

## Intimate partner violence e disturbi di personalità: uno studio meta-analitico

### Intimate partner violence and personality disorders: a meta-analytic study

Liliana Novella • Elena Tagliabue

#### Abstract

We conduct a meta-analytic study to check the association between Personality Disorders and battering and specifically whether PD would be a risk marker for IPV onset. We selected 15 controlled studies and we calculated the associations between IPV and Antisocial PD, Borderline PD and Psychopathy. In all three cases the average effect size was small:  $\bar{r}=0,15$ ;  $\bar{r}=0,13$ ;  $\bar{r}=0,16$  respectively for Antisocial, Borderline and Psychopathic variables. We evaluate the possible influence of mediator variables on each study's results. Concerning Borderline variable, we saw a sample size bias ( $r=-0,416$ ;  $p<0,007$ ). With regards to Psychopathy, the mean sample age accounted for 36% of the effect size variance. As regards Antisocial variable, we did not find a possible reason for effect size heterogeneity. These Personality Disorders do not seem peculiar IPV markers.

**Keywords:** batterer, intimate partner violence, Personality Disorders, Borderline Personality Disorder, Antisocial Personality Disorder, Psychopathy

#### Riassunto

Nel presente lavoro l'obiettivo è misurare l'associazione tra DdP e IPV, e quindi verificare se i DdP possano essere considerati un marker di specificità del maltrattante. I 15 lavori controllati campionati hanno permesso di misurare l'associazione tra IPV e DdP Antisociale, DdP Borderline e Psicopatia. Gli effect size medi ottenuti sono bassi:  $\bar{r}=0,15$ ;  $\bar{r}=0,13$ ;  $\bar{r}=0,16$  (variabile Antisociale, Borderline e Psicopatica, rispettivamente). Sono state svolte successive analisi per valutare la potenziale influenza di variabili moderatrici sui risultati dei singoli lavori. Per la variabile Borderline è risultato un bias della numerosità campionaria ( $r=-0,416$ ;  $p<0,007$ ). Per la Psicopatia l'età sembra spiegare il 36% della varianza. Non risulta spiegata l'eterogeneità della variabile Antisociale. Questi tre disturbi non sembrano essere markers di specificità del perpetratore di violenza intima.

**Parole chiave:** maltrattante, violenza domestica, violenza intima, Disturbi di Personalità, Disturbo Antisociale di Personalità, Disturbo Borderline di Personalità, Psicopatia

Per corrispondenza:

Liliana NOVELLA, Ospedale S. Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele • email: [novella.liliana@hsr.it](mailto:novella.liliana@hsr.it)

Liliana NOVELLA, Psicologa, Psicoterapeuta, specialista in Psicologia Clinica, Ospedale S. Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele.  
Docente a contratto presso l'Università Vita-Salute San Raffaele, per il corso di Psicologia Clinica dell'Aggressività e Violenza di Genere.

Elena TAGLIABUE, psicologa, Università Vita-Salute San Raffaele • email: [tagliabue.ele@gmail.com](mailto:tagliabue.ele@gmail.com)

## 1. Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la violenza intima contro il partner come: "qualsiasi comportamento all'interno della relazione di coppia che provochi danno fisico, psicologico o sessuale ai soggetti della relazione. Tali comportamenti comprendono:

- Atti di aggressione fisica: schiaffi, pugni, calci e percosse.
- Abuso psicologico: intimidazione, svalutazione e umiliazione costanti.
- Rapporti sessuali forzati e altre forme di coercizione sessuale.
- Diversi atteggiamenti di controllo: isolare una persona dalla sua famiglia d'origine e dagli amici, controllarne i movimenti e limitarne le possibilità di accesso a informazioni o ad assistenza.

Quando l'abuso viene ripetutamente perpetrato nell'ambito della stessa relazione, si parla di *maltrattamento*" (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lonzano, 2002). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sottolinea l'importante variabilità di manifestazioni del fenomeno. È un abuso, dunque, che occorre tra due persone all'interno di una relazione e che può comprendere sia atti che minacce di violenza fisica, sessuale o emotiva (Tjaden & Thoennes, 2000, 2000). È inoltre importante sottolineare che l'aggressione intima contro il partner, nella maggior parte dei casi non è caratterizzata da singoli episodi, ma si tratta spesso di comportamenti lesivi reiterati nel tempo che possono durare anche svariati anni. I maltrattamenti domestici, infatti, non sono mai occasionali, ma divengono nel tempo la consueta modalità di relazione con l'altra persona (Baldry, 2011). Si calcola, in generale, che per le donne la prevalenza cumulativa della violenza domestica nel corso della vita possa oscillare intorno al 54% (Davis, 2008). Quasi il 4% delle donne nella popolazione generale dichiara di essere stata minacciata dal partner con l'intento di nuocerle o ucciderla, il 18.9% afferma di avere subito atti di aggressione fisica perpetrati dal compagno e, ancora, il 31% risulta essere stata vittima di stupro per mano dell'attuale o ex partner (Dixon & Browne, 2003).

Le numerose ricerche effettuate sui maltrattanti domestici, inoltre, suggeriscono che si tratta di un gruppo estremamente eterogeneo, caratterizzato da comportamenti, caratteristiche emotive e cognitive diversificate (Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994; Dixon & Browne, 2003). A partire dagli anni Settanta del Novecento sono state condotte numerose indagini che hanno permesso di identificare le caratteristiche più frequentemente ricorrenti negli individui violenti rispetto ai soggetti della popolazione generale, individuando anche i fattori di rischio e di vulnerabilità non solo del perpetratore, ma anche della stessa

vittima (Riggs, Caulfield & Street, 2000). A tale proposito, nel 2000 l'OMS dichiara l'eterogeneità del fenomeno e riconosce, esaminando i diversi lavori esistenti in materia, specifiche caratteristiche ai maltrattanti:

- Bassa assertività (Goldstein & Rosenbaum, 1985; Dutton & Strachan, 1987).
- Bassa stima di sé (Flemming, 1979; Goldstein & Rosenbaum, 1985; Saunders, 1995).
- Limitate capacità sociali (Elbow, 1977; Walker, 1979; Goldstein & Rosenbaum, 1985).
- Abuso di alcol e droga (Tolman & Bennett, 1990; O'Leary, 1993).
- Limitato controllo degli impulsi (Bernard & Bernard, 1984; O'Leary, 1993).
- Distorsioni cognitive (O'Leary, 1993; Saunders, 1995).
- Dipendenza inappropriata (Elbow, 1977; Purdy & Nickle, 1981; Bernard & Bernard, 1984; Shupe, Stacy & Hazelwood, 1987).
- Trascorsi di violenza (Gayford, 1975; Straus, Gelles & Steinmetz, 1980; Hotaling & Sugarman, 1986).
- Personalità Antisociale (Flournoy & Wilson, 1991; Gottman et al., 1995).

