

Fulvia Prever

Henrietta Bowden-Jones

# DONNE E DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

*Una prospettiva internazionale al femminile  
su trattamento e ricerca*





Alle nostre madri  
e alle nostre figlie,  
con amore!

Julia

Wentz



*Questo libro, nato in UK come GAMBLING DISORDERS IN WOMEN, manuale tecnico per addetti ai lavori, rinasce in Italia come DONNE E DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO, arricchito da un editing più attento alla divulgazione e quindi al coinvolgimento di una fascia più larga di popolazione.*

*Ci abbiamo messo un anno.*

*È stato un percorso lungo e impegnativo, reso possibile da un team straordinario composto da professionisti che ancora non si conoscevano.*

*Quello che ci ha fin da subito accomunato e legato con il passare dei mesi è stato l'entusiasmo e il desiderio di poter aiutare a meglio comprendere che cosa si nasconde dietro le dipendenze da gioco d'azzardo al femminile e decidere come comportarsi e reagire. Questo percorso conoscitivo, informativo e, ci auguriamo, formativo, si è appoggiato a una esplorazione che ha considerato come questo tema si esprima in altri contesti, in giro per il mondo.*

*La Rete Civica Milano Noslot Città Metropolitana è un unicum a livello nazionale con progetti continuamente in progress; si occupa di aiuto, presa in carico e cura di chi soffre di dipendenza da gioco d'azzardo.*

*Da tempo si interviene sulla prevenzione attraverso la divulgazione culturale, operando sulla base di esperienze di successo e di un apposito protocollo di intesa con il Ministero dell'Istruzione.*

*Questa pubblicazione, nascendo da una solida radice culturale, si affianca alle numerose iniziative sociali, di sensibilizzazione (soprattutto teatrali) sviluppate dalla Rete Civica nei territori milanesi per la prevenzione e il contrasto alle dipendenze da gioco d'azzardo, azioni ancora valide e che porteremo avanti nel tempo.*

*Le nostre iniziative spaziano con interventi dedicati ad Amministratori Locali, Polizie Locali, studenti di scuole elementari, medie e superiori, diversamente giovani, stakeholder e cittadinanza tutta, sino ai gestori di esercizi pubblici e sale gioco, cercando sempre di ampliare il campo degli interlocutori.*

*Vengono forniti servizi di supporto e di aiuto alle vittime dell'azzardo e ai loro familiari, con sportelli di ascolto, un sito web dedicato, una help-line.*

*Il racconto è ancora lungo e carico di sorprese; per questo, mentre ringrazio i tecnici per il grande lavoro fatto, vi saluto lasciandovi alla lettura.*

Assessore alle Politiche Sociali e Abitative  
del Comune di Milano

Gabriele Rabaiotti



Fulvia Prever Henrietta Bowden-Jones

# DONNE E DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Una prospettiva internazionale al femminile  
su trattamento e ricerca

*Traduzione a cura di Ester di Giacomo*

*Editing a cura di Fulvia Prever*



Edizioni dEste

### **Gambling Disorders in Women**

All rights reserved

Authorised translation from the English language edition

First published 2017 by Routledge, a member of the Taylor & Francis Group

© 2017 Selection & editorial matter Henrietta Bowden-Jones and Fulvia Prever.

Individual chapters the contributors.

### **Donne e Disturbo da Gioco d'Azzardo**

© 2021 – Edizioni dEste, I Edizione italiana, marzo 2021

© 2017 – Opera a cura di Henrietta Bowden-Jones e Fulvia Prever

Progetto grafico – Alessandro Galluccio

Copertina – Libera interpretazione di “Donna con le carte” (Felice Casorati, 1954)

dipinta da Giuseppe Pagani nel 1996, concessa gratuitamente dall'Autore.

Edizioni e Produzioni dEste

P.iva 03382420127

[www.edizionideste.it](http://www.edizionideste.it)

ISBN 9788898726905







## INTRODUZIONE

*Henrietta Bowden-Jones e Fulvia Prever*

Un libro sulle donne affette da gioco d'azzardo problematico, edito da donne e scritto da una rappresentanza internazionale di stimate accademiche, era da tempo un nostro sogno professionale, guidato dalla mancanza di visibilità delle giocatrici problematiche sia nella ricerca che in ambienti clinici.

L'idea iniziale per il libro è nata da una collaborazione clinica tra Milano, dove Fulvia e colleghe conducevano un gruppo per donne affette da gioco d'azzardo problematico, e Londra, dove alla National Problem Gambling Clinic gestivamo gruppi di trattamento solo femminili. I nostri ringraziamenti vanno alle donne di questi gruppi per averci aiutato a dare forma all'idea iniziale di questa pubblicazione e per aver condiviso le loro vite, suscitando in noi nuove domande.

Cosa sappiamo effettivamente delle donne e delle loro difficoltà con il gioco d'azzardo nel mondo? In che modo differiscono dalle loro controparti maschili e quali problemi specifici legati alla malattia portano nel contesto del trattamento?

Perché ci sono meno donne che si presentano per il trattamento e quali tipi di gioco d'azzardo stanno vivendo come problematici?

Qual è l'evidenza genere-specifica che costituisce la base per interventi di trattamento mirati?

La ormai consolidata nozione secondo cui le donne preferirebbero le lotterie è stata superata in questa era tecnologica, o le donne rimangono attratte da giochi meno competitivi?

Le giocatrici d'azzardo sono impulsive?

Ecco alcune delle tante domande a cui troverai risposte su scala internazionale. La nostra intenzione è sempre stata quella di fornire una prospettiva globale e di riunire, sulla carta, le molte donne esperte di gioco d'azzardo problematico che si sono tenute in contatto nel corso degli anni e hanno condiviso i loro risultati durante varie conferenze.

Abbiamo apprezzato molto questa esperienza incentrata sulle donne e sentiamo che con questo libro abbiamo dato voce a una minoranza silenziosa. In tal modo speriamo di aver fornito ai clinici la conoscenza approfondita necessaria per aiutare le donne che si presentano in cerca di trattamento e per raggiungere attraverso attività di sensibilizzazione quelle che ancora si allontanano dai centri di cura temendo il disprezzo della società verso le "cattive madri".

Vogliamo ringraziare tutti i nostri colleghi nazionali e internazionali nel campo del gioco d'azzardo problematico perché continuano ad offrire un ambiente di lavoro solidale e collaborativo, al quale ci sentiamo privilegiate di appartenere.



Parte 1

*Africa*



## IL GIOCO D'AZZARDO TRA LE DONNE DEL SUDAFRICA

### Un'esplorazione sull'impatto del gioco d'azzardo negli ultimi vent'anni

*Linda de Vries*

#### **Introduzione**

Questo capitolo si soffermerà sul background del gioco d'azzardo in Sudafrica dal momento della sua regolamentazione, sull'incidenza del gioco d'azzardo informale e sociale non regolamentato e sui problemi associati allo stesso, sulla sua influenza e sulla partecipazione delle donne sia al gioco d'azzardo sia al trattamento dei problemi conseguenti.

In Sudafrica, l'industria del gioco d'azzardo è cresciuta rapidamente durante il periodo 1997-2016 con l'introduzione di varie modalità e strutture di gioco. La creazione di posti di lavoro nonché di nuove attività redditizie è la misura in base alla quale l'industria del gioco d'azzardo viene giudicata nel Paese. Questa linea regge bene, in un quadro di disoccupazione e creazione di posti di lavoro, per gli enti normativi che si occupano del gioco d'azzardo nel nostro Paese, come in tutta l'Africa. Il Sudafrica ha fatto passi da gigante verso un impegno attivo nei confronti del mondo del gioco d'azzardo, non solo come emanatore di regole a livello politico, ma anche come stimolatore del libero mercato e dell'impresa globale. La crescita di un'industria, che prima era vista come malvagia, illegale e all'inizio per la maggior parte situata all'interno dei Bantustan, ha reso il gioco d'azzardo accessibile, glamour, pubblicizzato, rispettoso del genere femminile e questo ha aperto un'altra serie di sfide per la società in generale. Inoltre, il capitolo descriverà le sfide intrinseche ai rischi connessi all'azzardo e ad altri fattori correlati e associati a questi comportamenti tra i sudafricani, concentrandosi sulle donne. Gli attuali programmi di trattamento e sensibilizzazione nel Paese devono anche essere considerati per la loro efficacia verso i problemi correlati al gioco d'azzardo delle donne e dei giovani.

Con la legalizzazione del gioco d'azzardo in Sudafrica nel 1996, le condizioni delle licenze furono redatte per favorire la creazione di un ambiente di intrattenimento gradevole e sicuro. Le sedi dei casinò sono sorte in complessi polifunzionali utilizzati sia come centri di gioco che come centri di conferenze e hotel, accrescendo così valore immobiliare ai vari luoghi in tutto il Paese. Guardie di vigilanza per 24 ore al giorno, un ampio parcheggio sorvegliato, una buona sicurezza generale hanno reso i casinò zone adatte alle donne. In un paese in cui la sicurezza e la vulnerabilità delle donne che escono sole la sera sono una sfida, questi fattori sono importanti per incrementare la partecipazione femminile, specialmente nelle ore serali, la notte o dopo l'orario di lavoro. Questo ambiente favorevole ha consentito una più facile fruizione e ha attratto le donne verso il gioco d'azzardo.

Chi è preposto a regolamentare la vita del Sudafrica è costantemente sollecitato a garantire il monitoraggio del gioco d'azzardo problematico e del gioco responsabile come parte del mandato critico di supervisione. Gli altri ruoli sono di assistenza nella creazione di opportunità di lavoro e occupazione. In questo campo, gli sforzi dovrebbero contribuire a creare una più equa società affrontando i problemi di genere, la povertà, la discriminazione razziale, la responsabilità sociale delle imprese, la valorizzazione delle persone e la creazione di collaborazioni con tutte le parti interessate della società. L'equilibrio tra lavoro, sicurezza e dipendenza da gioco, e i problemi a esso correlati, rimane un punto delicato per i legislatori che sono valutati rispetto alla loro capacità di contribuire alle entrate fiscali del Paese.

## **Background**

L'industria del gioco d'azzardo in Sudafrica si è evoluta in quanto ciascun comitato di regolamentazione provinciale ha voluto concedere la licenza per le macchine a pagamento limitato (LPM) ai casinò e ai luoghi di gioco a loro assegnati secondo la quota equa nazionale. Molte donne di colore adulte (tra i 30 e i 70 anni) hanno partecipato a una modalità di gioco d'azzardo informale come iFafi (un gioco di immagini, sogni, simboli e numeri chiamato anche Um-China; Ndt: <https://americanethnologist.org/features/reflections/playing-fafi-in-johannesburg>) che non è stato considerato illegale al momento della definizione delle norme che regolano il gioco d'azzardo. Le province hanno presto capito la capacità, insita in questa attività, di poter generare reddito. La più prestigiosa infrastruttura di gioco a livello mondiale, e i relativi benefici per una data regione, sono stati visti come un'attrazione per le donne di estrazione rurale e dalle giocatrici di giochi tradizionali che così potevano "progredire" in un gioco d'azzardo più formale e all'interno di locali da gioco.

Tuttavia, le autorità regolatorie non avevano afferrato che quei giochi erano attività della comunità, collegate alla socializzazione di gruppo tanto quanto all'impegno sociale, connesso a temi comuni come la raccolta dell'acqua, il condividere le risorse e quindi giocare a iFafi, condividendone sia il rischio sia la mistica.

Negli ultimi anni a ridosso del 2016, l'industria del gioco ha affrontato un contesto più difficile nella gestione della crescita, dovendo fronteggiare il gioco problematico così come le diverse modalità di gambling e il riemergere del gioco d'azzardo illegale e informale. La legislazione offriva molti vantaggi economici ma, collegati a questi, giungevano alcune delle conseguenze indesiderate del gioco d'azzardo che colpivano donne e giovani, dovute alla prossimità e al facile accesso al gioco stesso. In poco tempo, il comportamento e i modelli di spesa nelle attività ricreative delle famiglie sudafricane, e in particolare delle donne, sono cambiati, indirizzandosi verso un gioco d'azzardo più frequente e accessibile nei siti legalizzati e moderni. Le famiglie ridistribuivano il denaro



dalle spese abitualmente sostenute, dirottandolo verso le nuove spese di gioco d'azzardo. Dalla rapida fase di insediamento dell'industria del gambling all'inizio del nuovo secolo, la creazione di nuovi punti di accesso per il gioco d'azzardo è diminuita considerevolmente mentre la spesa delle famiglie per il gioco ha seguito una traiettoria più moderata. Il periodo immediatamente successivo al 2016, è stato caratterizzato da una maturità nel settore e da un contesto più impegnativo nella gestione della crescita, con la questione del gioco d'azzardo problematico, le modalità di gioco sempre più diverse e il riemergere del gioco illegale e informale tra i sudafricani, soprattutto tra i poveri delle aree rurali, le donne e i gruppi vulnerabili.

In questo contesto, sono rilevanti le seguenti domande:

- Qual è la partecipazione di genere nel settore del gioco d'azzardo in termini di occupazione e contributo al PIL?
- Qual è la percentuale di donne che partecipano alle attività di gioco sia legali che illegali e informali?
- Qual è il livello di consapevolezza delle donne rispetto ai programmi di gioco responsabile?
- Qual è l'incidenza del gioco d'azzardo problematico tra le donne di questa nazione?

Ciò che ha preoccupato sia le autorità preposte alla regolamentazione che i responsabili delle politiche è stata la vastità del settore del gioco d'azzardo, il suo impatto sulla povertà, la sua influenza sulle donne delle aree rurali e sulle beneficiarie vulnerabili delle sovvenzioni statali per i figli, con i conseguenti effetti indesiderati dati dal gioco problematico. Era quindi necessario comprendere l'impatto sui gruppi fragili come donne e bambini.

Prove aneddotiche vengono spesso condivise da politici, opinion leader e leader di comunità circa le conseguenze negative del gioco d'azzardo sulla società in generale e soprattutto sui soggetti più vulnerabili.

Le seguenti storie sono state spesso raccontate da alcuni politici quando hanno avuto modo di discutere di problemi sociali e gioco d'azzardo:

#### **Primo aneddoto**

Le donne e i pensionati vengono caricati su autobus e trasportati fino ai casinò, durante i giorni di pagamento della pensione, poiché i casinò offrono pasti economici e trattamenti speciali per le donne che trascorrono giornate nelle sale da gioco con il denaro che deriva loro dalle pensioni e dai sussidi.

#### **Secondo aneddoto**

Le donne spesso acquistano pannolini per adulti, per assicurarsi di non aver bisogno di lasciare il loro posto nei casinò o nelle sale bingo dove vanno per rilassarsi, ma di essere in grado di trascorrere ore e ore a giocare senza sosta nei "Grannies" (NdT: nonne), il soprannome dei casinò in Sudafrica.

### **Terzo aneddoto**

I negozi di pegni, fuori dai padiglioni del casinò, all'interno della grande zona di Gauteng, vedono i loro affari in forte espansione per gioielli e altri oggetti di valore, poiché i clienti e le giocatrici impegnano i loro oggetti di valore in cambio di denaro per continuare il gioco d'azzardo o per poter trovare un passaggio verso casa dopo aver perso tutti i soldi.

