

Intimate partner violence: Making the case for joint couple treatment

Sara Antunes-Alves and Jack De Stefano

Questo articolo contribuisce a superare l'ottica secondo cui la violenza domestica (IPV) è un "problema" del solo aggressore. L'approccio tradizionale, partendo dal presupposto che la violenza domestica è una possibile conseguenza di una società patriarcale che privilegia il genere maschile, prendeva in carico il solo aggressore, dividendolo dalla donna e dall'eventuale bambino e lo inseriva poi in un gruppo terapeutico o lo sottoponeva ad un counseling riabilitativo.

Gli effetti negativi della violenza domestica si ripercuotono su tutte le dimensioni della vita di una persona: a livello psicologico è stata trovata una correlazione tra l'essere stati vittima di violenza domestica e la depressione, il disturbo post traumatico da stress, l'abuso di sostanze e il rischio di suicidio. Inoltre i bambini che assistono alla violenza domestica sviluppano una vulnerabilità rispetto ad una serie di problemi psicosociali; d'altra parte il genitore vittima di tale condotta subisce una compromissione delle proprie capacità genitoriali. La violenza domestica in quanto fenomeno multidimensionale necessita di un intervento differente dal tradizionale: la terapia congiunta.

Questo trattamento parallelo nasce da revisioni sistematiche di studi empirici che hanno riportato dei dubbi circa l'efficacia degli interventi sull'aggressore. Dall'articolo emerge che la violenza domestica si compone di più dimensioni ed ha diverse forme: vi è una differenza tra quello che viene definito "patriarchal terrorism" che si riferisce ad azioni coercitive per ottenere il controllo del/della proprio/a partner e la "common couple violence" che rappresenta una violenza situazionale e reciproca che non suscita una paura diffusa nel/nella partner ed è il risultato di un'escalation del conflitto.

La terapia congiunta, è indicata nei casi di violenza lieve o limitata, reciproca e situazionale, e quando ciascun componente della coppia è motivato al cambiamento, si assume la propria responsabilità rispetto al comportamento aggressivo e non lo attribuisce a fattori esterni.

Per valutare il trattamento più adatto il clinico è innanzitutto chiamato a fare un'approfondita analisi del tipo e della gravità della violenza, nonché dello stadio di cambiamento della coppia. Per far ciò può avvalersi di strumenti quali: the Assessment of Immediate Safety Screening Questions, and the Domestic Violence Initiative Screening.

Le coppie violente hanno un deficit nella comunicazione e nel problem-solving, in particolare durante il conflitto o quando uno dei due partner si arrabbia. Ciò implica che la violenza che si osserva in queste coppie è spesso il risultato di un'inefficace soluzione dei problemi interpersonali e quindi la formazione di nuove competenze potrebbe essere un obiettivo del trattamento congiunto.

Concludendo, il trattamento congiunto può essere adottato quando: non vi è alcun abuso di sostanze o problemi di salute mentale che potrebbero compromettere la sicurezza di uno dei due partner; la coppia sperimenta una forma di violenza di moderata o lieve entità; la violenza è il risultato di una cattiva strategia di problem solving e non è motivata dalla necessità di controllo e quando chi attua il comportamento violento se ne assume la responsabilità e non la attribuisce al partner.

Preliminary Examination of a Mutual Intimate Partner Violence Intervention Among Treatment-Mandated Couples

Alisha M. Wray, Tim Hoyt, and Melissa Gerstle
University of New Mexico

L'Intimate Partner Violence (IPV) è un problema diffuso in tutto il mondo, che porta a conseguenze significative sia sul piano fisico che mentale. Circa il 25% degli individui degli Stati Uniti confermano di aver avuto esperienze di IPV di tipo fisico, sessuale o emotivo. Quasi una su quattro coppie di età compresa tra i 18 e i 28 anni segnala episodi di violenza nei loro rapporti attuali.

La maggior parte degli studi e dei trattamenti di IPV si sono focalizzati sulla violenza dell'uomo sulla donna. Il modello più significativo per questo approccio è il modello "IPV treatment-of-choice" di Duluth, che vede l'IPV come un fenomeno maschile perpetrato da una società patriarcale in cui gli uomini esercitano il controllo sulle donne. I trattamenti ispirati al modello di Duluth sono tipicamente basati su lavori di gruppo, sono specifici per genere sessuale (sono cioè, per la maggior parte dei casi, esclusivamente rivolti agli uomini), hanno soltanto un effetto modesto, con una media del 33% di ricomparsa della violenza entro 6 mesi e con elevati tassi di abbandono da parte dei partecipanti.

Tuttavia, all'interno dell'approccio basato sulla violenza familiare, si è recentemente teorizzato che l'IPV è spesso il prodotto di una relazione diadica, nella quale la violenza è reciproca e il conflitto culmina nell'aggressione da parte di entrambi i partner. Infatti, negli episodi di IPV, tra il 45% e il 95% delle coppie riporta che è avvenuta violenza reciproca.

Inoltre recenti ricerche mostrano che l'attuale tasso di atti violenti perpetrati dalle donne è pari o superiore agli atti violenti perpetrati dagli uomini e che non c'è differenza sostanziale tra uomo e donna per quanto riguarda le motivazioni (ad esempio la dominanza) e i fattori di rischio (ad esempio l'abuso infantile).

I trattamenti basati su questo approccio vengono chiamati diadici, sono rivolti cioè ad entrambi gli individui della coppia, e sono risultati essere molto efficaci nel ridurre l'IPV senza aumentare i rischi per la sicurezza, con indici di cessazione di IPV, che in alcuni casi arrivarono al 92%.

