

Intervenção psicológica em mulheres vítimas de violência doméstica

Psychological intervention in women victims of domestic violence

Celina Marques Ribeiro¹

Resumo: O presente artigo reflete a prática clínica junto de mulheres vítimas de violência doméstica, acompanhadas psicologicamente na consulta de Violência Doméstica da Fundação Materno-Infantil Mariana Martins. Ao longo do artigo é realizado um confronto da literatura e estudos realizados sobre o tema com a prática clínica na referida instituição. Neste artigo, inicialmente é realizada uma breve exposição acerca da prevalência deste fenômeno a nível nacional e internacional. São expostos os fatores que poderão estar na base das mulheres tolerarem as relações abusivas onde estão inseridas ou estiveram e é abordado o modelo de intervenção utilizado junto destas mulheres, bem como os resultados. Finalmente, termina-se com uma reflexão acerca do tema, com sugestões consideradas relevantes, que postas em prática podem auxiliar numa compreensão e intervenção mais eficaz junto a vítimas de violência doméstica.

Palavras-chave: violência doméstica; vítima; relação.

Abstract: This article focuses on the clinical practice among women victims of domestic violence, psychologically attended in the Domestic Violence consultation of the *Fundação Materno-Infantil Mariana Martins*. Throughout the article, is accomplished a comparison of the literature and previous research on this subject with the clinical practice in said institution. In this article, it was developed a brief exposition about the prevalence of this phenomenon at national and international level. Is discussed the factors that could be at the basis of women tolerate the abusive relations where they are inserted or exposed, and is approached the intervention model used with these accompanied women, as well as the results. As a conclusion, there were given reflections on the topic, with suggestions considered relevant, which put into practice can help more effective understanding and intervention with domestic violence victims.

Keywords: domestic violence; victim; relationship.

¹ Psicóloga, mestra e doutoranda em Psicologia. O presente trabalho teve o apoio da Fundação Materno-Infantil Mariana Martins. celine_19r@hotmail.com

Intervenção psicológica em mulheres vítimas de violência doméstica

Psychological intervention in women victims of domestic violence

Celina Marques Ribeiro

Introdução

É importante referir que o conceito de violência tem vindo a sofrer mudanças ao longo do tempo, tal como acontece em relação ao conceito de violência doméstica (Maia, 2012). De forma mais atualizada, pode-se referir a definição de Say (2003:4), que defende que a violência doméstica deve ser compreendida como qualquer tipo de violência intrafamiliar, sendo esta toda a ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica, ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro familiar, que esteja em relação de poder com a vítima, mesmo sem laços de sangue. Pode ser cometida dentro ou fora de casa (Maia, 2012). Falamos de um fenómeno complexo que é acionado por uma multiplicidade de factores, que não afecta só as vítimas, mas também parentes e a sociedade como um todo, deixando marcas e transformações visíveis e não visíveis (Labronici, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que cerca de 10-15% das mulheres serão vítimas de abuso físico ou sexual em algum momento das suas vidas (Hansen, Eriksen & Elklit, 2014).

Em Portugal, um estudo de 2007 identificou uma prevalência de cerca de 38,1% de violência doméstica contra as mulheres na população, sendo que o tipo de violência mais comum é a psicológica (53.9%), seguido da violência física (22.6%) e da violência sexual (19.1%). O local de maior frequência para ocorrer violência persiste em ser a própria habitação. O agressor é geralmente o companheiro (72.7%) (Lisboa, 2008, cit in Matos, Machado, Santos & Machado, 2012). Em 2010, nas estatísticas nacionais, a violência doméstica apresentou-se como o terceiro crime mais denunciado, representando 7.3% do total das denúncias às forças de segurança, sendo que, neste contexto, a violência psicológica domina as participações (76%), seguida da violência física (Matos, Machado, Santos & Machado, 2012).

Nos Estados Unidos, foi reportada uma investigação em 2011, que revela que cerca de 85% das vítimas de violência doméstica são mulheres, sendo que, embora a violência seja manifestada de formas diferentes, esta problemática afeta mulheres de todas as idades, nacionalidades, classes económicas e grupos étnicos (Ofstehage, Gandhi, Sholk, Radday & Stanzler, 2011).

