes para o tratamento de traumas. Sua fundamentação, consolidada em artigos publicados na Revista Brasileira de Psicodrama e em livro de circulação nacional, apresenta contribuições relevantes para o campo, integrando psicodrama e neurociências de modo inédito. O curso atende à crescente demanda por intervenções clínicas seguras e contemporâneas para manejo de sofrimento traumático.

REFERÊNCIAS

HILL, D. **Affect regulation theory**: A clinical model. W. W. Norton, 2015.

KHOURI, G. S. **Psicodrama Interno no Tratamento de Traumas**: Direcionadores de Manejo. Revista Brasileira de Psicodrama, 2018.

KHOURI, G. S. **Realidade Suplementar no Psicodrama Interno**: Contribuições para o Manejo Clínico. Revista Brasileira de Psicodrama, 2024 a.

KHOURI, G. S. **Psicodrama Interno no Tratamento de Traumas e Mais Além**. Ágora, 2024b.

LEVINE, P. **Waking the tiger:** Healing trauma. North Atlantic Books, 11997.

LEWIS, T., AMINI, F., & LANNON, R. **A general theory of love**. Vintage, 2000.

MORENO, J. L. **Fundamentos do psicodrama**. Ágora, 1993.

PORGES, S. **The polyvagal theory**: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. W. W. Norton, 2011.

SIEGEL, D. J. **The developing mind:** How relationships and the brain interact to shape who we are. Guilford Press, 2012.