

Articolo pubblicato sul periodico “Dal fare al dire”

a. 20, n.3 (2011), pp. 21-30

UNO SGUARDO ALLE DONNE CHE... GIOCANO D'AZZARDO

DEBORAH BONI*
LUCIANA PELLONI*
EMANUELA RIVELA*
EMANUELE BIGNAMINI*

Psicologa Psicoterapeuta
Psicologa Psicoterapeuta
Medico
Psichiatra, Psicoanalista SIPI, Direttore del Dipartimento

**Dipartimento Dipendenze 1 - ASLTO2*

INTRODUZIONE

La ricerca che presentiamo è stata realizzata presso l'Ambulatorio per il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) del Dipartimento Dipendenze 1 dell'ASLTO2, situato in Piazza Montale n.10.

Nella nostra pratica clinica, spesso ci siamo trovati a confrontarci sulle specificità di genere correlate a questo comportamento di addiction; per questo motivo riteniamo possa valer la pena volgere uno sguardo più approfondito alle caratteristiche delle donne giocatrici.

Allo stesso tempo, auspichiamo che la presentazione dei dati di seguito descritti, crei un'occasione di riflessione e confronto con altri operatori che nella loro esperienza clinica hanno incontrato giocatrici patologiche.

Ad oggi risulta ancora scarsa la letteratura di riferimento in questo specifico ambito: è stato possibile reperire pochi studi scientifici relativi alla popolazione di giocatrici patologiche, sia a livello nazionale sia internazionale, effettuati nell'arco di quest'ultimo decennio. Nel comparare l'analisi dei dati relativi alla nostra casistica ambulatoriale ci siamo avvalsi prevalentemente dei contributi di Boughton (2002-2007), Lavanco (2006) e Guerreschi (2008), i quali sostengono che negli ultimi anni si sia verificato un incremento delle giocatrici patologiche, tanto da rappresentare un terzo dei soggetti con GAP.

La ricerca si snoda attraverso i seguenti indicatori:

- socio-anagrafici ed anamnestico-familiari: sesso, età, stato civile, condizione lavorativa, titolo di studio, familiarità per patologie psichiatriche e di dipendenza;
- contatto con il servizio: canali di invio e accompagnatori della giocatrice al 1° colloquio;
- caratteristiche del comportamento di gioco: gioco prevalente ed età di esordio della dipendenza;
- eventi premorbose: eventi scatenanti il comportamento patologico ed assunzione di terapia psicofarmacologica;
- problemi associati: disturbi del sonno e dell'alimentazione e situazione debitoria.

La cartella clinica è stato lo strumento utilizzato per la rilevazione dei dati, da cui abbiamo individuato e raccolto le informazioni utili alla realizzazione di questo studio.

Del presente studio, inoltre, è opportuno tenere in considerazione, nell'interpretazione dei dati, i limiti presenti e dovuti alla numerosità ridotta dei soggetti, alla rilevazione dei dati ottenuti dall'osservazione e dalla raccolta anamnestica e al contesto dello studio, che è di tipo descrittivo e non ha di per sé peculiarità tali da considerarlo rappresentativo di popolazioni cliniche osservabili in altri Servizi Gap.

È importante indicare che tali dati assumono significato in relazione alla specificità del contesto socio-demografico ed ambientale dei quartieri delle Circoscrizioni 4 e 5 di Torino: San Donato, Parella e Campidoglio - Vallette, Lucento, Madonna di Campagna e Borgo Vittoria, rispecchiandone la particolare configurazione familiare, lavorativa e sociale. I territori, su citati, sono eterogenei per

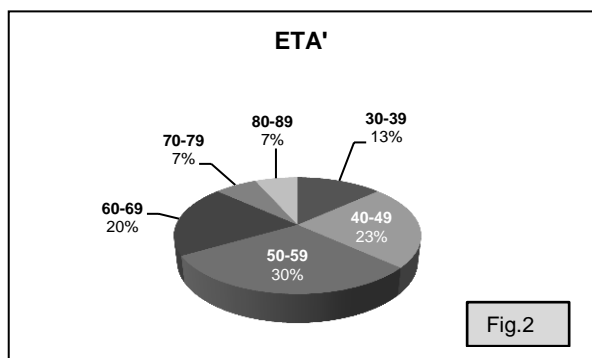


composizione e problematiche: accanto a zone socialmente molto compromesse (Vallette, Bassa S. Donato, Area Edilizia E18, Case Popolari in Via Verolengo, Via Scialoja e Via Sospello) che vedono un alto tasso di disoccupazione, fenomeni di microcriminalità diffusa, degrado urbano, povertà culturale, vi sono zone residenziali abitate da una fascia di popolazione più benestante (zona limitrofa alla Tesoriera, parte di Campidoglio, zona a nord di Corso Toscana) con un grado di scolarizzazione ed

occupazione più elevato e la presenza di risorse territoriali più ricche ed attive.