Queste storie non hanno trovato fondamento ma continuano a essere raccontate e sono una spina nel fianco per le autorità e gli specialisti dei trattamenti, poiché gran parte delle indagini conoscitive si svolgono solo nei casinò, ma non di certo nei molti luoghi o aree di gioco illegale e informale. La vera sfida è trovare cosa c'è di vero in queste storie, spesso enfatizzate, e qual è l'impatto reale del gioco d'azzardo sulle donne in pensione, sulle giovani mamme con sussidi per bambini e sulle professioniste in carriera in un Paese in cui sicurezza, abusi e povertà rimangono serie preoccupazioni.

### **Il genere femminile e l'industria del gioco d'azzardo in Sudafrica**

La propensione al gioco d'azzardo in Sudafrica può essere calcolata utilizzando le entrate lorde di gioco (Gross Gambling Revenue-GGR) di tutte le società di gioco autorizzate in questa nazione. Il GGR rappresenta l'importo trattenuto dagli istituti di gioco d'azzardo e, di conseguenza, l'importo sottratto alle famiglie. Le spese di gioco, correlate a pratiche non autorizzate come il gioco d'azzardo illegale, informale e su Internet, rimangono escluse da questo GGR nazionale in quanto non generano tasse per il Paese.

Queste modalità di gioco sono utilizzate da donne provenienti da contesti rurali e semi-urbani e dai giovani, mentre il gioco d'azzardo su Internet avrebbe partecipanti femminili più ricche e istruite.

La tabella 1.1 mostra il GGR stimato delle società di gioco autorizzate per il 2012. Questo ammontava a R 21 024 milioni ( NdT: R=Rand, moneta del SA), non considerando i "gratta e vinci" e il Lotto (estrazioni fortunate). Quasi i tre quarti (70,7%) delle spese di gioco degli scommettitori sono state appannaggio dei casinò, il 12,3% della lotteria e il 10,3% delle scommesse ippiche e sportive.

L'industria del gioco d'azzardo in Sudafrica comprende vari segmenti: casinò, bingo, LPMs (NdT: Low Payment Machines-macchine a pagamento limitato), corse di cavalli e relative scommesse. Il ruolo del National Gambling Board (NGB) secondo il National Gambling Act comporta, in sostanza, la supervisione di questioni relative ai casinò, al gioco d'azzardo, alle scommesse e, soprattutto, la garanzia che vi siano norme e standard uniformi all'interno della congregazione del gioco d'azzardo.

**TABELLA 1.1** GGR stimato in Sud Africa, 2012 e partecipazione femminile

---

<i>Modalità di gioco d'azzardo</i>	<i>Partecipazione femminile</i>	<i>GGR (Rm)</i>	<i>%</i>
Casinò	34%	14.862	70.7
Corse di cavalli/scommesse sportive	1.4%	2.155	10.3
Macchine a pagamento limitato	1%	1.179	5.6
Bingo	0.3%	239	1.1
Lotteria	45%	2.589	12.3
Totale		21.024	100.0

---

Fonti: [www.ngb.org.za](http://www.ngb.org.za) (2015) and [www.nlb.org.za](http://www.nlb.org.za) (2015)

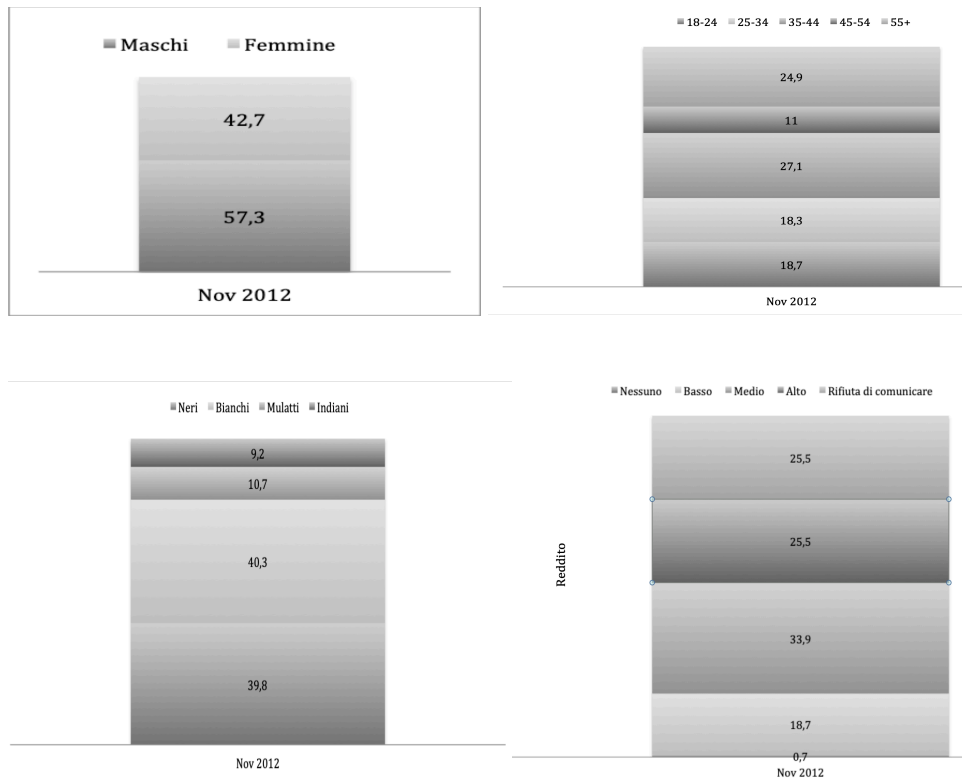
<sup>1</sup> Calcolato al 45% della stima dei biglietti venduti del lotto, lotto plus, Powerball and Scommesse sportive. I Gratta e Vinci e Lotterie sono esclusi (rappresentanti approssimativamente il 3% della spesa della Lotteria Nazionale nel 2012).

I dati relativi al gioco d'azzardo escludono qualsiasi forma di gioco illegale (online/via internet) o informale come iFafi, i dadi, i gratta e vinci o qualsiasi altra modalità. I dati ufficiali registrano solo i giochi che prevedono una contribuzione fiscale, ma la sottostima dell'incidenza del gioco d'azzardo è chiara quando vengono valutate le registrazioni dei depositi delle vincite, attraverso i regolamenti di riservatezza delle banche o attraverso le statistiche dei prestiti e delle agenzie di credito.

Le spese di gioco d'azzardo attraverso pratiche non autorizzate come il gioco illegale, informale e su Internet sono escluse dal calcolo del GGR ma devono essere prese in considerazione da parte dei responsabili delle politiche, nel momento in cui devono trarre delle conclusioni. Le spese per il gambling d'azzardo sono tratte dallo snellimento di altre voci di spesa delle famiglie e/o dall'aumento del reddito delle famiglie stesse. L'impatto di tale reindirizzamento dei bilanci economici delle famiglie è molto più critico nel caso di famiglie meno abbienti.

L'industria del gioco d'azzardo in Sudafrica è cresciuta considerevolmente nell'ultimo decennio se si considera il contributo fiscale complessivo rappresentato dalle entrate lorde del gioco. Quando poi si calcola l'importo speso per il gioco d'azzardo legale, informale e illegale attraverso varie altre fonti come ad esempio i servizi di entrate, la spesa media per giocatore è di oltre R 363.00 al mese (circa € 15.00). Si tratta di un importo molto elevato visto che povertà, malnutrizione e disoccupazione sono i punti critici del Sudafrica, soprattutto nelle povere zone rurali. Tale importo testimonia una sostanziale sottostima delle spese di gioco nelle ricerche rivolte a un solo capitolo di spesa (come il gioco d'azzardo) e quindi l'incapacità di verificare le spese delle famiglie in rapporto al reddito delle stesse.

**FIGURA 1.1** Profilo di genere dei giocatori d'azzardo attivi nei casinò nel 2012  
Ipsos Khayabus survey (NGB, 2012)



Ancora più preoccupante è che tale importo rappresenta circa un terzo di una pensione statale di sussidio sociale o più di una sovvenzione per i figli mediamente percepita dai disoccupati, dai soggetti vulnerabili e da coloro che dipendono da contributi sociali statali.

Nel 2012, nei casinò la percentuale di partecipazione femminile è solo il 42,7% del numero totale di giocatori d'azzardo mentre le spese totali per il gioco sono state pari a Rand 21.024 milioni. Quasi tre rand su quattro (70,7%) sono stati spesi nei casinò. In questa casistica segue la lotteria che ha attirato solo il 12,3% del denaro delle scommesse domestiche. Da notare che quasi sei rand sono stati spesi nei casinò per ogni rand speso nella lotteria nazionale. Qui di seguito le quote spese nei casinò e alla lotteria dai giocatori d'azzardo:

- i giocatori d'azzardo nei casinò hanno rappresentato l'8,9% di tutti i giocatori, ma hanno movimentato il 70,7% del denaro destinato al gioco;
- i giocatori d'azzardo della lotteria hanno rappresentato il 77% di tutti i giocatori, ma hanno utilizzato solo il 12,3% dei soldi dedicati al gioco.

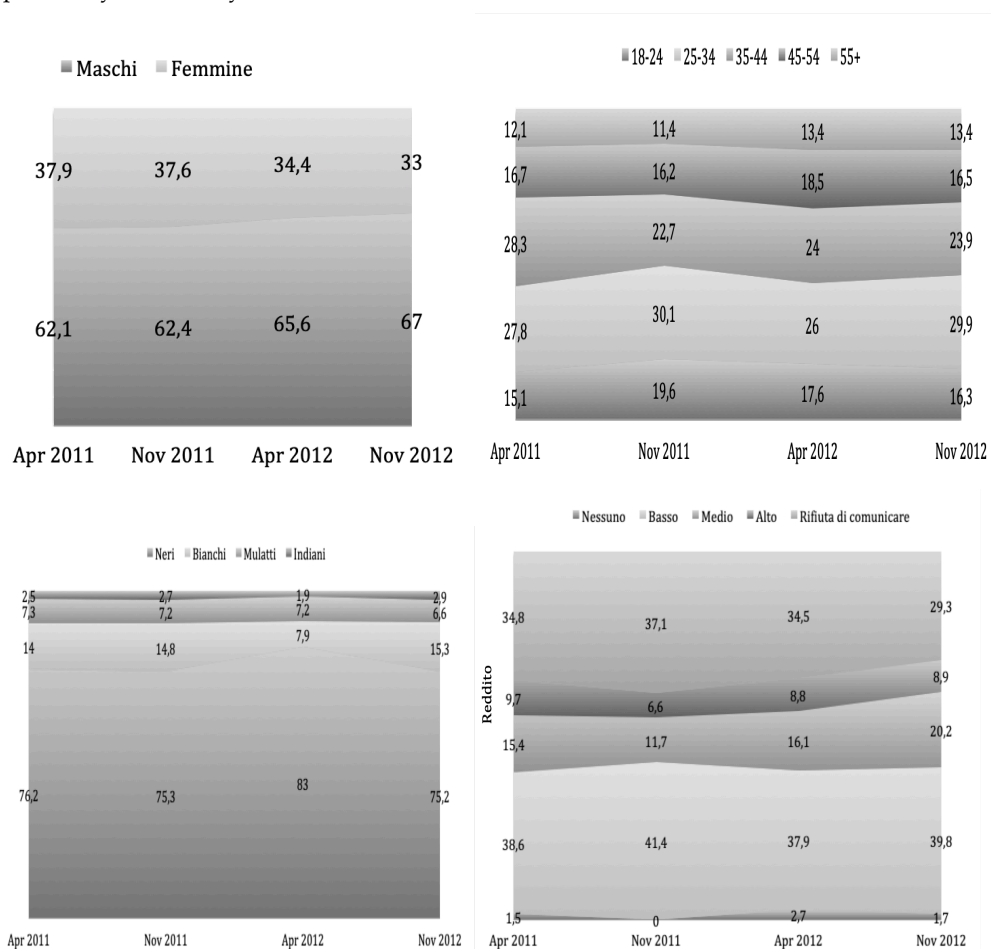
La Lotteria Nazionale (NdT: essa comprende una varietà di giochi da estrazione, principalmente varie forme di Lotto, lotterie, Powerball e Gratta e Vinci digitali chiamati EAZiWIN) riflette specularmente il profilo demografico della popolazione sudafricana rispetto alla partecipazione sia di uomini che di donne e

di una maggiore rappresentanza di persone di colore, grazie alla facilità di accesso e alle piccole dimensioni, (massimo 5 macchine distributrici) contro il gran numero delle stesse presenti nei casinò.

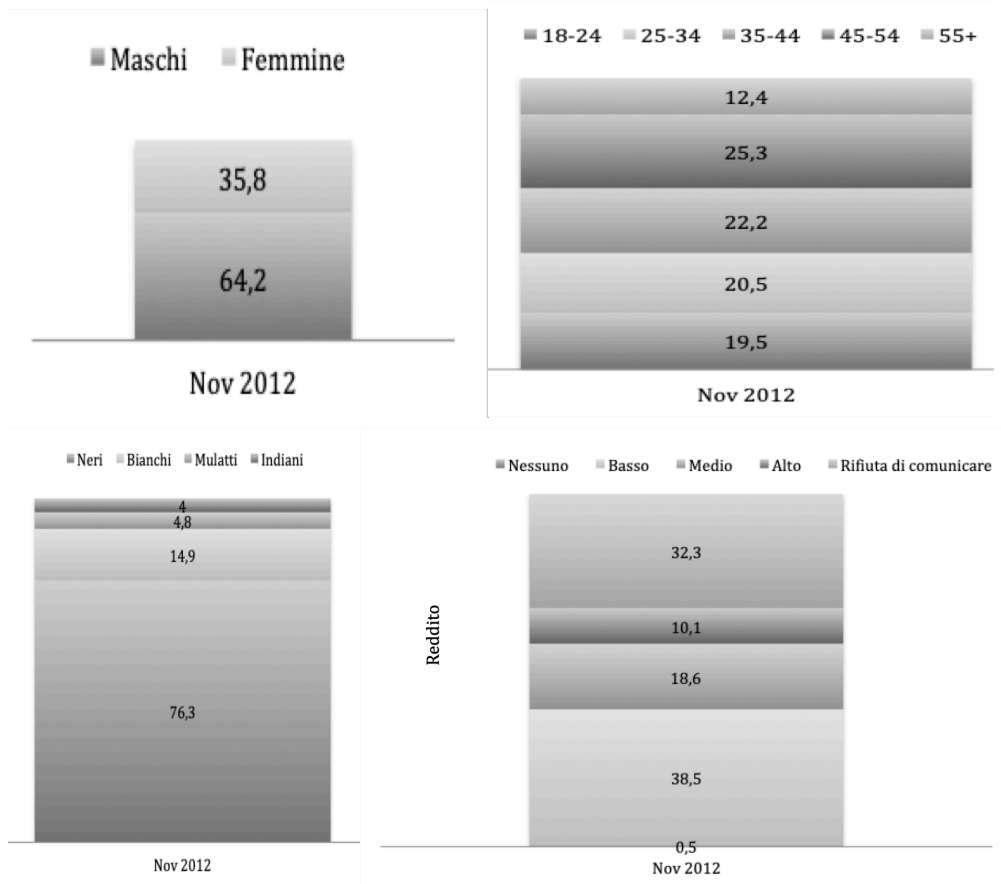
La partecipazione femminile alla lotteria è inferiore a quella maschile e la percentuale indica un tasso di partecipazione ancora più basso, solo una media del 35% nel periodo considerato, che è anche inferiore a quello della partecipazione al gioco d'azzardo nei casinò. I giochi della lotteria nazionale sono preferiti dal segmento meno ricco della popolazione, mentre i gruppi ad alto reddito si dedicano al gioco nei casinò come importante attività ricreativa. Le donne partecipano a tutte le varie modalità di gioco d'azzardo, vale a dire casinò, scommesse sportive, corse di cavalli, macchine a pagamento limitato e il bingo. Quest'ultimo ha visto un aumento della partecipazione delle donne poiché è giocato all'interno dei centri commerciali, molto frequentati dalle stesse.

