

Violenza di Genere: criticità, bias e ruolo del terapeuta



Luca Amato*, Giovanna Verde**, Jessica Ferrigno***,
Jacopo Stringo****, Francesca Cavallo*****

Ricevuto il 17 dicembre 2025, accettato il 26 maggio 2026

Sommario

La violenza di genere, e in particolare la violenza nelle relazioni di intimità (Intimate Partner Violence – IPV), costituisce una violazione dei diritti umani e un grave problema di salute pubblica globale, con profonde ripercussioni sulla salute fisica e mentale delle vittime, dei loro figli e degli stessi autori (Wessells *et al.*, 2022; WHO, 2014). Questo lavoro esplora il fenomeno alla luce delle definizioni internazionali (OMS, Convenzione di Istanbul), analizzandone la complessa eziologia che intreccia fattori socio-culturali, relazionali e psicopatologici. Partendo da un'analisi critica del contesto italiano – evidenziando le discrepanze tra avanzamento legislativo (Codice Rosso) e outcome empirici, e il dibattito scientifico sulla bidirezionalità del fenomeno – si passa in rassegna il quadro teorico integrato necessario per comprenderlo. Viene quindi approfondito il tema del trattamento degli autori, dalla critica ai modelli tradizionali (Duluth) alle prospettive evidence-based differenziali (RNR, tipologie di autori) e agli approcci emergenti (ACT, TMI). Come caso esemplare di intervento integrato

* Psicologo Psicoterapeuta, CUAV presso Asst Papa Giovanni XXIII, Via San Martino della Pigrizia 52 – 24129 Bergamo; e-mail: lucamato88@gmail.com.

** Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa, Studio Clinico, Via Caboto 57 – 10129 Torino; e-mail: giovanna.verde@gmail.com.

*** Psicologa, Psicoterapeuta; Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva Centro Clinico Crocetta, 10129 Torino; e-mail: info@psicologajessicaferrigno.it.

**** Psicologo, PhD Candidate; Università degli Studi di Bergamo, via Salvecchio 19, 24129; Coordinamento Esecutivo CRiSiCo – IULM; Membro GdL LGBTQI+ dell'Ordine Psicologi Lombardia; e-mail: info.jacopostringo@gmail.com.

***** Psicologa, Psicoterapeuta, Dottore di ricerca, Sessuologa, Criminologa, Coordinatrice Area di Interesse Sessuologia SITCC, Scuola Psicoterapia Integrata, Passaggio dei Canonici Lateranensi 12 – 24121 Bergamo; e-mail: francycavallo@hotmail.it.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 57/2025
DOI: 10.3280/qpc57-2025oa23110

e multidisciplinare fondato sulla mentalizzazione, viene descritto dettagliatamente il progetto U.O.Mo (Milano). Il contributo dedica specifica attenzione alle dinamiche psicologiche trasversali, come la dipendenza affettiva e il trauma bond, e si conclude con una riflessione approfondita sul ruolo del terapeuta, sui bias cognitivi ed emotivi in gioco e sulla necessità di una posizione clinica paradossale che sappia coniugare accoglienza non giudicante e ferma responsabilizzazione, nell'ottica di un contrasto efficace ed eticamente fondato al fenomeno.

Parole chiave: Violenza di Genere, Intimate Partner Violence (IPV), trattamenti psicoterapeutici, mentalizzazione, dipendenza affettiva, bias del terapeuta.

Intimate Partner Violence: Shortcomings, Bias and the Therapist's Role

Abstract

Gender-based violence, and in particular intimate partner violence (IPV), constitutes a violation of human rights and a major global public health issue, with profound repercussions for the physical and mental health of victims, their children, and the perpetrators themselves (Wessells *et al.*, 2022; WHO, 2014). This work explores the phenomenon in light of international definitions (WHO; Istanbul Convention), analyzing its complex etiology, which involves an interplay of socio-cultural, relational, and psychopathological factors. Starting from a critical analysis of the Italian context – highlighting the discrepancies between legislative progress (Codice Rosso) and empirical outcomes, and the scientific debate on the bidirectionality of the phenomenon – it reviews the integrated theoretical framework necessary for its understanding. The issue of perpetrator treatment is then explored in depth, from a critique of traditional models (Duluth) to evidence-based, differentiated perspectives (RNR model, perpetrator typologies) and emerging approaches (ACT, TMI). As an exemplary case of an integrated and multidisciplinary intervention founded on mentalization, the U.O.Mo project (Milan) is described in detail. The paper dedicates specific attention to transversal psychological dynamics, such as emotional dependence and trauma bonding, and concludes with an in-depth reflection on the role of the therapist, the cognitive and emotional biases at play, and the need for a paradoxical clinical stance capable of reconciling non-judgmental acceptance with firm accountability, with a view to effectively and ethically addressing the phenomenon.

Keywords: Gender-Based Violence, Intimate Partner Violence (IPV), Perpetrator Treatment, Mentalization, Emotional Dependence, Therapist Biases.

Il fenomeno: definizioni, dimensione globale e il modello a piramide dell'OMS

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la violenza è «l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che provochi o abbia un alto grado di probabilità di provocare lesioni, morte, danno psico-

logico, problemi di sviluppo o privazioni» (WHO, 2014, p. 1). L'OMS invita a considerare il fenomeno violento come una piramide: alla sommità vi sono gli omicidi, gli eventi più visibili; subito sotto, i sopravvissuti che accedono ai servizi sanitari; alla base, la vasta maggioranza delle vittime che subiscono violenza "nell'ombra", senza alcuna registrazione ufficiale (WHO, 2014).