Le Circoscrizioni 4 e 5, risultano, inoltre, tra le più popolate (rappresentano circa il 25% della popolazione generale della città), in particolare la popolazione residente femminile, a cui faremo riferimento, è di 117.244 unità (pari al 25% della popolazione femminile torinese). (Fonte: Ufficio di

DESCRIZIONE SOCIO-ANAGRAFICA ED ANAMNESTICO-FAMILIARE



Statistica Comune di Torino, dati aggiornati al 31/12/2010)

L'utenza femminile afferente all'Ambulatorio di Piazza Montale, costituisce una percentuale ridotta rispetto alla casistica complessiva di gamblers trattati.

Dal 2000 ad oggi i giocatori seguiti dal Servizio sono stati complessivamente 186; di questi, 30 soggetti sono di genere femminile e rappresentano il 16% del totale (Fig. 1).

Confrontando questo dato con la percentuale di donne tossicodipendenti (20%) e alcolodipendenti (24%) trattate nei Servizi per le

Dipendenze piemontesi dal 2000 al 2009, possiamo riscontrare come la distribuzione sia quasi equivalente. (Fonte: Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Regione Piemonte)

Si constata innanzitutto che nessuna donna al di sotto dei 30 anni di età si è rivolta al Servizio e che la fascia 30-39 anni costituisce il 13% del campione. La fascia maggiormente rappresentata è quella 50-59 anni (30%), seguita dalle fasce contigue, 40-49 anni (23%) e 60-69 anni (20%). Le ultra-settantenni sono il 14% (Fig.2).

Emerge che sono in prevalenza le donne "mature" ad essere più coinvolte nella patologia.

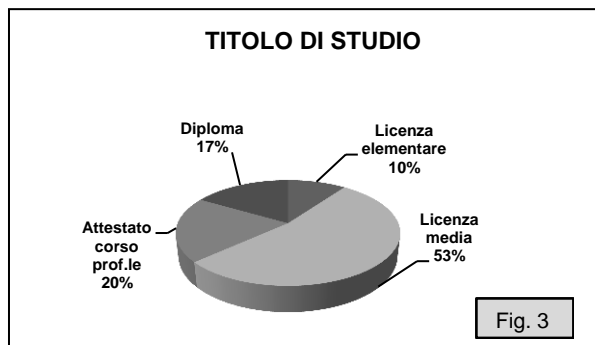
Tale riscontro è presente anche in letteratura

(Tavares et al., 2001; Boughton, 2006, Guerreschi, 2008), e ci rimanda alcuni interrogativi ancora senza risposta: le donne giovani sono poco interessate al gioco d'azzardo in generale? Sono meno consapevoli e motivate ad affrontare il problema? Giocano in modo "sociale" e "senza esagerare" (come recita la pubblicità dell'AAMS) o ancora fanno parte di quel fenomeno sommerso che non riconosce il problema e non approda quindi ai Servizi?

Il fatto invece che giungano in Ambulatorio diverse ultra-settantenni, ci è sembrato un dato interessante, infatti sappiamo che i cambiamenti relativi all'età potrebbero incentivare maggiormente al gioco ed aumentarne i rischi (Boughton, 2006).

La consapevolezza dell'inarrestabile avanzare dell'età e del conseguente venire meno delle risorse fisiche ed intellettive, unitamente alla pressione di fattori socio-ambientali, quali la persuasione pubblicitaria, la crisi economica, la paura della povertà, potrebbero predisporre psicologicamente all'attrazione per il gioco, visto come ultima, magica occasione di realizzare sogni e desideri attraverso un colpo di fortuna.

Nel 2002 Petry affermava che le donne di età più avanzata spendono nel gioco fino al 200% in più rispetto al loro reddito, mentre la Boughton (2004) riporta che le donne anziane giocano il 144% delle loro entrate: pari a due volte di più rispetto alle altre fasce di età, ciò evidenzia la grave e rapida compromissione della loro situazione economica.

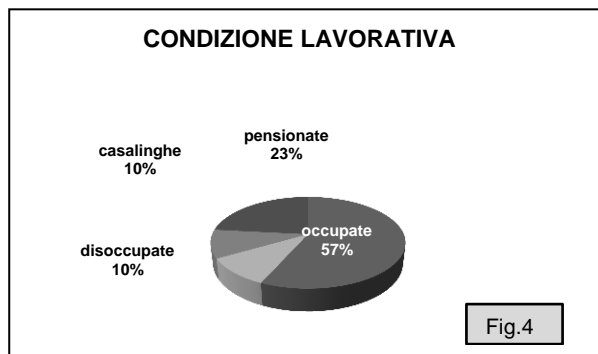


I dati sulla **scolarità** mostrano che il 10% delle utenti ha conseguito la licenza elementare, il 53% la licenza media, il 20% un attestato professionale e il 17% ha il diploma (Fig.3).