**FIGURA 1.2** Tasso di partecipazione femminile e profilo dei giocatori della Lotteria Nazionale tra il 2011–2012

Ipsos Khayabus survey (NGB, 2012)



**FIGURA 1.3** Tasso di partecipazione femminile e profilo di genere delle scommesse  
Ipsos Khayabus survey (NGB, 2012)



Le scommesse sulle corse dei cavalli sono state tradizionalmente terreno di gioco maschile. Le scommesse sui cavalli e quelle sportive mostrano una media del 35,8% di donne che gioca in questo modo nel periodo preso in esame. Il Mercato delle LPMS si trova all'interno di ambienti inseriti nelle comunità, spesso collegato a negozi Spaza (NdT: minimarket tipici sudafricani gestiti da famiglie), pub, club sportivi o aree ricreative. Il presupposto era che questi club e bar sportivi sarebbero stati frequentati più da uomini che da donne.

**Effetto del gioco d'azzardo sulla spesa domestica femminile**

Il Sudafrica, con la sua doppia realtà economica e la sua popolazione che oscilla fra l'estrema ricchezza di taluni e la più nera povertà di altri, si è posto la necessità di comprendere l'impatto del fattore di dislocamento da un punto di vista demografico. Nelle aree urbane, dove le opportunità di lavoro sono legate all'istruzione anche di livello superiore e ad alte capacità, la dipendenza delle donne dalle pensioni statali è inferiore a quella delle donne delle aree rurali. Le aree

urbane hanno casinò su larga scala, LPM e sale bingo accessibili alle donne. Di seguito sono riportate le informazioni chiave apprese relativamente all'età, al sesso e all'etnia, nonché allo stato lavorativo, sia che si tratti di un lavoro occasionale o un'occupazione part time o a tempo pieno. Inoltre, per gran parte delle donne sudafricane che vivono nelle aree rurali, il reddito in età pensionabile, grazie alle leggi approvate dal precedente governo, è rappresentato in larga parte da sovvenzioni sociali statali, poiché si erano dedicate alla famiglia e ai bambini nell'ambito della loro comunità. I passaggi di proprietà delle case e dei beni immobili e lo status femminile di minoranza all'interno di molti gruppi di cultura rurale e nei vecchi Bantustan (NdT.: parte del territorio che l'amministrazione bianca del Sudafrica aveva riservato agli abitanti neri nell'ottica di una politica di apartheid), che sono ora integrati nel Paese, relegano le donne fra i soggetti più poveri. Queste aree rimangono ancora alcune delle zone più sottosviluppate e più indigenti, con le donne che rappresentano le persone chiave della comunità, costruiscono case, curano i familiari o fanno i capifamiglia.

### **Lezioni apprese**

Lo spostamento delle spese di budget familiare rispetto al gioco, per variabile demografica rivela, tra l'altro, quanto segue.

#### *Spese pensionistiche e domestiche per il gioco d'azzardo*

La variabile età indica che la popolazione oltre i 60 anni riflette un'etica del lavoro nata molti anni fa. Le appartenenti a questa fascia d'età non userebbero il denaro del gioco d'azzardo per necessità domestiche, per risparmio o per l'acquisto di oggetti discrezionali, come gli articoli di lusso, rispetto a quanto farebbero invece altre fasce d'età. Tuttavia, poiché i partecipanti a iFafi (Um-China), o al gioco d'azzardo informale sono in gran parte donne anziane, e queste modalità di gioco non sono viste come gioco d'azzardo, gran parte del loro reddito viene speso per la partecipazione a questa forma di gambling. Ciò è visto come impegno sociale e il suo impatto non dà alcun contributo alla tassazione di base né al trattamento dei problemi relativi al gioco d'azzardo.

#### *Giovani e donne capo-famiglia*

La conseguenza dello spostamento delle necessità (verso il gioco) è maggiore tra i giovani che sono disoccupati e che hanno un livello di istruzione inferiore. Questo diventa un fattore piuttosto preoccupante, poiché le famiglie con donne capofamiglia, con assegni familiari, dipendono in gran parte dal finanziamento statale delle sovvenzioni per l'infanzia, il che influisce sul livello educativo ma anche sulla speranza di possibili grandi vincite, come al lotto, o di aumento delle entrate, giocando d'azzardo in un casinò o a una LPM o in una sala bingo. L'incidenza del consumo di birra e del gioco d'azzardo, dei giochi di dadi e di carte è in aumento e colpisce la popolazione più giovane; spesso non viene monitorata né considerata come causa della dipendenza dal gioco stesso. Uno studio di ricerca nel Western Cape, che richiedeva volontari e giovani par-

tecipanti aventi l'età legale per il gioco (oltre 18 anni), ha evidenziato che molti dei potenziali partecipanti avevano problemi di droga, alcol e gioco d'azzardo (Sharp et al., 2010). Gli stessi non hanno potuto essere utilizzati per lo studio relativo al gioco d'azzardo, ma la ricerca ha messo in evidenza l'incidenza di quest'ultimo tra i giovani, le donne con assegni familiari, disoccupate, che giocano nelle township (NdT: agglomerati extra urbani, limitrofi alle grandi città, residuo della segregazione razziale) e il relativo mancato monitoraggio dei problemi che ne derivano e della dipendenza che si sviluppa tra questi gruppi vulnerabili.

### ***Occupazione contro disoccupazione e relativo impatto sulle donne***

Vi è stato un maggiore spostamento di denaro dalle necessità familiari verso il gioco da parte dei disoccupati e dei lavoratori a tempo parziale rispetto alle altre categorie occupazionali.

### ***Livello educativo***

L'assenza di un'istruzione formale, o livelli di istruzione molto bassi, indica uno spostamento di spesa sostanzialmente più elevato dalle necessità domestiche. Ciò potrebbe anche indicare una maggiore dipendenza dalle sovvenzioni statali.

L'effetto dello spostamento (del reddito) rispetto alle necessità è maggiore per quei partecipanti con solo un'istruzione primaria rispetto a quelli con una qualifica terziaria. Lo stesso è sostanzialmente più elevato tra i soggetti di colore. Ciò è dovuto al fatto che le disparità educative del passato hanno avuto un impatto specifico sui gruppi razziali e sulle donne, soprattutto nere, rispetto a quelle tra uomini e donne bianchi, i cui livelli di istruzione erano alla pari già negli anni '90. Ecco perché le donne bianche, più istruite, sono un gruppo vulnerabile per le modalità di gioco d'azzardo come casinò, scommesse su Internet e persino scommesse sportive e corse di cavalli.

### ***Genere***

Lo spostamento del reddito ha un impatto sui livelli di istruzione e sullo stato occupazionale delle donne pari a quello nella popolazione maschile. Tuttavia, un numero maggiore di donne, nella fascia di età 30-60, è disoccupata e ha anche livelli di istruzione inferiori. Nella regione di Gauteng, il rapporto tra uomini e donne coinvolti nel gioco d'azzardo su Internet evidenzia una partecipazione del 41% delle donne contro il 59% degli uomini. I giocatori on line avrebbero un'istruzione superiore al diploma e un tenore di vita più elevato (LSM-Living Standard Measurement- Misurazione dello Standard di Vita).

### ***Livelli di reddito e parità di genere***

La distribuzione di reddito tra donne e uomini in Sudafrica è sbilanciata e le donne che lavorano continuano a guadagnare generalmente solo il 75% dell'ammontare degli stipendi degli uomini. Le statistiche sul lavoro del 2015 confermano questa disparità dei salari e dei livelli di istruzione in Sudafrica.

Inoltre, le donne lavorano anche in settori correlati ai servizi come lavoratrici



domestiche, addette alle pulizie e assistenti all'infanzia, insegnanti e infermiere, e le loro retribuzioni sono allineate con il minimo salariale ma non sono in linea con gli stipendi di uomini in posizioni similari.

Le donne che giocano d'azzardo e vivono nelle aree più povere sono più vulnerabili. Troveremo in quel contesto il maggiore impatto negativo del gioco d'azzardo sulle famiglie povere a conduzione femminile a causa delle dimensioni delle stesse, dell'istruzione e della speranza di migliorare la vita di coloro di cui si occupano. L'impatto sui gruppi professionali femminili quali insegnanti, infermieri e relativi ruoli di assistenza è assolutamente devastante, essendo i problemi legati al gioco e alla dipendenza molto seri. Il gioco d'azzardo è spesso visto come un'ultima speranza per un futuro migliore o come un generatore di reddito, anche se ciò rappresenta un mito mal interpretato.

Alcune donne affermano che la partecipazione al gioco migliora la loro vita o aumenta il proprio reddito personale attraverso le vincite. Un maggiore livello di reddito indica una correlazione negativa tra questo e lo sbilanciamento percentuale della spesa per necessità domestiche.

I giocatori d'azzardo, in generale, non hanno un budget specifico per le spese di gioco. Lo stabilire un budget per il gioco d'azzardo è un'abilità generalmente carente tra le donne sudafricane; il livello di alfabetizzazione finanziaria tra le donne è generalmente basso e non funzionale alla creazione di un budget per il gambling e le spese inerenti. Questi risultati sono in linea con i precedenti sondaggi condotti dall'NGB [National Gambling Board] (Ligthelm e Jonkheid, 2009) e supportano ulteriormente l'idea che le famiglie più povere siano influenzate più negativamente dal gioco rispetto alle famiglie più abbienti.

Le famiglie non sempre considerano un ridimensionamento proporzionale di tutte le voci di spesa per generare denaro sufficiente per il gioco né sostituiscono un oggetto specifico in favore del gioco d'azzardo.

Il 10,9% dei giocatori d'azzardo in Sudafrica ha ottenuto almeno un quarto del proprio reddito dalle sovvenzioni sociali. Le attività di gambling sono esercitate da tutta la comunità, dai meno abbienti ai più facoltosi.

### **I poveri, il genere e il gioco d'azzardo**

Una chiara indicazione emerge dall'Indagine Omnibus NGB del 2013 secondo cui i gruppi meno abbienti della popolazione sudafricana partecipano in maniera importante alle attività di gioco d'azzardo. Per esempio:

- Il 29,6% dei giocatori d'azzardo era disoccupato
- 14,8% occupava posti di lavoro part-time
- Il 37,8% non aveva un'istruzione superiore, solo un'istruzione primaria o qualche classe di grado superiore (escluso il grado 12)
- Il 29,4% di coloro che hanno reso noto il proprio reddito familiare ha guadagnato meno di R 3.000 al mese.

Dal Rapporto Omnibus del 2012 (NGB, 2012) sono emersi i seguenti risultati in termini di partecipazione al gioco d'azzardo da parte di coloro che guadagnano tra R 1.000 e R 3.000 al mese, disoccupati e con un livello di istruzione inferiore:

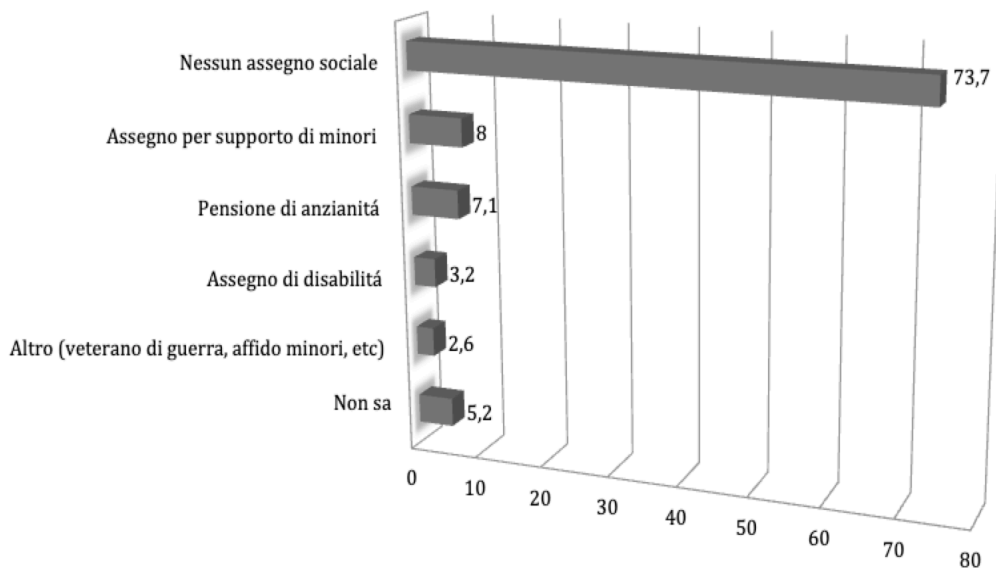
- Il 70,1% ha acquistato i biglietti del lotto
- Il 26,6% ha giocato d'azzardo illegalmente
- L'11,4% ha acquistato i gratta e vinci
- L'11,2% ha scommesso su cavalli/eventi sportivi
- Il 5,1% ha partecipato a sorteggi di munerì della lotteria
- L'1,2 % ha frequentato i casinò.

Quanto sopra suggerisce chiaramente che i partecipanti al gioco d'azzardo che risultano meno abbienti sono stati coinvolti in modo schiacciante in giochi di lotto e lotterie, seguiti da gioco d'azzardo illegale. Solo una piccola minoranza ha partecipato a qualsiasi altro tipo di gioco come le corse di cavalli, il casinò o persino le LPM.

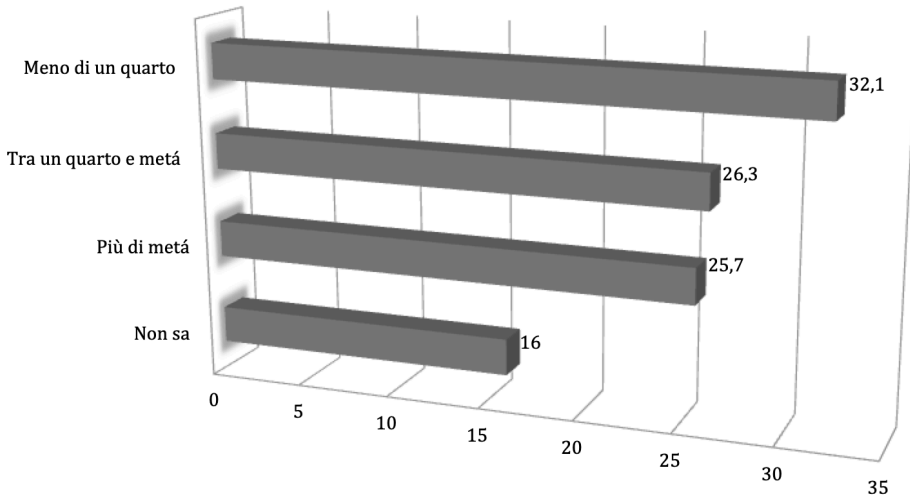
### Giocatrici e contributi sociali

Il rapporto Omnibus dell'NGB del novembre 2012 ha indagato sul possibile ruolo svolto dalle sovvenzioni sociali come fonte di denaro per il gioco d'azzardo. È anche importante notare che uno su cinque (20,9%) dei giocatori d'azzardo ha ricevuto contributi sociali dal governo. Tra questi, i più rappresentati sono stati i sussidi per il mantenimento dei figli, erogati a beneficiari prevalentemente femminili (8,0% dei giocatori d'azzardo) e le pensioni di vecchiaia (7,1%).

