

VÍNCULO AFETIVO DE CRIANÇAS AUTISTAS NA EQUOTERAPIA: UMA CONTRIBUIÇÃO DE WINNICOTT

Affective bonding of children with autism in hippotherapy: a Winnicott's contribution

Vínculo afectivo de niños autistas en la equinoterapia: una contribución de Winnicott

ALINE SOARES MAZZEU DA SILVA¹

FABIANE PETEAN SOARES DE LIMA²

RODRIGO JORGE SALLES³

UNIVERSIDADE SÃO JUDAS TÁDEU (USJT), SÃO PAULO – SP

Resumo: O indivíduo com Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode apresentar uma dificuldade na interação social e interesses restritos/repetitivos. Sobre o tratamento, a literatura menciona algumas terapêuticas alternativas, como a equoterapia, que utiliza o cavalo como mediador, promovendo grande variedade de estímulos sensoriais e possibilitando uma relação de troca e formação de vínculo entre praticante, cavalo, equoterapeuta e condutor. Com isso, a partir de um estudo teórico, esta pesquisa objetivou compreender como a prática da equoterapia pode influenciar no estabelecimento dos vínculos afetivos da criança com autismo, adotando como referencial teórico a teoria de Winnicott. O percurso metodológico adotado envolveu a caracterização do TEA e da equoterapia, além da exposição dos principais conceitos da teoria de Winnicott, para assim poder discutir todos os pontos apresentados, fazendo a utilização de vinhetas clínicas. Foi enfatizado que o cavalo, condutor, equipe e o *setting* podem exercer a função de *holding*, *handling* e permitir uma experiência de transicionalidade, possibilitando que a criança possa ter uma experiência regressiva. Desta forma, ela pode reviver etapas que ocorreram falhas, e, assim, permitir uma retomada do amadurecimento emocional.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Infância; Objetos Transicionais; Psicanálise; Terapia Assistida por animais.

Abstract: A person with Autism Spectrum Disorder (ASD) may present a difficulty in social interaction and restricted/repetitive interests. Regarding the treatment, the literature mentions some alternative therapies, like the hippotherapy, which uses the horse as the mediator, promoting a great variety of sensorial stimuli and allowing a relationship of exchange and bonding between practitioner, horse, equine therapist and conductor. With this, based on a theoretical study, this research aims to understand how the practice of hippotherapy can influence the establishment of emotional bonds of the child with autism, adopting Winnicott's theory as a theoretical reference. The methodological approach adopted involved the characterization of ASD and hippotherapy, as well as the presentation of the main concepts of Winnicott's theory, in order to discuss all of the points presented, using clinical vignettes. It was emphasized that the horse, conductor, team and the setting can perform the function of holding, handling and allow a transitional experience, allowing the child to have a regressive experience. In this way, he or she can revive stages that have failed and, therefore, allow a resumption of emotional maturing.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Childhood; Transitional Objects; Psychoanalysis; Animal Assisted Therapy.

Resumen: La persona con Trastorno Del Espectro Autista puede presentar una dificultad en la interacción social e intereses restringidos/repetitivos. Sobre el tratamiento, la literatura menciona algunas terapias alternativas, como la equinoterapia, que usa el caballo como mediador, promoviendo grande variedad de estímulos sensoriales y permitiendo una relación de cambio y formación de vínculo entre practicante, caballo, equinoterapeuta y conductor. Con eso, a partir de un estudio teórico, esta investigación tuvo el objetivo de comprender como la práctica de la equinoterapia puede influir en el establecimiento de vínculos afectivos del niño con autismo, utilizando como referencial teórico la teoría de Winnicott. La metodología utilizada involucró la caracterización del TEA y de la equinoterapia, además de la exposición de los principales conceptos de la teoría de Winnicott, para así poder discutir todo los puntos presentados, haciendo una utilización de las viñetas clínicas. Se ha enfatizado que el caballo, el equipo y el setting pueden ejercer la función de holding, handling y permitir una experiencia de transicionalidad, posibilitando que el niño pueda tener una experiencia regresiva. Así, El puede revivir etapas en las que ocurrieron fallas, y poder permitir una reanudada de la maduración emocional.

Palabras clave: Trastorno Del Espectro Autista; Infancia, Objeto transicional; Psicoanálisis; Terapia Asistida por animales.

¹ Psicóloga graduada pela Universidade São Judas Tadeu (USJT). e-mail: alinesmazzeu@hotmail.com .

² Psicóloga graduada pela Universidade São Judas Tadeu (USJT) e Especialista em Psicoterapia Psicanalítica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). e-mail: fabiane.petean@gmail.com .

³ Mestre e Doutorando em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP). Docente do curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu (USJT). e-mail: rodrigojsalles@hotmail.com. Endereço: Rua Taquari, 546 – Mooca, São Paulo – SP.

Introdução

O objetivo desta pesquisa é compreender, a partir de um estudo teórico, como a prática da equoterapia pode auxiliar no estabelecimento dos vínculos afetivos, e no tratamento do autismo, tendo como referência a teoria de Winnicott. A escolha do autor se deu devido seu enfoque na relação ambiente-indivíduo que permeia todos os processos do desenvolvimento emocional primitivo da criança, inclusive o aparecimento das doenças psíquicas.

O percurso metodológico, adotado para abordar este tema, envolverá a descrição do autismo, na visão da psiquiatria, para no item seguinte descrever a prática da equoterapia, e neste tópico serão citadas informações introdutórias sobre o que consiste esta terapêutica. Os pressupostos básicos de Winnicott serão explanados no terceiro tópico, descrevendo as principais características de cada estágio do desenvolvimento infantil.

Ao final, o tópico: “Vínculo afetivo de crianças autistas na equoterapia: contribuições da teoria de Winnicott”, reunirá a visão deste teórico sobre o autismo com os pontos discutidos ao longo do trabalho, apresentando algumas hipóteses sobre como a prática da equoterapia pode influenciar no estabelecimento dos vínculos afetivos da criança e no tratamento do TEA. Para melhor ilustrar os conceitos, será utilizado o recurso de vinhetas clínicas, tendo como referência a experiência das autoras em uma instituição de equoterapia.

O transtorno do espectro autista

O termo autismo foi utilizado pela primeira vez por Bleuler em 1911, para descrever sintomas da esquizofrenia adulta (Campello, 2002), como também foi generalizado a quadros de demência infantil, conhecida como uma esquizofrenia infantil (Marfinati & Abrão, 2014). Para o psiquiatra Leo Kanner, que utilizou o termo em 1940, o autismo era inato, caracterizado por uma dificuldade na linguagem e uma persistência pela rotina (Marfinati & Abrão, 2014). Na atualidade, estes sinais e sintomas descritos por Kanner ainda são encontrados nos manuais diagnósticos de transtornos mentais. Observa-se no DSM - V (Associação Americana de Psiquiatria, 2014), que o indivíduo com Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode apresentar uma dificuldade na interação e comunicação social (como estabelecer diálogo com outra pessoa), e apresentar comportamento/interesse restritos e repetitivos (fala estereotipada e rotinas ritualizadas).

O referido manual teve recentemente uma atualização, na qual os diversos quadros de autismo foram englobados no Transtorno do Espectro Autista (TEA), alocado no eixo de Transtornos do Neurodesenvolvimento (Associação Americana de Psiquiatria, 2014). Também foram incorporados ao TEA, o “(...) autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger.” (Associação Americana de Psiquiatria, 2014, p.53).