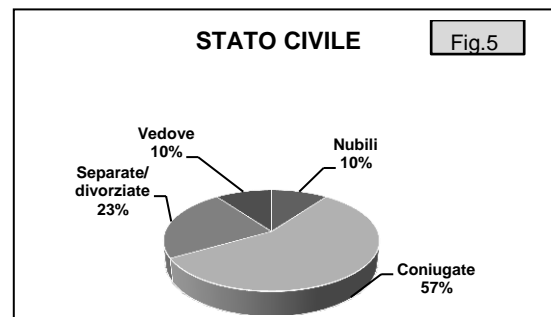
Prendendo in considerazione l'indagine descrittiva condotta sui gamblers afferenti ai Servizi per le Dipendenze Patologiche del Piemonte (2006-2007), emerge che il 67% ha conseguito la licenza elementare e media inferiore, il 29% il diploma di scuola superiore e il 4% la laurea o diploma equipollente (Lio, Masarin, 2010).

Comparando i dati si rileva che le percentuali sono equivalenti e sovrapponibili solo per la scolarità elementare e media inferiore, mentre per gli altri livelli d'istruzione, nel nostro campione non vi sono laureate e le donne che hanno conseguito un titolo di scuola secondaria, risultano in percentuale più elevata.

Rispetto alla **condizione lavorativa**, si nota che il 57% delle giocatrici ha un'occupazione e il 23% è in pensione, quindi, risulta che l'80% possiede un'autonomia economica propria e può disporre di un reddito che permette loro di spendere denaro nel gioco. Le casalinghe (10%)



e le disoccupate (10%) riferiscono invece di utilizzare le risorse economiche familiari, la cosiddetta "cresta sulla spesa", oppure di impegnare gli averi di casa (oro, oggetti di valore, etc.) per finanziare l'attività di gioco (Fig.4).



Prendendo in esame il dato relativo allo **stato civile**, si evidenzia che le giocatrici coniugate/conviventi sono il 57%, le donne "sole" (nubili 10%, separate/divorziate 23%, vedove 10%) rappresentano complessivamente il 43% (Fig.5).

Se consideriamo che la popolazione generale femminile, coniugata, residente sul territorio di competenza del Servizio corrisponde al 47%, notiamo che il dato da noi rilevato sulle donne giocatrici risulta essere maggiore.

Ciò ci porta ad ipotizzare che la situazione matrimoniale, ma forse anche familiare, possa essere per le donne elemento influente nella dipendenza da gioco.

Per molte donne il gambling rappresenta un meccanismo di fuga dalle eccessive richieste e responsabilità di accudimento nei confronti della famiglia (Dow Schull, 2002) ed oltre che una possibilità di gratificazione, di sospensione e di cambiamento per sottrarsi ad anni di dedizione agli altri (Boughton, 2006).

Anche la solitudine delle donne "sole", può attivare la fuga nel gioco, per colmare il vuoto affettivo, derivante sia dalla loro condizione sia da esperienze pregresse di abbandono e di isolamento (Guerreschi, 2008).

Un elemento di rilevante importanza, è la **familiarità per la dipendenza**. La presenza di uno o entrambi i genitori con problematiche di gioco, alcol o droga è considerato fattore predisponente (Lavanco, Varvieri, 2006).

Emerge che il 38% del campione ha nella propria famiglia d'origine almeno un membro

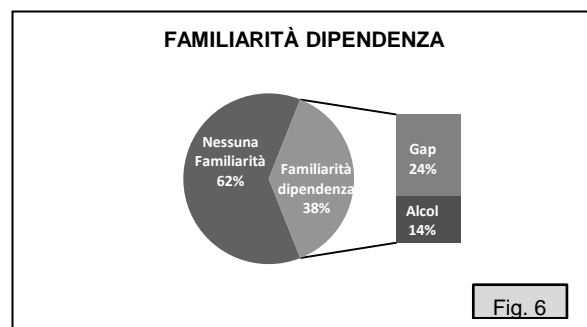


Fig. 6

giocatore (24%) o alcolista (14%), mentre non è presente alcuna familiarità nel 62% dei casi (Fig.6).

Inoltre abbiamo rilevato che la familiarità per patologie psichiatriche è del 10%.

Guerreschi (2008) afferma che l'infanzia delle donne giocatrici è stata spesso traumatica a causa dell'alcolismo in famiglia o di gioco problematico (38%), nonché di disturbi mentali (24%). Dalle storie delle nostre pazienti pare siano le figure maschili (padri e fratelli) maggiormente coinvolte nella

CONTATTO CON IL SERVIZIO

dipendenza da gioco e da alcool, mentre le madri sembrano riportare più frequentemente patologie psichiatriche.