FIGURA 1.4 Genere e assegni sociali come fonti di reddito dei giocatori d'azzardo, 2012



**FIGURA 1.5** Genere e assegni sociali come fonti di reddito nel bilancio familiare, 2012



A quell'uno su cinque dei giocatori d'azzardo che hanno ammesso di ricevere contributi sociali dal governo, è stato chiesto di indicare in che percentuale il suo reddito familiare totale era rappresentato da tali sussidi sociali. Il 25.7% ha ammesso che più della metà del reddito familiare era generato dalle sovvenzioni sociali (Figura 1.5).

Un ulteriore 26,3% ha indicato che le sovvenzioni sociali generavano tra un quarto e la metà del reddito familiare.

Ciò implica che quasi uno su dieci (10,9%) dei giocatori d'azzardo ha ricevuto almeno un quarto del reddito familiare attraverso sovvenzioni sociali e allorché si analizza l'8% dei beneficiari di sussidi per bambini, composti da donne, è preoccupante realizzare che una su cinque delle aventi diritto utilizzerebbe questo sussidio per scommettere in luoghi di gioco illegali, con giochi di carte e dadi e che uno su cinque, titolare di pensione statale di vecchiaia, utilizzi questo limitato reddito per il gioco d'azzardo non regolamentato, non monitorato, in cui l'incidenza della dipendenza non è osservata in modo costante né supportata da campagne di sensibilizzazione o eventuali consulenze. Molti di questi pensionati, beneficiari di sovvenzioni sociali statali, sono donne la cui occupazione negli anni di lavoro attivo, come lavoratrici domestiche o aiutanti, non generava contribuzione pensionistica.

Il fatto che il profilo dei partecipanti alla Lotteria Nazionale sia un'immagine speculare della più ampia popolazione sudafricana sottolinea ulteriormente il fatto che, mentre le persone appartenenti a gruppi a reddito da medio ad alto hanno una probabilità enormemente maggiore di giocare d'azzardo, il gioco è presente anche nelle comunità a basso reddito e influenza le aree più povere.

L'incidenza del gioco d'azzardo illegale è fonte di preoccupazione poiché più di un giocatore su quattro ha precisato di partecipare ad attività di gioco d'az-

zardo illegali. Questa preoccupazione è aggravata dal fatto che la prevalenza del gioco d'azzardo in forma illegale è più alta tra le comunità più povere, meno istruite e nelle aree rurali o nelle township. Il quadro legislativo, come pure la relazione della Commissione sul gioco d'azzardo del 2010, non sono stati chiari su come affrontare il ruolo di iFafi, dei dadi o delle molteplici forme di gioco informale che vengono utilizzate. Queste modalità di gioco d'azzardo sono in gran parte adoperate da donne anziane per quanto riguarda iFafi, da donne più giovani per i dadi e da giovani di entrambi i sessi per il gioco d'azzardo informale. Anche il gioco d'azzardo online rimane illegale. Le donne con livelli di istruzione più elevati, facenti parte di un gruppo demograficamente più ampio di donne bianche con competenze e lavori più redditizi, sono le più vulnerabili alla dipendenza online grazie alla facilità di accesso, alla privacy e alla segretezza implicite in questo tipo di gioco illegale in Sudafrica

### **Sensibilizzare al gioco d'azzardo problematico**

Il programma nazionale di gioco responsabile si focalizza sull'affrontare problemi relativi al gioco d'azzardo tramite la ricerca, il trattamento e la sensibilizzazione dell'opinione pubblica. Questa impronta del programma nazionale è in gran parte riferita ad aree urbane e all'interno di siti di gioco d'azzardo regolamentati. Le donne delle zone rurali spesso non sono neppure a conoscenza di questi programmi né hanno accesso ai protocolli utilizzati dal programma nazionale tramite le linee verdi. I canali per l'accessibilità al trattamento sono all'interno delle aree urbane e i consulenti qualificati hanno difficoltà ad accedere alle aree rurali e periurbane.

L'attuazione del programma avviene attraverso progetti commissionati di assistenza sanitaria, di pubbliche relazioni e attraverso agenzie di ricerca.

### **Gioco d'azzardo illegale e informale in Sudafrica**

I dati e le informazioni sul gioco d'azzardo illegale e informale in Sudafrica sono stati ottenuti attraverso varie agenzie di ricerca e hanno incluso le regioni di Western Cape, Gauteng Kwa Zulu Natal, Mpumalanga, North West e Limpopo (vedi Appendice 1). L'obiettivo generale della ricerca era aumentare la comprensione del gioco d'azzardo illegale e informale in Sudafrica, quello tra le persone di età inferiore ai 18 anni, quello on line e su telefoni cellulari, quello di slot machine in luoghi senza licenza e l'utilizzo di giochi illegali come iFafi o UmChina; dadi e carte sono inclusi in questo progetto.

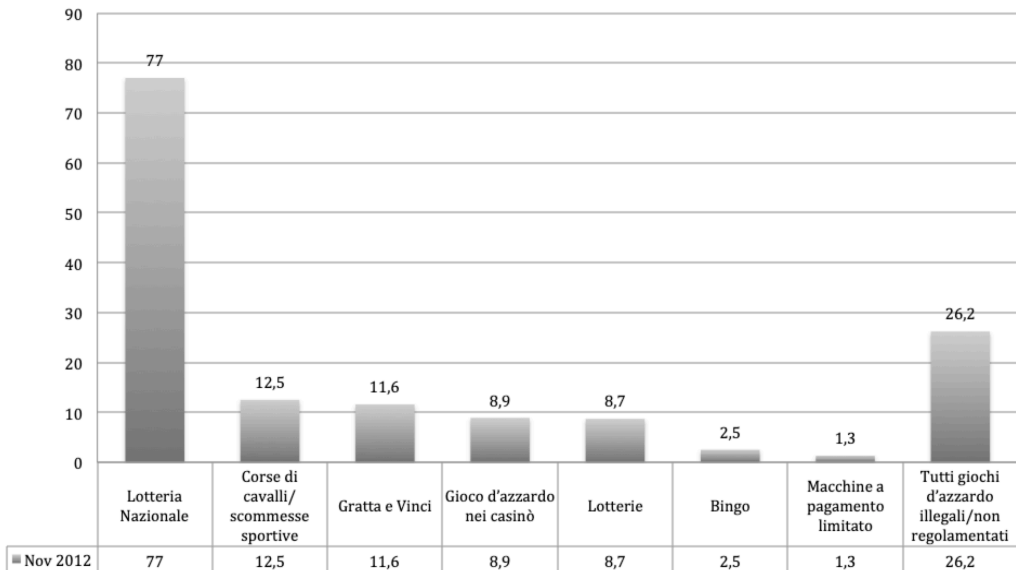
Il programma di ricerca si è concentrato sulla comprensione del gioco problematico, nonché sull'incidenza dello stesso e su una serie di ricerche sul gioco d'azzardo informale e illegale che risulta particolarmente evidente nelle township (NdT: aree suburbane già di segregazione razziale).

Il programma di ricerca su larga scala, oltre alle indagini su commissione, ha impiegato due metodologie, qualitative e quantitativa. La ricerca qualitativa si

è basata su interviste approfondite condotte su un numero selezionato di giocatori d'azzardo, di non giocatori, di agenti di sicurezza locali, di assistenti sociali locali, di leader di comunità e di educatori tra pari (peer leader). La parte quantitativa è stata condotta sotto forma di interviste faccia a faccia con giocatori d'azzardo e non giocatori. Questa combinazione di metodologie ha aiutato i ricercatori a raccogliere informazioni dettagliate.

I principali risultati del rapporto della Commissione sul gioco del 2011 hanno mostrato che le autorità sudafricane non comprendono le dimensioni e la forma del gioco d'azzardo informale o illegale. La ricerca dell'NGB (2013) afferma che il gioco d'azzardo informale è una preoccupazione seria, poiché i partecipanti di solito spendono più tempo e più denaro del previsto. Questo potrebbe portarli a rapinare o rubare per autofinanziare l'attività di gioco. Nelle conclusioni, il rapporto di ricerca sottolinea che ci sono segni diffusi e chiari di problemi correlati al gioco d'azzardo che richiedono un maggior numero di interventi informativi/preventivi.

**FIGURA 1.6** Incidenza: modalità di gioco d'azzardo regolamentate e modalità illegali/informali Ipsos Khayabus survey (NGB, 2012)



La Lotteria Nazionale si conferma come modalità di gioco d'azzardo preferita con il 77% dei giocatori d'azzardo che l'acquisto di un biglietto della Lotteria negli ultimi 12 mesi

Il 26.2% di tutte le attività di gioco d'azzardo avviene in rivendite illegali o all'interno di contesti non regolamentati.

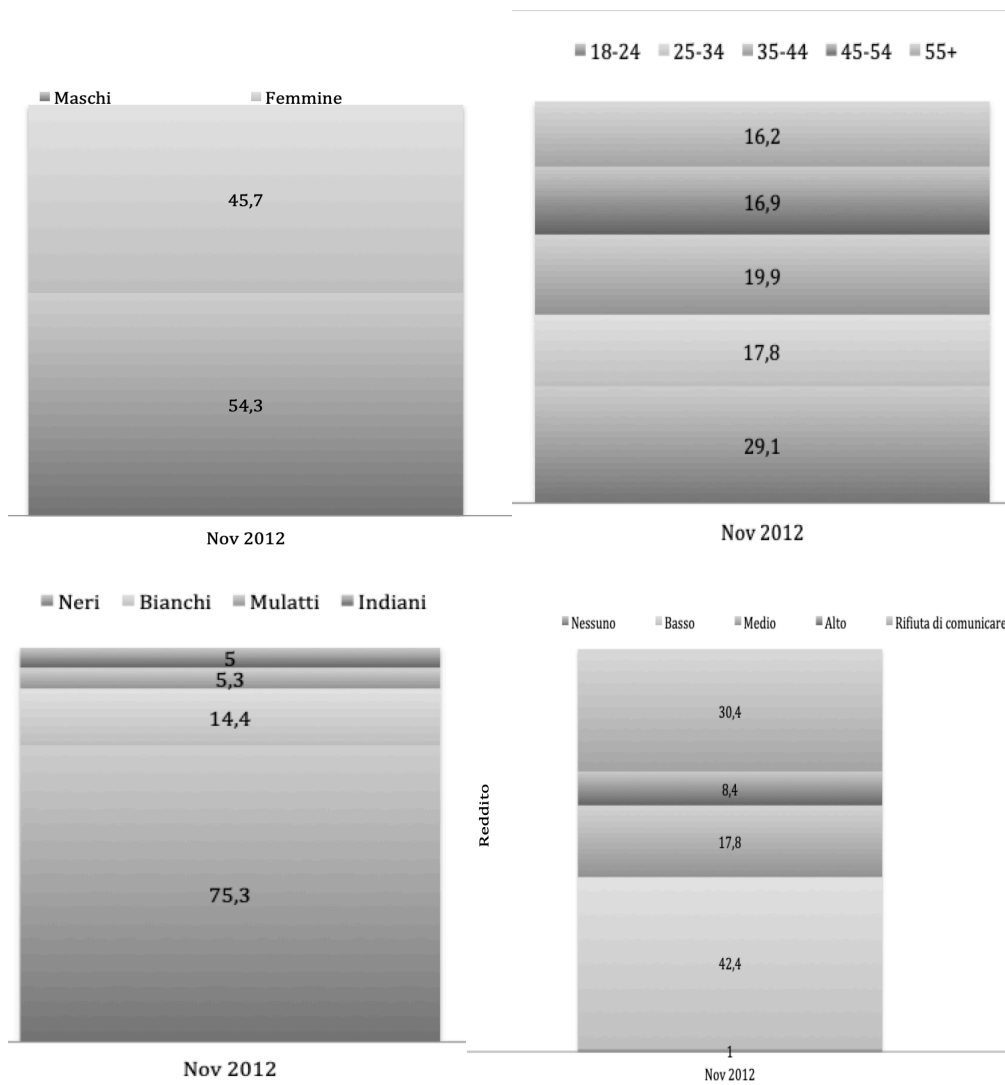
## **Gioco d'azzardo illegale nelle township e partecipazione femminile**

I diversi metodi di ricerca erano legati alla necessità di comprendere l'entità del gioco d'azzardo illegale in alcune aree come Diepkloof a Soweto, Mitchells Plain e Crossroads nel Western Cape, nonché in altre aree cittadine del Mpumalanga e nelle province di Kwa Zulu Natal. L'obiettivo principale di questi programmi di ricerca era comprendere la prevalenza e la struttura della popolazione dedita al gioco d'azzardo informale e la sua relazione con i problemi correlati in una grande città urbana, come per esempio Soweto, Orange Farm e Khayelitsha a Città del Capo. Khayelitsha nel Western Cape riflette una struttura simile a quella di Soweto, nel nord del Sudafrica, e rappresenta una comunità ampia e diversificata in cui quasi tutto il gioco d'azzardo accessibile era informale. Per sua stessa natura, ci sono stati dei problemi di accesso ad alcune delle aree selezionate. Il valore e la natura della ricerca qualitativa stanno nel fatto che le dimensioni sono limitate, ma è possibile ottenere una comprensione più approfondita delle aree selezionate in contrasto con un ampio sondaggio come OMNIBUS (2012 e 2013) o anche i sondaggi condotti da NRGB o dal NGB (2013). La Figura 1.7 mostra che il 46,7% delle donne partecipano ad attività di gioco illegali o informali. All'interno di questo campione, il 76% proviene dalla popolazione nera. Questo non è strano, in quanto le modalità di gioco d'azzardo come iFafi, sono un fenomeno tipico delle township nere e nelle comunità rurali e sono "affettuosamente" chiamati giochi di cambiamento, che molti consideravano innocui per le donne anziane.