La violenza di genere contro le donne percorre tutti e tre i livelli di questa piramide. La Convenzione di Istanbul (2011) la definisce chiaramente come una manifestazione dei rapporti di forza storicamente diseguali tra i sessi, che hanno condotto alla dominazione e alla discriminazione delle donne. La violenza di genere si articola in molteplici forme: fisica, sessuale (inclusi stupro e molestie), psicologica, economica, atti persecutori (stalking), matrimonio forzato, mutilazioni genitali femminili, aborto e sterilizzazione forzati (Consiglio d'Europa, 2011).

La sua forma più comune è l'Intimate Partner Violence (IPV), definita come qualsiasi comportamento all'interno di una relazione intima che causa danni fisici, sessuali o psicologici, inclusi atti di aggressione fisica, coercizione sessuale, abusi psicologici e comportamenti di controllo (WHO, 2013). Le statistiche globali sono allarmanti: circa una donna su tre (30%) nel mondo subisce violenza fisica o sessuale da un partner nel corso della vita (WHO, 2014); il 38% di tutti gli omicidi di donne sono commessi da partner intimi, configurandosi come una delle principali cause di morte per le donne in età riproduttiva (WHO, 2013b; 2022).

Il contesto italiano: dati epidemiologici, criticità sistemiche e il dibattito scientifico sulla bidirezionalità

In Italia, i dati ISTAT (2024) confermano la pervasività del fenomeno: il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni (6,8 milioni) ha subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale nel corso della vita. Di queste, 4,3 milioni hanno subito violenza fisica, 4,5 milioni violenza sessuale, e 1,1 milioni le forme più gravi, come stupro e tentato stupro. Nel 2023, il Report del Servizio Analisi Criminale ha registrato 87 donne uccise in ambito familiare-affettivo, di cui 55 per mano del partner o ex-partner, confermando il dato di una donna uccisa ogni tre giorni in Italia (Cavallo *et al.*, 2025; Servizio Analisi Criminale, 2023).

Il quadro legislativo italiano ha conosciuto una significativa evoluzione, con l'introduzione del Codice Rosso (L. 69/2019) e l'allineamento alla Convenzione di Istanbul. Tuttavia, l'analisi dell'efficacia rivela discrepanze significative tra obiettivi teorici e outcome empirici (Cavallo *et al.*, 2025). I

dati mostrano un trend paradossale: l'incidenza dei femminicidi da partner intimi è aumentata dal 38,7% al 61,3% nel periodo 2004-2019. Il 79,07% delle violazioni delle misure restrittive (ammonimento, allontanamento) coinvolge vittime di genere femminile. Emergono criticità sistemiche documentate da report istituzionali: meccanismi di monitoraggio inadeguati, rischio di vittimizzazione secondaria nei procedimenti giudiziari, frammentazione comunicativa tra giustizia civile e penale e, non ultimo, una limitata competenza specifica sulla violenza di genere in una parte degli operatori (Corte dei Conti, 2016; GREVIO, 2020).

Un ulteriore livello di complessità è introdotto dal dibattito scientifico sulla natura unidirezionale o bidirezionale della violenza di coppia. I dati ufficiali e gli studi che rilevano le conseguenze più gravi (lesioni, omicidi) confermano in modo schiacciante che gli autori sono uomini e le vittime donne (Bair-Merritt *et al.*, 2010). Tuttavia, studi basati su auto-segnalazioni in campioni di comunità e non giudiziari indicano che il pattern di violenza reciproca (bidirezionale) è statisticamente il più frequente. Una revisione sistematica di Langhinrichsen-Rohling *et al.* (2012) ha rilevato una prevalenza di violenza bidirezionale di circa il 60%, con il restante 40% suddiviso in violenza unidirezionale maschile (17,5%) e femminile (22,9%). Questi dati sono stati recentemente confermati da ulteriori meta-analisi (Lysova *et al.*, 2024; Machado *et al.*, 2024).

Questi risultati non sminuiscono la gravità della violenza maschile, spesso più severa e inserita in dinamiche di controllo coercitivo (Johnson, 1995), né giustificano simmetrie fuorvianti. Tuttavia, impongono una lettura clinica più sfumata, riconoscendo che in una porzione significativa di casi l'IPV si manifesta in dinamiche relazionali disfunzionali caratterizzate da alto conflitto, scarsa regolazione emotiva e reciprocità di comportamenti aggressivi, a prescindere dal genere (Bates, 2020). Questo comporta implicazioni cruciali per la concettualizzazione del caso e nella scelta dell'intervento terapeutico.

Teorie eziologiche dell'IPV: verso un modello ecologico integrato

La complessità dell'IPV richiede un modello eziologico multifattoriale ed ecologico (Di Napoli *et al.*, 2019), che integri diversi livelli esplicativi senza riduzionismi:

1. *Livello Socio-Culturale (Macro)*: La prospettiva Femminista e il Controllo Coercitivo. La teoria predominante di matrice femminista e socio-cul-

turale identifica nella struttura patriarcale, nel sessismo e nelle norme di genere che legittimano il dominio maschile, le radici strutturali della violenza (Bohall *et al.*, 2016; Manne, 2018). In questa visione, l'IPV è strumento di oppressione e mantenimento del potere. Michael P. Johnson (1995) ha concettualizzato questa forma come “terrorismo patriarcale” o violenza coercitiva di controllo, caratterizzata da un pattern pervasivo di intimidazione, isolamento, controllo economico e violenza fisica, finalizzato a sottomettere la partner. L'emancipazione femminile, in questo quadro, può essere percepita come una minaccia a privilegi storici, innescando reazioni violente di riaffermazione del controllo (Manne, 2018). Questa prospettiva ha ispirato il modello Duluth di intervento, centrato sulla psicoeducazione contro gli stereotipi di genere.