Segundo a última edição do DSM, o TEA tem maior incidência na população do gênero masculino, e pode ser identificado entre o primeiro e o segundo ano de vida (Associação Americana de Psiquiatria, 2014). Entretanto, em casos mais graves, pode ser percebido antes mesmo dos doze meses, ou em casos mais leves, após os dois anos de idade. Os três sintomas principais destacados pelo manual são: déficits na reciprocidade socioemocional; déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados na interação social; e déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos (Associação Americana de Psiquiatria, 2014). Além disso, o TEA apresenta níveis de gravidade, variando entre o nível três (mais grave) ao nível um (menos grave), podendo haver variação destes com o passar do tempo, ou até mesmo de acordo com o contexto no qual o indivíduo está inserido (Associação Americana de Psiquiatria, 2014). No nível três, há uma deficiência grave para se comunicar e são utilizadas poucas palavras na interação com terceiros; já no nível dois, há também uma dificuldade na comunicação, porém o indivíduo consegue, mesmo que de forma peculiar, articular frases simples; e no nível um, o indivíduo apresenta dificuldade para iniciar uma conversa, mas já consegue desenvolver um diálogo (Associação Americana de Psiquiatria, 2014).

Além dos níveis de gravidade, a nova edição do DSM traz os especificadores deste transtorno, substituindo as classificações de autismo presentes nas edições anteriores. Esses especificadores podem ser: a) com ou sem comprometimento intelectual; b) com ou sem comprometimento da linguagem; c) com catatonia; d) associado a outro transtorno, seja do neurodesenvolvimento, mental e/ou comportamental; e/ou e) associado a alguma condição médica, genética ou fator ambiental (Associação Americana de Psiquiatria, 2014).

Em relação à epidemiologia, o primeiro levantamento sobre autismo, segundo Klin (2006), foi feito

em 1966, o qual apresentou um índice de prevalência de 4,5 em 10.000 crianças na população de um condado no noroeste de Londres. Já os estudos atuais, segundo o mesmo autor, apresentam um índice de uma criança com autismo (prototípico) em cada 1.000 nascimentos, e cerca de mais quatro crianças com TEA a cada 1.000 nascimentos (o estudo em questão apresenta a prevalência discriminando os quadros de autismo prototípico, do TEA). Alguns estudos também apontam, corroborando com o que o DSM, e apresenta que há maior incidência de autismo em meninos (Ajuriaguerra e Marcelli, 1986; Jr e Pimentel, 2000; Klin, 2006; Associação Americana de Psiquiatria, 2014).

Contudo, independentemente de sua epidemiologia, a etiologia do autismo ainda é uma incógnita, podendo ser influenciado por fatores genéticos ou alterações neurobiológicas (Carvalho, Vergani & Brunoni, 2004). Dumas (2011) menciona, além da genética e da neurobiologia, que já foi cogitada uma relação entre o autismo e reações às vacinas que as crianças tomam quando pequenas para prevenir doenças, como rubéola e sarampo, associações que já foram descartadas pela medicina moderna. Esse mesmo autor cita que também poderia existir uma relação entre o autismo e uma propensão para adquirir doenças em geral, e levanta a hipótese de que isso causaria ou intensificaria o quadro. Já o DSM – V (Associação Americana de Psiquiatria, 2014) inclui como fatores que predisõem ao aparecimento de um quadro de autismo a influência do ambiente, em que a idade avançada dos progenitores; baixo peso do recém-nascido; e contato com ácido valpróico, poderiam contribuir para o desenvolvimento do TEA.

Da mesma forma que a etiologia do TEA ainda é incerta, a sua cura também o é. Gomes (2014) menciona que faltam estudos que tratem sobre a cura do autismo, devido à crença dos profissionais sobre sua irreversibilidade, uma vez que a concepção de cura estaria associada à remissão completa dos sintomas apresentados. Enquanto a causa e cura são incertas, portadores do TEA contam com diversas medidas de intervenções, disponíveis em modalidades terapêuticas variadas, que não almejam a cura no sentido literal, mas que permitem o desenvolvimento de um comportamento funcional desse indivíduo, o tornando mais independente e diminuindo seu desgaste físico e emocional. Segundo Amorim (2011), as intervenções mais conhecidas são: TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handcapped Children*); PECS (*Picture Exchange*

Communication System); e ABA (*Applied Behavior Analysis*). Já em relação à medicação, segundo o mesmo autor, ainda não há um fármaco que seja específico para quadros de autismo.

Desde a década de setenta há uma predominância de intervenções com foco psico-educacional, baseadas nas diversas teorias da aprendizagem (Pereira, 1996), mas profissionais e pais acreditam que algumas terapêuticas secundárias também promovem bom desenvolvimento nas habilidades de comunicação e a redução de sintomas associados ao autismo. Essas terapêuticas complementares podem envolver a utilização da música, arte ou terapia com animais (Aarons & Gittens, 1992), sendo esta última o foco deste estudo. No entanto, em contraponto com o que esses autores chamam de terapias secundárias e/ou complementares, pode-se pensar que a partir do momento que uma terapêutica é colocada em prática, esta deixa de ser algo alternativo, passando a ser de fato uma modalidade de terapia.

Equoterapia

Uma das terapêuticas que pode beneficiar os indivíduos que possuem o TEA é a Terapia Assistida por Animais (TAA). Dentre as modalidades de TAA, ressalta-se a equoterapia, a qual vem sendo muito utilizada no Brasil, em função dos resultados positivos que vem proporcionando a quem a pratica (Caetano, 2010). O termo Equoterapia foi cunhado pela Associação Nacional de Equoterapia (ANDE), e sua etimologia é composta do termo em latim *equus*: equídeos, que são grupos de animais mamíferos, como o cavalo, e do termo em grego *therapeia*: terapia. Este tipo de terapia engloba todas as atividades e técnicas que utilizam o cavalo como mediador, visando educar ou reabilitar indivíduos que apresentam algum tipo de deficiência, seja física e/ou psíquica (Associação Nacional de Equoterapia [ANDE], 2016). Usa-se o cavalo, pois é um animal inteligente, que possui boa memória, conseguindo memorizar os lugares, objetos, acontecimentos e pessoas, podendo, inclusive, refletir a maneira como determinada pessoa o trata (Freire, 1999).

Na antiguidade, Hipócrates (458-370 a.C.) já recomendava equitação para casos de insônia e para regeneração da saúde em todos os seus aspectos (Freire, 1999). Samuel T. Quelmalz fez a primeira referência literária ao movimento tridimensional do cavalo em 1747, que inclui deslocamentos para cima, para baixo e para os lados, bem como para frente e para trás. São movimentos que promovem grande variedade de estímulos sensoriais, através dos sentidos como a

visão, tato, olfato e audição, favorecendo a conscientização corporal, desenvolvimento da força muscular, aprimoramento da coordenação motora, bem como o equilíbrio, (Cristina, 2005; Santos & Sousa, 2005).

Para Uzun (2005), a duração da sessão de equoterapia tem um tempo médio que varia de 30 a 40 minutos. Vale ressaltar que não é uma terapêutica que tem como característica apenas a montaria, mas também envolve “a condução do animal, o preparo de alimentos, o banho, a escovação e o encilhamento do cavalo” (Uzun, 2005, p.45), atividades estas que tem como foco a aproximação e vinculação entre criança e animal.