Andando ad individuare i canali di **invio al Servizio**, si evidenzia che molte donne (30%) giungono in Ambulatorio spontaneamente, si sono cioè attivate cercando informazioni su internet o sono arrivate tramite il passaparola (indicazioni di conoscenti, o altre giocatrici) o ancora, hanno partecipato ad incontri di sensibilizzazione alla cittadinanza (Gap Tour → Campagna regionale divulgativa sul fenomeno, seminari informativi presso i locali della Circostrazione 5).



Fig.7

Nel 27% dei casi i familiari e gli amici sono coloro che hanno sollecitato le pazienti a richiedere un intervento per la loro patologia e si sono interessati per individuare il luogo di cura.

Infine, il dato che ci è parso più interessante, è che, per il 43% del campione, l'invio è avvenuto da parte dei Servizi Socio-Assistenziali, di Enti di Volontariato, del Centro di Salute Mentale dell'ASL o del Medico di base (Fig.7).

Dunque un invio specifico e mirato per quelle pazienti che avevano già in corso trattamenti terapeutici psicofarmacologici (antidepressivi e/o ansiolitici). Tale dato apre l'ipotesi che la patologia del gioco si instauri talvolta su una configurazione depressiva pre-esistente, ipotesi già considerata dalla letteratura (Piquette-Tomei, 2010).

Le donne giocatrici, si presentano sovente al **primo colloquio** da sole (54%), accompagnate dal coniuge (20%), dai figli (23%) e più raramente da un genitore (3%) (Fig.8).

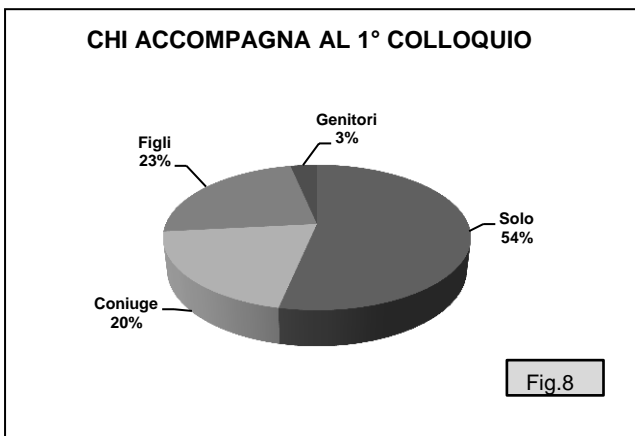


Fig.8

Abbiamo riscontrato una notevole difficoltà da parte dei coniugi e dei figli a farsi coinvolgere anche successivamente nel percorso di cura delle donne giocatrici. Emerge spesso una forte colpevolizzazione della moglie/madre che gioca: sembra inaccettabile, fino a suscitare rabbia, che colei, deputata per natura all'accudimento, debba essere accudita e debba farsi richiamare alle sue responsabilità.

La donna che gioca, presentata dai media, riflette spesso infatti l'immagine stigmatizzata della "Madonna irresponsabile" (Mark & Lesieur, 1992). Solitamente la cronaca enfatizza storie di donne giocatrici, focalizzando l'attenzione sul venir meno al ruolo materno. Raramente invece per gli uomini giocatori, viene evidenziato il ruolo genitoriale, per loro è messo quasi esclusivamente in risalto l'aspetto finanziario.

CARATTERISTICHE DI GIOCO

Relativamente al tipo di **gioco prevalente**, le pazienti riferiscono di sentirsi maggiormente attratte e aver minor capacità di controllo alle slot machines (50%). L'altra metà del campione invece è suddiviso tra Gratta e Vinci (23%), Lotto e Superenalotto (14%), Bingo (7%) e Casinò (3%). Nella categoria altro (3%) abbiamo incluso una paziente che si è rivolta al Servizio per una riferita

compulsione per telefonate a pagamento a cartomanti, comportamento che condizionava gravemente la sua quotidianità e la sua situazione economica (Fig.5).

Secondo la Boughton (2006), le donne tendono a prediligere giochi di fortuna che non richiedono elevati livelli di concentrazione. Le slot machines, il Bingo e i Gratta e Vinci sono giochi veloci e altamente additivi tanto da indurre a persistere nel giocare, poichè permettono un accesso continuo e le piccole ricorrenti vincite fungono da rinforzo.

Le slot-machines sono anche chiamate “*electronic morphine*” e “*the crack cocaine of gambling*” e rappresentano uno dei settori più in rapida espansione del gioco. Se i tavoli da gioco stimolavano la relazione sociale, le slot machines hanno tecnologizzato il gioco creando una relazione diretta ed esclusiva tra giocatore e macchina. I giocatori patologici la descrivono come un’esperienza di fuga nella macchina, tanto che i confini tra uomo e macchina si perdono (Dow Schull, 2002).