2. *Livello Relazionale e Intergenerazionale (Meso)*: Apprendimento Sociale e Attaccamento. La teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 2001) e il modello della trasmissione intergenerazionale della violenza sottolineano come l'esposizione alla violenza tra i genitori durante l'infanzia sia uno dei più solidi fattori di rischio per diventare sia vittima che autore di IPV in età adulta (Capaldi *et al.*, 2012; Cunha *et al.*, 2024). I bambini imparano che la violenza è una strategia accettabile per risolvere i conflitti e regolare le emozioni (Corvo & Johnson, 2003). Insieme a questo, la teoria dell'attaccamento fornisce una chiave di lettura cruciale. Stili di attaccamento insicuri (preoccupato/ansioso o evitante) creano vulnerabilità relazionali. L'attaccamento ansioso, caratterizzato da intensa paura dell'abbandono e ipervigilanza al rifiuto, può tradursi in comportamenti di iper-controllo e reazioni aggressive di rabbia quando si percepisce un allontanamento del partner (Velotti *et al.*, 2018). Coppie con stili di attaccamento “mismatch” (es., ansioso-evitante) possono cadere in cicli distruttivi di “richiesta e ritiro” che aumentano il rischio di escalation conflittuale (Doumas *et al.*, 2008).
3. *Livello Individuale e Psicopatologico (Micro)*: Personalità, Regolazione e Metacognizione. Un consistente corpus di ricerca evidenzia cluster di fattori di rischio individuali:
 - *Disturbi di Personalità*: Gli autori di IPV presentano con maggiore frequenza tratti o veri e propri disturbi di personalità. Le tipologie più associate sono il Disturbo Borderline di Personalità (con impulsività, instabilità emotiva, paura dell'abbandono) e il Disturbo Antisociale di Personalità (con disprezzo per gli altri, assenza di rimorso, ricerca di sensazioni) (Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994; Collison & Lynam, 2021). Tratti narcisistici (bisogno di ammirazione, mancanza di empatia) sono anch'essi comuni.

- *Disregolazione Emotiva e Rabbia*: Difficoltà nel riconoscere, modulare e tollerare stati emotivi intensi, in particolare la rabbia, sono predittori consistenti di aggressione (Birkley & Eckhardt, 2015; Shorey *et al.*, 2015). L'impulsività gioca un ruolo chiave nel passaggio all'agito violento.
- *Deficit Metacognitivi*: La metacognizione, intesa come la capacità di riflettere sugli stati mentali propri e altrui e di usarli per la regolazione affettiva e la soluzione dei problemi interpersonali (Semerari *et al.*, 2003), risulta spesso compromessa. Difficoltà nel funzionamento riflessivo portano a interpretazioni rigide delle intenzioni altrui (es., “*Mi sta umiliando di proposito*”), riducono la capacità di empatia e limitano le strategie di coping non violente (Misso *et al.*, 2019).
- *Comorbidità Psichiatriche e Abuso di Sostanze*: La presenza di Depressione, Disturbo Post-traumatico da Stress e, in modo particolarmente significativo, l'abuso di alcol e droghe sono fortemente correlati alla perpetrazione di IPV (Cafferky *et al.*, 2018; Mayshak *et al.*, 2022). Le sostanze disinibiscono il controllo degli impulsi e amplificano le percezioni distorte.

Il trattamento degli autori di IPV: dalle criticità dei modelli standard agli approcci differenziati e integrati

Il trattamento degli uomini autori di violenza si è evoluto da un approccio ideologico standardizzato verso modelli evidence-based differenziali.

Il modello Duluth, pur avendo il merito storico di inquadrare politicamente la violenza, si è rivelato di limitata efficacia clinica. Nato negli anni '80 nell'ambito del Domestic Violence Intervention Project da Ellen Pence e Michael Paymer in Minnesota (Pence & Paymer, 1993) propone una modalità di lavoro grupale socio-educativa. Qui l'IPV è definita come il risultato di un insieme di comportamenti finalizzati a dominare e controllare la partner da parte dell'aggressore. Nel tempo tale modello è stato proposto come trattamento principale all'interno del sistema giudiziario, perché permette un approccio interagenzia, pur in presenza di alcuni limiti (Dutton & Corvo, 2006). I tassi di dropout, infatti, sono alti e gli studi mostrano miglioramenti marginali nella riduzione della recidiva (Babcock *et al.*, 2016). Anche la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) standard, sebbene più efficace del Duluth, produce risultati contrastanti quando applicata in modo indifferenziato (“one-size-fits-all”) a una popolazione eterogenea (Karakurt *et al.*, 2019; Travers *et al.*, 2021). Il principale limite è la mancata corrispondenza

tra l'intervento offerto e le specifiche vulnerabilità psicologiche dei diversi tipi di autori.