As mulheres são as vítimas mais frequentes, sendo que esta problemática vê a sua relevância e gravidade sustentada pelo facto de estimar-se que este fenómeno contra as mulheres no espaço doméstico é a maior causa de morte e invalidez entre mulheres dos 16 aos 44 anos, ultrapassando o cancro, acidentes de viação e até a guerra. Desta forma, é crucial que os técnicos de saúde, dos hospitais ou Centros de Saúde, compreendam e conheçam a dinâmica da violência conjugal, questionando sobre a existência dos vários tipos de agressão, de forma a avaliar o risco associado e incentivar a segurança dos utentes. Devem estar preparados a fazer as vítimas conhecer os seus direitos ou fornecer-lhes referências apropriadas para que possam procurá-las (Pina, 2013).

Em junho de 2015 a Fundação Materno-Infantil Mariana Martins, localizada no Hospital Santa Luzia de Elvas, abriu a Consulta de Violência Doméstica, destinada a

acompanhar psicológica e emocionalmente mulheres vítimas de violência doméstica. Até à data foram abertos cerca de 20 processos, sendo estes processos, casos em que a mulher vítima aceitou ser acompanhada pela referida consulta.

A maioria dos casos (cerca de 80%), vêm encaminhados diretamente do serviço de urgência do Hospital de Elvas, que está alertado para a existência da referida consulta. Outros casos reportam-se a familiares, ou à própria vítima, que têm conhecimento da existência da consulta e dirigem-se diretamente a esta, pedindo ajuda. As vítimas são de todas as faixas etárias, dos 20 aos 66 anos, sendo que a média de idades ronda os 41 ano. A grande maioria destas mulheres encontra-se desempregadas e dependem economicamente do companheiro. Em todos os casos estas mulheres foram agredidas pelo companheiro (marido ou namorado).

É importante referir que em mais de metade dos casos de violência doméstica, que entra no serviço de urgência, a vítima acaba por recusar o acompanhamento psicológico e volta para o agressor.

Fatores que sustentam a permanência da mulher na relação abusiva

Verifica-se que todas as mulheres acompanhadas em consulta apresentam um historial de violência psicológica/ emocional, onde existe uma clara carência de afetos e de respeito pela sua pessoa enquanto ser individual e autónomo. A violência doméstica, geralmente, não envolve atos isolados (Johnson, 1995, cit. in Keeling, Smith & Fisher, 2016), mas sim uma série de comportamentos físicos e não físicos, que se vão intensificando ao longo do tempo. Esta exposição prolongada poderá gradualmente minar a confiança e a capacidade da vítima abandonar a relação.

A literatura aponta uma variedade de fatores, que serão responsáveis pela dificuldade das vítimas largarem a relação violenta, nomeadamente, a dependência económica do parceiro, o desemprego e a presença de crianças em caso de mulheres mais jovens (Bostock, Plumpton, Pratt, 2009, cit. in Keeling, Smith & Fisher, 2016). O apego emocional para com o agressor, é um fator importante e presente em mulheres de todas as faixas etárias (Brown, 1997, cit. in Keeling, Smith & Fisher, 2016). Outros fatores são relevantes, tais como a duração e intensidade da relação (Rusbult, Martz, 1995, cit. in Keeling, Smith & Fisher, 2016) e fatores associados à socialização (Grigsby, Hartman, 1997, cit. in Keeling, Smith & Fisher, 2016).

Em consulta, verificou-se com alguma frequência a verbalização de frases como “aguentei sobretudo pelos meus filhos”, numa clara alusão ao facto de pensarem que será melhor viver num contexto de violência e repressão, desde que os filhos tenham os pais por perto, do que viver livre, mas submeter os filhos à possível ausência da figura paterna. Além disso, grande parte das mulheres acompanhadas dependiam economicamente do companheiro, referindo “como me vou sustentar a mim e aos meus filhos?”. Constatou-se que o fator que mais pesou, na procura de ajuda por estas mulheres, foi o facto de entenderem que se encontravam numa situação de perigo eminente, percebendo a própria vida em perigo. Isto é percebido como uma obrigação, que se pode fundamentar no facto das nossas instituições muitas vezes não conseguirem proteger ou apoiar adequadamente as vítimas de violência familiar, ou transmitirem pouca segurança. Isto poderá acontecer porque a sua dinâmica e efeitos particulares não foram bem compreendidos (Peirce, 2009).