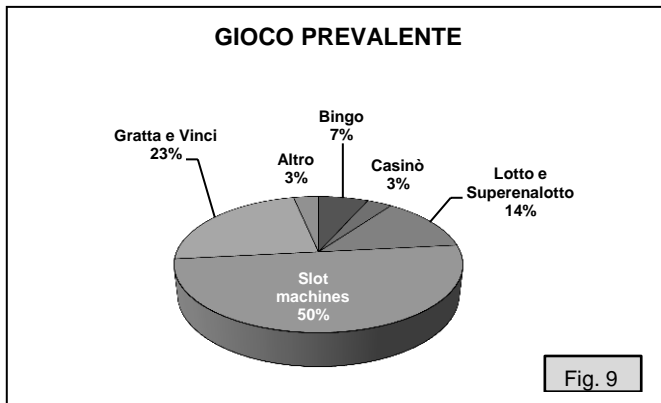


Fig. 9

Inoltre, relativamente alle modalità di gioco, le donne ci riferiscono di giocare prevalentemente in solitudine e sono molto attente a farlo in luoghi distanti dall’abitazione o dal lavoro, perché l’essere scoperte le costringerebbe ad una svalorizzazione. Per loro il gioco non è inteso come sfida o competizione, difficilmente si lasciano influenzare dall’incitazione e dalla pressione di chi le osserva mentre giocano alle slot, non vantano le vincite, mantengono la riservatezza.

Al contrario degli altri giochi, pare che nel Bingo, le donne cerchino occasioni di socializzazione, in un contesto tutelante, in cui si sentono al riparo da critiche e dove è possibile, a costi contenuti, contemporaneamente giocare e usufruire di vari intrattenimenti.

Nel 50% del campione l’età di esordio della dipendenza patologica si colloca tra i 40 e i 59 anni. E’ da segnalare che non per tutte le utenti è stato possibile rintracciare questo dato dalla cartella clinica (missing date 20%) (Fig. 10).

In base alla letteratura, per quanto riguarda gli uomini, più è precoce l’inizio con il gioco, maggiore è la probabilità che un soggetto diventi giocatore patologico (Livingston, 1974; Wolkowitz et al., 1985).

Per le donne invece il gioco compare più tardi nella loro vita, diventa problematico più rapidamente e chiedono aiuto più velocemente (La Plante et al., 2006).

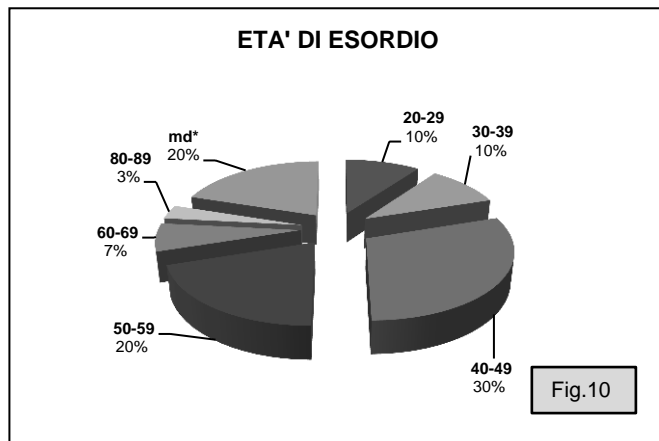


Fig.10

Si parla di “effetto telescopico”, già descritto per l’alcolismo da Lisansky (1957), con cui si intende la rapidità, appunto, con cui le donne sviluppano la sintomatologia patologica.

Nelle giocatrici “l’effetto telescopico” avverrebbe, secondo Guerreschi, in due fasi: la prima fra l’intensificarsi del gioco e il sorgere dei primi problemi legati ad esso, la seconda fase invece, fra questi primi problemi e il momento in cui inizia la cura (Guerreschi, 2008).

EVENTI PREMORBOSI



Fig.11

Per le pazienti la perdita degli affetti riveste un ruolo centrale rispetto agli **eventi scatenanti** la dipendenza da gioco: le separazioni/divorzi (35%) e i lutti (30%), attivatori di forti vissuti di abbandono, sono complessivamente riferiti nel 65% dei casi e il gioco sembra offrire loro rifugio e consolazione. Altri eventi riferiti sono: il cambiamento del

lavoro (5%), ma anche l'aver subito maltrattamenti ed abusi (5%) e l'aver dovuto affrontare trasferimenti di abitazione (5%).

Nella categoria altro (20%) sono compresi eventi quali: la malattia, che va a minare il progetto "esistenziale" dell'individuo e il pensionamento, che rivoluziona ruoli sociali e familiari, entrambi connessi col sentimento di identità personale e la "fuga" nel gioco sembra assumere il significato di compensazione e gratificazione (Fig.11).