Nello specifico, un momento cardine nello studio dei perpetratori di violenza intima è rappresentato dalla rassegna della letteratura scientifica, fino a quel momento pubblicata (quindici studi), di Holtzworth-Munroe e Stuart (1994). In riferimento a tre Dimensioni Descrittive (gravità e frequenza della violenza, generalizzabilità della medesima e presenza di Disturbi di Personalità nei perpetratori) e all'identificazione dei fattori di rischio del maltrattante, che definiscono Correlati "Storico-Distali" (testimone o vittima di violenza nella famiglia d'origine, legami con coetanei devianti) e Correlati "Prossimali" (problemi di attaccamento e dipendenza, impulsività, abilità sociali e qualità delle attitudini verso la violenza e il genere femminile), i due autori hanno identificato tre tipologie di maltrattanti:

1. Maltrattanti Unicamente Familiari (FO): caratterizzati da violenza non grave esclusivamente all'interno del contesto familiare e dall'assenza di significative rilevanze sul piano Psicopatologico. Sembrano presentare livelli non significativi di fattori di rischio. Holtzworth-Munroe e Stuart (1994) dichiarano infatti che può risultare estremamente difficile riuscire a distinguerli dai mariti che esperiscono unicamente difficoltà all'interno della coppia, senza condotte violente. Per tali ragioni, gli autori ipotizzano che la loro violenza sia un derivato di una combinazione tra stress di varia natura (personale o coniugale) e la presenza di bassi livelli di fattori di rischio (in particolare, esposizione alla violenza familiare durante l'infanzia o limitate abilità relazionali).

2. Maltrattanti Borderline-Disforici (BD): caratterizzati da livelli di violenza, prevalentemente familiare, da moderata a grave, da Disturbo Borderline di Personalità e molto frequentemente presentano un problema di abuso di sostanze. Holtzworth-Munroe e Stuart (1994) ipotizzano inoltre che gli individui BD provengano da un background familiare caratterizzato da abusi ed esperienze di rifiuto da parte dei genitori, conducendoli inevitabilmente ad avere estreme difficoltà nella formazione di una stabile e veritiera relazione di attaccamento adulta con il proprio partner. Si dimostrano pertanto estremamente dipendenti e dominati da una profonda angoscia abbandonica, che si palesa soprattutto quando vengono posti di fronte all'eventualità di un allontanamento della compagna. Coerentemente inoltre allo Stile di Attaccamento e al DdP Borderline, sono soggetti estremamente gelosi, carenti di adeguate abilità relazionali, con attitudini ostili verso il genere femminile e moderatamente supportive di modalità violente di comportamento.
3. Maltrattanti Generalmente Violenti-Antisociali (GV/A): impegnati in violenze contro la partner da moderate a gravi con livelli di aggressione extrafamiliare e condotte criminali significativamente superiori ai due gruppi precedenti. Presentano tipicamente un Disturbo Antisociale di Personalità e problemi d'abuso di sostanze. Tali caratteristiche sembrano suggerire una somiglianza tra questi individui GV/A e i gruppi antisociali aggressivi. Si ritiene che, come i perpetratori Borderline-Disforici, siano stati esposti nell'infanzia ad alti livelli di violenza all'interno del nucleo familiare ed abbiano stretto legami durante tutto il periodo della fanciullezza con coetanei con condotte devianti. Tipicamente presentano un Attaccamento Rifiutante. Sono generalmente impulsivi, con abilità coniugali e relazionali in genere assenti, hanno attitudini ostili verso le donne e considerano la violenza come un comportamento accettabile. Holtzworth-Munroe e Stuart (1994) ritengono inoltre che la perpetrazione di violenza intima per mano dei GV/A sia da considerarsi come iscrivibile all'interno delle loro modalità aggressive e dei loro comportamenti antisociali.

Tali conclusioni sono state in seguito supportate dalla quasi totalità dei successivi lavori scientifici pubblicati sull'argomento. In particolare la letteratura concorda nel riconoscere alla Psicopatologia, in particolare ai Disturbi Borderline ed Antisociale di Personalità, un ruolo essenziale nell'eziologia e nella genesi della perpetrazione della violenza intima maschile (Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994; Dutton, 1995; Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman, & Stuart, 2000). Nello specifico, il Disturbo Antisociale di Personalità emerge essere caratteristico tipicamente sia di individui che mostrano condotte criminali violente all'interno dell'ambiente familiare ovvero all'esterno, sia di soggetti che presentano comportamenti delinquenziali non violenti (Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman, & Stuart, 2000; Emmelkamp & Kamphuis, 2007; Barros & Serafim, 2008). Il Disturbo Borderline di Personalità, invece, viene solitamente identificato in situazioni di perpetrazione di violenza contro il partner, oltre che in presenza di violenza interna o esterna al contesto familiare (Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994; Henning,

Jones & Holdford, 2003; Emmelkamp & Kamphuis, 2007). È importante sottolineare, tuttavia che, per quanto concerne gli altri Disturbi di Personalità, vi sono pochissimi studi che hanno indagato il loro ruolo non solo nella perpetrazione di IPV, ma anche nei comportamenti aggressivi e criminali in genere (Thornton, Graham-Kevan & Archer, 2010). Un'altra variabile, la cui indagine è stata successivamente considerata rilevante per la comprensione dei maltrattanti intimi è la Psicopatia, sebbene il numero di studi riguardanti la sua rilevazione sia più esiguo. Si stima che la presenza di Psicopatia nei maltrattanti possa variare tra il 15% e il 30% (Huss & Langhinrichsen-Rohling, 2000). Chase, O'Leary e Heyman (2001), in particolare, ritengono che la tipologia di Maltrattanti Unicamente Familiari (FO) ed il gruppo Borderline-Disforico (BD) abbiano caratteristiche di personalità che determinino in loro una difficoltà o una mancanza di controllo comportamentale che conducono ad un'aggressione primariamente impulsiva; al contrario, i Maltrattanti Genericamente Violenti-Antisociali (GV/A) presenterebbero una violenza di natura maggiormente premeditata o deliberata. Si ritiene, osservando la natura intima della violenza domestica, che i maltrattanti antisociali possano essere caratterizzati da una maggiore insensibilità (*callousness*) e da una minore capacità empatica rispetto agli altri criminali antisociali che indirizzano i loro atti violenti solo verso individui esterni al proprio contesto familiare; sembrerebbe dunque che alti punteggi nella *Facet Affettiva* possano distinguere gli aggressori domestici dagli altri. Appare dunque che la *Facet dell'Esperienza Affettiva Deficitaria* sia un forte predittore dello status di maltrattante intimo, nello specifico GV/A. La letteratura scientifica pubblicata riporta dunque evidenze circa una significativa presenza di DdP Antisociale, DdP Borderline e di Psicopatia all'interno dei perpetratori di violenza domestica. Quanto riportato sembra dunque promuovere l'ipotesi che i Disturbi di Personalità siano un marker di rischio fondamentale per l'insorgenza, la presenza e la perpetrazione nel tempo della violenza intima (Mauricio, 2007). Nonostante i diversi lavori pubblicati in merito, non si riscontrano studi meta-analitici che possano fornire il loro contributo nel confermare o meno tali evidenze. Si è pertanto stabilito di condurre uno studio meta-analitico, con l'intento di valutare l'effect size medio, relativo ad ognuno dei Disturbi di Personalità maggiormente considerati dalle ricerche (Antisociale, Borderline e Psicopatia) all'interno della popolazione di maltrattanti intimi e di verificare l'effettiva entità dell'associazione tra IPV e Disturbi di Personalità. L'obiettivo pertanto è di valutare l'effettivo ruolo chiave dei DdP, come markers di rischio fondamentali per la genesi della violenza intima. Malgrado la nota co-occorrenza tra disturbi di personalità nei campioni clinici (Widiger, Simonsen, Krueger, Livesley & Verheul, 2005), la maggior parte dei lavori presenti in letteratura ha indagato la presenza di questi disturbi separatamente, con l'intento di verificare l'esistenza di tipologie di maltrattanti e l'entità di ciascuna associazione. Questo ha comportato la necessità di indagare separatamente l'associazione di ciascun disturbo con lo status di maltrattante e di svolgere analisi di sintesi quantitativa separate per ciascuna delle patologie di personalità incluse nello studio. È inoltre importante sottolineare che sebbene la psicopatia non sia inclusa nella sezione II del DSM-5 e persistano alcune controversie sulla sua natura (Patrick,