STUDIO:

Nel 2012 fu condotto uno studio nell'università del New Mexico (A. M. Wray, T. Hoyt, M. Gerstle) riguardante un intervento pilota per Intimate Partner Violence tra coppie di etnia diversa e genitori di almeno un figlio, mandate in trattamento dal tribunale.

CAMPIONE:

Il campione di tale studio era composto da 121 coppie che presentavano le seguenti caratteristiche:

Gli uomini avevano un'età media di 29,9 anni, le donne invece di 27,6 anni, entrambi appartenevano a diverse etnie prevalentemente a quella Spagnola/Latina. I soggetti del campione dichiaravano una media di 13 anni circa di scolarizzazione e riferivano di conoscere il proprio partner per una media di 7 anni.

FASI DELL'INTERVENTO:

L'intervento pilota IPV di questo studio ha utilizzato un programma diadico equivalente, ma separato per ogni partner.

L'intervento pilota consisteva in 3 parti:

- 1) Valutazioni di base
- 2) Trattamento di gruppo di 12 settimane
- 3) Intervista d'uscita

1) Le valutazioni di base furono costituite da:

- a) Un'intervista semistrutturata volta a valutare gli episodi di IPV passati e in atto all'interno della relazione, così come altre differenze individuali che potrebbero influenzare i comportamenti relazionali (salute mentale, storia legale, precedenti relazioni o episodi di violenza);

- b) Questionari valutanti la relazione e il comportamento IPV, la personalità e altre caratteristiche correlate con l'IPV, come l'uso di sostanze o disturbi post traumatici da stress. In particolare fu utilizzata la "Conflict Tactics Scale - revised" (CTS-2), una scala di misurazione Lickert composta da 39 item e volta ad indagare l'IPV. Una volta effettuate tali valutazioni, ogni partecipante fu mandato all'intervento pilota o in un altro programma all'interno della comunità sulla base dello specifico trattamento di cui ogni partecipante necessitava. Le 121 coppie furono quindi suddivise in 92 coppie inviate all'intervento pilota e 29 coppie inviate ad un altro programma IPV all'interno della comunità (queste 29 coppie formarono il gruppo di controllo).
- 2) I trattamenti di gruppo di 12 settimane furono rivolti alle 92 coppie dell'intervento pilota e si basarono su principi cognitivo-comportamentali e sul lavoro di Gottman e colleghi, fondato su un approccio di intervento diadico. L'intervento conteneva 4 moduli:
- a) Orientamento di gruppo (2 sessioni)
 - b) Abilità relazionali (3 sessioni)
 - c) Abilità di consapevolezza emotiva (3 sessioni)
 - d) Abilità di genitorialità e co-genitorialità (4 sessioni)
- I moduli si rivolgevano ai seguenti obiettivi di gruppo:
- a) Incrementare i comportamenti vantaggiosi per il rapporto (es. supporto, gioia/sorpresa, affetto, interesse, tristezza, rabbia)
 - b) Ridurre i comportamenti relazionali dannosi (es. disprezzo, belligeranza, critiche, ostruzionismo, comportamenti di difesa)
 - c) Promuovere relazioni sane e sicure (es. bandiera rossa quando viene identificata una relazione malsana, piani di sicurezza per lasciare relazioni pericolose)
 - d) Aumentare la consapevolezza emotiva (es. il ruolo della disregolazione emozionale nel conflitto, aumentata consapevolezza delle emozioni)
 - e) L'incoraggiamento di pratiche salutari di genitorialità e co-genitorialità (es. la pratica di "allenamento dell'emozione", aiutando il bambino a imparare ad identificare, etichettare e rispondere alle reazioni emotive, tecniche di disciplina, enfatizzando il rinforzo positivo)
- Ogni sessione era di 90 minuti e includeva la revisione dei compiti a casa, la discussione dei materiali della sessione e giochi di ruolo.
- 3) L'intervista d'uscita è stata l'ultima fase dell'intervento pilota e in essa si è voluto indagare l'efficacia e la soddisfazione dei partecipanti per l'intervento. Quindi in questa ultima fase fu chiesto ai soggetti di completare una scala di misurazione per la soddisfazione e la CTS-2.

RISULTATI

Questo studio ha confermato l'ipotesi che un intervento di tipo diadico per coppie mutuamente violente presenta risultati migliori rispetto agli interventi tradizionali, i quali presentano tassi di ricomparsa della violenza del 33%. Infatti a trattamento completato gli uomini e le donne dell'intervento pilota hanno riportato di aver perpetrato e subito un minor numero di aggressioni.

Inoltre i risultati hanno mostrato che gli interventi focalizzati sull'individuo o diadici risultano efficaci nella riduzione del tasso di ricomparsa dell'IPV e nella riduzione di condanne per violenza generiche, soprattutto per le coppie in cui entrambi i partner conclusero il trattamento.

I tassi di abbandono in questo campione furono più bassi che nella maggioranza dei trattamenti tradizionali, infatti delle 92 coppie riferite al programma pilota, l'89% delle coppie ha avuto uno o entrambi i partner che lo completarono.

Da quanto è emerso da entrambi gli articoli, un esito positivo della terapia si verifica quando c'è una motivazione della coppia al trattamento e quando questo è portato a termine da entrambi. In tal caso, è probabile che non si riproporranno comportamenti di IPV in futuro, e che la coppia acquisirà nuove competenze relazionali alternative e differenti capacità di problem solving quando si presenta una situazione conflittuale.