Na equoterapia, a relação com o cavalo promove ganhos psicológicos e físicos, e o equoterapeuta facilita as atividades, potencializando a autoestima e confiança do paciente (Uzun, 2005). O equoterapeuta é o profissional da psicologia, da fisioterapia ou outras áreas, que acompanha os pacientes, que nesses contextos são chamados de praticantes. Este profissional, além de estimular e desenvolver atividades com a criança na montaria, cuida da segurança do praticante, o acompanhando, geralmente, na lateral esquerda do animal (Cirillo, 2001). Além do cavalo e do equoterapeuta, nesse cenário há também a presença e atuação do condutor/auxiliar-guia, que é responsável em conduzir o animal e controlar os passos de acordo com o plano terapêutico (Colamarino, s. n.).

Resultados das pesquisas de Freire (1999) mostram que as crianças autistas, ao serem submetidas à equoterapia, em sua maioria não apresentam aversão ao animal, aceitando-o, o que acaba favorecendo o contato social com os demais indivíduos da equipe, permitindo um contato afetivo e uma melhora nas relações sociais de forma geral. Isso ocorre, pois, a confiança estabelecida com o cavalo permite que o indivíduo tenha mais clareza quanto a sua própria identidade, já que a experiência interfere no corpo como um todo, desde a musculatura até o psiquismo (Uzun, 2005). Essa mesma autora faz uma analogia mencionando que o praticante ao segurar as rédeas do cavalo, é como se ele estivesse segurando em suas mãos as rédeas de sua própria vida, permitindo autoconfiança e confiança em seu ambiente.

Da mesma maneira que outras terapias mais convencionais, a equoterapia precisa de um *setting* adequado, e por isso nesta modalidade terapêutica com crianças autistas, as sessões seguem algumas fases (Freire, 1999): a fase da aproximação, da descoberta, educativa e da ruptura, as quais o terapeuta segue acompanhando o praticante ao lado do cavalo (Uzun,

2005). A fase de aproximação é o primeiro contato da criança com o animal, e isso pode gerar diversos tipos de reações, desde sair de perto de seu responsável e correr na direção do cavalo, como gritar ou mostrar receio quando estiver perto do animal. Depois de trabalhada a aproximação, segue a fase da descoberta, que é quando a criança supera o receio ou indiferença em relação ao animal. Esse momento pode ocorrer tanto em solo, como na montaria parada. Em solo, a criança vai acariciá-lo, limpá-lo, escová-lo, entre outros contatos físicos, e na montaria parada é quando a criança, em cima do cavalo, deita-se no dorso do animal, sendo muito importante que o terapeuta verbalize e a encoraje nesses momentos. Na fase educativa, o cavalo já estará em movimento, realizando os passos, estimulando assim a criança. Por fim, na fase de ruptura, que ocorre ao final da sessão, a criança irá acompanhar ou levar seu cavalo até a baia, ocorrendo a separação com o animal.

Além da ruptura, que ocorre no final da sessão, devemos mencionar sobre a outra interrupção, que é a alta do praticante. Segundo Peranzoni, Costa, Vieira e Antunes (2013), isso ocorre quando o médico que trabalha no próprio centro de equoterapia, a partir de sua avaliação, indica se determinado praticante permanece em tratamento ou se já pode ter alta. No entanto, esta é uma ideia muito vaga, pois não se sabe quais são os critérios utilizados para determinar o fim do tratamento. Faltam estudos que abordem esse assunto, sendo que, a principal motivação para alta pode estar mais próxima de regras institucionais do que das reais necessidades do paciente. Santos e Sousa (2005) também chamam a atenção para o fato de que esta terapêutica carece de centros e profissionais especializados, tendo, portanto, um longo caminho a percorrer.

Os pressupostos básicos da teoria de Donald Woods Winnicott

Um dos pontos importantes da teoria de Donald W. Winnicott é a ênfase que o autor atribui à relação indivíduo-ambiente em todos os processos do desenvolvimento emocional primitivo da criança, bem como sua influência na gênese dos transtornos mentais. Para Winnicott, a gênese dessas doenças remete as relações iniciais do indivíduo e às falhas ambientais ocorridas durante seu processo de desenvolvimento. O diagnóstico de transtornos emocionais, para esse autor, envolve a identificação do estágio do desenvolvimento emocional em que se encontrava o paciente

no momento em que a falha ambiental ocorreu. Em virtude desse pressuposto básico, é pertinente tomar a teoria de Winnicott como referencial para o estudo proposto, pois como já citado nos parágrafos introdutórios, pretende-se explorar a tríade: equoterapia, vínculo afetivo e autismo, ou seja, como estímulos do ambiente (prática da equoterapia) podem auxiliar no tratamento do TEA, e o quanto este processo pode facilitar o estabelecimento do vínculo afetivo.

O vínculo afetivo é um ponto central para o desenvolvimento humano, principalmente quando se pensa sob a ótica de uma teoria psicanalítica relacional, como a teoria de Winnicott. Esta traz importantes contribuições para a compreensão do quadro de autismo, uma vez que nestes casos, existe um comprometimento profundo na interação e comunicação social.

Winnicott enfatiza o papel das experiências iniciais para a configuração e estabelecimento dos vínculos afetivos futuros, sendo que o protótipo de toda configuração vincular é o vínculo mãe-bebê. Ou seja, a qualidade das relações posteriores dependerá diretamente das experiências vivenciadas por esta díade durante o desenvolvimento infantil inicial (Winnicott, 1970/2002).

Segundo a teoria do desenvolvimento de Winnicott, inicialmente o indivíduo passa por um estado de não integração, mas possui uma tendência inata para o amadurecimento, e precisará então de um ambiente suficientemente bom para que o desenvolvimento ocorra (Winnicott, 1990). Para Araújo (2003a), neste primeiro momento, o ambiente é a mãe, que ao se identificar com seu bebê, o auxilia em sua integração. O bebê, em seu desenvolvimento emocional primitivo, possui algumas tarefas que o levam ao amadurecimento: a integração no tempo e espaço; o estabelecimento de uma unidade corpo e psique (personalização), e o início das relações objetais.

Para entender o desenvolvimento emocional primitivo da criança, Winnicott descreve estágios com tarefas e aquisições específicas, que, para o seu sucesso, dependem diretamente da posição adotada pelo ambiente. Tais estágios serão apresentados de forma sucinta para melhor entendimento da discussão aqui proposta, de forma que a maior atenção será dada ao estágio de dependência absoluta, devida a própria discussão de Winnicott sobre a relação entre falhas ambientais em estágios precoces e a etiologia de quadros graves, como o que se identifica nos quadros de autismo.

Nos estágios precoces, a dependência do ambiente é absoluta, e o bebê é apenas uma parte do conjunto ambiente-indivíduo (Winnicott, 1990). A adaptação

plena às necessidades do lactante só pode acontecer se a genitora se dedicar por completo, ainda que temporariamente, aos cuidados de seu bebê (Winnicott, 1970/2002). Segundo o mesmo autor, tal tratativa não requer esforços deliberados ou estudos intensificados, e sim um estado especial que se identifica nas mulheres, no final da gravidez. A esta configuração, Winnicott chamou de preocupação materna primária, a qual permite uma identificação da mãe com o filho, que lhe permite atender às necessidades do seu bebê. A partir disso, essa mãe age como um Eu auxiliar da criança, acolhendo e atendendo às suas necessidades e possibilitando ao bebê a vivência de um estado de onipotência, ou seja, a vivência do bebê é a de que o ambiente é uma extensão de si.