Hobson, Castle, Howard, & Maughan, 2009), la psicopatia rappresenta un noto fattore di rischio per le condotte violente e per il rischio di recidiva criminale violenta. Inoltre, pur essendo nota la presenza di correlazioni significative tra misure della psicopatia e misure dei disturbi di personalità definiti in base ai criteri del DSM nei campioni forensi, la psicopatia non presenta tassi di prevalenza sovrapponibili ai disturbi di personalità DSM nei campioni forensi e non manifesta tassi di sovrapposizione con le diagnosi di disturbo di personalità DSM-III-R/-IV tali da consentire l'equiparazione tra questo costrutto e le diagnosi di disturbo di personalità elencate nel DSM-IV/5 sezione II, incluso il Disturbo Antisociale di Personalità (Hare, Clark, Grann, & Thornton, 2000). Inoltre, val la pena di sottolineare come il modello alternativo dei disturbi di personalità incluso nella sezione III del DSM-5 preveda – anche se vi sono controversie – di includere uno “specificatore psicopatico” nella diagnosi di Disturbo Antisociale di Personalità, proprio ad indicare la gravità e unicità del costrutto (APA, 2013). Queste considerazioni, unitamente alla presenza di criteri operazionali e di strumenti affidabili e validi per la valutazione della psicopatia, hanno suggerito di includere nella presente meta-analisi anche gli studi relativi alla psicopatia, pur non essendo questo disturbo di personalità formalmente incluso nel DSM-5.

## 2. Metodi

In riferimento allo scopo del presente lavoro, si è stabilito di selezionare unicamente studi pubblicati all'interno di riviste scientifiche e di identificarli ricorrendo alle seguenti parole chiave: *batterer, intimate partner violence, Personality Disorders, Borderline Personality Disorder, Antisocial Personality Disorder, Psychopathy*. La scelta delle suddette parole chiave risponde all'esigenza di individuare quei lavori indaganti le tipologie ed i profili di personalità dei maltrattanti come suggerito dalla letteratura. Come riportato nel precedente paragrafo infatti la letteratura propone e studia principalmente il ruolo dei Disturbi Antisociali e Borderline di Personalità e la Psicopatia. La lingua che ci ha guidato dunque nella nostra ricerca è l'inglese. Per essere inclusi nella meta-analisi i lavori inoltre dovevano essere controllati e dovevano fornire risultati circa l'associazione tra Disturbi di Personalità ed IPV; la valutazione dei DdP doveva avvenire in riferimento ai criteri stabiliti dal DSM III, IV, IV TR (APA, 1987, 1994, 2000). L'arco temporale considerato è risultato quindi compreso tra il 1994 e il 2014. Alla luce dei suddetti criteri di inclusione ed esclusione, è stato possibile campionare 15 ricerche primarie, pubblicate in un arco temporale compreso tra il 1999 e il 2011.

## 3. Analisi dei dati

Si è stabilito di indagare separatamente l'associazione di ciascuna variabile (variabile Antisociale, Borderline e Psicopatica) con lo status di maltrattante e pertanto sono state svolte tre analisi dei dati parallele. La maggior parte dei lavori presenti in letteratura ha indagato la presenza di questi disturbi separatamente, con l'intento di verificare l'esistenza delle tipologie di maltrattanti; si è pertanto proceduto nel considerarli separatamente, allo scopo di controllare l'entità di ciascuna associazione, e la possibilità di identificare quindi un possibile marker di specificità del maltrattamento. Come misura di effect size è stato utilizzato il Coefficiente di Correlazione ( $\phi$ ) che equivale al Coefficiente di Correlazione di Pearson ( $r$ ), solo che per variabili dicotomiche. È una misura di facile interpretazione ed ampiamente utilizzata (Hedges & Olkin, 1985. Rosenthal, 1991). Per quanto concerne l'interpretazione, i valori positivi di  $r$  corrispondono ad un effetto significativo della variabile in esame all'interno della popolazione sperimentale rispetto a quella di controllo. Cohen (1994) ha definito  $r = .10$ ,  $r = .30$ ,  $r = .50$ , come rappresentanti, rispettivamente, un basso, medio e grande effect size. In nessuno studio campionato l'effect size era stato pubblicato direttamente, quindi si è proceduto a derivarlo dai test statistici riportati (quali, ad esempio  $t$ ,  $F$ ), utilizzando le appropriate formule di conversione (Rosenthal, 1991). Nei casi in cui non venivano forniti test statistici, gli effect size sono stati calcolati basandosi sui dati disponibili, quali Medie e Deviazioni Standard (Rosenthal, 1991). Utilizzando i coefficienti  $r$  associati ad ogni studio, si è ottenuta una stima dell'effect size medio (Hedges & Olkin, 1985). È tuttavia importante sottolineare che la quasi totalità degli studi considerati riportava più indici statistici, data la suddivisione del campione sperimentale (ad esempio, le tre tipologie di maltrattanti) e, spesso, anche di quello di controllo (ad esempio, mariti coniugalmente in difficoltà o meno) in sottocategorie. È stata pertanto valutata l'eterogeneità degli effect size (valutata con la statistica  $I^2$ ) sia tra gli indici dei vari studi che all'interno dei singoli studi per verificare la fattibilità di ottenere un solo indice da ciascuno studio. Le significatività di  $I^2$  sono basate sulla statistica  $Q$ .  $I^2$  è l'effect size di  $Q$ .  $Q$  indica la significatività della dispersione, mentre  $I^2$  ne indica l'entità. Per brevità, abbiamo riportato solo i valori di  $I^2$ . Data la significativa ed elevata eterogeneità sia tra i diversi studi che all'interno dei singoli studi si è ritenuto opportuno considerare tutti gli indici riportati da ciascun lavoro. Si è, in ultima analisi, proceduto con i metodi della Regressione Lineare e del calcolo della  $r$  di Spearman (per numerosità campionaria e per l'anno di pubblicazione), con l'obiettivo di valutare la potenziale influenza di variabili moderatrici sulla grandezza ed eterogeneità dei coefficienti  $r$ .

## 4. Risultati

Tab. 1: Sommario delle caratteristiche dei lavori campionati

Autore	N. Campionaria	Tipologia Popolazione	Trattamento	Strumento	Anno di pubblicazione	Età media
Gondolf E.W.	1712	Clinica e Forense	+	MCMI-II (Millon, 1994); MCMI-III (Choca & Van Denburg, 1997)	1999	32
Holtzworth-Munroe A. et al.	164	Generale	-	MCMI-III (Choca & Van Denburg, 1997); BPOQ (Oldham et al., 1985) PCL-R (Hare, 1991)	2000	35,62
Waltz J. et al.	107	Generale	-	MCMI-II (Millon, 1994)	2000	38,18
Murphy C.M. et al.	303	Clinica	+	SCID-II (Spitzer et al., 1990); CPI (Gough, 1994).	2001	43,7
Edwards D.W. Et al.	83	Forense	-	PAI (Morey, 1991)	2003	31,6
Delsol C. et al.	153	Generale	-	PAI (Morey, 1991)	2003	36,02
Porcerelli J.H. et al.	52	Clinica	+	SWAPP-200; (Westen & Shedler, 1999).	2004	41,3
Babcock J.C. et al.	102	Generale	-	MCMI-III (Choca & Van Denburg, 1997); PCL-R (Hare, 1991)	2004	32
Fals-Stewart W. Et al.	339	Clinica	+	SCID II (First et al., 2002)	2005	33,1
Babcock J.C., Green C.E.	102	Generale	-	MCMI-III (Choca & Van Denburg, 1997); PCL-R (Hare, 1991)	2005	32
Swogger M.T. et al.	172	Forense	-	SCID II (First et al., 2002); PCL-R (Hare, 1991)	2007	27,29
Costa D.M. & Babcock J.C.	178	Generale	-	MCMI-III (Choca & Van Denburg, 1997); PCL-R (Hare, 1991)	2008	31
Taft C.T. et al.	178	Clinica	+	SCID-II (First et al., 2002); CPI (Gough, 1994).	2010	41
Walsh Z. et al.	318	Clinica	+	PCL:SV; (Hare et al., 1995), SCID-II (Pfohl et al., 1989); BPRS (Overall & Gorham, 1962)	2010	29,75
Fowler A.K. & Westen D.	210	Clinica	+	SWAPP-II (Westen & Shedler, 2007)	2011	41,45