La ricerca sottolinea con forza la necessità di trattamenti differenziali basati su una classificazione accurata degli autori di violenza. La tassonomia più influente rimane quella proposta da Holtzworth-Munroe e Stuart nel 1994, che identifica tre profili clinici con prognosi e bisogni terapeutici sostanzialmente diversi. Il primo profilo, definito "Solo-Famiglia" (Family-Only), comprende autori la cui violenza è prevalentemente situazionale, caratterizzata da bassa gravità e frequenza, con manifestazioni circoscritte al contesto della coppia. Questi soggetti presentano livelli minimi di psicopatologia e abuso di sostanze, rispondendo in modo favorevole a interventi psicoeducativi brevi focalizzati sulla gestione del conflitto interpersonale. Il secondo profilo, denominato "Borderline/Disforico" (Dysphoric/Borderline), si distingue per una violenza più grave e frequente, spesso correlata a gelosia patologica e intensa paura dell'abbandono. Questi autori manifestano marcata disregolazione emotiva, sintomatologia depressiva significativa e pattern di attaccamento ansioso. Il loro trattamento richiede necessariamente terapie strutturate sulla regolazione emotiva, lo sviluppo delle capacità di mentalizzazione e la gestione dell'impulsività. Il terzo profilo, identificato come "Generalmente Violento/Antisociale" (Generally Violent/Antisocial), comprende autori che estendono la loro violenza oltre il contesto della coppia, spesso con precedenti penali documentati. Presentano tratti antisociali e narcisistici marcati, scarsa capacità di rimorso e frequente comorbidità con disturbi da uso di sostanze. La prognosi per questo gruppo risulta decisamente più infausta, richiedendo interventi che integrino una forte componente di controllo esterno data la limitata motivazione intrinseca al cambiamento.

Questa differenziazione tipologica rappresenta il fondamento empirico del Modello RNR (Risk-Need-Responsivity), che enfatizza l'importanza di calibrare l'intensità e la natura dell'intervento sul livello di rischio dell'autore, sui suoi bisogni criminogeni specifici e sulla sua responsabilità al trattamento.

Il modello Risk-Need-Responsivity (RNR), sviluppato da Andrews, Bonta e Hoge nel 1990, fornisce il framework operativo per questa differenziazione clinica, calibrando l'intensità e il focus dell'intervento sul livello di rischio di recidiva, sui bisogni criminogeni specifici del soggetto (come la gestione della rabbia o l'abuso di sostanze) e sulla sua responsabilità intesa come stile di apprendimento e motivazione al cambiamento. Una meta-analisi condotta da Travers e colleghi nel 2021 conferma empiricamente che i programmi basati sui principi RNR risultano significativamente più efficaci

nel ridurre la recidiva a breve e medio termine rispetto agli approcci generici e non strutturati.

Nel panorama dei nuovi modelli terapeutici, gli approcci integrati mostrano un potenziale clinico particolarmente promettente. L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) combina tecniche di mindfulness e accettazione dei pensieri ed emozioni difficili con l'impegno verso valori personali non violenti, creando un framework che promuove la flessibilità psicologica. Uno studio di Zarling e colleghi del 2019 ha documentato una riduzione della recidiva superiore a quella ottenuta con il modello Duluth, suggerendo che l'approccio processuale dell'ACT possa superare i limiti dei modelli puramente psicoeducativi.

Un'evoluzione particolarmente interessante è rappresentata dalla Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI), un trattamento per i disturbi di personalità con solida validazione empirica (Dimaggio *et al.*, 2024) che è stato recentemente adattato al trattamento dell'IPV. La TMI interviene sui nuclei di vulnerabilità comuni negli autori di violenza, quali schemi interpersonali disfunzionali (come la credenza "*Se non controllo il partner, mi abbandonerà*"), deficit metacognitivi nella comprensione degli stati mentali propri e altrui, disregolazione emotiva e pattern di ruminazione rabbiosa. Studi preliminari su caso singolo e una serie di casi pubblicati da Pasetto e colleghi nel 2025 hanno documentato non solo l'interruzione del comportamento violento, ma anche significativi miglioramenti nel funzionamento psicologico e relazionale complessivo, candidando questo approccio come intervento d'elezione per autori con significativa psicopatologia di base, particolarmente quelli riconducibili al profilo Borderline/Disforico.

Il progetto U.O.Mo (Milano): mentalizzazione come cornice per un approccio integrato e multidisciplinare

In questo panorama complesso, il progetto U.O.Mo (Uomini, Orientamento e Monitoraggio) ha rappresentato una sperimentazione pionieristica nella Città Metropolitana di Milano (Calloni *et al.*, 2023). Nato dalla collaborazione tra ATS, Università Milano-Bicocca ed enti del terzo settore, ha strutturato la prima rete territoriale lombarda per la presa in carico integrata degli uomini autori di IPV.

La sua innovazione risiede nell'aver creato un modello gruppale psicoeducativo in cui prospettive teoriche diverse – quella socio-culturale, quella psicodinamica e quella cognitivo-costruttivista (Guidano & Liotti, 1983) – hanno trovato un linguaggio comune e integrativo nel costruito della menta-

lizzazione (Bateman & Fonagy, 2019). La mentalizzazione, definita come il processo mentale attraverso cui interpretiamo le azioni (proprie e altrui) in base a stati mentali intenzionali (desideri, bisogni, sentimenti, credenze), è diventata la lente clinica condivisa (Colli, 2024).