Nesse estágio, a mãe exerce o *holding*, uma das tarefas da preocupação materna primária (Winnicott, 1967/1975). As necessidades atendidas nesse momento são simples, como por exemplo, segurar o bebê no colo, permitindo que ele ouça os batimentos cardíacos da mãe, ou até mesmo, sentir os movimentos respiratórios dela (Winnicott, 1970/2002). Isso mostra ao bebê a vida que há no seu entorno. No entanto, Winnicott (1963/1983) afirma que “Ninguém pode segurar um bebê a menos que seja capaz de se identificar com ele” (p. 82).

Além disso, a mãe, ao segurar o bebê e olhá-lo, devolve para o filho o seu próprio “Eu”. Não se pode dizer que é um olhar no espelho, no sentido mais estrito da palavra, pois se a criança lança agressividade para essa mãe, ela não deverá refletir esse estado da mesma maneira, mas sim permitir que essa criança se relacione com ela mesma através dessa experiência de olhares. Contudo, a figura materna, ao desenvolver essa experiência com o seu filho, vai nomeando e dando significado para essas experiências do bebê (Winnicott, 1967/1975). Colocado desta forma, o que Winnicott nomeia como *holding* é mais que uma atitude de sustentação e cuidado físico, envolvendo um conjunto de experiências afetivas que se dão entre mãe e filho.

Além do *holding*, existem outras tarefas básicas desempenhadas simultaneamente pela mãe durante o estado de preocupação materna primária, como o *handling* (manipular) e a apresentação do objeto (Winnicott, 1964/2002). A mãe ao manejar a criança (agasalhar, higienizar, etc), permite que o psiquismo se aloje no corpo, através das sensações corpóreas, uma vez que a criança é estimulada em diversas áreas do corpo, e isso faz com que ela comece a senti-lo. Já a apresentação do objeto (seio)

possibilitará, posteriormente, a sensação de saciedade, ou seja, após algumas mamadas, o bebê terá a primeira sensação mais integrada. Segundo Winnicott (1967/2002), quando isto acontece, não é apenas a alimentação que se inicia, mas também é o começo da relação com o objeto.

Na primeira mamada teórica, que é a soma das experiências de muitas mamadas iniciais, o bebê tem condições de criar o objeto, e a genitora possibilita a ilusão para o lactante que o seio e seu significado foram criados pelo seu próprio impulso a partir de suas necessidades (Winnicott, 1990). Inicialmente a adaptação quase absoluta da mãe à necessidade da criança possibilita a ilusão de que o bebê criou objetos externos, sendo que “o cuidado físico, é o único tipo de expressão de amor que o bebê pode reconhecer no princípio” (Winnicott, 1990, p. 122). Assim sendo, o lactante tem a ilusão de ter uma força criativa mágica, e a onipotência acontece como um fato a partir da adaptação da genitora. Esta experiência é fundamental, pois possibilita que a criança coloque em trânsito a sua capacidade criativa e dê início à expressão do seu *self*. Representa também a primeira relação com um objeto, objeto este que é percebido como uma extensão de si.

A mãe que não permite essa vivência faz com que a criança tenha que lidar com um dado da realidade para a qual ainda não está preparada. Segundo Winnicott (1970/2002), bebês que passam por falhas do ambiente, quando a dependência é um fato concreto, em graus diferentes, podem sofrer um prejuízo também concreto, muito difícil de ser reparado. Mas se a mãe obtém sucesso nesta tarefa, vai dando segurança progressiva para a criança, auxiliando na consolidação do *self* verdadeiro. Pode-se dizer também que experiências satisfatórias neste período favorecem a capacidade de confiar no ambiente e de se vincular a ele. A criança precisa ser onipotente neste momento, precisa criar objetos e gestos, o que lhe permite confiar em si e gradualmente possa confiar também no ambiente. Portanto, a experiência de ilusão é fundamental na dependência absoluta.

No estágio seguinte, da dependência relativa, o lactante começa a se “desfundar” do ambiente, saindo gradativamente do estado de onipotência característico da dependência absoluta. Nesse novo estágio a mãe passa a apresentar uma desadaptação gradativa em relação às necessidades de seu bebê, uma vez que surgem falhas naturais que permitem o desenvolvimento do bebê e o contato progressivo com a realidade externa (Winnicott, 1990). Porém

agora, estas falhas favorecem o amadurecimento, pois a criança terá mais condições egóicas, e até neurofisiológicas, para entender a separação e ter a vivência de que ela e o mundo são coisas distintas. É neste período que o objeto transicional é fundamental. Segundo Winnicott (1958a/1975), a falha gradual da mãe faz com que a criança eleja um objeto para suprir essa falta.

O ponto mais relevante dessa discussão, para Winnicott (1958a/1975), é a experiência de eleição de um objeto denominado pelo autor de objeto transicional. Este objeto é vivenciado como algo que não faz parte do corpo do bebê, mas que também ainda não é percebido como algo pertencente à realidade externa, ocupando uma terceira área de realidade, que se situa entre o subjetivo e o objetivo.

Para a criança, o objeto transicional é importante, pois funciona como uma defesa contra a angústia depressiva (Winnicott, 1958a/1975), uma vez que suaviza a passagem de uma percepção onipotente de mundo (um sentido de realidade subjetiva) para um sentido de realidade externa ao Eu (realidade objetiva). O que se constrói é uma área intermediária de realidade, que serve para amenizar a angústia de desilusão progressiva, devido à separação emergida pelo desmame, já que nesse estágio a mãe começa a deixar de ser uma extensão do Eu da criança, o que acaba incorrendo em uma dissolução do estado de fusão estabelecido anteriormente (Winnicott, 1958a/1975; Winnicott, 1962/1983). Por isso, é muito comum o uso do objeto transicional em momentos que os bebês estão sozinhos, como na hora de dormir (Winnicott, 1958a/1975).

Além disso, o objeto transicional é a primeira posse da criança de um objeto não-Eu, e com isso se faz necessário que os pais não modifiquem esse objeto, o deixando aos cuidados da própria criança, evitando-se limpá-lo frequentemente (Winnicott, 1958a/1975). Ao contrário do seio, que frustra por não estar disponível a todo o momento, principalmente durante o desmame, o objeto transicional está disponível para ser utilizado no momento em que a criança necessitar, sendo que as experiências que ela tem com ele são fundamentais para o contato gradual com a realidade. Com isso, pode-se dizer que, neste estágio, essa “falha” materna faz com o bebê possa ter outros modos para lidar com esta mudança.

Esse objeto tem que ser para o bebê algo que tenha textura, que seja possível manusear e que lhe dê calor. Cabe destacar ainda que, segundo Winnicott (1958a/1975), essa área transicional perdura durante

toda a vida, sendo importante para o indivíduo no desenvolvimento da atividade criativa, permitindo vivências religiosas, artísticas, filosóficas, ou em outras áreas. No final deste estágio a figura do pai aparece para o filho, para dar suporte tanto para esposa e também para ser um substituto da mãe quando necessário (Winnicott, 1963/1983).

Em sequência aos acontecimentos anteriores, a criança poderá caminhar ao estágio “rumo à independência”, desenvolvendo uma independência verdadeira, na qual torna-se capaz de vivenciar uma existência pessoal (Winnicott, 1963/1983). Por fim, o estágio da “independência relativa” acompanha o ser humano até a velhice. O termo “relativo” é utilizado, pois as pessoas sempre dependerão, em alguma intensidade, do ambiente. Entretanto, se elas encontrarem um lugar na sociedade, no qual as conquistas adquiridas ao longo de seu desenvolvimento possam se manifestar, pode-se considerar que se iniciou a vida adulta (Winnicott, 1963/1983).