**Tab. 2: Sommario dei coefficienti r ricavati da ciascuno studio per le variabili di personalità e relativa numerosità campionaria dei confronti**

Autore	Variabile indagata	Numerosità campionaria dei confronti	Effect size r Antisociale	Numerosità campionaria dei confronti	Effect size r Borderline	Numerosità campionaria dei confronti	Effect size r Psicopatia
Gondolf E.W. (1999)	Antisociale e Borderline	1428	0,025	1428	-0,284	-	-
		699	-0,066	699	-0,227		
		644	0,266	644	0,004		
		641	0,241	641	0,086		
		928	-0,217	928	-0,196		
		199	-0,417	199	-0,166		
		141	0,074	141	0,186		
Holtzworth-Munroe A. et al. (2000)	Antisociale, Borderline e Psicopatia	76	-0,164	76	0,223	76	0,263
		73	0,601	73	0,44	73	0,481
		54	0,492	54	0,706	54	0,512
		55	0,631	55	0,505	55	0,541
		60	-0,247	60	0,157	60	0,065
		57	0,509	57	0,339	57	0,323
		38	0,419	38	0,59	38	0,413
		39	0,572	39	0,402	39	0,446
Waltz J. et al. (2000)	Antisociale e Borderline	75	0,599	75	0,373	-	-
Murphy C.M. et al. (2001)	Antisociale	303	0,05	-	-	-	-
		303	0,164				
		303	0,214				
Edwards D.W. et al. (2003)	Antisociale e Borderline	83	0,144	83	0,344	-	-
Delsol C. et al. (2003)	Antisociale e Borderline	20	-0,3898	20	-0,664	-	-
		75	-0,632	75	-0,929		
		45	0,093	45	0,490		
		100	0,272	100	0,069		
		46	0,222	46	0,492		
		101	-0,142	101	0,0697		
		20	0,3898	20	0,664		
		75	0,632	75	0,929		
		45	-0,094	45	-0,490		
		100	0,276	100	-0,0689		
		46	-0,222	46	-0,492		
101	0,142	101	-0,0697				
Porcerelli J.H. et al. (2004)	Antisociale e Borderline	52	0,499	52	0,426	-	-
Babcock J.C. et al. (2004)	Antisociale e Psicopatia	30	0,06	-	-	30	0,09
		22	-0,02			22	-0,04
		50	-0,33			50	-0,2
Fals-Stewart W. et al. (2005)	Antisociale	339	-0,071	-	-	-	-
Babcock J.C., Green C.E. (2005)	Antisociale e Psicopatia	67	0,212	-	-	67	-0,032
		65	0,41			65	0,157
Swogger M.T. et al. (2007)	Antisociale e Psicopatia	172	-0,063	-	-	172	0,099
						172	0,087
						172	0,195
						172	-0,137
						172	0,157
Costa D.M. & Babcock J.C. (2008)	Antisociale e Psicopatia	151	0,395	151	0,321	151	-0,296
		157	-0,062	157	0,072	157	-0,008
						151	0,251
						157	-0,029
Taft C.T. et al. (2010)	Antisociale	178	0,136	-	-	-	-
		178	-0,181				
Walsh Z. et al. (2010)	Antisociale, Borderline e Psicopatia	276	0,132	276	0,034	276	0,109
		250	0,224	250	0,227	250	-0,1
		242	0,212	242	0,167	242	0,44
						276	0,03
						250	-0,03
						242	0,44
						276	0,05
						250	0,116
						242	0,262
						276	0,08
						250	0,08
						242	0,44
Fowler A.K. & Westen D.	Antisociale e Borderline	87	0,774	87	0,138	-	-
		127	0,246	127	0,03		
		71	0,462	71	0,04		
		111	0,04	111	0,09		
		69	0,237	69	0,223		
		109	0,189	109	0,103		

I coefficienti *r* medi sono stati ottenuti da una distribuzione dei coefficienti *r* estremamente eterogenea; variabilità confermata anche da un punto di vista quantitativo mediante la statistica  $I^2$ . Abbiamo specificato nella sezione “Metodi” che la presenza di un’eterogeneità significativa nei valori di effect size è stata valutata con la statistica *Q*, mentre la sua rilevanza è stata stimata con  $I^2$ . Si evidenzia infatti un’elevata eterogeneità nei risultati per tutte e tre le variabili in esame, rispettivamente del 91%, 96% e 86% circa (Tab. 3).

**Tab. 3: Eterogeneità**

Variabili	$I^2$	N
Antisociale	91,25% (95% CI = 91,25 - 91,59)	54
Borderline	95,59% (95% CI = 95,54 - 95,64)	42
Psicopatia	86,12% (95% CI = 85,85 - 86,39)	34

In tutti e tre i casi inoltre le analisi ci hanno permesso di ottenere, alla luce degli indici *r* ottenuti, un basso effect size (con riferimento alle soglie stabilite da Cohen, 1994), in quanto gli effect size medi sono risultati essere: = 0,15; = 0,13; = 0,16 per la variabile Antisociale, Borderline e Psicopatica, rispettivamente (Tab. 4).

**Tab. 4: Effect size medi\***

	Variabile Antisociale	Variabile Borderline	Variabile Psicopatica
Media	0,149	0,128	0,155
Mediana	0,15	0,14	0,10
<i>r</i> massimo	0,77	0,93	0,541
<i>r</i> minimo	-0,63	-0,93	-0,296
Varianza	0,09	0,134	0,047
ES	0,04	0,06	0,037
DS	0,299	0,367	0,217
Range	1,41	1,86	0,837
RIQ	0,45	0,40	0,359
N	54	42	34

\*Tabella 4: Riassunto statistiche per la stima “effect size medio” ottenute dalla regressione lineare. ES = Errore Standard; DS= Deviazione Standard; RIQ = Range Interquartile.

Per tutte e tre le variabili in esame, i risultati risultano significativi (Tab. 5).

**Tab. 5: pesato, DS, z e p\***

	Variabile Antisociale	Variabile Borderline	Variabile Psicopatica
<i>F</i> pesato	0,09	-0,03	0,14
DS	0,01	0,01	0,01
<i>IC</i>	-0,08 - 0,26	-0,08 - 0,03	-0,14 - 0,41
<i>z</i>	8,65	2,45	9,97
<i>p</i>	0*	0,01*	0*

Tabella 5: \*DS= Deviazione Standard; IC= Intervallo di Condifenza; *z*= *r* standardizzato; *p*= Significatività

Alla luce di tali evidenze, sono state identificate e analizzate alcune possibili variabili di confondimento, comuni a tutti gli studi, con l’intento di indagare un loro possibile effetto nel determinare l’eterogeneità dei risultati ricavati dai differenti lavori primari.