L'équipe operava con una duplice consapevolezza: ecologica e intersezionale (Di Napoli *et al.*, 2019; Graglia, 2019). Ecologica, nel riconoscere che il percorso di ciascun uomo è influenzato da sistemi relazionali, culturali e sociali più ampi. Intersezionale, nel prestare attenzione agli stereotipi (di genere, ma anche culturali e di classe) che potevano muoversi nel processo di lavoro, influenzando l'alleanza terapeutica (Grifoni, 2016). Il lavoro clinico mirava a promuovere una posizione mentalizzante sia nei professionisti che nei partecipanti, aiutando a sospendere risposte automatiche e “prementalizzanti” (Sharp & Bevington, 2022) – come la concreta attribuzione di colpa o la minimizzazione – a favore di una curiosità esplorativa sugli stati mentali propri e della partner. La promozione di una posizione mentalizzante nei professionisti che lavorano con autori di IPV ha costituito nel progetto U.O.Mo. una delle precondizioni epistemiche, più che una semplice finalità formativa, ed è una posizione condivisa da chi ha partecipato alla sperimentazione. Nel percorso trattamentale proposto alcuni dei contenuti portati dagli autori di violenza, tra cui descrizioni di agiti violenti, narrazioni colpevolizzanti della partner, minimizzazioni, sollecitano nel/nella professionista che li ascolta movimenti controtransferali ad alta intensità (giudizio moralistico, paura, identificazione collusiva, fascinazione, distanziamento), che possono arrivare a riprodurre proprio quei funzionamenti prementalizzanti, con la ulteriore possibile attivazione dei sistemi motivazionali dei professionisti stessi (Popolo *et al.*, 2022). Il monitorare tali stati permette la costruzione di un dialogo terapeutico consapevole (Monticelli, 2023) e si è potuto constatare come questo abbia consentito all'équipe di non rispondere alla violenza con un proprio agito, simbolico o relazionale, durante il percorso trattamentale. In U.O.Mo. mantenere attivo il monitoraggio metacognitivo sui propri stati mentali e sulle loro oscillazioni sotto pressione interpersonale (Semerari *et al.*, 2003), ha permesso una postura relazionale da parte degli operatori e delle operatrici tale da favorire la curiosità di esplorare gli stati mentali dell'uomo. In chiave intersoggettiva (Liotti & Farina, 2011; Salvatore, 2023), questa posizione genera il campo entro cui l'esperienza dell'uomo può essere co-riflettuta anziché riagita, promuovendo un clima relazionale e un'ottica di complessità che permette al clinico che incontra l'uomo autore di IPV – le cui problematiche di mentalizzazione spesso sono associate ad altri fenomeni come dipendenza da sostanza, disturbi di personalità (Carcione & Nicolò, 2025) o traumi preesistenti (Yu *et al.*, 2019) – di riconoscerlo

come un soggetto responsabile e riflessivo, quindi in grado di integrare le diverse parti della propria storia, tra cui l'agito violento e gli aspetti aggressivi, insieme all'angoscia e alla colpa conseguenti alla consapevolezza dei propri comportamenti e delle loro conseguenze.

Obiettivo finale non era una responsabilizzazione meramente giudiziaria, ma un'autentica assunzione di responsabilità radicata in un ampliamento e in una flessibilizzazione della struttura interna del sé (Guidano, 1992), come ad esempio con l'utilizzo di spunti come «la storia della rabbia» (Rezzonico & De Marco, 2012). Questo passava attraverso il riconoscimento del proprio ruolo attivo nell'atto violento, la comprensione delle sofferenze che lo avevano attivato e, soprattutto, la riacquisizione della capacità di riconoscere la partner come un soggetto separato, con una propria mente e una propria sofferenza.

Dipendenza affettiva e trauma bond: la trappola relazionale

Un aspetto psicopatologico trasversale, cruciale per comprendere sia la vulnerabilità di alcune vittime che il controllo di alcuni autori, è la dipendenza affettiva o *Pathological Affective Dependence* (PAD). Modelli cognitivi concettualizzano la PAD come un legame patologico mantenuto da schemi maladattivi precoci, in particolare quelli di Abbandono/Instabilità e Difettività/Vergogna, espressi in credenze nucleari del tipo “*Senza di lui/lei non valgo nulla*”, “*Non sono amabile*”, e in una intensa, paralizzante paura dell'abbandono (Young, Klosko & Weishaar, 2003). La ricerca mostra un circolo vizioso bidirezionale: punteggi di dipendenza affettiva sono associati sia alla presenza che all'intensità della violenza psicologica, fisica e sessuale (Rosas-Muñoz *et al.*, 2022). La dipendenza può essere un fattore di rischio che espone a relazioni abusive, ma è anche un esito dell'esposizione prolungata alla violenza. Il perpetratore, spesso in modo inconsapevole, rafforza questo legame patologico attraverso cicli di rinforzo intermittente: periodi di svalutazione, critica e violenza si alternano a momenti di tenerezza, scuse e promesse di cambiamento. Questo schema imprevedibile crea un potente trauma bond (legame traumatico), simile a una dipendenza, in cui la vittima vive in uno stato costante di ipervigilanza e attaccamento ansioso, trovando nei rari momenti di apparente tregua, la conferma della bontà del partner e la speranza per il futuro (Pugliese *et al.*, 2025).

Per il clinico, è fondamentale concettualizzare questa dinamica evitando qualsiasi forma di colpevolizzazione della vittima (victim-blaming). La dipendenza affettiva è un meccanismo di vulnerabilità e mantenimento della

relazione violenta, ma la responsabilità degli atti di violenza resta interamente in capo al perpetratore e al sistema di potere che eventualmente legittima. Lavorare su questi schemi, sia nelle vittime che negli autori (per i quali la dipendenza può manifestarsi come paura ossessiva di essere abbandonati), è parte integrante del trattamento.