Portanto, o amadurecimento só é possível na medida em que a dependência caminha para a independência, cercada do amor representado por um ambiente factível e humano (Winnicott, 1970/2002). Cada estágio delimita atividades e conquistas, e conforme o indivíduo avança, as tarefas se tornam mais complexas.

Diante do enfoque dado por Winnicott à influência do ambiente no desenvolvimento humano, principalmente a partir das contribuições oferecidas para o estudo do vínculo entre mãe-bebê, este autor traz importantes contribuições para pensar o autismo e suas terapêuticas. A seguir será discutido como a equoterapia pode favorecer o estabelecimento de tais vínculos afetivos, a fim de atenuar sintomas característicos do quadro autista.

Vínculo afetivo de crianças autistas na equoterapia: contribuições da teoria de Winnicott

As teorias psicanalíticas sobre a etiologia do TEA inferem que o autismo pode estar relacionado a falhas primitivas na tarefa de cuidado materno, fazendo com que o bebê sinta agonias impensáveis e lance mão de defesas primitivas como a despersonalização, a desintegração e o isolamento autista (Ajuriaguerra & Marcelli, 1986). Ou seja, as falhas do ambiente favorável resultam em falhas no desenvolvimento da personalidade do indivíduo e no estabelecimento do *self* (Winnicott, 1959/1983).

Diante disso, Winnicott (1966/2005) ratifica que, no autismo, antes de encontrarmos uma patologia,

estamos perante as questões referentes à trajetória do desenvolvimento humano e da constituição do seu psiquismo. Tais concepções desconstruem a noção de autismo e as classificações psicopatológicas descritivas tradicionais, que priorizam a observação e tratamento de sinais e sintomas objetivos (Cavalcanti & Rocha, 2002).

Segundo Winnicott (1966/2005), a etiologia do autismo se dá quando a mãe falha em alguma função de cuidado com o seu filho, no início do desenvolvimento do bebê, já que é um período que requer, a sua total atenção. Porém, o autor ressalta que alguns bebês, mesmo tendo um cuidado materno que deixa a desejar, conseguem se desenvolver emocionalmente, já que as tendências que são herdadas podem influenciar positivamente o desenvolvimento emocional, da mesma maneira que danos cerebrais, durante gestação ou nascimento, podem influenciar negativamente o desenvolvimento emocional dessa criança. Ou seja, não é regra que falhas maternas resultarão em um filho autista, ou com outro tipo de patologia.

Além das falhas maternas, Araújo (2003b) e Winnicott (1966/2005) mencionam sobre o papel da figura paterna nesse período, auxiliando a esposa, pois a mãe por estar identificada com o seu filho, apresenta maior vulnerabilidade, que deve ser sustentada pelo marido, e quando ele não se faz presente e este apoio necessário não ocorre, a mãe pode falhar com o filho. É claro que Winnicott foi bem enfático em suas obras, dizendo que ele não objetivava culpabilizar ou responsabilizar os pais, mas mostrar como certas atitudes podem trazer consequências desagradáveis ao desenvolvimento emocional da criança (Winnicott, 1966/2005).

Por isso, considerando que o autismo, para Winnicott, remete a falhas no estágio de dependência absoluta (estágio de *holding*), momento em que a criança ainda não conquistou tarefas básicas como a integração, personalização, e início das relações com objetos externos, ela acaba utilizando as defesas autísticas como manobras defensivas para lidar com suas angústias. Isso ocorre justamente pela não integração, e com isso, não há outras defesas mais maduras para lidar com as falhas ambientais, tendo no momento, o isolamento do Eu, como principal recurso defensivo. Nesta perspectiva, todas as este-reotipias características do quadro de autismo (repetições, adesão a rotinas, movimento estereotipados, ensimesmamento), seriam formas de se defender de repetições dessa falha inicial, em um momento que o sujeito não tinha a sua disposição recursos mais

maduros para integrar as falhas ambientais. Além disso, esta falha sinaliza também uma ruptura precoce no vínculo mãe-bebê, que irá se expandir para o ambiente a partir de uma atitude de desconfiança contínua em relação aos objetos externos.

Já o tratamento consiste em possibilitar que a criança tenha uma experiência regressiva, revivendo etapas que ocorreram falhas no desenvolvimento inicial, em que, ações como o toque físico, por exemplo, são mais importantes do que uma interpretação (Winnicott, 1966/2005). É nesse cuidado restituído que permite que a criança dê lugar à sua irritação em relação ao fracasso ocorrido, para depois descobrir novamente que é uma pessoa capaz de amar e confiar no ambiente (Winnicott, 1966/2005). É neste ponto que se pode pensar em como a equoterapia pode auxiliar na reparação da falha inicial, possibilitando o indivíduo reviver de forma satisfatória, o que não foi possível ser vivido nos estágios iniciais do desenvolvimento.

É consenso que a clínica com crianças autistas demanda uma posição diferente por parte do terapeuta (Laznik-Penot, 1997). A clássica interpretação transferencial sede lugar ao *holding*, possibilitando o estabelecimento de uma aliança terapêutica. A clínica com crianças que possuem comprometimentos tão severos necessita de outro tipo de cuidado, pois elas possuem formas diferentes de se relacionar e estabelecer uma relação transferencial. Para isso, também é importante que o profissional aprenda a lidar com determinados comportamentos que são característicos desta patologia, como o não olhar da criança para o terapeuta, para que haja um respeito com este indivíduo (Marques & Arruda, 2007).

Transportando os princípios da técnica psicanalítica proposta por Winnicott para o *setting* da equoterapia, a partir da própria associação das autoras deste presente estudo, não é só o terapeuta quem exerce o *holding*, mas é como se o cavalo também realizasse essa função. O contato físico, o toque da criança na pelagem do animal, o andar que remete ao colo da mãe, faz com que o autista possa se sentir cuidado.

O terapeuta deverá utilizar recursos que promovam à criança uma experiência regressiva, em que possa revivenciar etapas primitivas do seu desenvolvimento emocional, nas quais ocorreram falhas, que poderão ser revividas no *setting*. Defende-se a ideia de que na equoterapia o terapeuta será um mediador deste processo, tendo em vista que a relação estabelecida entre a criança e o cavalo poderá promover esse tipo de regressão.

Experiências regressivas podem auxiliar em uma retomada do amadurecimento emocional, e as atividades corporais são importantes, pois são intervenções de natureza “pré-verbal”, que vão a um nível mais primitivo e atendem a essas necessidades. Assim, não são as interpretações que permitirão evolução nos casos, mas sim o manejo desse *setting*. A equoterapia se enquadraria nesta categoria, sendo interessante também pelo próprio apressado da criança autista à sensorialidade (a linguagem pré-verbal), em que o contato com o cavalo se torna uma experiência sensorial primitiva. Portanto, neste *setting*, o *holding* é fornecido pela tríade cavalo-equoterapeuta-condutor.