Le variabili moderatrici esaminate sono state le seguenti:

1. Numerosità campionaria dei confronti;
2. Anno di pubblicazione dello studio;
3. Tipo di popolazione campionata (clinica, forense, popolazione generale);
4. Strumento d’indagine utilizzato per la rilevazione dei Disturbi di Personalità (etero-somministrato ovvero auto-somministrato);
5. Presenza/assenza di un percorso di trattamento clinico terapeutico;
6. Età media del campione.

*1. Numerosità campionaria dei confronti*

Per ciascuna delle tre variabili è stato calcolato il coefficiente *r* di Spearman, al fine di escludere un eventuale effetto della massa campionaria dei confronti sulle stime d’effect size. Per quanto riguarda la variabile Borderline è emersa l’esistenza di un bias (Tab. 6). È stata infatti ottenuta una correlazione negativa e significativa ( $r=-0,416$ ;  $p<0,007$ ). La presenza del bias è ulteriormente confermato dal Test di Egger che indica che il 20% circa della eterogeneità dei risultati dei diversi studi è spiegata dalla numerosità campionaria dei confronti (Tab. 7).

**Tab. 6: Calcolo Coefficiente *r* di Spearman**

Variabili	Coeff. <i>r</i> (Spearman rho)	Significatività
Antisociale	-0,184	0,183
Borderline	-0,416	0,007*
Psicopatia	-0,173	0,34

\* La correlazione risulta significativa.

**Tab. 7: Test di Egger\***

Test di Egger	$R^2$	<i>p</i>	<i>B</i>
Antisociale	0,007	0,544	-0,084
Borderline	0,198	0,003*	-0,446
Psicopatia	0,009	0,603	0,092

\*Tabella 7:  $R^2$ = varianza spiegata; *p*= significatività; *B*= coefficiente Beta

Il test di Egger, seppure non sia particolarmente potente, è l’analogo quantitativo dei ben noti funnel plot, oltre a rappresentare una delle misure più diffuse in ambito meta-analitico – fornisce una misura del grado di asimmetria del funnel plot, indicata dall’intercetta di una regressione di deviate normali standardizzate rispetto alla precisione. Il test di Begg e Mazumdar è la correlazione tra ranghi degli effect size e ranghi delle loro varianze; il coefficiente utilizzato è il tau-*a* di Kendall. Il test di Begg è utilizzato in ambito meta-analitico; tuttavia il fatto di essere un equivalente del tau-*a* lo rende meno potente rispetto ad altre misure basate su ranghi, oltre a porre problemi relativi alla gestione delle tied-observations. In ogni caso, anche il test di Begg pone problemi di potenza con studi di meta-analisi basati su meno di 25 lavori. Alla luce di questi elementi abbiamo scelto di basare le nostre osservazioni sul metodo della regressione lineare di Egger.

## 2. Anno di pubblicazione dello studio

I coefficiente  $r$  di Spearman sono  $r = 0,049$ ,  $p < 0,726$ ;  $r = -0,20$ ,  $p < 0,902$ ;  $r = -0,278$ ,  $p < 0,111$ , per la variabile Antisociale, Borderline e Psicopatica rispettivamente.

## 3. Tipo di popolazione (clinica, forense o popolazione generale)

**Tab. 8: Regressione lineare pesata: variabile dipendente Fisher (z) e variabile "tipologia popolazione"**

	Pop_Gen	Forense
<b>Variabile Antisociale</b>		
$R^2$	0,021	0,021
$B$	-0,149	-0,093
$p$	0,322	0,535
<b>Variabile Borderline</b>		
$R^2$	0,041	0,041
$B$	-0,13	0,096
$p$	0,504	0,622
<b>Variabile Psicopatica</b>		
$R^2$	0,016	0,016
$B$	0,040	-0,099
$p$	0,137	0,21

\*Tabella 8:  $R^2$ = varianza spiegata;  $p$ = significatività;  
 $B$ = coefficiente Beta

Non sono emersi risultati significativi dalla regressioni lineare della variabile dipendente Fisher (z) e variabile "Tipologia di popolazione". La varianza per tutte e tre le variabili di personalità non è spiegata dall'appartenenza del campione alla popolazione generale, alla popolazione clinica e forense.

## 4. Strumento d'indagine utilizzato per la rilevazione dei Disturbi di Personalità in esame (etero-somministrato ovvero auto-somministrato)

La Regressione lineare pesata ( $w$ = inverso della varianza di ogni effect size) della variabile dipendente Fisher (z) e della variabile "Strumento" ha fornito i seguenti risultati:  $R^2=0,04$   $Beta=0,199$ ,  $p < 0,148$  per la variabile Antisociale,  $R^2=0$   $Beta=0,014$ ,  $p < 0,929$  per quella Borderline e  $R^2=0,015$ ,  $Beta=-0,122$ ,  $p < 0,492$  per quella Psicopatica.

## 5. Presenza/assenza di un percorso di trattamento clinico terapeutico

Non sono emersi risultati significativi dalla regressioni lineare della variabile dipendente Fisher (z) e variabile "Trattamento":  $R^2=0,017$ ,  $Beta=0,129$ ,  $p < 0,354$ ;  $R^2=0,035$ ,  $Beta=0,188$ ,  $p < 0,232$ ;  $R^2=0$ ,  $Beta=-0,020$ , con  $p < 0,911$ , per la variabile Antisociale, Borderline e Psicopatica, rispettivamente.

## 6. Età

**Tab. 9: Analisi Correlazionale: Coefficienti r e età media**

	Coeff.r (Spearman rho)	Significatività
Antisociale	0,175	0,205
Borderline	-0,3	0,054
Psicopatia	0,06	0,741

Se per la variabile Borderline ed Antisociale anche in questo caso la Regressione Lineare non ha fornito risultati significativi, per la Psicopatia l'età risulta, per contro, esplicativa della variabilità della grandezza degli effect size (Tab. 10). Si rileva infatti che l'età permette di spiegare il 36% della varianza del modello ( $R^2=0,36$ ). Tale aspetto è ulteriormente avvalorato dal valore estremamente significativo del coefficiente standardizzato ( $Beta=0,6$ ).

**Tab. 10: Regressione lineare pesata: variabile dipendente Fisher (z) e variabile Età media**

	Variabile Antisociale	Variabile Borderline	Variabile Psicopatica
$R^2$	0,063	0,055	<b>0,358</b>
$Beta$	0,251	-0,235	<b>0,598</b>
$p$	0,067	0,135	<b>0</b>

\*Tabella 10:  $R^2$ = varianza spiegata;  $p$ = significatività;  
 $B$ = coefficiente Beta

## 5. Conclusioni

Alla luce dei risultati emersi è possibile affermare che tutte e tre i DdP considerati siano associati in modo estremamente eterogeneo alla violenza intima coniugale, poiché in tutti e tre i casi, gli effect size medi ottenuti risultano bassi. Ciò suggerisce come critica la netta divisione dei maltrattanti nelle tre tipologie di perpetratori, se la suddivisione dipende dalla presenza/assenza dei Disturbi di Personalità, ossia FO (assenza di Psicopatologia), BD (presenza del DdP Borderline) e GV/A (presenza DdP Antisociale), in quanto i tre Disturbi di Personalità considerati risultano solo debolmente più presenti all'interno della categoria di maltrattanti intimi rispetto alla popolazione generale. Questo dato indica quindi che i DdP non possono essere considerati markers di specificità del perpetratore di violenza intima, ossia il fattore che li distingue dai mariti non violenti, come invece propone la letteratura. Per lo studio della IPV, delle sue possibili cause e spiegazioni non potranno dunque essere presi unicamente come riferimento i Disturbi di Personalità.