Verifica-se que, as mulheres vítimas de violência doméstica, apresentam redes

sociais menores e menos favoráveis em relação às mulheres que não sofreram abuso (Katerndahl, Burge, Ferrer, Becho & Madeira, 2013, cit in Hansen, Eriksen & Elklit, 2014). A ausência de suporte social real e menores níveis de suporte social percebido foram identificados como fatores de risco para o desenvolvimento de perturbação de stress pós-traumático em indivíduos expostos ao trauma (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003, cit in Hansen, Eriksen & Elklit, 2014). Isto é algo que também é percebido nas mulheres acompanhadas, independentemente da idade, constata-se que o agressor consegue afastar a vítima de familiares ou amigos, tornando-a mais vulnerável e emocionalmente mais dependente dele.

Intervenção Psicológica nas Mulheres Vítimas de Violência Doméstica

É comum, em contexto de consulta, a vítima falar dos seus medos, ansiedade, solidão, falta de apoio emocional ou funcional, sendo a relação estabelecida com o agressor pautada por escassez de carinho, amor, compreensão, segurança e estabilidade. Apesar das vítimas, na sua grande maioria, chegarem à consulta por consequência de agressão física, seja ela pontual ou mais grave (que agressões físicas anteriores), com a exploração da história de vida da vítima encaramos com um contexto de relação conturbada ao longo do tempo. A vivência da relação é geralmente pautada pela presença frequente de palavras ofensivas, que estiveram presentes de forma constante. Verifica-se um padrão de abuso ou ofensa emocional e psicológica, onde o agressor é descrito como hostil, frio, distante, crítico, negligenciando as preocupações ou necessidade emocionais da vítima. Segundo Kohut (2005), este tipo de violência, encoberta e passiva, é mais difícil de identificar uma vez que não se apresenta de forma tão visível, sendo que desta forma acaba também por se perpetuar mais facilmente ao longo do tempo (Maia 2012).

Um estudo levado a cabo em 2014, refere que as mulheres poderiam ser classificadas em três grupos: mulheres que estão prontas para mudar (que apresentam consequências ligeiras na saúde mental), mulheres focadas em sintomas negativos (que apresentam consequências moderadas na saúde mental) e mulheres focadas nos sentimentos de culpa e auto-culpa (que apresentam graves consequências na saúde mental). Os grupos de consequências moderadas e graves foram caracterizados pela intensidade dos sintomas e o grupo de consequências leves foi caracterizado mais pela motivação para a mudança. Os três grupos diferiram em relação aos aspectos do abuso em que se concentraram, o primeiro grupo estava focado na mudança, o segundo grupo focou-se nos sintomas negativos que estavam vivenciando, o terceiro grupo estava mais focado nos sentimentos de culpa e auto-culpa (Karakurt, Smith & Whiting, 2014). Em relação às mulheres acompanhadas, considera-se que estas se enquadram na sua maioria no segundo grupo. Estas demonstram motivação para mudar a sua vida e estão dispostas a deixar a relação abusiva, contudo isso não indica que estejam realmente preparadas para o fazer. Além disso, de uma forma geral, expressem sintomas depressivos e de ansiedade que as preocupa e que interfere nas várias esferas da sua vida. Para monitorizar os sintomas depressivos e de ansiedade destas mulheres, utilizou-se a Escada de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI) e a Escala de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory – BAI), que revelaram sintomas essencialmente moderados e graves.

A literatura mostra-nos que a exposição a este tipo de violência pode ter consequências graves para a saúde física e mental da vítima. Nomeadamente, as taxas de prevalência de perturbação de stress pós-traumático em mulheres vítimas de podem

variar entre 24 e 84% (Coker, Weston, Creson, Justiça & Blakeney, 2012; Golding, 1999; Lilly & Graham-Bermann, 2010, cit in Hansen, Eriksen & Elklit, 2014). Os estudos também relatam níveis elevados de depressão em mulheres vítimas de violência doméstica, uma revisão de 18 estudos que avaliaram amostras clínicas e não clínicas, Golding (1999) constatou que a taxa média de depressão nestas mulheres foi de 47,6%. Outros estudos descobriram padrões similares de ansiedade em mulheres vítimas de violência doméstica (Hurwitz, Gupta, Liu, Silverman & Raj, 2006; Mitchell et al., 2006, cit in Hansen, Eriksen & Elklit, 2014).