Bueno e Monteiro (2011) destacam as representações do cavalo nas diversas teorias psicodinâmicas, partindo de Freud, para quem: “os movimentos do cavalo se assemelham ao movimento do útero materno” (p. 173), enquanto que para Jung “o arquétipo do cavalo representa a psique não humana” (p.173), remetendo ao cavaleiro um sentimento de domínio. Já para Winnicott, o cavalo é “como um objeto transicional, facilitador de novas condições e experiências, além de possibilitador de uma relação de troca, formando vínculo afetivo” (p.173). Porém, é possível estabelecer um contraponto com a afirmação das autoras, já que, para Winnicott, como exposto anteriormente, a gênese do autismo remete a experiências anteriores a transicionalidade. A relação entre criança e cavalo se torna importante nesse *setting*, pois, é permitido a criança encontrar no cavalo um ambiente facilitador, por sua característica dócil, acolhedora e desprendida de preconceitos ou dificuldades em lidar com as diferenças, aceitando a criança na sua forma e ritmo. O cavalo seria por si mesmo, um ambiente facilitador, que propicia o estabelecimento gradativo da confiança, condição fundamental para a conquista da retomada do amadurecimento emocional.

Com isso, hipotetiza-se que, com as falhas da mãe, cria-se a necessidade de prover uma experiência que foi impedida anteriormente. Elege-se assim, um objeto que é real e que dê suporte a experiência que não ocorreu de forma adequada nas etapas do desenvolvimento emocional primitivo. Na equoterapia, o cavalo, o equoterapeuta e o condutor, bem como todo o *setting* que os rodeia, devem estar adaptados para atender as necessidades do paciente, de acordo com seu momento de amadurecimento. O espaço terapêutico se configura como um espaço da potencialidade e do brincar, possibilitando a criança transitar por uma região intermediária entre o

pessoal e o externo. Da mesma forma que o bebê está fusionado a mãe no início de seu desenvolvimento, ele, talvez, poderá se fundir ao cavalo, terapeuta e/ou condutor, ocorrendo projeções, já que o cuidado do terapeuta e condutor, juntamente com o andar do cavalo, acalentam de forma semelhante ao momento em que a mãe segura o seu bebê no colo (Bueno & Monteiro, 2011).

Bueno e Monteiro (2011) compreendem que, do ponto de vista da criança, o cavalo poderá ocupar o espaço transicional, sendo, portanto, um objeto transicional. Entretanto, é importante considerar que as experiências proporcionadas no *setting* de equoterapia só são possíveis em um campo relacional humano. Ou seja, devido ao isolamento do Eu, a criança autista não consegue por si só eleger este objeto transicional, precisando, portanto, que terapeuta e condutor a auxiliem na apresentação desse objeto, já que ela não se aproximaria do cavalo se este não fosse apresentado por um “outro” que é humano.

Partindo desta perspectiva, as autoras desta pesquisa também acreditam que o cavalo preenche as características de um objeto transicional, pois pode ocupar o espaço transicional, permitindo a passagem de um sentido de realidade subjetiva para a realidade objetiva, como se fosse uma ponte entre o Eu e o outro, entre o interno e o externo. A pelagem do cavalo tem uma textura relativamente macia, e a criança consegue manuseá-lo, seja conduzindo as rédeas ou o escovando, além do próprio calor do equídeo que transmite para quem o manuseia. Ele estimula a criança constantemente enquanto ela está montada, ou quando está zelando por ele (escovando ou o alimentando).

Paralelamente, as autoras associaram que a experiência sensorial fornecida pode relacionar-se com o *handling*, de maneira que, no contato com o animal apresentado pelo equoterapeuta, a criança pode conhecer também o seu próprio corpo, suas funções e limitações, desenvolvendo contornos para o Eu e auxiliando no seu processo de personalização. Ela também tem a experiência de troca: ela é cuidada pela equipe e pelo cavalo, e pode agora cuidar, principalmente deste último, garantindo uma relação de reciprocidade, que é uma característica importante dos vínculos afetivos autênticos.

Devido às crianças autistas terem uma experiência de ruptura precoce no vínculo, em função de falhas ambientais, isso acarreta uma dificuldade em confiar no outro, permanecendo em um eixo narcísico em que é impossível por si só estabelecer uma relação com um objeto externo ao Eu. Com isso,

deduz-se que o contato com o cavalo, juntamente com o terapeuta e condutor que dirigem a atividade, remete muito a experiência da criança ser cuidada. Por ser um momento que permite esta regressão, as lacunas oriundas da falha materna podem ser completadas, para, a partir disso, favorecer o processo de integração do Eu. Por isso, faz-se a analogia de as rédeas do cavalo serem as rédeas da vida, pois permite o ganho da independência pessoal. Ou seja, a tríade (cavalo, terapeuta e condutor) gradativamente permite a transição do mundo subjetivo da criança para o mundo externo, objetivo. Além disso, permite que a criança saia de um fechamento em si para uma aproximação gradual com objetos externos ao Eu. Neste movimento, a criança pode reestabelecer a confiança no ambiente, perdida devido a experiências de frustrações precoces.

Porém, as autoras alertam para não incorrer na compreensão equivocada de que a experiência com o cavalo poderá substituir a experiência humana. A aproximação com o “objeto cavalo” só é possível graças ao contato com o terapeuta e condutor, os quais deverão estar sempre acompanhando o seu praticante, o encorajando, mas, principalmente, respeitando o ritmo da criança. Por isso, se enfatiza a importância de que no estabelecimento do contrato, a instituição de equoterapia não determine o limite de tempo para a intervenção, pois é de extrema importância que essa criança tenha o seu ritmo respeitado, a fim de não vivenciar novas falhas ambientais.

Como apontado, a equipe e o animal em questão exercem o papel de intercessores entre mundo interno e mundo externo da criança, principalmente em crianças autistas, para quem o isolamento do Eu é tão intenso. Foi visto que a primeira fase numa sessão com crianças autistas na equoterapia é a de aproximação, e esse momento remeteria a uma angústia de separação, pois o praticante sairá de perto de seus responsáveis ou das pessoas que conhece para experimentar uma situação nova. Algumas crianças choram nesse momento, mas outras correm na direção do cavalo. Para ilustrar essa primeira fase, a partir da experiência clínica das autoras na área, cita-se o exemplo de uma criança que, em seus primeiros atendimentos, chorava muito ao se separar de sua mãe e de seu avô para se aproximar do cavalo, e permanecia chorando durante a montaria, mesmo com o terapeuta e condutor conversando com ela, a estimulando, que acariciasse o animal.

Com isso, independentemente da reação, o terapeuta trabalhará a aproximação tanto da criança

com o cavalo, como o oposto, respeitando o tempo de cada um, para que depois o praticante possa avançar para a fase da descoberta. Nesse ponto, o cavalo não será mais algo que suscita medo ou indiferença, pois a partir de suas experiências de acariciá-lo, limpá-lo, escová-lo, entre outros contatos físicos, o animal poderá tornar-se importante para a criança e esta poderá elegê-lo como objeto transicional. A mesma criança mencionada, após alguns atendimentos, passou a chorar na recepção, quando chegava adiantada e precisava aguardar para poder montar em seu cavalo. Esse tipo de reação pode indicar que, para ela, o cavalo já se tornou algo primordial, quando o vê, mas ainda não pode montar, pois ainda não está no seu horário de atendimento, ela pode se sentir ansiosa por estar separada de seu objeto. Nessa situação fica claro também a importância do terapeuta e condutor, que apresentaram e desenvolveram a aproximação dessa criança com o animal.