Altro elemento che emerge dal presente lavoro è la significativa eterogeneità dei risultati forniti dagli studi considerati. Ciò rende estremamente problematica la possibilità di considerare convergenti dati che in realtà presentano una quota di variabilità che origina da studio a studio e che rende inevitabilmente premature conclusioni generali sull'argomento. Tale aspetto, inoltre, conduce a riflessioni sulla necessità di riconsiderare i metodi di valutazione e di conduzione delle ricerche: una fonte di variabilità importante dei risultati potrebbe, infatti, essere anche legata ai diversi metodi e criteri che hanno guidato lo svolgimento dei lavori campionati.

L'indagine di questo fenomeno potrebbe progredire e superare tale problematicità, ad esempio, attraverso l'utilizzo di metodi di lavoro comuni tra i diversi studi.

È importante, inoltre, sottolineare che se per il Disturbo Antisociale di Personalità le indagini non hanno consentito di trovare una spiegazione alla variabilità dei coefficienti  $r$  ricavati dai vari studi, per le altre due variabili sono stati individuati dei possibili fattori di distorsione delle stime di effect size. Nello specifico per la variabile Borderline, l'Analisi Correlazionale e il Test di Egger hanno rilevato un bias, legato alla numerosità campionaria dei confronti. Il risultato ottenuto suggerisce una relazione negativa tra il Disturbo Borderline di Personalità e la grandezza del campione di maltrattanti, ossia più il campione di maltrattanti cresce più diminuisce la rilevazione del DdP Borderline al suo interno. Ciò sembra indicare che gli studi con una numerosità campionaria maggiore hanno individuato una minore relazione tra il DdP Borderline e il maltrattamento, rispetto ai lavori caratterizzati da campioni più ristretti. Nel caso della Psicopatia, invece, la variabile che ha permesso di fornire una spiegazione alla variabilità degli out come è stata l'età media dei soggetti campionati. In particolare, sembra che all'aumentare dell'età del campione accresca la rilevazione della Psicopatia. Tale dato suggerisce l'importanza di porre attenzione all'età dei soggetti al momento del campionamento e della lettura dei risultati.

Il presente lavoro meta-analitico presenta alcuni limiti. Per prima cosa, si basa esclusivamente su lavori realizzati nel territorio americano, causa la mancanza di studi randomizzati e controllati di origine europea. Ciò potrebbe comportare un limite nella generalizzabilità dei risultati ottenuti al contesto europeo. Il secondo elemento critico è rappresentato dalla considerazione di sole alcune variabili, quali quelle di personalità, senza considerare altri fattori importanti, come, ad esempio, i fattori di rischio Prossimali e Distali (Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994). Un altro limite importante, a tale proposito, è legato alla mancanza di conoscenze approfondite comuni circa le caratteristiche dei maltrattanti e dei gruppi di controllo tra i diversi studi, che hanno determinato un'attenzione focalizzata solo su alcune possibili variabili mediatrici nella relazione tra Disturbo di Personalità ed IPV. Un quarto limite è legato alla numerosità del campione di studi selezionato ( $N=15$ ), anche se in parte superato grazie alla presenza d'indici multipli all'interno degli stessi studi primari. Tale esiguo campionamento è legato alla mancanza di studi controllati per il fenomeno in esame; infatti, vi è una vasta letteratura pubblicata in merito, ma senza che questa garantisca la presenza di un gruppo di controllo. È inoltre opportuno sottolineare che i DdP non vengono indagati in modo equiparato negli studi campionati; infatti mentre il Disturbo Antisociale di Personalità risulta essere oggetto di studio di tutti i lavori considerati, il Disturbo Borderline di Personalità e la Psicopatia vengono invece rilevati solo da nove e sei lavori, rispettivamente. È stato possibile, tuttavia, considerare tutte e tre le variabili, in quanto tale numerosità esigua, non corrisponde al numero, estremamente più ampio, dei risultati ottenuti. La suddivisione del campione in sottogruppi ha determinato la possibilità di ottenere più di un coefficiente  $r$  dallo stesso studio, poiché ha garantito la possibilità di svolgere più confronti. Nello specifico, gli out come ricavati per la

variabile Antisociale sono 54, per quella Borderline 42 e 34 per la Psicopatia. Si è inoltre tentato di superare il possibile bias di "reperibilità" (gli studi reperiti ed inclusi nella meta-analisi non possono essere considerati come rappresentativi dell'intera popolazione di studi condotti in merito al tema di interesse) attraverso una ricerca sistematica della letteratura pubblicata, condotta sui Databases dei principali motori di ricerca bio-medica e sugli articoli pubblicati su riviste scientifiche, al fine di creare un campione di studi il più rappresentativo possibile di quelli prodotti sull'argomento.

Ulteriore critica, infine, potrebbe esser quella di "mischiare mele e pere", riprendendo quanto espresso da Glass (1978), ossia che la Meta-Analisi aggrega risultati di studi relativi a fenomeni differenti tra loro. È opportuno tuttavia sottolineare come lo studio meta-analitico supponga invece che le diverse forme abbiano luogo nel contesto di uno scopo comune. Sebbene gli studi possano differire, anche significativamente nella forma, risulta appropriato aggregarne i risultati se si rileva che misurano lo stesso fenomeno. Infatti, una convergenza di risultati proveniente da studi metodologicamente diversi aumenta la credibilità della validità di un effetto.

Sicuramente il fenomeno oggetto di questo studio è estremamente difficile da studiare ed identificare, in quanto si svolge all'interno del contesto domestico, senza che all'esterno se ne possa scorgere, a volte, alcuna avvisaglia, e che, purtroppo, spesso giunge all'attenzione per le conseguenze disastrose, cui seguono. L'estrema difficoltà nello studio, nell'identificazione dell'essenza del fenomeno si evidenzia dal fatto che è sempre più in crescente evoluzione e che si faticano ad evidenziare trattamenti mirati. Risulta, pertanto, fondamentale una sempre costante attenzione al fenomeno e una ricerca scientifica che mantenga l'interesse verso il suo studio e che promuova lavori sempre più approfonditi ed ampi e che travalichino i confini americani.

Al fine di ampliare ulteriormente la conoscenza sulle possibili caratteristiche associate al maltrattamento sarebbe importante che l'indagine scientifica non si limitasse all'analisi delle sole caratteristiche di personalità sopra descritte, ma che potesse estendere i propri orizzonti ad altre caratteristiche di personalità, quali, ad esempio, i tratti di personalità narcisistici, che, si ritiene, eccessivamente sottostimati. Si afferma infatti che il Disturbo Narcisistico di Personalità possa essere associato alla violenza interna o esterna alla famiglia (Emmelkamp & Kamphuis, 2007; Henning, Jones, & Holdford, 2003). Lawrence (2006) individua che un'instabile concezione di sé ed alti livelli di PD Narcisistico siano associati all'aggressività. Nello specifico, gli individui con Disturbo Narcisistico di Personalità sembrano reagire aggressivamente quando si sentono umiliati, rifiutati socialmente e quando vengono sfidati sulla stima di sé (Emmelkamp & Kamphuis, 2007; Henning et al., 2003). Da considerare inoltre che un altro aspetto aggravante degli individui con patologia Narcisistica grave è la scarsa, se non totale assenza di empatia per le loro vittime (Emmelkamp & Kamphuis, 2007; Henning et al., 2003).