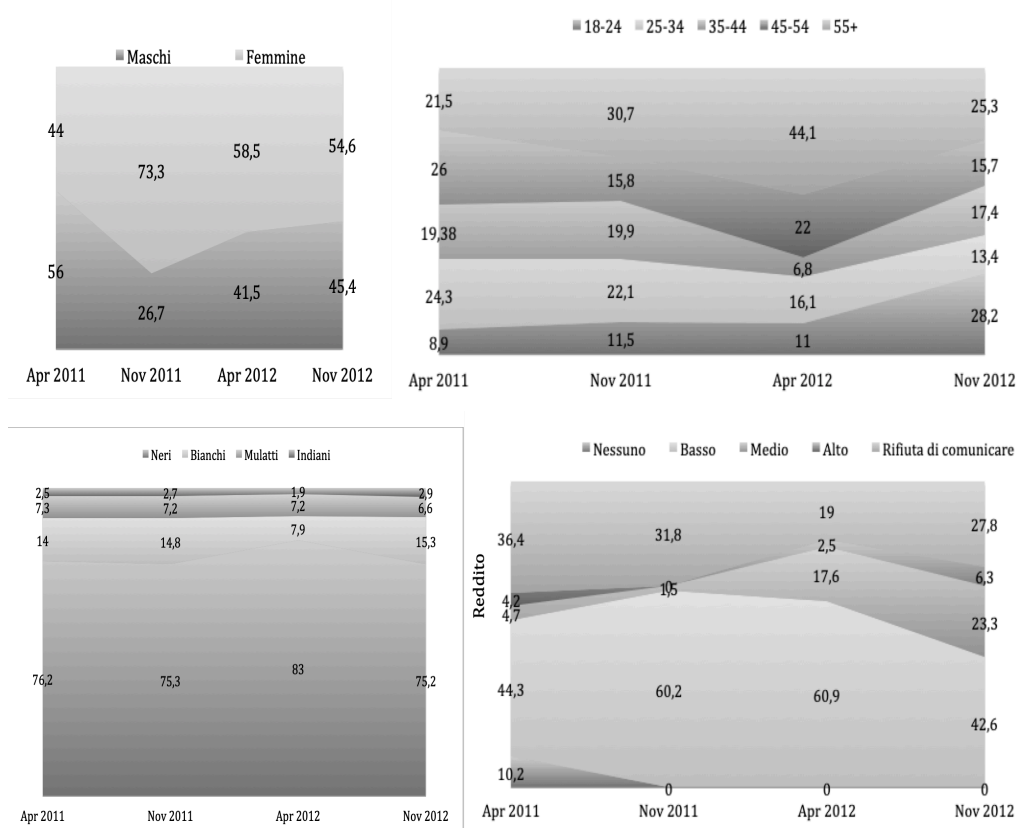
I tassi di partecipazione delle donne al gioco informale e illegale rispecchiano quelli di partecipazione delle donne al gioco d'azzardo legalizzato nei casinò, presso LPM e anche altre modalità di gioco.

Date le preoccupazioni dei responsabili politici rispetto ai poveri delle zone rurali e l'incidenza del gioco d'azzardo informale e illegale, è necessario prendere in considerazione in modo dettagliato queste tre aree. Le sale da gioco autorizzate e regolamentate offrono materiale didattico/informativo sul gioco d'azzardo eccessivo e sui possibili problemi, ma questo chiaramente non è disponibile nei luoghi informali e illegali che mettono potenzialmente a rischio questa particolare fascia di popolazione. Il 54% dei giocatori che partecipano al gioco d'azzardo illegale e informale sono donne.

**FIGURA 1.7** Profilo di genere dei giocatori d'azzardo illegali o informali  
Ipsos Khayabus survey (NGB, 2012)



**FIGURA 1.8** Genere e incidenza del Fafi/iChina nei giocatori d'azzardo informali – 2012  
Ipsos Khayabus survey (NGB, 2012)



### Gioco d'azzardo illegale e informale - profilo di genere in Sudafrica

Le attività di gioco d'azzardo si svolgono nella maggior parte delle province del Sudafrica, in particolare: Mpumalanga, Limpopo, il North West, Gauteng e il Western Cape. Il Northern Cape ha anche legalizzato il gioco d'azzardo con i casinò e, in misura minore, con le LPM.

Le questioni chiave da considerare sul gioco d'azzardo informale e illegale sono le seguenti:

- La maggior parte dei giocatori d'azzardo ha tra i 16 e i 34 anni. Dadi, carte, UmChina (NdT: lotteria illegale gestita dalla comunità cinese in Sud Africa, che associa numeri a immagini connesse alle interpretazioni dei sogni Zulu) e Zwip, slot machine e giochi d'azzardo su Internet sono popolari in queste province. Ciò indica che la popolarità di UmChina o iFafi non solo non è diminuita dal 1997, ma piuttosto che ha influenzato le giovani generazioni di età compresa tra 16 e 34 anni.
- Esiste una crescente necessità di programmi di sensibilizzazione sul gioco d'azzardo nelle scuole per evidenziare che qualsiasi forma di gioco d'azzardo



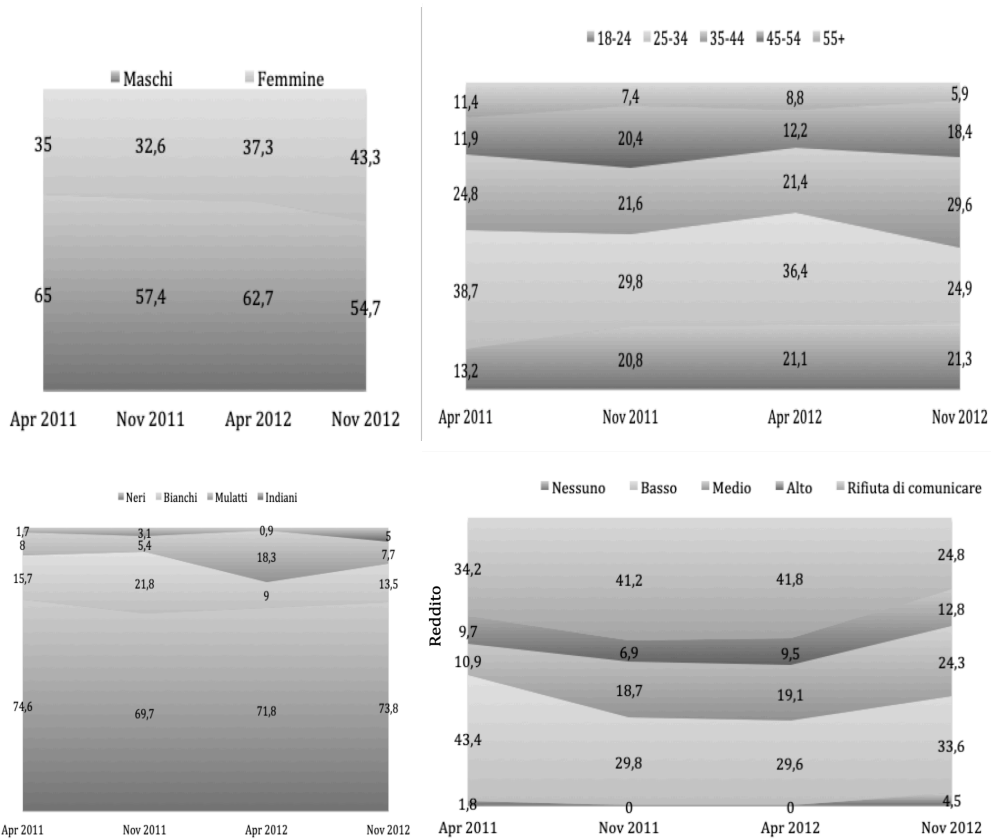
per ogni ragazzo di età inferiore ai 18 anni è illegale. Questo perché i ragazzi iniziano a giocare a 17 anni o ancor prima, perché sono disoccupati e perché giocano per divertirsi. Le ragazze che lasciano la scuola e ricevono sussidi in quanto gravide, o scelgono di non tornare all'istruzione formale, sono quindi esposte a queste forme di gioco d'azzardo illegale senza i necessari protocolli informativi e di sensibilizzazione educativa sui pericoli della dipendenza dal gioco. Molte continuano a vedere il gioco d'azzardo come uno strumento per generare reddito.

- Le donne anziane giocano a UmChina, mentre le più giovani giocano a carte e i giovani maschi a dadi, iniziando l'attività di Zwip.
- C'è evidenza del gioco problematico laddove i giocatori vendono i propri beni immobili o usano il denaro derivante dei sussidi sociali per giocare, oppure vedono il gioco come un investimento o anche un'attività di guadagno
- Ci sono molti partecipanti al gioco d'azzardo informale e illegale che provano ansia prima del gioco stesso, mentre taluni si sentono depressi se non giocano e altri, intervistati sul gioco d'azzardo illegale e informale, hanno affermato di non essere più in grado di controllare il proprio bisogno di giocare.
- I membri della famiglia sembrano essere divisi sul gioco d'azzardo informale, alcuni sostenendolo, altri opponendosi. Quelli a favore vedono iFafi, carte e dadi come attività sociali innocue, mentre i contrari temono che ciò possa avere un impatto negativo sul divertimento sociale e sulle attività delle comunità locali.
- Gli assistenti sociali e i leader della comunità possono dover sostenere i membri della famiglia, e più specificatamente le donne, fornendo supporto morale e guida, in modo che possano tentare di incoraggiare i familiari a smettere di giocare.

Il tasso di partecipazione delle donne a iFafi, rilevato con il sondaggio IPSOS Khayabus nel 2012 (NGB, 2012), è molto più alto rispetto a quello degli uomini; iFafi è anche in gran parte un fenomeno della comunità nera ed è stato praticato per anni in queste realtà. Quest'ultimo, spesso, non è visto come un gioco d'azzardo, ma è considerato dalle donne anziane della comunità un modo di condividere la comprensione della fortuna e un'attività della comunità.

Inoltre, i tassi di partecipazione delle donne ai gratta e vinci sono considerevolmente inferiori a quelli degli uomini, inferiori rispetto ai tassi di partecipazione al casinò e inferiori a quello di iFafi.

**FIGURA 1.9** Tasso di partecipazione-profilo di genere per i gratta e vinci tra il 2011–2012  
Ipsos Khayabus survey (NGB, 2012)



## Comprensione del gioco d'azzardo illegale in Sudafrica e il suo impatto sulle donne

### *Gioco d'azzardo illegale*

Finora la presenza del gioco d'azzardo illegale a livello di comunità è risultata significativa in tutto il Paese. Più specificamente:

- Gauteng aveva il maggior numero di giocatori illegali. Questo è un fatto piuttosto sbalorditivo poiché a Gauteng si trovano la maggior parte delle sale e di altri luoghi di gioco legali e redditizi. Tuttavia, le donne delle aree periurbane non accedono ai luoghi formali posti sulle principali strade all'interno della città e spesso continuano a partecipare a giochi informali o illegali a causa dell'accessibilità di questi ultimi e dei costi di viaggio verso le destinazioni di gioco urbane.
- Il Western Cape aveva il minor numero di giocatori illegali. I casi erano, tuttavia, concentrati in due aree, vale a dire Tafelsig e Crossroads, che sono aree molto povere e che non hanno casinò o LPM nelle vicinanze. Ciò è dovuto ai criteri di scelta dei luoghi di installazione per le LPM.

- A KwaZulu-Natal il numero di giocatori illegali era relativamente basso. Per esempio, Phoenix e Chatsworth sono comunità formate prevalentemente da Indiani e hanno solo pochi giocatori d'azzardo problematici.
- Giocare a dadi e carte per soldi e scommettere su calcio, sport, domino, ecc., erano i principali tipi di attività illegali. Le donne partecipano alle scommesse sportive, sul domino o sui giochi di carte.

I motivi del gioco d'azzardo da parte delle donne nelle aree rurali povere sono i seguenti.

- Raccogliere fondi di sussistenza per le loro famiglie.
- Nelle zone rurali di Mpumalanga, nel North West e nella provincia di Limpopo si è scoperto che il motivo principale per il gioco d'azzardo era raccogliere soldi per la sussistenza delle loro famiglie.
- In queste aree rurali la maggior parte dei giocatori d'azzardo sono disoccupati con pochi soggetti impiegati a tempo pieno, mentre altri sono lavoratori autonomi e altri ancora svolgono lavori part-time.
- La maggior parte dipende dal gioco d'azzardo per sostenere la propria famiglia, nutrirsi e vestirsi.

#### *Giocatori problematici, differenze regionali e genere*

Per quanto riguarda la prevalenza dei giocatori d'azzardo problematici a livello di comunità provinciale, Gauteng ha avuto un numero molto più elevato di questo tipo di giocatori rispetto alle altre province.

Per quanto riguarda il profilo dei giocatori d'azzardo illegali a livello di comunità provinciale, i risultati demografici in tutte e tre le province - vale a dire Gauteng, Limpopo e Mpumalanga - mostrano che è più probabile che i giocatori d'azzardo illegali siano maschi e che non siano mai stati sposati. In questa area le donne partecipano principalmente al gioco d'azzardo informale come iFafi. I giocatori d'azzardo illegali a Gauteng e KZN hanno più probabilità di esser giovani (tra 18 e 30 anni) e di aver completato un percorso di istruzione superiore (esame di immatricolazione all'università) rispetto a quelli nel Western Cape (tra 30 e 64 anni, con grado di studio fino all'accesso all'ultimo anno di liceo). Dadi, giochi di carte e altri giochi con premi in denaro erano i più popolari in tutte e tre le province. Donne e giovani sono i gruppi più vulnerabili in questo tipo di giochi.

#### **Rapporto tra livello di ricchezza familiare e partecipazione dei membri della famiglia alle attività di gambling**

Esiste una relazione specifica per regione tra la base patrimoniale di una famiglia e la partecipazione dei membri al gioco d'azzardo illegale. In particolare:

- A Gauteng, sono generalmente le famiglie più ricche a partecipare al gioco d'azzardo illegale come il poker e il gioco online. La partecipazione femminile è rappresentata da donne bianche benestanti e istruite.

- Il contrario si verifica in KwaZulu-Natal (KZN), dove esiste una prevalenza di famiglie più povere che partecipano al gioco d'azzardo illegale. Qui le modalità sono quelle delle carte, di iFafi e dei dadi.
- La posizione geografica deve quindi essere utilizzata quando si considerano le implicazioni relative al gioco d'azzardo illegale. Nelle aree più rurali, l'accesso e la distanza dei viaggi verso luoghi di gioco legali sono le ragioni principali per la partecipazione delle donne anziane al gioco d'azzardo illegale e informale.

### *Percezione della comunità relativamente al gioco d'azzardo rispetto ad altre questioni sociali*

- Nel complesso, il gioco d'azzardo problematico è classificato al 4° o 5° posto (su una scala di 9) fra i grandi problemi sociali a Gauteng e KZN. Le grandi questioni sociali come l'abuso di droghe, l'alcolismo, la disoccupazione e il crimine sono state classificate come problemi sociali più urgenti e importanti.
- Il gioco d'azzardo informale a iFafi non è visto come problematico dalle famiglie in quanto è stato giocato nelle comunità da sempre ed è percepito piuttosto come un impegno sociale per le donne anziane.
- Nel Western Cape, il gioco d'azzardo problematico è classificato molto più in basso (ottavo problema sociale). Anche l'incidenza del gioco d'azzardo illegale e informale nel Western Cape è molto più bassa. Le donne frequentano luoghi formali e legali di gioco e pertanto sono esposte ai programmi di sensibilizzazione e trattamento offerti dai titolari della licenza del gioco d'azzardo legale.
- I non giocatori e, in alcuni casi, i giocatori d'azzardo legali non sono pienamente consapevoli dell'entità delle attività di gioco illegale nella loro comunità. Sebbene ciò sia vero in tutte le aree di KZN, è ancora più evidente in alcune aree del Western Cape e di Gauteng.