As estratégias adotadas para o tratamento de vítimas de violência doméstica, devem ter em atenção as características únicas de cada uma delas. Devido à presença de poder e controlo nestes relacionamentos, as vítimas são frequentemente impedidas de interagir com pessoas que não sejam os seus agressores, pois frequentemente os abusadores restringem as vítimas de postos de trabalho e as vítimas são, portanto, muitas vezes dependentes dos abusadores de apoio financeiro. As vítimas são envergonhadas, desprezadas, humilhadas e criticadas. Não raras vezes, as mensagens que recebem de seus agressores traduzem-se nas crenças que detêm sobre si mesmas (Binkley, 2013). As vítimas têm medo e muitas vezes não têm opções de mudança devido a recursos limitados ou controlados. Devido ao abuso mental que as vítimas de violência doméstica sofrem, muitas utentes nessas situações compartilham algumas características comuns: depressão, ansiedade, dependência emocional, baixa auto-estima e isolamento (Zlotnick, Johnson & Kohn, 2006, cit in Binkley, 2013). Em consulta, é importante ter escuta ativa para estas mulheres, deixando-as expressar os seus sentimentos.

A intervenção utilizada com estas mulheres baseou-se no uso de terapia cognitivo-comportamental. A estrutura das sessões terapêuticas variam de paciente para paciente, tendo em conta as necessidades e idiosincrasias de cada mulher.

Em qualquer sessão, é crucial trabalhar e restabelecer a aliança terapêutica, sendo que, estudos demonstram que as alianças adequadas e bem sucedidas levam a resultados mais eficazes no tratamento (Raue & Goldfried, 1994). Além disso é importante monitorizar o humor, explorar os sintomas (físicos e psicológicos) desde a última vez que estiveram em consulta e perceber os problemas que a utente mais deseja resolver. Na discussão de um problema é importante perguntar acerca dos pensamentos, emoções e comportamentos específicos associados a esse problema. Posteriormente, deve procurar-se uma estratégia, em colaboração com a utente, sendo que essa estratégia poderá incidir na resolução direta do problema, avaliar o pensamento negativo associado ao problema ou mudança no comportamento (Beck, 2013). Frequentemente em consulta, as vítimas apresentam verbalizações como “eu não vou conseguir encontrar trabalho”, sendo necessário avaliar e responder a pensamentos deste género, de forma a ajudar a utente a adotar uma perceptiva mais adequada e adaptativa das situações, implementando soluções. A sessão visa preparar a utente a realizar mudanças no seu pensamento e comportamento (até à próxima sessão), que terá consequências positivas no seu humor e funcionamento. No exemplo apresentado, é importante certificar quais as soluções apresentadas, como ajudar a utente a entrar em contacto com a Segurança Social, ensinar estratégias na elaboração do curriculum, treinar competências interpessoais.

No acompanhamento destas mulheres, a primeira parte das sessões visa sempre reestabelecer a aliança terapêutica e adquirir informação para que, juntamente com a utente, se possa definir e priorizar os problemas a trabalhar. Na segunda parte, são discutidos

os problemas, enquanto se vão ensinando estratégias cognitivas e comportamentais e se vai auxiliando a utente a responder e forma mais adaptativa aos seus pensamentos automáticos negativos. Na última fase da sessão, teve-se sempre o cuidado de perguntar à utente se tinha alguma questão a colocar ou dúvida e em alguns casos foram prescritos trabalhos de casa, relacionados com a identificação e resposta a pensamentos automáticos negativos aquando de humor deprimido.