Il ruolo del terapeuta: bias, posizione etica e la sfida della doppia alleanza

Lavorare con la violenza di genere, specialmente con gli autori, pone il terapeuta di fronte a sfide etiche ed emotive uniche, esponendolo a specifici bias che possono compromettere l'efficacia dell'intervento.

Un primo rischio significativo è quello della collusione e minimizzazione, in cui il clinico può farsi inconsapevolmente coinvolgere nelle narrazioni giustificatorie dell'autore (*"Era stressato"*, *"Lei mi ha provocato"*), finendo per sminuire la gravità degli atti o spostare il focus esclusivamente sui traumi passati del paziente, senza ancorarli alla responsabilità presente. All'estremo opposto si colloca il rischio del controtransfert moralistico e stigmatizzante, una reazione comprensibile sul piano etico ma terapeuticamente deleteria, in cui l'identificazione con la vittima porta il clinico ad assumere una posizione giudicante che vede l'uomo solo come "mostro" o "carnefice". Questa posizione distrugge l'alleanza terapeutica e blocca qualsiasi possibilità di cambiamento, rafforzando nell'autore la percezione di essere incompreso e attaccato (Grifoni, 2016). Un terzo rischio, non meno insidioso, riguarda l'impotenza e il burnout legati all'esposizione continua a storie di crudeltà e sofferenza, alla lentezza del cambiamento terapeutico e alla percezione di inefficacia sistemica.

La buona pratica clinica richiede di costruire e mantenere una posizione paradossale e profondamente dialettica, che Colli (2024) definirebbe una postura mentalizzante radicale. Il terapeuta deve riuscire a sostenere simultaneamente due alleanze apparentemente contraddittorie ma in realtà complementari. Da un lato, deve stabilire un'alleanza terapeutica con l'uomo come persona, caratterizzata da un'accoglienza non giudicante della sua soggettività, della sua sofferenza, della sua storia e delle sue vulnerabilità psicologiche. Questa dimensione rappresenta la porta d'accesso al cambiamento, che passa necessariamente attraverso la comprensione empatica dei suoi stati mentali disfunzionali. Dall'altro lato, deve mantenere un'alleanza etica con la vittima e con il principio di non-violenza, che si traduce in una ferma, chiara e costante assunzione di posizione sull'inaccettabilità assoluta della

violenza agita. Questo implica nominare gli atti per quello che sono (“*Quello che descrivi è una percossa*”, “*Quel comportamento è controllo coercitivo*”), ribadire la piena responsabilità dell’autore sulle sue azioni (Demurtas *et al.*, 2024) e mantenere sempre un focus parallelo sulla sicurezza della vittima reale o potenziale.

Questa posizione complessa si incarna necessariamente in un lavoro di équipe e supervisione continua, che permetta di contenere le reazioni emotive del terapeuta e di analizzare criticamente i processi relazionali in atto. Il cambiamento viene promosso non attraverso la colpevolizzazione, che è clinicamente inefficace, ma potenziando le capacità autoriflessive e metacognitive dell’uomo, aiutandolo a riconoscere le emozioni che precedono l’agito violento, a decostruire le interpretazioni rigide del comportamento della partner, a sviluppare strategie di regolazione alternativa, a tollerare stati di incertezza e frustrazione senza passare all’azione (Condino *et al.*, 2022; Milani & Grumi, 2023). È un lavoro paziente e complesso di costruzione di un sé più integrato e responsabile, capace di riconoscere l’altro come soggetto separato e degno di rispetto.

Conclusioni

La violenza di genere, nelle sue radici culturali e nelle sue manifestazioni relazionali più intime, rimane una delle piaghe più profonde e resistenti delle nostre società. Combatterla richiede un impegno collettivo, coordinato e scientificamente informato su tutti i fronti: culturale, con un’educazione alle relazioni affettive fondata sul consenso e sul rispetto che inizi dalla scuola e dalla famiglia; legislativo e giudiziario, con norme efficaci, applicate in modo omogeneo e da professionisti formati; sociale, con reti di protezione solide e accessibili.

In questo sforzo collettivo, la psicoterapia ha un ruolo specialistico e insostituibile, sia nel sostenere il percorso di fuoriuscita e di ripresa delle vittime, sia nell’offrire agli autori una possibilità di cambiamento che protegga le vittime future e allevi la loro stessa sofferenza. I modelli di intervento più promettenti sono quelli che, come la TMI o il framework del progetto U.O.Mo, abbandonano ricette semplicistiche per abbracciare la complessità bio-psico-sociale del fenomeno, integrando la consapevolezza delle dinamiche di potere con un lavoro psicologico approfondito e differenziato sulle vulnerabilità individuali.

Il terapeuta che accetta questa sfida deve farsi artefice di una posizione clinica di alta precisione e grande delicatezza, costantemente in bilico