"Un cambiamento nella loro vita (pensionamento, divorzio e separazione) o trauma (la morte di una persona cara) può essere la causa del cambiamento dal gioco sociale a quello problematico" (Guerreschi, 2008).

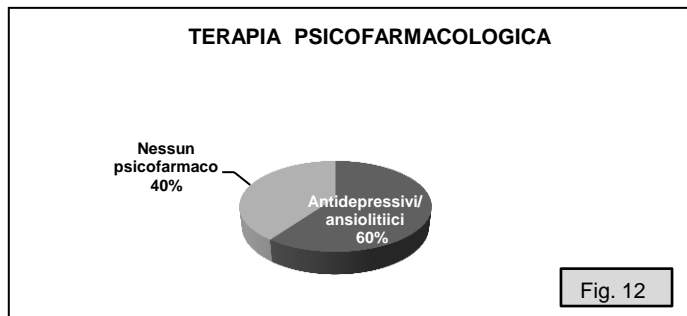


Fig. 12

Un dato significativo è rappresentato dal fatto che il 60% delle utenti assume una **terapia psicofarmacologica** antidepressiva e/o ansiolitica, che nella maggior parte dei casi è stata loro prescritta da professionisti privati (neurologi o psichiatri), dal proprio medico di base o dallo psichiatra del CSM, prima di accedere al servizio Gap (Fig.12).

La letteratura conferma alti livelli di comorbidità psichiatrica nelle donne giocatrici: queste presentano percentuali significativamente più elevate di depressione ed ansia della popolazione generale femminile e anche rispetto ai giocatori patologici uomini (Getty, Watson & Frisch, 2000).

Dall'osservazione clinica abbiamo colto come molte pazienti "deprese", cerchino nel gioco una possibilità di slancio, di rivitalizzazione e di realizzazione del proprio sé. La ricerca di auto-affermazione ed autonomia sembrano concretizzarsi nel gioco.

PROBLEMI ASSOCIATI

Il concetto di denaro assume un significato molto diverso tra le donne e gli uomini che giocano d'azzardo ed è stato oggetto di riflessione da parte degli autori già citati.

Le donne in genere tendono a spendere quantità contenute di denaro, probabilmente in funzione delle limitate disponibilità economiche, ma anche per un diverso atteggiamento nella gestione del denaro (Boughton, 2006).

Abbiamo riscontrato che, nella relazione coniugale, il denaro diviene per la donna strumento di affermazione del proprio valore e potere, inteso come poter fare-poter essere-poter avere, inoltre può rappresentare un elemento di mediazione della relazione affettiva.

Il denaro, quindi la sospirata vincita, permetterebbe di raggiungere l'autonomia, non solo economica, ma anche il riconoscimento e l'affermazione della propria individualità che consentirebbe di sfuggire ad una condizione di sottomissione, soprattutto emotiva. In diverse storie di giocatrici affiora l'immagine dell'uomo che al mattino lascia alla moglie una banconota sul tavolo/comodino/lavatrice, con un atteggiamento che viene percepito come incurante e denigratorio.

L'obbligo di utilizzare questo denaro in maniera oculata e confacente ai desideri del coniuge, le conduce a cercare nel gioco la possibilità di guadagnare dei soldi, questi rappresentano sia un'occasione di riscatto sia la libertà di spendere senza il controllo del partner. Anche se solitamente il denaro è ugualmente destinato ad acquisti per la famiglia e la casa e raramente è speso per se stesse. Quando ciò avviene, il senso di colpa è pervasivo e devastante, poiché ogni desiderio di cura personale è scambiato per vanità o inutile vezzo.

La gestione economica problematica induce talvolta la giocatrice a richiedere prestiti. Nel 40% dei casi i debiti sono stati contratti con banche/finanziarie e nel 36% con parenti/amici; infine le utenti che non hanno richiesto soldi in prestito sono il 24% (Fig.13).

Tanto è importante l'indipendenza economica per la donna che di rado, nella nostra esperienza, la dipendenza da gioco

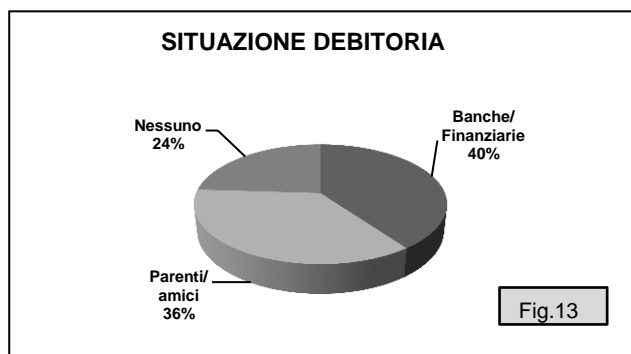
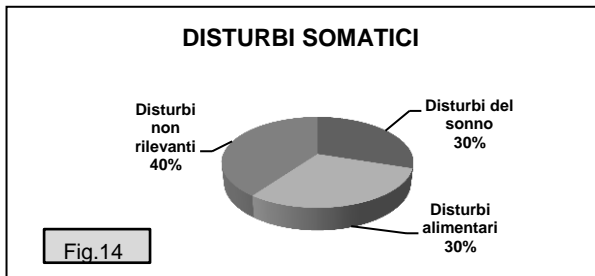