Sarebbe altresì importante approfondire ulteriormente anche il ruolo dei Disturbi di Personalità del Cluster A, che si sono riscontrati associati ai comportamenti criminali e violenti, soprattutto negli individui che presentano anche Disturbo Borderline di Personalità (Holtzworth-Munroe et al., 2000). Ciò è consistente con le osservazioni cliniche dei

maltrattanti, ove vengono descritti come sospettosi, gelosi, ostili, iper-vigilanti, combattenti e controllanti; caratteristiche queste tutte incluse dal DSM IV all'interno del Disturbo Paranoide di Personalità (American Psychiatric Association, 1994).

In generale, è importante sottolineare come le diverse ricerche in materia abbiano permesso di riconoscere che i Disturbi di Personalità che hanno come una delle loro caratteristiche salienti il bisogno di controllo sugli altri – Disturbi di Personalità Antisociale e Narcisistico – e quelli che hanno come uno dei loro principali marker una problematica circa il concetto di sé e della propria identità – Disturbo Borderline di Personalità –, siano particolarmente eminenti all'interno dei campioni di maltrattanti (Hamberger & Hastings, 1988).

A tale proposito si giudica inoltre interessante, con riferimento a Modelli Dimensionali della personalità, la possibilità di svolgere indagini sulle dimensioni psicologiche universali della personalità, cioè riscontrabili in tutti gli individui, anche nei perpetratori di violenza intima, per comprendere dove si collocano all'interno della distribuzione normale di tali variabili e di conseguenza poter verificare dove differiscono dalla maggior parte delle persone, in termini di intensità e non di qualità. In riferimento a ciò, le ricerche fino ad ora realizzate si sono prevalentemente interessate alla relazione tra violenza coniugale e Nevroticismo. Secondo Costa e McCrae (1992), tale tratto di base della personalità riflette ansia, ostilità, coscienza di sé, impulsività e vulnerabilità, rappresenterebbe cioè un fallimento nella regolazione di sé (Morossanova, 2003); pertanto probabilmente gli individui con alti livelli di Nevroticismo sono meno capaci a mantenere un controllo sulle emozioni che si vengono a generare in una situazione conflittuale.

Altra caratteristica interessante che si auspica divenga sempre più oggetto d'attenzione è lo Stile di Attaccamento adulto. Si è rilevato, in particolare, che, poiché lo Stile di Attaccamento Ansioso riflette un'ansia costante di essere abbandonati o respinti dagli altri ed un desiderio di fusione totale con l'altra persona, gli individui con Attaccamento Ansioso che esperiscono la propria partner come indisponibile possono rispondere a tale paura con forte ostilità mediante espressioni di rabbia dirette verso la partner (Brennan, Clark, & Shaver, 1998). Gli adulti con Stile Distanziante, invece, aspettandosi il rifiuto da parte delle altre persone, sono estremamente indipendenti e tendono a presentare tipicamente il Disturbo Narcisistico di Personalità, caratterizzato da tendenze egocentriche, con limitate o assenti capacità empatiche e quindi con una maggiore propensione alla violenza (Mauricio, 2007).

Il primo tipo di attaccamento, nello specifico, si suppone sia più facilmente riscontrabile nei soggetti con Disturbo Borderline di Personalità (Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, & Mattoon et al., 1996; Patrick, Hobson, Castle, Howard & Maughan, 1994; Rosenstein & Horowitz, 1996; West, Keller, Links, & Patrick, 1993), il secondo nei soggetti con Disturbo Antisociale di Personalità (Gacano & Meloy, 1991, 1992; Gacano, Meloy & Berg, 1992).

Sarebbe altresì importante, al fine di rispondere a numerose questioni aperte, quali ad esempio, come e quanto un comportamento della coppia o del singolo individuo possa cambiare nel tempo, perché e quali siano le differenze tra coloro che presentano problemi cronici di violenza e chi invece

transitori (Capaldi & Kim, 2007) svolgere lavori di natura prospettica, così da evidenziare l'andamento temporale della IPV, ossia una sua stabilità, escalation ovvero decrescita.

Si ritiene infatti opportuno che all'interno del lavoro scientifico vi sia la possibilità d'indagine e di raccolta di informazioni non solo in merito alla relazione attuale, ma anche alle relazioni intime pregresse del maltrattante, con l'intento di accedere ad una comprensione che vada al di là dei Disturbi di Personalità, ma che permetta di cogliere eventuali fattori di rischio specifici che si innescano solo all'interno di quella data coppia e che possono condurre alla violenza. A tale proposito, sarebbe pertanto interessante raccogliere informazioni sulla presenza di violenza anche all'interno di relazioni precedenti, indagare fattori contestuali, psicologici non solo del maltrattante, ma anche della vittima così da poter cogliere eventuali specifiche interazioni che permettano di fare maggior luce sulla natura della violenza intima. Una valutazione non solo dell'attualità, ma che si collochi in una dimensione temporale sarebbe inoltre importante per poter cogliere eventuali fattori di rischio/protettivi non solo dell'esordio, ma di un eventuale aggravamento, così da consentire un intervento efficace e tempestivo, al fine di evitare esiti non modificabili.

Allo scopo di rendere i confronti quantitativi di qualità tra i differenti studi più rapidi e maggiormente fruibili, sarebbe altresì auspicabile una maggiore completezza dei reports, attraverso una descrizione migliore e più approfondita della popolazione campionata, dei metodi utilizzati per il campionamento e per l'ottenimento dei risultati, ed anche, data la natura del fenomeno in esame, una maggiore conoscenza della relazione intima tra maltrattante e partner, al fine di estendere lo studio ad eventuali variabili finora sottostimate.

## Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington DC: Author.
- Baldry, A. (2011). *Dai maltrattamenti all'omicidio: la valutazione del rischio e dell'uxoricidio*. Milano: Franco Angeli.
- Barros, D. M., & Serafim, A. (2008). Association between personality disorder and violent behavior pattern. *Forensic Science International*, 179, 19-22.
- Bernard, M. L., & Bernard, J. L. (1984). The abusive male seeking treatment: Jeekyll and Hyde. *Family Relations*, 32, 283-286.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford.
- Capaldi, D. M., & Kim, H. K. (2007). Typological approaches to violence in couples: a critique and alternative conceptual approach. *Clinical Psychology review*, 27 (3), 253-265.
- Chase, K. A., O'Leary, D. K., & Heyman, R. E. (2001). Categorizing partner violent men within the reactive-proactive typology model. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 6, 567-572.