Outro caso que pode ser exemplificado é o de uma criança, também autista, que quando zelava pelo seu animal, na maioria das vezes optava por lavar as patas do cavalo. Pensando num simbolismo para essa criança, ela cuidava justamente da parte que permite que o animal fique em pé, ou seja, é como se ela cuidasse da base da estrutura do seu objeto, a base da sua ponte entre mundo interno e externo, para poder continuar alcançando o seu mundo objetivo e se manter numa relação com o outro. Além disso, talvez esta atitude também possa mostrar que ela já compreende o objeto como externo e real, e ao lavar as patas do animal, demonstra uma atitude de cuidado com um outro externo ao Eu, pois conforme a criança vai alcançando confiança no ambiente, o objeto transicional, em alguns momentos, pode ser visto como objeto real, que deve ser zelado. Era uma criança que estava há vários anos sendo atendida nessa modalidade terapêutica, mas também era acompanhada por outros especialistas, e ela já se relacionava bem com as pessoas da instituição, interagindo através da fala ou de brincadeiras.

Uma de suas brincadeiras mais frequentes antes da montaria⁴ era interpretar personagens de uma série televisiva. Ela sempre insistia em repetir essa brincadeira, e após várias sessões sendo determinado personagem, o terapeuta propôs fazer um sorteio com papéis para ver qual personagem cada um deveria interpretar. Inicialmente ela não queria o sorteio, pois havia a probabilidade de que não lhe coubesse o papel de seu personagem preferido. Após sorteado,

realmente ela não ficou com este papel, pegando o papel de vilão, e brincou normalmente, dando dicas ainda para a estagiária de como deveria ser feito o outro personagem. Isto expõe como o vínculo com o animal vai se estendendo para outros indivíduos, como terapeuta, estagiários, etc. A experiência de confiança vai sendo retomada gradativamente, tanto em objetos externos (pessoas), como em si mesma, pois ela compreende que pode interpretar outros papéis sem modificar seu *self*, mostrando, portanto, que os cuidados já foram internalizados de forma satisfatória.

Além disso, essa criança se mostrava criativa em suas interações e principalmente quando dizia que quando crescesse iria programar jogos eletrônicos, para os quais já tinha criado personagens e cenários. Isto ilustra a área transicional dela que perdurará durante toda a vida, no quesito de atividade criativa, permitindo a vivência com algumas áreas, como com jogos, artes etc.

As experiências na equoterapia podem fazer com que as crianças autistas saiam do seu próprio mundo para começar a olhar o seu entorno, e quando isso ocorre, é porque existe algum tipo de confiança no seu ambiente. E se há confiança, há o desenvolvimento do vínculo afetivo. Para isso, da mesma maneira que o *setting* na clínica não deve sofrer modificações, o *setting* no picadeiro também não. Isto envolve inclusive o cavalo, pois se esse animal é visto como um objeto transicional, a criança deverá, até conseguir desenvolver certa autonomia psíquica, manter o contato sempre com o mesmo cavalo, bem como com o equoterapeuta, condutor do cavalo, entre outros. É claro que imprevistos acontecem, mas é importante manter uma estabilidade neste *setting* no início do tratamento dessas crianças. Depois que as crianças ganham certa autonomia, o animal poderá ser trocado, visando à quebra da rotina dessa criança.

Na experiência das autoras, observou-se que quando houve a troca de cavalo da última criança mencionada acima, ela não mostrou nenhum incômodo, o que é muito positivo, demonstrando a quebra nas condutas estereotipadas. Quando a rotina é rompida sem gerar angústia de separação para essa criança, isso ilustra que a experiência com o ambiente foi internalizada de forma satisfatória, e ao se afastar do objeto/rotina, a criança já entende que não irá perder esta experiência, pois esta está retida em seu mundo interno, demonstrado, portanto, que já há uma constância objetual. No entanto, em algumas sessões anteriores a troca do animal, havia ocorrido a troca de

⁴ A sessão era dividida em 25 minutos de atividade e 25 minutos de montaria.

condutor, e no primeiro dia dessa mudança, a criança mostrou uma pequena dificuldade e dispersão na condução, porém nos encontros posteriores ela voltou a apresentar o mesmo desempenho. Ou seja, a criança adquire gradualmente uma confiança que permite suportar a desilusão e o contato com o mundo objetivo, porque as experiências subjetivas, e posteriormente a transicionalidade, permitiram a constituição de um Eu pessoal capaz de dar conta das experiências desse contato com o mundo externo e suas modificações, incluindo eventualmente um novo cavalo, um novo condutor e equoterapeuta. Diante do exposto, enfatiza-se novamente que não é recomendado que se faça isso no início do tratamento, só apenas depois da criança ter estabelecido certa autonomia psíquica e física, a exemplo do caso ilustrado.

Considerações finais

O autismo é uma patologia que pode gerar muitas dúvidas dada a ausência de uma definição única sobre a sua etiologia. De forma geral, sabe-se que indivíduos portadores deste transtorno apresentam dificuldades na interação com o seu meio, dentre outros sintomas, que podem manter o interesse restrito e repetitivo. Diante deste cenário, estes pacientes podem contar com terapias alternativas que visam amenizar alguns sintomas característicos, auxiliando na manutenção de sua funcionalidade e autonomia. Dentre as modalidades terapêuticas indicadas para o tratamento do autismo, buscou-se ressaltar e detalhar com maior profundidade a equoterapia, prática ainda pouco conhecida, sobretudo no meio acadêmico e científico.

A equoterapia utiliza o cavalo como facilitador, visando educar, habilitar e reabilitar indivíduos com disfunções socioemocionais. Tendo em vista a carência de estudos que abordem a equoterapia, a presente pesquisa buscou realizar uma aproximação teórica entre esta prática clínica e o pensamento de Winnicott. Este autor destaca o quão importante é a relação ambiente-indivíduo nos primórdios da vida, teorizando que o desenvolvimento de condições graves, como o autismo, podem ocorrer, devido a falhas ambientais que impossibilitaram o processo de interação do bebê. Em decorrência destas falhas, defesas arcaicas são mobilizadas visando o isolamento do Eu para lidar com o conjunto de angústias impensáveis experimentadas nos estágios primitivos da vida.

O desenvolvimento teórico deste artigo trouxe a proposição de que o cavalo, o terapeuta, o condutor e o *setting*, representado pelo picadeiro, permitem

que a criança possa ter uma experiência regressiva, revivendo as etapas em que as falhas primitivas fizeram-se presentes. A partir disso poderá ocorrer uma retomada do amadurecimento emocional, uma vez que o cavalo e a equipe (equoterapeuta e condutor) podem assumir o papel de *holding* e *handling*.

No *setting* da equoterapia, o conjunto de experiências com o animal, proporcionadas pelo contato físico, o toque da criança na pelagem do animal, o andar do cavalo que remete ao colo da mãe, mediados pelos cuidados do terapeuta e condutor, possibilitam uma experiência de cuidado que remete as etapas primitivas do desenvolvimento infantil. Paralelamente, a experiência sensorial vivenciada pode relacionar-se com o *handling*, de maneira que, no contato com o cavalo, terapeuta e condutor, a criança pode experimentar também o seu próprio corpo, suas funções e limitações, desenvolvendo contornos para o Eu, podendo ser cuidada e também cuidar, garantindo uma relação de reciprocidade e vínculo.

Além disso, o animal, que é apresentado pela equipe, pode ser mencionado como uma parte da experiência transicional. A equipe desenvolve, de forma cuidadosa, respeitando o ritmo da criança, a aproximação desta última com o cavalo, permitindo a passagem de um sentido de realidade subjetiva para a realidade objetiva, estabelecendo uma ponte entre o Eu e o outro.