tra comprensione e confine, tra accoglienza e fermezza. Deve coltivare una competenza specializzata, un'autoconsapevolezza continua sui propri bias e un ancoraggio saldo a un'etica della non-violenza e della responsabilità. Solo così la relazione terapeutica può diventare uno spazio trasformativo autentico, contribuendo a spezzare il ciclo intergenerazionale della violenza e a promuovere, un passo alla volta, relazioni di intimità fondate sulla libertà, sul rispetto reciproco e sulla cura.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.) – DSM-5*. American Psychiatric Association Publishing.
- Babcock J.C., Armenti N.A., Cannon C., Lauve-Moon K., Buttell F., Ferreira R., Hamel J., Kelly D., Jordan C., Lehmann P., Leisring P.A., Murphy C.M., O'Leary K.D., Baber K., Rossi F.S. & Solano I. (2016). Domestic violence perpetrator programs: A proposal for evidence-based standards in the United States. *Partner Abuse*, 7(4): 355-460. DOI: 10.1891/1946-6560.7.4.355.
- Bair-Merritt M.H., Crowne S.S., Thompson D.A., Sibinga E., Trent M. & Campbell J. (2010). Why do women use intimate partner violence? A systematic review of women's motivations. *Trauma, Violence & Abuse*, 11(4): 178-189. DOI: 10.1177/1524838010379003.
- Bandura A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1): 1-26. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.1.
- Bateman A.W. & Fonagy P. (2019). *Mentalizzazione e disturbi di personalità: Una guida pratica al trattamento*, traduzione di A. Semerari. Milano: Raffaello Cortina Editore (ed. or. 2016).
- Bates E.A. (2020). "No one would ever believe me": An exploration of the impact of intimate partner violence victimization on men. *Psychology of Men & Masculinities*, 21(4): 497-507. DOI: 10.1037/men0000206.
- Birkley E.L. & Eckhardt C.I. (2015). Anger, hostility, internalizing negative emotions, and intimate partner violence perpetration: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37: 40-56. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.01.002.
- Bohall G., Bautista M.J. & Musson S. (2016). Intimate partner violence and the Duluth model: An examination of the model and recommendations for future research and practice. *Journal of Family Violence*, 31(8): 1029-1033. DOI: 10.1007/s10896-016-9888-y.
- Cafferky B.M., Mendez M., Anderson J.R. & Stith S.M. (2018). Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychology of Violence*, 8(1): 110-131. DOI: 10.1037/vio0000074.
- Calloni M., Gadda A., Pietrobelli M. & Toffanin A.M. (2023). *Relazione finale progetto U.O.MO*. Università degli Studi di Milano-Bicocca.
- Capaldi D.M., Knoble N.B., Shortt J.W. & Kim H.K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3(2): 231-280. DOI: 10.1891/1946-6560.3.2.231.
- Carcione A. & Nicolò G. (2025). *Manuale dei disturbi della personalità. Storia, diagnosi, modelli clinici*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Cavallo F., Foschino Barbaro M.G. & Poletti B. (2025). Violenza di genere: Cosa stiamo sbagliando? In: Cavallo F. (a cura di), *Manuale di sessuologia clinica*. Roma: Carocci.
- Colli A. (2024). *Il desiderio di essere capiti: Rotture, mentalizzazione, intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Collison K.L. & Lynam D.R. (2021). Personality disorders as predictors of intimate partner violence: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 88: article 102047. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102047.
- Condino V., Giovanardi G., Vagni M., Lingiardi V., Pajardi D. & Colli A. (2022). Attachment, trauma, and mentalization in intimate partner violence: A preliminary investigation. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(11-12): NP9249-NP9276. DOI: 10.1177/0886260520985496.
- Consiglio d'Europa (2011). *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica* (Convenzione di Istanbul). rm.coe.int/1680462543.
- Cunha O., Cruz A.R., de Castro Rodrigues A., Gonçalves R.A. & Peixoto M.M. (2024). Exposure to intimate partner violence in childhood and partner violence perpetration in adulthood: The mediating role of aggression. *Deviant Behavior*, 45(2): 180-195. DOI: 10.1080/01639625.2023.2165125.
- Demurtas P., Taddei A., Dentale M., Mauri A.M., Peroni C. & Scarcella E. (2024). *I centri per gli uomini autori di violenza in Italia: I dati della seconda indagine nazionale*. Progetto ViVa.
- Di Napoli I., Procentese F., Carnevale S., Esposito C. & Arcidiacono C. (2019). Ending intimate partner violence (IPV) and locating men at stake: An ecological approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19): Article 3755. DOI: 10.3390/ijerph16193755.
- Dimaggio G., Centonze A., Ottavi P. & Popolo R. (2024). *Relazione terapeutica e tecniche esperienziali: Terapia metacognitiva interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Doumas D.M., Pearson C.L., Elgin J.E. & McKinley L.L. (2008). Adult attachment as a risk factor for intimate partner violence: The "mispairing" of partners' attachment styles. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(5): 616-634. DOI: 10.1177/0886260507313526.
- Dutton D.G. & Corvo K. (2006). Transforming a flawed policy: A call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Violent Behavior*, 11(5): 457-483. DOI: 10.1016/j.avb.2006.01.007.
- Graglia M. (2019). *Le differenze di sesso, genere e orientamento: Buone pratiche per l'inclusione*. Roma: Carocci.
- GREVIO (2020). *Baseline evaluation report on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention): Italy*. Council of Europe. rm.coe.int/grevio-report-italy/16809e169d.
- Grifoni G. (2016). *L'uomo maltrattante: Dall'accoglienza all'intervento con l'autore di violenza domestica*. Milano: FrancoAngeli.
- Guidano V.F. (1992). *Il Sé nel suo divenire: Verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Torino: Bollati Boringhieri (ed. or. 1991).
- Guidano V.F. & Liotti G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders: A Structural Approach to Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Holtzworth-Munroe A. & Stuart G.L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116(3): 476-497. DOI: 10.1037/0033-2909.116.3.476.