### **Genere e considerazioni sul comportamento del gioco d'azzardo in Sudafrica: un confronto tra contesti formali, informali e rurali**

Le caratteristiche associate al gioco d'azzardo nell'ambito di contesti formali, informali e rurali sono risultate le seguenti.

- C'è un problema significativo di gioco d'azzardo a Polokwane, la capitale di Limpopo.
- I maschi sono più colpiti delle femmine dal gioco problematico. È probabile che questo comportamento provochi problemi finanziari, disturbi mentali, abuso di alcol e problemi familiari come divorzio, abuso fisico e debito finanziario.
- Il gioco d'azzardo patologico e i comportamenti a rischio associati sono particolarmente preoccupanti specialmente tra gli abitanti delle zone rurali. (Il 23,4% avevano una probabilità di essere giocatori patologici e, di questi, quelli provenienti in maggior parte da contesti urbani [40%] avevano maggior probabilità di essere giocatori patologici rispetto agli abitanti delle zone rurali e informali.)

- Vi è un contrasto con un precedente sondaggio NGB del 2003 a Limpopo, in cui solo lo 0,6% dei giocatori era patologico. Questo numero sembra essere aumentato di oltre dieci volte dal 2003. Questo studio ha scoperto che un'alta percentuale di giocatori di aree rurali sono giocatori patologici.
- Questo è abbastanza preoccupante in quanto le donne, e in particolare le donne anziane, formano gran parte del profilo dei giocatori del gruppo rurale. La difficoltà di accesso ai vari luoghi di gioco legale per molti degli abitanti delle zone rurali di Limpopo e delle province del North West, entrambe province molto povere, rende il gioco illegale e informale una scelta più semplice. Molti dei giocatori che vi partecipano sono donne.
- KwaZulu-Natal invece non ha mostrato giocatori d'azzardo patologici tra i gruppi rurali.
- I risultati mostrano anche che il 7,3% e il 3,7% dei partecipanti avevano, rispettivamente, disturbi mentali moderati e gravi. Di questi, gli abitanti urbani (4,5%) e quelli di aree informali (4,1%) avevano maggiori probabilità di mostrare disturbi mentali più gravi se comparati al 2,1% degli abitanti rurali; il 9,6% dei giocatori rurali e il 10,4% dei giocatori in contesti cittadini avevano maggiori probabilità di soffrire di disturbi mentali moderati rispetto al 4,6% di quelli negli insediamenti informali.
- La maggior parte dei giocatori dei villaggi rurali (38,5%) erano giocatori a rischio moderato e per la maggior parte erano donne, data la struttura della società.
- I disordini mentali sono direttamente associati al gioco d'azzardo – una differenza significativa è stata trovata nei punteggi medi al Brief Biosocial Gambling Screen (BBGS) sui problemi di gioco d'azzardo e il consumo di alcool, e disturbi mentali ( $p=0.001$  e  $0.009$ ), con il 67% e il 64% dei giocatori problematici affetti rispettivamente da disturbi moderati e severi ( $p<0.001$ ).
- Il 73% dei giocatori con disturbi mentali severi sono maschi contro solo il 17% delle femmine.
- È inoltre una preoccupazione che le persone ricorrono al gioco d'azzardo utilizzando le scarsissime entrate che possiedono. I risultati dimostrano che i 2/3 dei partecipanti erano occupati e solo pochi partecipanti erano disoccupati. Sebbene la maggior parte di questi giocatori fosse impiegata, essi appartenevano al gruppo che guadagna meno di R 1.000.00 per mese.
- Quelli che non hanno un impiego ricevono dalle famiglie e dagli amici il denaro utilizzato per giocare e taluni usano i sussidi che ricevono per i loro bambini. Poiché Limpopo è una delle province più povere del Sudafrica, è un problema il fatto che alcuni giocatori usino i sussidi sociali che ricevono per giocare d'azzardo. Tutto ciò non può che incrementare il circolo vizioso della malnutrizione in questa provincia.
- Il 16% spende oltre R 1.000.00 al giorno in gioco d'azzardo e il 54% riferisce che gioca oltre le proprie possibilità economiche.
- I motivi addotti quali cause del gambling sono: il gioco è una sorgente di de-

naro (65% dei partecipanti), giocare è un modo per svagarsi (29%) e l'influenza dei pari (1%).

- A causa dello status socioeconomico molto basso di questi giocatori, la maggioranza delle persone si rivolge al gioco d'azzardo per incrementare i bassi salari, ma nella maggior parte dei casi perde più denaro di quanto ne vinca. Alcuni giocatori hanno riferito di aver perso all'incirca R 30.000 in un solo giorno. Un simile comportamento ha conseguenze devastanti sulla vita familiare, specialmente quando i giocatori si giocano tutte le proprie entrate, portando anche all'assenteismo dal posto di lavoro.
- La provincia di Limpopo ha un alto tasso di disoccupazione e le persone percepiscono il gioco d'azzardo come una forma di generazione di reddito per loro stessi. Non si rendono conto che il gioco è di per sé un'attività ricreativa offerta a un prezzo che sarà un costo più alto del guadagno dato che, in media, un giocatore perderà più di quanto potrà vincere.
- Il 60% dei giocatori riferisce che gioca con cadenza settimanale, l'88% usa più di 5 ore per giocare.
- La maggior parte dei partecipanti gioca al Lotto; quelli che vivono in aree rurali giocano principalmente al Lotto, in seconda battuta a scommesse sportive e Ludo (gioco da tavolo).

### **Osservazioni conclusive**

Quanto segue riflette i principali risultati della ricerca degli ultimi dieci anni sul gioco d'azzardo informale e illegale.

- La propensione al gioco d'azzardo (ovvero la percentuale di reddito/spesa delle famiglie destinata al gioco d'azzardo legalizzato) si è attestata sullo 0,97% nel 2012. Le donne rappresentano una piccola parte della spesa per il gioco d'azzardo legale e si fermano a circa il 34% del mercato.
- La maggior parte delle spese di gioco legale (71,1%) è stata attribuita ai casinò, seguita dai giochi di lotteria (11,4%), scommesse ippiche/sportive (10,3%), LPM (5,7%) e bingo (1,0%).
- Poco più di un quarto dei giocatori d'azzardo (26,5%) ha confermato di aver preventivato un importo specifico per il gioco. Quasi due su tre (63,7%) invece non hanno effettuato accantonamenti di bilancio per il gioco d'azzardo.

Le attività di gioco d'azzardo hanno un significativo effetto di redistribuzione. In media, un numero importante di giocatori spende piccole somme per il gioco, mentre solo una piccola percentuale degli stessi recupera ingenti somme in denaro dai premi. I gruppi meno abbienti della popolazione sudafricana partecipano in modo significativo alle attività di gioco. Sono stati particolarmente coinvolti in giochi di lotteria e nelle attività di gioco illegali e informali. Molte donne, di provenienza rurale e non, sono attivamente coinvolte in questa modalità di gioco.

Nella provincia del Western Cape, entrambe le aree socioeconomiche a reddito

basso e medio, come la pianura di Mitchell (una grande township composta da un mix di alloggi garantiti da sussidi governativi, molto economici, così come case in affitto e di proprietà) e Crossroads (grande area informale di occupanti abusivi) non hanno casinò, ma i residenti hanno a disposizione LPM, corse di cavalli e (grazie alla vicinanza) i casinò legali nella città di Goodwood.

La propensione al rischio riflette lo stesso profilo, temperato e cauto, tipico delle persone in generale, compresa la classe media in ambienti regolari; quindi, il risultato desiderabile a cui dovrebbe mirare una buona politica del gioco d'azzardo a Khayelishta (NdT township nella municipalità metropolitana di Città del Capo) sarebbe lo stesso obiettivo a cui ambire per la popolazione nel suo insieme.

I dati provenienti dal Sudafrica sono coerenti con le ricerche precedenti che indicano che il gioco d'azzardo patologico e problematico è osservato in una serie di gruppi sociodemografici e che tale comportamento è associato a significativa morbilità e comorbilità. È necessario un maggior lavoro a livello locale per informare i giovani giocatori e le giocatrici, e tutti coloro che partecipano al settore del gioco d'azzardo informale, dell'esistenza di linee di consulenza telefonica e del programma di sensibilizzazione in atto.

Gli impulsi e gli indicatori delle disabilità correlate al gioco d'azzardo patologico sono stati significativamente ridotti tra i partecipanti che hanno completato il trattamento formale per la dipendenza da gioco d'azzardo. Questi risultati preliminari rispetto ai giocatori patologici in Sudafrica sono promettenti e sono comparabili con altri Paesi a basso e medio reddito.

La maggior parte dei giocatori d'azzardo (77%) a Limpopo non era a conoscenza dell'offerta di servizi di assistenza a loro dedicati, specialmente in contesti rurali. I partecipanti hanno riferito di non sapere dove andare per i loro problemi di gioco.

La maggior parte dei partecipanti gioca al Lotto; quelli dei villaggi rurali giocano principalmente al Lotto, seguito dalle scommesse sportive e dal ludo, dai dadi, iFafi e carte. Le donne rappresentano circa il 34% di quel gruppo di giocatori d'azzardo. iFafi è visto come un gioco d'azzardo per donne anziane.

A Limpopo la maggior parte dei giocatori d'azzardo dei villaggi rurali (38,5%) erano giocatori a rischio moderato. Molti di loro sono donne e anziani. Percepiscono questi modi informali di gioco d'azzardo come un'attività sociale. Queste modalità non hanno dei protocolli collegati al gioco d'azzardo legale con avvisi, centri di trattamento disponibili né informazioni sulle help line esistenti, né contribuiscono economicamente a tali programmi di aiuto. Le donne rimangono, quindi, a rischio di dipendenza sia dal gioco d'azzardo che dai problemi correlati e sono maggiormente vulnerabili, in quanto l'accesso ai centri di trattamento è scarso e ampiamente limitato alle città.

## *Consapevolezza del gioco d'azzardo e programmi di trattamento per le donne in Sudafrica*

- Come già osservato, le donne più istruite e benestanti giocano al casinò oppure online. Sia la privacy data dal gioco d'azzardo online o su Internet, sia la sicurezza nei casinò, disponibile 24 ore su 24, come pure i luoghi di gioco d'azzardo, rendono le donne di questa categoria un gruppo vulnerabile rispetto alla mancanza di programmi di sensibilizzazione e al rischio relativo al gambling. È molto complesso regolare il gioco d'azzardo online, a causa dell'accesso illimitato fornito dai siti. La necessità di programmi educativi e di sensibilizzazione è fondamentale ed è essenziale un protocollo stabilito con tutti i proprietari di luoghi di giochi autorizzati affinché passi il messaggio di gioco responsabile. Il fatto che il gioco online sia ancora illegale in SA pone una serie di gravi sfide in termini di trattamento e consapevolezza per il pubblico e in particolare per le donne.
- Poche persone erano a conoscenza del sito web del National Responsible Gambling Program (NRGP) e della linea telefonica gratuita e avevano visto i programmi "I vincitori sanno quando fermarsi" e "Rischiare con saggezza", poiché si dà per scontato che le donne e gli altri giocatori frequentino solo i casinò legali e non i luoghi di gioco illegali e informali.
- L'accesso e la conoscenza del numero verde sono limitati alle famiglie di aree urbane. Ciò esclude un gran numero di gruppi vulnerabili e le donne delle aree rurali.
- C'è una minima consapevolezza rispetto al programma nazionale di gioco responsabile, tra i giocatori d'azzardo e non, nelle tre province di Mpumalanga, North West e Limpopo. Ciò che desta preoccupazione è che queste province hanno molte giocatrici che partecipano al gioco d'azzardo informale e illegale. Appartengono a gruppi poveri e vulnerabili che ricevono le sovvenzioni statali per i bambini o la pensione di vecchiaia.
- Il fattore inquietante tra le donne più povere nelle aree rurali è che il gioco d'azzardo non è visto come un divertimento ma un mezzo per incrementare il reddito familiare e le sovvenzioni sociali statali. Nelle aree più rurali di Mpumalanga, nel North West e nella provincia di Limpopo, si è scoperto che il motivo principale per il gioco era raccogliere fondi di sussistenza per le famiglie.
- Nelle aree rurali di Mpumalanga, North West e Limpopo la maggior parte dei giocatori d'azzardo sono disoccupati, quelli che lavorano sono pochi, alcuni sono lavoratori autonomi e altri svolgono attività part-time. La maggior parte delle donne dipende dal gioco d'azzardo per sostenere le proprie famiglie, nutrirsi e vestirsi.
- È fondamentale organizzare seminari e programmi educativi per svelare e affrontare il mito del gioco d'azzardo come fonte di occupazione e mezzo per ottenere denaro per la sussistenza e che esso possa alleviare la povertà o sostenere una famiglia.



## Raccomandazioni

- Poiché le donne sono un gruppo vulnerabile a causa della loro partecipazione al gioco d'azzardo informale e illegale nonché a quello regolamentato, i trattamenti e i programmi di sensibilizzazione dovrebbero includere tutte queste aree del gambling. Il trattamento e la sensibilizzazione rispetto al Disturbo da Gioco d'Azzardo non dovrebbero rivolgersi solo al gioco di casinò, ma dovrebbero includere anche il gioco d'azzardo informale. L'incidenza e l'esposizione delle giocatrici a queste modalità ne fanno una preoccupazione fondamentale per il sostegno delle donne e il trattamento del gambling nelle aree rurali.
- Il fatto che la maggior parte dei giocatori non sappia dove cercare aiuto per il proprio problema richiede un'attenzione particolare. Ciò desta anche maggiore preoccupazione in quanto il gruppo vulnerabile delle donne partecipa a modalità di gioco che non sono considerate come azzardo (lotto, iFafi e giochi di carte, ecc.) ed è quindi meno esposto alle avvertenze, non accede ai trattamenti disponibili e neppure alle help line.
- Anche nei villaggi rurali è necessaria una campagna di avvisi sul gioco responsabile per rafforzare le forme di sensibilizzazione e richiamare l'attenzione sui servizi di assistenza esistenti. Le donne, come gruppo vulnerabile in queste aree, sono quindi maggiormente a rischio a causa delle diverse definizioni del target, dei finanziamenti e della visibilità di queste campagne. Un numero crescente di abitanti dei villaggi sono giocatori patologici e non sono a conoscenza dei servizi per affrontare i propri problemi di gioco.
- Le donne che abitano nei villaggi rurali, dato il contesto storico del Sudafrica, sono molto vulnerabili all'incidenza sia del gioco d'azzardo formale, legale sia di quello illegale. Modalità di gioco come il lotto, LPM e iFafi così come il casinò hanno un impatto sul loro comportamento.
- Dovrebbero esserci delle campagne di sensibilizzazione per un gioco più responsabile collegate alle attività delle comunità e alle modalità di partecipazione rivolte alle donne nonché un aumento delle campagne ufficiali nelle province; ciò potrebbe avvenire attraverso programmi trasmessi anche tramite la televisione, la radio della comunità, i programmi comunitari e le riunioni sociali.
- I giocatori d'azzardo nelle townships possono essere a maggior rischio di sviluppare "un gioco d'azzardo problematico" a causa di una elevata disponibilità di gambling unita ad alti livelli di povertà e bassi livelli di istruzione.
- Mentre il sentimento prevalente nella maggior parte delle partecipanti alla ricerca di Mpumalanga, Limpopo e il North West, alcune delle province povere e rurali del Paese, ha rivelato che la decisione rispetto al controllo del proprio comportamento spetta alla giocatrice d'azzardo, talune hanno ritenuto che i leader della comunità, ad esempio i consiglieri, dovrebbero assumere un ruolo guida. L'utilizzo dei network femminili sarebbe una parte importante di tale soluzione.