Fig.13

compromette la situazione lavorativa, anzi proprio l'eventuale interferenza del gioco con l'attività lavorativa induce ad intraprendere un percorso di cura per correre ai ripari prima di causare danni irreparabili. Abbiamo tuttavia riscontrato che nel 40% dei casi il gioco interferisce e compromette la rete sociale. Le pazienti giungono all'isolamento non tanto perché il tempo trascorso a giocare non può essere dedicato alle relazioni familiari ed amicali, ma per il vissuto di colpa e vergogna, che le rende "vulnerabili alle critiche esterne" (Boughton, 2007) ed impedisce loro di porsi in modo limpido in un qualsiasi legame affettivo.



I debiti contratti al gioco, ma anche la paura che il segreto sia svelato, insieme all'ansia e al senso di colpa, diventano fonte di stress, che spesso provoca **disturbi somatici**, quali disturbi del sonno (30%) e dell'alimentazione (30%).

Questi ultimi si manifestano con periodi di anoressia nervosa e/o episodi di bulimia. Il 40% invece riferisce di non avvertire conseguenze dell'attività di gioco a livello somatico (Fig.14).

SINTESI

Una lettura generale dei dati raccolti ci consente di definire il profilo delle donne giocatrici emerso dal nostro studio.

Si tratta di donne in età matura, 50-59 anni, coniugate, con un livello d'istruzione medio e un'autonomia economica. Giungono in Ambulatorio su invio specifico di altri Servizi e si presentano al 1° colloquio da sole. Giocano alle slot machines ed hanno debiti con finanziarie/banche. Sviluppano la dipendenza patologica tra i 40-49 anni, prevalentemente in seguito a separazione/divorzio.

Assumono una terapia psicofarmacologica antidepressiva/ansiolitica e presentano disturbi somatici legati allo stress da gioco patologico.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Dalle storie di vita raccontate dalle donne giocatrici che abbiamo conosciuto in questi anni si evidenzia che nello sviluppo della dipendenza la situazione affettiva-relazionale assume un ruolo di rilievo; infatti, coerentemente con quanto descritto in letteratura, "le donne giocano per lo più per fuggire a situazioni emotivamente stressanti o a condizioni di vita insoddisfacenti (trad.)" (Ladd & Petry, 2002; Boughton & Brewster, 2002).

Abbiamo riscontrato talvolta uno stile relazionale caratterizzato da sottomissione a partner svalutanti e poco inclini a riconoscere capacità, desideri e bisogni delle compagne. Così, nel rapporto coniugale, i sentimenti di solitudine, di inadeguatezza di sé, talvolta anche di rabbia e di impotenza sfociano nella ricerca, attraverso il gioco, di un modo per affermare se stesse ribellandosi quindi alla propria condizione.

In ogni epoca le donne sono state combattute dai conflitti tra le forze interne e quelle esterne, cioè tra gli stereotipi culturali, che connotano il ruolo a cui la società si aspetta che la donna si conformi, e le pulsioni interne, oscillanti tra la consapevolezza dell'influenza esercitata dalle forze esterne e il potere derivante dalla propria individualità sviluppata nel tempo.

In questo senso l'attività lavorativa diviene una risorsa ed uno spazio individuale importante, che difficilmente viene messa a rischio con il gioco. Il lavoro rappresenta una condizione di emancipazione e di riconoscimento di un ruolo sociale, svincolato dallo stereotipo di "angelo del focolare" che ancora persiste nella rappresentazione mentale della società contemporanea.

La società si aspetta che la donna sia: "buona moglie" - "brava donna di casa" - "madre attenta e presente" - "efficiente lavoratrice" (Bolen, 1991; Heritier, 2010).

La combinazione di questo mix di attività e di impegni, da quelle retribuite a quelle di cura e di gestione del ménage familiare, a quelle connesse alla costruzione del loro mondo relazionale, ha

comportato per le donne la costante necessità di fare i conti con logiche e codici multipli e differenziati: da un lato l'efficienza economica e dall'altro la relazionalità e gli affetti.

Nel tentativo di conciliare i ruoli della vita familiare e lavorativa, le donne sono sottoposte ad una grande fatica fisica e psicologica, si sentono pervase dal senso di inadeguatezza e di colpa, oltre ad essere spesso sottoposte a ricatti morali da parte del partner e addirittura dei figli.