Os pensamentos destas utentes vítimas de violência doméstica são avaliados geralmente através da técnica “descoberta guiada”, de forma a desenvolver uma percepção mais adaptativa e baseada na realidade. Esta técnica ajuda a avaliar a validade das cognições, bem como desconstruir os medos. Perante o pensamento comum verbalizado pelas vítimas “Se eu sair de casa definitivamente (deixando o meu companheiro) também não vou estar em segurança.”, são úteis perguntas como “Quais as evidências de que o seu pensamento é verdadeiro? Quais as evidências em contrário?” ou “Se um familiar seu estivesse nesta situação e tivesse o mesmo pensamento, que conselho lhe daria?”. É importante detalhar o problema, identificar e avaliar uma ideia disfuncional, criando uma solução ou plano razoável.

Outra estratégia muito utilizada nas sessões com estas mulheres é a ênfase no positivo. A maioria destas mulheres apresenta sintomas depressivos relevantes, com uma baixa autoestima, baixa autoeficácia, sendo que se verifica uma tendência relevante em se focarem nos aspetos negativos. A sua dificuldade em perceberem os aspetos positivos levam-nas a apresentar uma visão distorcida da realidade (Maia, 2012). É neste ponto que é importante intervir, através de perguntas como “Quais são algumas das suas qualidades?”, “Que coisas positivas aconteceram desde a última vez que nos vimos?”, de forma a resgatar aspetos positivos na vida destas mulheres. Estas questões ajudam a trabalhar auto-estimas das utentes e reforçam a relação terapêutica, na medida em que se demonstra que se vê aquela pessoa como alguém que tem valor, contrariamente ao que elas estavam habituadas a perceber na relação abusiva experienciada.

Para o êxito da intervenção psicológica junto destas vítimas, tal como noutras intervenções com passe na terapia cognitivo-comportamental, é importante que o terapeuta apresente habilidades básicas como a escuta ativa, empatia, olhar incondicionalmente positivo, preocupação, respeito, autenticidade, reflexão e capacidade de resumir.

A monitorização dos sintomas de ansiedade e depressão nas mulheres acompanhadas deu conta de melhorias ao longo das sessões. Tal é semelhante com resultados relatados por Kubany et al. (2004) e Uppercle et al. (2013), obtendo-se reduções significativas nos níveis de depressão, ansiedade entre avaliações pré e pós-tratamento, conseqüentemente observando-se aumentos significativos na auto-estima e na qualidade de vida, nesse mesmo intervalo. Foram ainda observadas reduções nas cognições pós-traumas negativas, culpa e vergonha entre pré e pós-tratamento (Beck, Tran, Dodson, Henschel, Woodward & Eddinger, 2016).

Conclusão

Investigar o fenómeno de violência doméstica vê-se fundamentado na importância de tentar compreender as causas que este poderá ter, mas sobretudo na tentativa de prevenir ou minimizar a sua ocorrência, tentando delinear planos terapêuticos que sejam mais eficazes e efetivos, e possam, conseqüentemente, reduzir os riscos.

Percebe-se que, preocupantemente, existe uma banalização relevante de formas mais subtis ou passivas de violência e uma certa banalização da agressão cometida em determinadas circunstâncias (como por exemplo no contexto conjugal ou de namoro).

As mulheres que estão expostas à violência doméstica, indubitavelmente, apresentam uma maior tendência de recorrer aos cuidados de saúde e têm maior probabilidade de apresentar perturbação psicológica e psiquiátrica, o que culmina na manifestação de maiores dificuldades comportamentais, emocionais e relacionais. Sendo de grande relevância, mesmo a nível financeiro, o desenvolvimento de uma intervenção apropriada dirigido à vítima, bem como a sua monitorização, de forma a avaliar a eficácia da intervenção e ponderação de possíveis alterações de necessário.

A literatura científica nacional e internacional, documenta diferentes abordagens psicoterapêuticas de intervenção no contexto da violência doméstica, nomeadamente, de carácter individual, grupo, terapia de casal (Lundy & Grossman, 2001, cit in Matos, Machado, Santos & Machado, 2012), contudo estas abordam de forma bastante escassa a eficácia e a relevância dessas intervenções. Será bastante útil, o desenvolvimento de futuras investigações que abordem estas questões de forma mais objetiva, de forma a perceber que tipo de intervenções revelam melhores resultados, de forma a ser mais assertivo e eficaz na abordagem com estas vítimas.