- Si consiglia l'organizzazione di seminari con relatori ospiti che si rivolgano a specifici target di gruppi vulnerabili che includano i giovani, le donne, gli anziani e i disoccupati, e di campagne porta a porta.
- Considerazioni su una più ampia visibilità della help line per il gioco d'azzardo problematico e altri strumenti per sensibilizzare l'opinione pubblica sul sostegno al problema del gioco a tutti i potenziali soggetti interessati..

### **Programma di ricerca futura**

- Genere e gioco d'azzardo problematico.
- Gambling online e giovani, con particolare attenzione alle donne.
- Famiglie e sensibilizzazione ai problemi legati all'azzardo e informazione sui rischi associati.
- Impatto dell'accettazione comune del gioco d'azzardo legale e la sua ricaduta sulla percezione delle giovani donne rispetto ai rischi.
- Sensibilizzazione dei giovani all'azzardo e rilevanza della donna in relazione a giochi legali e in quelli informali come iFafi.
- È necessario un maggiore lavoro di sensibilizzazione e istruzione a livello locale per informare le giovani giocatrici e i giovani giocatori che utilizzano il settore del gioco informale sulle linee di consulenza telefonica esistenti.
  - Considerazioni su una più ampia portata ed efficacia dei media per raggiungere le famiglie e le donne delle zone informali, semi-urbane, rurali profonde, nonché periurbane e rurali del Paese.
- Strategie alternative devono essere impiegate in Sudafrica per creare consapevolezza tra le donne delle zone rurali, tra i disoccupati e la popolazione analfabeta.
- Considerazioni sull'efficacia del numero verde gratuito nel creare consapevolezza sui rischi associati al gambling per i partecipanti delle zone rurali e, in particolare, le donne.
  - Esaminare le percezioni del problema del gioco d'azzardo nelle aree rurali e il confronto tra risultati dei contesti urbani e quelli dei contesti rurali.

### **Ringraziamenti**

La SA Responsible Gambling Trust (SARGT) del Sudafrica, che ha finanziato una serie di progetti di ricerca compresi quelli dei master in varie università.

### **Bibliografia**

- Casino Association of South Africa. 2008. *The 2008 survey of casino entertainment in South Africa*. Cape Town. [Online]. Available: <http://www.casasa.org.za> (Accessed: November 2015.)
- Casino Association of South Africa. 2010. *The 2010 survey of casino entertainment in South Africa*. Cape Town. [Online]. Available: <http://www.casasa.org.za> (Accessed: November 2015.)
- Casino Association of South Africa. 2012. *The 2012 survey of casino entertainment in South Africa*.

- Cape Town. [Online]. Available: <http://www.casasa.org.za> (Accessed: November 2015.)
- Gaming Review Commission. 2010. *Report of 2010*. South Africa. Commissioned Report by the DTI South Africa.
- Gambling Review Commission. 2011. *Final Report on the Review of Gambling in South Africa, Pretoria*: Department of Trade and Industry.
- Ligthelm, A.A. & Jonkheid, E. 2009. *Socio-economic impact of legalised gambling in South Africa*. Pretoria: National Gambling Board (NGB).
- National Gambling Board. 2003. *Economic Impact of Legalised Gambling in South Africa*. South Africa.
- NGB Omnibus Survey. 2012. Unpublished data available at the National Gambling Board.
- National Gambling Board. 2012. Unpublished statistics. Pretoria.
- National Gambling Board. 2013. National Gambling Board leads tracking gambling research in South Africa. *Research Bulletin*. June, Issue 2.
- National Gambling Board. 2013. *Omnibus Survey 2013. Monitoring of Gambling Prevalence and Problem Gambling*. Bryanston: Ipsos Public Affairs.
- National Gambling Board 2013. *Social Impact of Gambling in South Africa*. A five perspective study commissioned by the National Gambling Board South Africa.
- National Gambling Board 2014. Gambling has become 'normalised' behaviour in South Africa. *Research Bulletin*. February, Issue 3. South Africa.
- National Gambling Board 2014. Impact of gambling on household welfare. *Research Bulletin*. March, Issue 4. South Africa.
- National Gambling Board 2015. Slightly more people are gambling since November 2012 – especially buying lotto tickets. *Research Bulletin*. August, Issue 5. South Africa.
- National Gambling Board 2016. *Socio-Economic Impact of Illegal and Online Gambling in South Africa*. September. South Africa.
- National Lotteries Board Annual Reports 2012/ 2013. South Africa. National Lotteries Commission. Annual Reports 2014/2015. South Africa.
- Sharp, C., Hofmeyr, A., Dellis, A., Kincaid, H., Rousseau, J. and Ainslie, G. 2010. The comorbidity of gambling problems, anxiety, depression and substance use in a representative urban sample of 3000 South Africans. *11th Annual NCRG Conference on Gambling and Addiction*, Las Vegas, November.
- Statistics South Africa 2012. *Quarterly Labour Force Survey*. Pretoria South African Reserve Bank 2013. *Quarterly Bulletin*, June 2013. Pretoria.

### **Legislazione del National Gambling Board**

National Gambling Act (Act no. 33 of 1996). South Africa. National Gambling Act, 2004 (Act No. 7 of 2004). South Africa. See [www.ngb.org.za](http://www.ngb.org.za)

### **Siti Web**

National Gambling Board: [www.ngb.org.za](http://www.ngb.org.za) National Lotteries Board (now called the National Lotteries Commission): [www.nlb.org.za](http://www.nlb.org.za); [www.nlc.org.za](http://www.nlc.org.za) South African Responsible Gambling Trust (SARGT): [www.sargt.org.za](http://www.sargt.org.za) (an umbrella body of governance inclusive of industry as well as regulators from the respective provincial boards. Funded by the gambling industry role players and monitored by the various provincial legislations. Implementation arm of the project is the National Responsible Gambling project.)



## Appendice 1 - Province del Sudafrica Cornice legislativa e gioco d'azzardo illegale

### Autorità regolatrici in Sudafrica

Le Commissioni provinciali del gioco d'azzardo (PGBs) sono gli agenti attuatori della Legge Nazionale sul Gioco e anche i beneficiari del reddito degli introiti lordi derivanti dallo stesso. Ogni provincia ha una sua commissione che detta le regole specifiche all'interno del territorio. In questo modo ci sono nove differenti aree legislative nel Paese che devono armonizzarsi con la Legge Nazionale sul Gioco. Le Commissioni provinciali di gioco (PGBs) hanno il mandato per attuare e regolamentare le attività di gambling nelle loro specifiche giurisdizioni all'interno del quadro della Legge Nazionale sul Gioco per il Sudafrica. I PGB commissionano e contribuiscono a vari programmi di ricerca sul gioco responsabile e al trattamento delle dipendenze da gioco nelle rispettive province.



FIGURA A1.1 Province del Sud Africa

National Gambling Board of South Africa [www.ngb.org.za](http://www.ngb.org.za)

Eastern Cape Gambling and Betting Board [www.ecgbb.co.za](http://www.ecgbb.co.za)

Free State Gambling and Racing Board [www/fsgb.co.za](http://www/fsgb.co.za)

Gauteng Gambling Board [www.ggb.org.za](http://www.ggb.org.za)

KwaZulu-Natal Gambling Board [www.kzngambling.co.za](http://www.kzngambling.co.za)

Limpopo Gambling Board [www.lgb.co.za](http://www.lgb.co.za)

Mpumalanga Gaming Board [www.mgb.org.za](http://www.mgb.org.za)

North-West Gambling Board [www.nwgb.co.za](http://www.nwgb.co.za)

Northern Cape Gambling and Racing Board [www.ncgb.co.za](http://www.ncgb.co.za)

Western Cape Gambling and Racing Board [www.wcgrb.co.za](http://www.wcgrb.co.za)

**TABELLA A1.1** Modalità di gioco d'azzardo, province e gioco d'azzardo illegale ed informale in Sud Africa

<i>Modalità di gioco d'azzardo</i>	<i>Provincia</i>	<i>Gioco d'azzardo illegale ed informale</i>
Casinò	Tutte le province	On Line
Macchine a pagamento limitato	Tutte le province eccetto Northern Cape	Northern Cape, Limpopo, North West e Mpumalanga
Bingo	Gauteng; KwaZulu Natal; Eastern Cape	
Corse di cavalli scommesse sportive	Western Cape Gauteng KwaZulu Natal Eastern Cape Freestate Limpopo Mpumalanga	Gratta e vinci
Macchine a pagamento limitato in più di 5 siti	Eastern Cape, KZN, Mpumalanga, North West Limpopo	
iFafi	Gauteng Limpopo Mpumalanga North West	

Parte 2

# *America*





## Analisi comparativa di genere dei modelli di gioco d'azzardo in Canada

*Sylvia Kairouz, Eva Monson and Chantal Robillard*

### Introduzione

Un divario di genere è stato ripetutamente identificato relativamente ai comportamenti di gioco d'azzardo. All'interno del contesto del Nord America gli uomini hanno riportato una più alta prevalenza di partecipazione durante l'ultimo anno (LaBrie, Shaffer, LaPlante, & Wechsler, 2003; Martin et al., 2010; Petry & Weinstock, 2007; Volberg, 2003), (Huang, Jacobs, Derevensky, Gupta, & Paskus, 2007; Kairouz, Paradis, Nadeau, Hamel, & Robillard, 2015; Martin et al., 2010) e nella settimana precedente (Ellenbogen, Jacobs, Derevensky, Gupta, & Paskus, 2008). In comparazione con le donne, gli uomini hanno anche riportato di giocare d'azzardo più frequentemente (Martin et al., 2010) e con esborsi più elevati (Williams & Volberg, 2013). Quindi forse non sorprende che, in quanto fenomeno sociale, il gioco d'azzardo sia stato prevalentemente rappresentato e guidato dalla prospettiva maschile, con poca attenzione alle esperienze delle donne nel gioco stesso (Mark & Lesieur, 1992; Volberg, 2003). Una ricerca superficiale della letteratura esistente rivela che il Canada non fa eccezione: la letteratura sui comportamenti femminili correlati al gioco d'azzardo è scarsa (per esempio Afifi, Cox, Martens, Sareen, & Enns, 2010; Albanese et al., 2011; Boughton & Falenchuk, 2007; Stark, Zahlan, Albanese, & Tepperman, 2012). La maggior parte delle informazioni esistenti consiste nella comparazione tra i generi, che non lascia dubbi sulla necessità di un'ulteriore ricerca specifica sulle donne e il gioco d'azzardo.

Questo capitolo raffigura un quadro generale del background legislativo ed economico in Canada per poi offrire un'analisi dei modelli di gioco basata sul genere, evidenziando i dati di ciascuna delle dieci province del Paese. Questo capitolo scaverà inoltre più in profondità nella complessa relazione fra i generi, modelli di gioco e contesto del gioco d'azzardo. Alla fine, terminerà con una seria discussione sullo stato della ricerca sul gioco d'azzardo femminile all'interno del contesto canadese e sulle direttive future che richiedono particolare attenzione.

### Il contesto canadese

#### *Quadro politico*

Il gioco d'azzardo è regolato dalla legge federale tramite disposizioni stabilite dal Codice Penale del Canada adottato nel 1892 (Korn & Skinner, 2000). Il gioco d'azzardo era vietato in Canada fino al 1969, dopo di che lotterie e casinò hanno iniziato a funzionare legalmente. La legislazione vigente fornisce ai governi provinciali, entro i limiti del loro territorio, l'autorità per gestire le iniziative di gioco d'azzardo e fornire licenze a operatori privati per fini religiosi o

caritatevoli (Nadeau et al., 2014).<sup>1</sup> Da allora, ciascuna provincia ha stabilito le proprie norme e il regime operativo (ad es. monopoli statali, contratti o licenze a società private o una combinazione di questi; Canadian Partnership for Responsible Gambling [CPRG], 2014). In cambio della garanzia di autorità esclusiva nella fornitura di giochi d'azzardo, nel 1985 fu firmato un accordo tra il governo federale e quello provinciale che stabiliva versamenti provinciali annuali al governo federale.

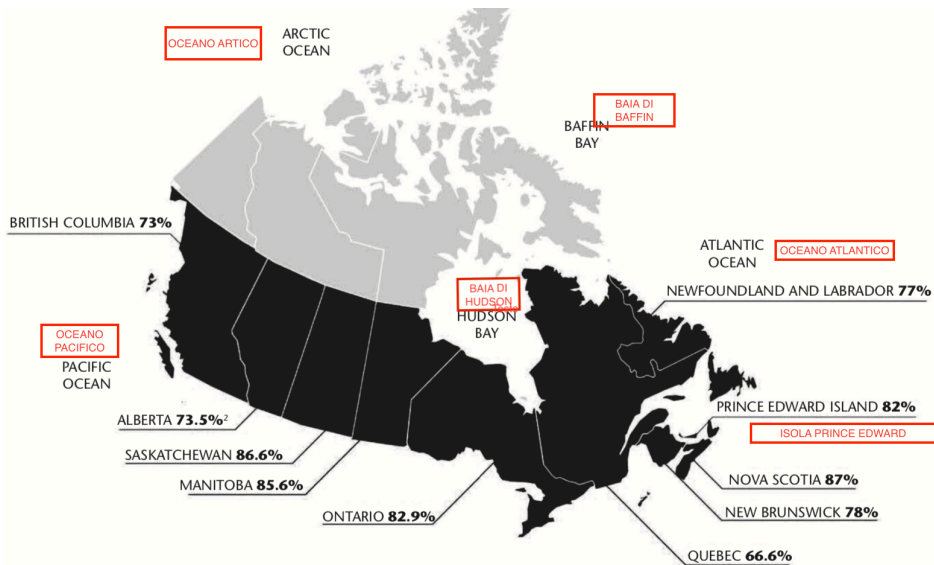
Come molti altri paesi occidentali, il Canada ha assistito a un'espansione senza precedenti del gioco d'azzardo legalizzato che ha assicurato ingenti entrate governative. Nello specifico, c'è stato un aumento costante delle entrate del gioco d'azzardo da \$ 2,7 miliardi nel 1992, a \$ 7,4 miliardi nel 1998 e \$ 13,7 miliardi nel 2012 (CPRG, 2014; Marshall, 2000, 2011). I ricavi provengono da circa 35.000 sedi e circa 105.512 giochi in tutto il Paese. In risposta, il governo canadese ha distribuito oltre \$ 396.891.000 delle sue entrate di gioco in beneficenza, \$ 83.934.000 per il trattamento e la prevenzione del gioco d'azzardo problematico e \$ 30.853.000 per iniziative di gioco responsabile tra il 2012 e il 2013 (CPRG, 2014).