La società ha attribuito alla donna caratteristiche comportamentali, psicologiche e sociali con le quali ella stessa ha finito per identificarsi: fragilità, debolezza, bisogno di protezione e attitudine alla sottomissione. Caratteristiche alle quali la donna sente di ribellarsi per distanziarsi da questi stereotipi sociali, ma quando sceglie la via del "gioco" rimane intrappolata nello stigma della "Madonna irresponsabile".

Le donne giocatrici provano vergogna e si sentono colpevoli, tanto che questo stato d'animo le porta ad avere poca stima di sé, a sentirsi depresse, e all'auto-condanna per aver fallito nel sostenere la responsabilità dei suoi compiti sociali e familiari.

Sono questi vissuti, oltre alla paura di scontrarsi con una società giudicante, che probabilmente alimentano la difficoltà delle donne giocatrici a rivolgersi alle strutture di cura e che contribuiscono ad incrementare la dimensione di "sommerso" della patologia, soprattutto femminile.

Si ringraziano le Dr.sse Daniela Capitanucci e Fulvia Prever, dell'Associazione A.N.D., per la disponibilità al confronto sull'esperienza clinica, e il Dr. Bruno Tortia del DD2 ASLTO2 per la consulenza tecnico-informatica.

Bibliografia

- Bolen Jean S., (1991), *Le dee dentro la donna*, Astrolabio, Roma.
- Boughton R. & Brewster J., (2002), *Voices of Women Who Gamble in Ontario: A Survey of Women's Gambling, Barriers to Treatment and Treatment Service Needs*, Toronto, Ontario. (<http://www.gamblingresearch.org>)
- Boughton R., (2004), *Older Women of Ontario and Problem Gambling:Voices Contribution*, NCPG 18th National Conference on Prevention, Research and Treatment of Problem Gambling, June 17-19, Phoenix, Arizona.
- Boughton R., (2006), *Towards a better understanding of women who problem gamble: information for professionals who work with women*, The Committee on Gambling Resources for Ontario Women To reduce Harm (CGROWTH),Canada.
- Boughton R., (2007), *Vulnerability and Comorbidity Factors of Female Problem Gambling*, Journal of Gambling Studies, 23(3), 323-334.
- Dow-Schull N., (2002), *Escape Mechanism: Women, Caretaking, and Compulsive Machine Gambling*, Working Paper No 41. April-2002. Centre for Working Families, University of California, Berkeley.
- Getty H. A., Watson J., Frisch G. R., (2000), *A comparison of depression and styles of coping in male and female GA members and controls*, Journal of Gambling studies,16, 377-391.
- Guerreschi C., (2008), *L'azzardo si veste di rosa. Storie di donne, storie di gioco, storie di rinascita*, Franco Angeli, Milano.
- Heritier F., (2010), *Maschile e femminile – Il pensiero della differenza*, Editori Laterza, Roma.
- Ladd G.T. & Petry N.M., (2002), *Gender differences among pathological gamblers seeking treatment*, Experimental and clinical Psychopharmacology 10(3) 302-309.
- LaPlante D. A., Nelson S. E., LaBrie R. A., & Shaffer H. J., (2006), *Men & women playing games: Gender and the gambling preferences of Iowa gambling treatment program participants*, Journal of Gambling Studies, 22(1), 65-80.
- Lavanco G., Varvieri L., (2006), *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa*, Carrocci Faber, Roma.
- Lesieur H.R., Blume S.B., (1991), *Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the addiction severity index*, British Journal of Addiction, 86(8) 1991 Aug; 1017-28.
- Lio S., Masarin F., (2010) *Giocatore...questo (s)conosciuto. Indagine descrittiva sui soggetti con problemi di Gap afferenti ai servizi per le dipendenze patologiche del Piemonte (2006-2007)*, Dal fare al dire n.II/2010, Ed. Publiedit.
- Lisansky E.S., (1957), *Alcoholism in women: social and psychological concomitants*, Quarterly Journal of Studies on Alcohol; 18: 588-623.
- Livingston J., (1974), *Compulsive gamblers: observation on action and abstinence*, Harper Row, New York.
- Mark M. & Lesieur H., (1992), *A feminist critique of problem gambling research*, British Journal of Addiction 1992 (87), 549-565.
- Piquette-Tomei N., (2010), *Behind the mask: a symposium on women's problem gambling*, University of Lethbridge.
- Tavares H., Zilberman M.L., Beites F.J., Gentil V., (2001), *Gender differences in gambling progression*, Journal of Gambling Studies, 17(2), 151-159.
- Wolkowitz O. M., Roy A., Doran A.R., (1985), *Pathological Gambling and Other Risk Taking Pursuits*, in Psychiatric Clinic of North America, 8, 311-322