- Cohen, J. (1994). The earth is round ( $p < 0,05$ ). *American Psychologist*, 49, 997-1003.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO personality inventory. *Psychological Assessment*, 4, 5-13.
- Davis, J. W. (2008). Domestic violence: the "rule of thumb": Western trauma association presidential address. *Journal of Trauma*, 65, 969-74.
- Dixon, L., & Browne K. (2003). The heterogeneity of spouse abuse: a review. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 107-130.
- Dutton, D.G., & Strachan, C. E. (1987). Motivational needs for power and spouse-specific assertiveness in assaultive and non assaultive men. *Violence and Victims*, 3 (1), 5-29.
- Dutton, D.G. (1995). Intimate abusiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 207-224.
- Elbow, M. (1977). Theoretical considerations of violent marriages. *Social Casework*, 58, 515-526.
- Emmelkamp, P.M. G., & Kamphuis, J. H. (2007). *Personality Disorders*. USA: Psychology Press.
- Flemming, J. B. (1979). *Stopping wife abuse*. Garden City, NY: Anchor Press/Doubleday.
- Flournoy, P. S., & Wilson, G. L. (1991). Assessment of MMPI profiles of male batterers. *Violence and Victims*, 6, 309-320.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., & Mattoon, G., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Gacano, C. B., & Meloy, J. R. (1991). A Rorschach investigation of attachment and anxiety in antisocial personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 546-552.
- Gacano, C. B., & Meloy, J. R. (1992). The Rorschach and the DSM-III-R antisocial personality: A tribute to Robert Lidner. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 393-406.
- Gacano, C. B., & Meloy, J. R., & Berg, J. L. (1992). Object relations, defensive operations, and affective states in narcissistic, borderline, and antisocial personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 59, 32-49.
- Gayford, J. J. (1975). Wife battering: a preliminary survey of 100 cases. *British Medical Journal*, 25 (1), 94-97.
- Glass, G.V. (1978). In defense of generalization. *The Behavioral and Brain Sciences*, 3, 394-395.
- Goldstein, D., & Rosenbaum, A. (1985). An evaluation of the self-esteem of martially violent men: family relations. *Journal of Applied Family and Child Studies*, 34 (3), 425-428.
- Gottman, J. M., Jacobson, N. S., Rushe, R. H., Shortt, J. W., Babcock, J., & La Taillade, J. J., et al. (1995). The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behaviour and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, 9 (3), 227-248.
- Hamberger, L. K., & Hastings, J. (1988). Characteristics of male spouse abusers consistent with personality disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 763-770.
- Hare, R. D., Clark, D., Grann, M., & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 623-645.
- Hedges, L.V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. San Diego, CA: Academic Press.
- Henning, K., Jones, A., & Holdford, R. (2003). Treatment needs of women arrested for domestic violence: A comparison with male offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 839-856.
- Hotaling, G.T., & Sugarman, D.B. (1986). An analysis of risk markers in husbands to wife violence: the current state of knowledge. *Violence and Victims*, 1, 101-124.
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, C., Herron, K., Rehman, U., & Stuart, G.L. (2000). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 1000-1019.
- Holtzworth-Munroe, A., & Stuart, G. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116, 476-497.
- Huss, M. T., & Langhinrichsen-Rohling, J. (2000). Identification of the psychopathic batterer: The clinical, legal, and policy implications. *Aggression and violent behavior*, 5, 403-422.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.G., & Lonzo, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Lawrence, C. (2006). Measuring individual responses to aggression triggering events: Development of the situational triggers of aggressive responses (STAR) scale. *Aggressive Behavior*, 32, 241-252.
- Mauricio, A. M. (2007). Borderline and Antisocial Personality Scores as Mediators Between Attachment and Intimate Partner Violence. *Violence and Victims*, 22, (2).
- Morossanova, V.I. (2003). Extraversion and neuroticism: The typical profiles of self-regulation. *European Psychologist*, 8, 279-288.
- O'Leary, K. D. (1993). Through a psychological lens: personality traits, personality disorders and levels of violence. In R. J. Gelles, & D.R. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence* (pp. 7-30). Newbury Park, CA: Sage.
- Patrick, C. J., Fowles, D. C., & Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology*, 21, 913-938.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R., & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, 6, 375-388.
- Purdy, F., & Nickle, N. (1981). Practice principles for working with men who batter. *Social Work with Groups*, 4, 111-122.
- Riggs, D. S., Caulfield, M. B., & Street, A. E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1289-1316.
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 244-253.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Saunders, D. (1995). Prediction of wife assault. In J. C. Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness: violence by sexual offenders, batterers and child abusers* (pp. 68-95). Newbury Park, CA: Sage.
- Shupe, A., Stacy, W., & Hazelwood, L. (1987). *Violent men, violent couples: the dynamics of domestic violence*. Lexington, MA: D.C. Heath.
- Straus, M. A., Gelles, R. J., & Steinmetz, S.K. (1980). *Behind closed doors: violence in the American family* (Rev. ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Thornton, A. J.V., Graham-Kevan, N., & Archer J. (2010). Adaptive and Maladaptive Personality Traits as Predictors of Violent and Nonviolent Offending Behavior in Men and Women. *Aggressive Behavior*, 36, 177-186.
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000). *Extent, nature, and consequences of intimate partner violence: findings from the national violence against women survey*. Washington, DC: Department of Justice.
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000). *Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women. Findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC: National Institute of Justice and Centers for Disease Control and Prevention.
- Tolman, R. M., & Bennett, L.W. (1990). A review of research on men who batter. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 87-118.
- Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper and Row.
- West, M., Keller, A., Links, P., & Patrick, J. (1993). Borderline disorder and attachment pathology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38 (1), 16-21.
- Widiger, T. A., Simonsen E., Krueger R., Livesley J.W., & Verheul R. (2005). Personality disorder research agenda for DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 19 (3), 315-338.

## Lavori inclusi nella meta-analisi

- Babcock, J. C., Green, C. E., Webb, S. A., & Graham, K. H. (2004). Second failure to Replicate the Gottman et al. (1995), Typology of men who Abuse Intimate Partners. *Journal of Family Violence, 18*, 396-400a.
- Babcock, J. C., Green, C. E., Webb, S. A., & Yerington T. P. (2005). Psychophysiological profiles of batterers: autonomic emotional reactivity as it predicts the Antisocial spectrum of behavior among intimate partner abusers. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, (3), 444-455.
- Costa, D. M., & Babcock, J. C. (2008). Articulated Thoughts of Intimate Partner Abusive Men during Anger Arousal: Correlates with Personality Disorder Features. *Journal of Family Violence 23*, 395-402.
- Delsol, C., Margolin, G., & John, R. (2003). A Typology of Maritally Violent Men and Correlates of Violence in a Community Sample. *Journal of Marriage and Family, 65*, 635-651.
- Edwards, D. W., Scott, C. L., Yarvis, R. M., Paizis, C. L., & Panizzon, M. S. (2003). Impulsiveness, impulsive aggression, personality disorder, and spousal violence. *Violence and Victims, 18*, 3-14.
- Fals-Stewart, W., & Leonard, K. E. (2005). The occurrence of male-to-female intimate partner violence on days of men's drinking: the moderating effects of Antisocial Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, (2), 239-248.
- Fowler, K., & Westen, D. (2011). Subtyping male perpetrators of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence, 26* (4), 607-639.
- Gondolf, E. W. (1999). MCMI-III results for batterer program participants in four cities: less "pathological" than expected. *Journal of Family Violence, 14* (1), 1-16.
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, C., Herron, K., Rehman U., & Stuart G. L. (2000). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (6), 1000-1019.
- Murphy, C. M., O'Farrell, T. J., Fals-Stewart W., & Feehan M. (2001). Correlates of Intimate Partner Violence Among Male Alcoholic Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69* (3), 528-540.
- Porcerelli, J. L., & Cogan, R., & Hibbard, S. (2004). Personality characteristics of partner violent men: a Q-sort approach. *Journal of Personality Disorders, 18* (2), 151-162.
- Swogger, M. T., Walsh Z., Kosson D.S., Franklin R. (2007). Domestic Violence and Psychopathic Traits: Distinguishing the Antisocial Batterer from Other Antisocial Offenders. *Aggressive Behavior, 33*, 253-260.
- Taft, C. T., & O'Farrell, T. J. (2010). Longitudinal risk factors for intimate partner violence among men in treatment for alcohol use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78* (6), 924-935.
- Walsh, Z., Swogger, M. T., O'Connor, B. P., Schonbrun, Y. C., Shea, M. T., & Stuart, G. L. (2010). Subtypes of partner violence perpetrators among male and female psychiatric patients. *Journal of Abnormal Psychology, 119* (3), 563-574.
- Waltz, J., Babcock, J. C., Jacobson, N. S., & Gottman, J. (2000). Testing a typology of batterers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (4), 658-669.