Diante do exposto, o cavalo é apresentado para a criança pela equipe, de forma que ela poderá viver uma experiência com este "objeto" que ocupa o espaço transicional. Na medida em que a experiência regressiva vai sendo bem-sucedida, devido ao *holding* promovido pela tríade cavalo, equoterapeuta e condutor, ela pode gradativamente ir confiando no ambiente e também, em alguns momentos, ir percebendo o cavalo como um objeto externo ao Eu. Conforme visto em uma das vinhetas clínicas, são nestes momentos que ela pode cuidar do animal, pois o concebe como um objeto real e confiável, que deve ser preservado. Se ela adquire confiança, ela pode lidar com rupturas do vínculo, como a troca do cavalo, sem experimentar a angústia de separação de forma tão intensa como antes, pois adquiriu a capacidade de cuidar por ter conquistado confiança no ambiente que mantém seu cuidado e existência, isto é, sobrevive à sua forma de ser e de se apresentar no mundo. Sendo assim, esse ambiente propicia a conquista do Eu Sou, que dá base para essas novas possibilidades, entendendo que a mudança no *setting* não acarretará uma mudança no seu *self*. Isso implica resultados positivos em relação aos sintomas característicos, como

isolamento do *self*, adoção de condutas estereotipadas, pois essas estereotipias são parte da experiência de não confiar em um ambiente que já falhou antes e que pode vir a falhar novamente. Assim a criança pode passar a confiar no ambiente a ponto de permitir que pequenas mudanças na sua rotina ocorram.

Portanto, o contato com a tríade (cavalo, terapeuta e condutor), gradativamente, permite que a criança saia de um fechamento em si para uma aproximação gradual com objetos externos ao Eu. Essas experiências tendem a fazer com que as crianças autistas saiam do seu próprio mundo para começar a

olhar no seu entorno, podendo reestabelecer a confiança no ambiente, confiança que foi perdida devido às experiências de frustrações precoces. Quando isso se inicia, é porque existe algum tipo de confiança no seu ambiente. E se há confiança, há o desenvolvimento da capacidade de relacionamento consigo mesmo e com o ambiente externo.

Por fim, evidencia-se quão importante é a equoterapia na intervenção no quadro de autismo. Desta forma, esse trabalho não visa esgotar o assunto, mas almeja servir de base para futuras pesquisas e possibilitar um maior conhecimento e aplicação sobre esta prática.

Referências

- Aarons, M. & Gittens, T. (1992). *The handbook of autism: a guide for parents and professionals*. Londres: Routledge.
- Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1986). *Manual de Psicopatologia Infantil* (2a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Amorim, L. C. D. (2011). Tratamento. In *Associação de Amigos do Autista*. Recuperado em 11 de março, 2016, de <http://www.ama.org.br>
- Araújo, C. A. S. (2003a, janeiro/junho). O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott. *Natureza Humana*, 5(1), 39-58.
- Araújo, C. A. S. (2003b, junho). Winnicott e a etiologia do autismo: considerações acerca da condição emocional da mãe. *Estilos da Clínica*, 8(14), 146-163.
- Associação Americana de Psiquiatria (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V* (5a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Associação Nacional de Equoterapia. In *Equoterapia*. Recuperado em 22 de junho, 2016, de <http://equoterapia.org.br>
- Bueno, R. K. & Monteiro, M. A. (2011, outubro). Prática do psicólogo no contexto interdisciplinar da equoterapia. *Vivências*, 7(13), 172-178.
- Caetano, E. C. S. (2010, junho/julho). *As Contribuições da TAA – Terapia Assistida por Animais à Psicologia*. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina.
- Campello, T. (2002). Construção de uma patologia. In Cavalcanti, A. E. & Rocha, P. S. (Orgs.), *Autismo, Clínica Psicanalítica* (2a ed.) (pp. 39-66). São Paulo: Caso do Psicólogo.
- Carvalho, G., Vergani, N. & Brunoni, D. (2004). Genética do autismo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4), 270-272.
- Cavalcanti, A. E. & Rocha, P. S. (2002). *Autismo Construções e Desconstruções* (2a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cirillo, L. de C. (2001). *ANDE – BRASIL: Apostila de Equoterapia*. Brasília.
- Colamarino, E. (s. n.). O auxiliar-guia e a condução do cavalo de equoterapia. In: *Núcleo de Equitação Terapêutica*. Recuperado em 23 de setembro, 2016, de <http://www.equoterapianet.com.br>
- Cristina, R. (2005, janeiro). Equoterapia: método terapêutico que utiliza o cavalo nas sessões. In *Acessa.com*. Recuperado em 23 de setembro, 2016, de <https://www.acessa.com>
- Dumas, J. E. (2011). *Psicopatologia da infância e da adolescência* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Freire, H. B. G. (1999). *Equoterapia, teoria e técnica: uma experiência com crianças autistas*. São Paulo: Vetor.
- Gomes, M. (2014). Biologia do Autismo. *Ciência e Cultura*, 66(1), 9-10.
- Jr, F. B. A & Pimentel, A. C. M. (2000, dezembro). Autismo Infantil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (Supl. II), 37-39.
- Klin, A. (2006, maio). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (Supl. I), S3-11.
- Laznik-Penot, M. C. (1997). *Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Marfinati, A. C. & Abrão, J. L. F. (2014, maio/agosto). Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito autismo. *Estilos da Clínica*, 19(2), 244-262.
- Marques, C. F. F. C. & Arruda, S. L. S. (2007, janeiro/março). Autismo infantil e vínculo terapêutico. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 115-124.
- Peranzoni, V. C., Costa, L. da P. D., Vieira, F. R. & Antunes, V. S. (2013). Equoterapia: parceria EASA e UNICRUZ. *Revista de Extensão da Universidade de Cruz Alta*, 5(1), 261-276.
- Pereira, E. de G. (1996). *Autismo: do conceito à pessoa*. Lisboa: Secretariado de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Santos, I. M. S. C. & Sousa, P. M. L. (2005) Como intervir na perturbação autista. In *O Portal dos Psicólogos*. Recuperado em 16 de Julho, 2016, de <http://www.psicologia.pt>
- Uzun, A. L. de L. (2005). *Equoterapia: aplicação em distúrbios do equilíbrio*. São Paulo: Vetor.
- Winnicott, D. W. (1958a-1975). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott (Org.), *O brincar e a realidade* (pp.10-47). Rio de Janeiro: Imago.

- Winnicott, D. W. (1967-1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. W. Winnicott (Org.), *O brincar e a realidade* (pp.175-186). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1959-1983). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?. In D. W. Winnicott (Org.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.114-127). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1962-1983). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. W. Winnicott (Org.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 55-61). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1963-1983). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott (Org.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Winnicott, D. W. (1964-2002). O recém-nascido e sua mãe. In D. W. Winnicott (Org.) (2a tiragem), *Os bebês e suas mães* (pp.29-42). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1967-2002). O ambiente saudável na infância. In D. W. Winnicott (Org.) (2a tiragem), *Os bebês e suas mães* (pp. 51-60). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1970-2002). A dependência nos cuidados infantis. In D. W. Winnicott (Org.) (2a tiragem), *Os bebês e suas mães* (pp. 73-78). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1966-2005). Autismo. In R. Shepherd, J. Johns & H. T. Robison (Orgs.), *Pensando sobre crianças* (2a ed.) (pp. 179-192). Porto Alegre: Artes Médicas.

Recebido: 27.03.18 / Corrigido: 13.07.18 / Aprovado: 23.07.18