- ISTAT (2024). *Violenza contro le donne*. Istituto Nazionale di Statistica. www.istat.it/it/violenza-sulle-donne.
- Johnson M.P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57(2): 283-294. DOI: 10.2307/353683.
- Karakurt G., Whiting K., Van Esch C., Bolen S.D. & Calabrese J.R. (2019). Couples therapy for intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(4): 567-583. DOI: 10.1111/jmft.12405.
- Langhinrichsen-Rohling J., Misra T.A., Selwyn C. & Rohling M.L. (2012). Rates of bidirectional versus unidirectional intimate partner violence across samples, sexual orientations, and race/ethnicities: A comprehensive review. *Partner Abuse*, 3(2): 199-230. DOI: 10.1891/1946-6560.3.2.199.
- Liotti G. & Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lysova A., Hanson K., Dixon L., Douglas E.M., Hines D.A. & Celi E.M. (2024). A systematic review of the prevalence of bidirectional intimate partner violence among English-speaking populations. *Trauma, Violence & Abuse*, 25(2): 1641-1655. DOI: 10.1177/15248380231158264.
- Machado A., Santos A., Graham-Kevan N. & Matos M. (2024). Bidirectional intimate partner violence: A scoping review of prevalence, patterns, and correlates. *Aggression and Violent Behavior*, 75, Article 101906. DOI: 10.1016/j.avb.2024.101906.
- Mayshak R., Curtis A., Coomber K., Tonner L., Walker A., Hyder S., Liknaitzky P. & Miller P.G. (2022). The role of alcohol in intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 23(3): 710-726. DOI: 10.1177/1524838020985541.
- Milani L. & Grumi S. (2023). *Psicologia della violenza di genere*. Milano: Vita e Pensiero.
- Misso D., Pasetto A. & Velotti P. (2019). Mentalizzazione e violenza di coppia: Una rassegna della letteratura. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 25(3): 315-334.
- Monticelli F. (2023). *Le parole tra noi. Il monitoraggio del dialogo terapeutico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Pasetto A. (2025). Violenza domestica: Fattori predisponenti e trattamenti psicoterapeutici. In: Cavallo F. (a cura di), *Manuale di sessuologia clinica*. Roma: Carocci.
- Pasetto A., Misso D. & Velotti P. (2025). *Treating intimate partner violence with Metacognitive Interpersonal Therapy: A case series study* [Manoscritto in preparazione].
- Pence E. & Paymer M. (1993). *Education groups for men who batter: the Duluth model*. Cham: Springer.
- Popolo R., Di Maggio G., Ottavi P. (2022). *La Terapia Metacognitiva Interpersonale di Gruppo (TMI-G) per i disturbi di personalità*. Milano: FrancoAngeli.
- Pugliese E., Uvelli A., van Emmerik A., Ferretti F., Saliani A.M., Foschino-Barbaro M.G. et al. (2025). Pathological affective dependence as a risk factor for intimate partner violence: initial psychometric validation of the Italian version of the Pathological Affective Dependence Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(4): e70140. DOI: 10.1002/cpp.70140.
- Rezzonico G. & De Marco I. (a cura di) (2012). *Lavorare con le emozioni nell'approccio costruttivista*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Rosas-Muñoz M., Rojas-Solís J.L. & Morales F.M. (2022). Emotional dependence and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(17-18): NP16523-NP16548. DOI: 10.1177/08862605211020010.

- Salvatore G. (2023). *La vergogna del terapeuta: Da nucleo di sofferenza a fattore di cura*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Semerari A., Carcione A., Dimaggio G., Falcone M., Nicolò G., Procacci M. & Alleva G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4): 238-261. DOI: 10.1002/cpp.362.
- Servizio Analisi Criminale (2023). *Report annuale sul fenomeno della violenza di genere*. Direzione Centrale della Polizia Criminale, Ministero dell'Interno.
- Sharp C. & Bevington D. (2024). *La mentalizzazione in psicoterapia: Una guida per i professionisti*, traduzione di F. Tanzilli. Firenze: Giunti Psychometrics (ed. or. 2022).
- Shorey R.C., Brasfield H., Febres J. & Stuart G.L. (2015). An examination of the association between difficulties with emotion regulation and dating violence perpetration. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(2): 127-143. DOI: 10.1080/10926771.2015.996005.
- Travers, Á., McDonagh T., Cunningham T., Armour C. & Hansen M. (2021). The effectiveness of interventions to prevent recidivism in perpetrators of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 84: Article 101974. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.101974.
- Velotti P., Garofalo C., Dimaggio G. & Fonagy P. (2018). Mindfulness, alexithymia, and empathy moderate relations between trait aggression and antisocial personality disorder traits. *Mindfulness*, 9(4): 1251-1264. DOI: 10.1007/s12671-017-0880-x.
- Wessells M.G., Monteiro C. & Arnston P. (2022). *The impact of gender-based violence on mental health: A global perspective*. Oxford University Press.
- Working With Perpetrators European Network (2023). *Standards for work with perpetrators of domestic violence*. WWP EN. www.work-with-perpetrators.eu.
- World Health Organization (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. WHO Press.
- World Health Organization (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. WHO Press.
- Young J.E., Klosko J.S. & Weishaar M.E. (2007). *Schema therapy: La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi di personalità*, traduzione di M. Stefanile. Eclipsi.
- Yu R., Nevado-Holgado A.J., Molero Y., D'Onofrio B.M., Larsson H., Howard L.M. & Fazel S. (2019). Mental disorders and intimate partner violence perpetrated by men towards women: A Swedish population-based longitudinal study. *PLoS Medicine*, 16(12): Article e1002995. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002995.
- Zarling A., Bannon S. & Berta M. (2019). Evaluation of acceptance and commitment therapy for domestic violence offenders. *Psychology of Violence*, 9(3): 257-266. DOI: 10.1037/vio0000097.