Verifica-se que as mulheres consultadas, acabam por denunciar o ciclo de violência em que vivem geralmente após um episódio de violência física grave, onde percebem que a própria vida pode estar efetivamente em risco. Acabam então por procurar ajuda no serviço de Urgência do Hospital, onde encontram a oportunidade de falar sobre o trauma vivido, dar um significado diferente ao sofrimento, estimulando e permitindo a quebra do ciclo de violência onde estão.

O acompanhamento psicológico à vítima de violência doméstica é essencial, sendo que não se trata de uma intervenção isolada, é importante a intervenção de outros profissionais, como a assistente social. Uma abordagem multidisciplinar permite uma intervenção mais completa, e por isso uma abordagem mais eficaz e segura. Os profissionais devem despir-se de preconceitos e julgamentos, de forma a entender e capturar o totalidade das mulheres vítimas de violência doméstica, transmitindo-lhe compreensão e segurança.

O acompanhamento psicológico nesta problemática é essencialmente um processo de resiliência, em que se trabalha no sentido destas mulheres melhorarem a sua saúde psicológica e emocional e assim a sua qualidade de vida. Ajudar as mulheres a superar a experiência da violência doméstica, exige uma rutura com o outro e com o passado, de forma a poderem construir livremente uma nova história/vida, pretende-se promover uma adaptação a novas experiências, mais adaptativas.

O acompanhamento às utentes vítimas de violência doméstica, na consulta, visa essencialmente ajudar essas mulheres a ultrapassar as suas experiências abusivas, ajudando-as a concentrarem-se mais em si mesmas e nas suas necessidades e ajuda-las a aprenderem estratégias para evitar futuros abusos.

Acredita-se que as nossas instituições muitas vezes não conseguem proteger ou apoiar adequadamente as vítimas de violência doméstica. A resposta dada a estas situações é por vezes inadequada ou não suficiente, talvez porque a dinâmica e efeitos particulares deste fenómeno não foram ainda bem compreendidos.

Referências

- Beck, A. T. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental Teoria e Prática (2ª Ed)*. Porto: Artmed.
- Beck, J. G., Tran, H. N. T., Dodson, T. S., Henschel, A. V., Woodward, M, J. & Eddinger, J. (2016). Cognitive Trauma Therapy for Battered Women: Replication and Extension. *Psychology of Violence*, 6, 368–377. Doi: 10.1037/vio0000024
- Binkley, E. (2013). Creative Strategies for Treating Victims of Domestic Violence. *Journal of Creativity in Mental Health*, 8, 306–313. Doi: 10.1080/15401383.2013.821932.
- Hansen, N. B., Eriksen, S. B. & Elklit, A. (2014). Effects of an intervention program for female victims of intimate partner violence on psychological symptoms and perceived social support. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1-10. doi: 10.3402/ejpt.v5.24797.
- Labronici, L. M. (2012). Resilience in Women Victims of Domestic Violence: a Phenomenological View. *Text Context Nursing*, 21(3), 625-632.
- Maia, L. (2012). *Violência Doméstica e Crimes Sexuais*. Lisboa: Lidel.
- Matos, M., Machado, A., Santos, A. & Machado, C. (2012). Intervenção em grupo com vítimas de violência doméstica: Uma revisão da sua eficácia. *Análise Psicológica*, 30, 79-91.
- Ofstehage, A., Gandhi, A., Sholk, J., Radday, A. & Stanzler, C. (2011). Empowering victims of domestic violence. *Social Issue Report*, 1-7.
- Peirce, J. (2009). Family Violence Protection Act 2008. *Family Matters*, 83, 48-51.
- Pina, A. (2013). Quanto mais me bates, menos gosto de mim – abordagem da violência doméstica em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29, 250-254.
- Karakurt, G., Smith, D. & Whiting, J. (2014). Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. *Journal of Family Violence*, 29, 693–70 doi:10.1007/s10896-014-9633-2.
- Keeling, J., Smith, D. & Fisher, C. (2016). A qualitative study exploring midlife women's stages of change from domestic violence towards freedom. *BMC Women's Health*, 16:13, 1-8. doi: 10.1186/s12905-016-0291-9.
- Raue, P.J., & Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp.131-152). New York: Wiley.