## **Confronti tra i generi delle abitudini di gioco in Canada**

### ***Modelli di gioco d'azzardo***

Secondo l'ultimo sondaggio nazionale condotto in Canada, il Canadian Community Health Survey (CCHS) del 2002, la prevalenza della partecipazione al gioco d'azzardo fu stimata al 76% ed era elevata sia tra gli uomini (78%) che tra le donne (73%) (Marshall & Wynne, 2004)<sup>2</sup>. Quando i tassi di prevalenza furono confrontati tra le varie indagini provinciali<sup>3</sup>, questi erano compresi tra il 67% in Québec (2012) e l'87% in Nuova Scozia (2007) e Saskatchewan (2001) (Focal Research Consultants, 2008; Kairouz & Nadeau, 2014; Wynne, 2002). Delle province in cui sono disponibili informazioni rilevanti□, differenze significative di genere sono state segnalate in Québec e Ontario con più uomini che giocano d'azzardo rispetto alle donne (Kairouz e Nadeau, 2014; Williams e Volberg, 2013; vedi la Figura 2.1). Tuttavia, non sono state osservate differenze di genere significative nella partecipazione al gioco d'azzardo a Terranova, Isola del Principe Edoardo, Nuova Scozia, Nuovo Brunswick, Manitoba, Saskatchewan e British Columbia (Doiron, 2006; Focal Research Consultants, 2008; Ipsos-Reid & Gemini Research, 2008; Lemaire, MacKay e Patton, 2008; MarketQuest Research, 2010; MarketQuest Research, 2009; Wynne, 2002). Inoltre, un sondaggio a livello provinciale del 2012 condotto in Québec (Kairouz & Nadeau, 2014) ha rivelato che gli uomini giocano più frequentemente rispetto alle donne, con una spesa più elevata, ma non dedicano più tempo al gioco. Secondo quanto riferito dagli uomini, gli stessi hanno speso quasi il doppio rispetto alle donne nel 2010 (\$ 615 contro \$ 335), con una spesa media nazionale di \$ 515 all'anno tra gli adulti canadesi (Marshall, 2011).





**FIGURA 2.1** Prevalenza per genere di gioco d'azzardo nelle province Canadesi



**Preferenze rispetto al tipo di gioco**

I sondaggi provinciali sono coerenti nel segnalare che la lotteria è l'attività più popolare tra i giocatori d'azzardo canadesi. Al secondo posto ci sono i terminali per videolotterie (VLT; macchine da gioco elettroniche [EGM] al di fuori dei casinò) e le EGM/slot machine (Figura 2.2). Subito dopo le attività più popolari sono il poker e le scommesse sportive, seguite dal bingo.

	Lotteria	EGM/Slots	VLT	Bingo	Poker	Sports
Newfoundland	██████		██████████	██████████	██████████	
Isola Prince Edward	██████		██████████	██████████		
New Brunswick	██████					
Manitoba	██████	██████████		██████████		██████████
Saskatchewan	██████	██████████		██████████		
Alberta	██████	██████████		██████████		██████████
Nova Scotia	♂*** █████	♂♀ ██████████	♂***	♀*** █████	♂*** █████	♂***
Quebec	♂♀ █████	♂♀ ██████████	♂**	♀*** █████	♂*** █████	♂***
Ontario	♂** █████	♂♀ ██████████		♀** █████		♂**
British Columbia	♂♀ █████	♂♀		♀*** █████	♂*** █████	♂***

Grado	
1	
2	
3	.....
4	
5	
6+	

Non disponibile/applicabile

**FIGURA 2.2** Partecipazione ad attività di gioco d'azzardo per genere

- 1 I dati sono stati estratti dagli studi di prevalenza più recenti condotti in ogni provincia.
- 2 La significatività delle differenze tra generi viene presentata quando l'informazione é disponibile (♂ = maggiore per gli uomini; ♀ = maggiore per le donne; ♂ ♀ = nessuna differenza significativa).
- 3 Significatività nelle differenze tra generi: \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$ .
- 4 Informazioni sulle differenze tra generi nelle preferenze per le attività di gioco d'azzardo sono disponibile per British Columbia, Nova Scotia, Ontario, e Québec.
- 5 A Manitoba, le scommesse sportive vengono stimate usando quattro categorie diverse che rendono imprecisa la stima della partecipazione globale.

In relazione al genere, viene affermato che gli uomini preferiscono forme di gioco d'azzardo strategiche, basate sull'abilità, e competitive come i giochi da tavolo, le gare e le scommesse sportive, per rispondere meglio alla loro inclinazione a una maggiore assunzione di rischio (Adams, Sullivan, Horton, Menna, & Guilmette, 2007; Byrnes, Miller, & Schafer, 1999; Croson & Gneezy, 2009). Le donne, al contrario, sono più inclini a scegliere le attività di gioco d'azzardo non strategiche, o basate sulla fortuna, come il bingo, le lotterie, le riffe e gli EGM (Adams et al., 2007; Potenza et al., 2001; Volberg & Banks, 2002), il che può riflettere una particolare avversione al rischio (Croson & Gneezy, 2009) come pure il loro temperamento, percepito come passivo (Abarbanel & Bernhard, 2012). Infatti, nell'ultimo sondaggio nazionale canadese sui comportamenti di gioco, gli uomini erano più propensi a giocare a VLT (7% contro 5%) e scommettere sulle corse di cavalli (5% contro 3%) mentre le donne erano più propense a giocare a bingo (12 % contro 5%) (Marshall & Wynne, 2004).

Nelle province in cui erano disponibili dati sulle attività di gioco, le differenze di genere nelle scelte del tipo di gioco erano significative. Gli uomini erano sovra-rappresentati nel poker, nelle scommesse sportive e nel gioco d'azzardo su VLT, mentre i risultati per EGM e/o slot machine, dicono che entrambi i generi le preferiscono in egual misura. Per contro, il bingo era l'unica attività in cui le donne erano sovra-rappresentate. Infine, non sono stati osservati modelli chiari di differenza di genere per le lotterie, con i risultati che segnalano una maggiore partecipazione maschile solo in alcune delle province esaminate. I dati del Québec hanno anche rivelato che gli uomini adulti scommettono più intensa-

mente su determinati tipi di gioco. Quando i sessi sono stati confrontati sulla percentuale di giocatori che mostrano schemi di gioco d'azzardo intensi (cioè, individui nel 30° percentile più alto per frequenza di spesa e durata tipica della sessione), gli uomini erano sovra-rappresentati per la spesa in lotterie, slot machine, poker e scommesse sportive, come pure per la frequenza delle scommesse sportive. Per i dettagli vedere la Figura 2.3.

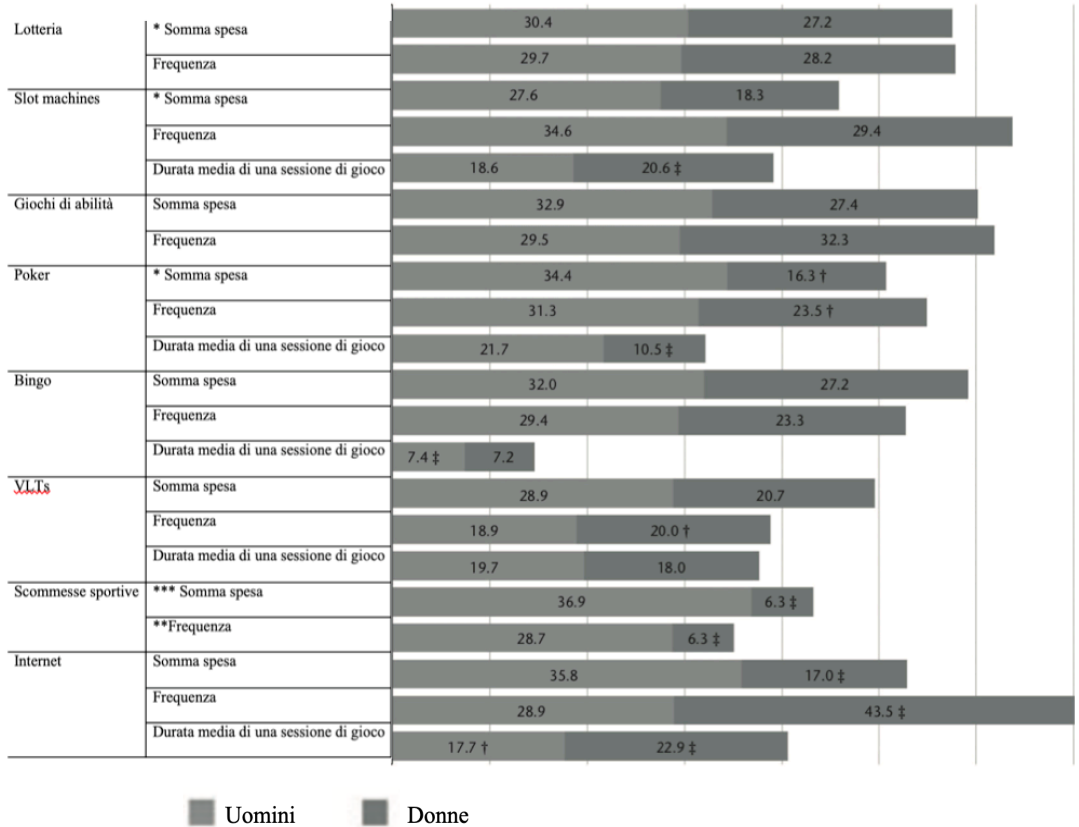
### *Problemi legati al gioco d'azzardo*

Sono state sollevate obiezioni in merito ai costi sociali associati al gioco d'azzardo (Productivity Commission, 1999; Fiedler, 2008; Kindt, 1994; Thompson & Schwer, 2005), e le preoccupazioni sono aumentate a seguito della crescente prevalenza delle stime sui problemi di gioco d'azzardo e su specifici gruppi a rischio, come le donne (Ladd & Petry, 2002; Lesieur & Blume, 1991).

Si possono osservare marcate differenze tra donne e uomini nella prevalenza dei problemi di gioco d'azzardo. La prevalenza complessiva del gioco d'azzardo problematico (Canadian Problem Gambling Index [CPGI] 8+) nella popolazione adulta canadese nel 2002 era stimata allo 0,5% e risultava maggiore negli uomini (0,6%) rispetto alle donne (0,4%) (Statistics Canada, 2002). Tra coloro che giocavano, gli uomini canadesi avevano una probabilità significativamente maggiore rispetto alle donne di essere giocatori a rischio o problematici (7,8% contro 4,8%,  $p < 0,05$ ) (Statistics Canada, 2002; Marshall & Wynne, 2004). Indagini provinciali più recenti hanno riportato, analogamente, che la prevalenza del gioco d'azzardo problematico è significativamente più alta negli uomini rispetto alle donne in Nuova Scozia ( $p < 0,01$ , CPGI 3+; Focal Research Consultants, 2008), Ontario ( $p < 0,001$ , Problem and Pathological Gambling Measure (PPGM); Williams & Volberg, 2013), Saskatchewan ( $p < 0,01$ , CPGI 8+; Wynne, 2002), e in misura minore nell'isola del Principe Edoardo ( $p < 0,10$ , CPGI 3+; Doiron, 2006). Tuttavia, non sono state trovate differenze di genere in problemi legati al gioco d'azzardo per i sondaggi condotti in Québec, Manitoba e British Columbia (Ipsos-Reid Public Affairs & Gemini Research, 2008; Kairouz & Nadeau, 2014; Lemaire et al., 2008).

**FIGURA 2.3** Confronti di genere dei modelli di gioco d'azzardo per attività

- 1 I dati sono stati ottenuti dal 2012 Québec Gambling Survey (ENHJEU-Q).
- 2 Significatività nelle differenze tra generi: \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$ .
- 3 † Coefficiente di varianza tra il 25% e il 33%; i risultati dovrebbero essere interpretati con cautela; ‡ Coefficiente di varianza maggiore del 33%: la stima è imprecisa ed è fornita con il solo scopo informativo.



Percentuale entro il 30° percentile più elevato

### Poker, genere e ruolo dei contesti: un caso di studio dal Québec

Importanti ricercatori hanno avanzato l'ipotesi che gli elementi che comprendono il luogo in cui si svolge un'attività (ad esempio, l'organizzazione spaziale e l'integrazione sociale) influenzino l'esperienza del gioco d'azzardo (Reith, 1999). Allo stesso modo, le spese di tempo e denaro possono essere strettamente correlate sia al flusso fisico e temporale delle scommesse, sia all'atmosfera all'interno di un luogo specifico (Schüll, 2012). Uno studio condotto su studenti universitari nella provincia del Québec ha dimostrato che gli individui giocano in una varietà di contesti e che questi fattori influenzano i risultati (ad es. Tempo e denaro spesi) in diverse occasioni di gioco (Kairouz, Paradis e Monson, 2015). Tuttavia, l'evidenza empirica specifica esistente sulle differenze di gene-

re nel campo degli studi sul gambling si è concentrata principalmente sull'individuo, ignorando di fatto che i comportamenti sociali, come il gioco d'azzardo, possono anche essere influenzati da forze contestuali. In effetti, Kairouz e colleghi (2015) hanno dimostrato a livello individuale che le studentesse spendono meno tempo e denaro per l'azzardo rispetto ai maschi in tutti i contesti, ma non hanno incluso analisi estese per spiegare specificamente i meccanismi che mettono in relazione il genere con i comportamenti di gioco.

### *Donne e poker*

Il poker, un gioco svolto individualmente in un ambiente socialmente interattivo, è stato storicamente dominato dagli uomini. Come caso-studio, il poker è interessante in quanto mantiene una connotazione fondamentalmente neutra rispetto al genere, dato che le regole del gioco si applicano in modo uniforme a tutti i giocatori, e vi è un'assenza di barriere formali all'ingresso o di vantaggi dovuti a differenze fisiche tra uomini e donne. Negli ultimi anni, c'è stato un sostanziale aumento del numero delle giocatrici di poker, anche se non allo stesso modo in tutti i contesti; l'interesse più esponenziale per il poker si è dimostrato specificamente per la forma online (Afifi et al., 2010a). Questo aumento di gioco "virtuale" probabilmente è dovuto alla riduzione dello stigma generale nei confronti delle giocatrici di poker grazie all'anonimato trovato online. In effetti, la letteratura precedente rivela che, nel complesso, le donne preferiscono determinati luoghi di gioco d'azzardo in cui si sentono fisicamente al sicuro e a proprio agio (Abbott et al., 2013; Volberg, 2003). Gli studi suggeriscono che continuano a esistere barriere sociali per le donne che tentano di entrare in un "partita" in una sala da poker non virtuale, cosa che può essere scoraggiante (Abarbanel & Bernhard, 2012). Pertanto, se le impostazioni influenzano i comportamenti di gioco e se uomini e donne giocano a poker in tipologie di luogo diverso, si può ipotizzare che uomini e donne segnalino schemi di gioco diversi *perché* giocano in ambienti diversi. In altre parole, potrebbe non essere il genere dei giocatori a spiegare i loro comportamenti di gioco bensì i contesti in cui si riuniscono per giocare, dato il loro genere.

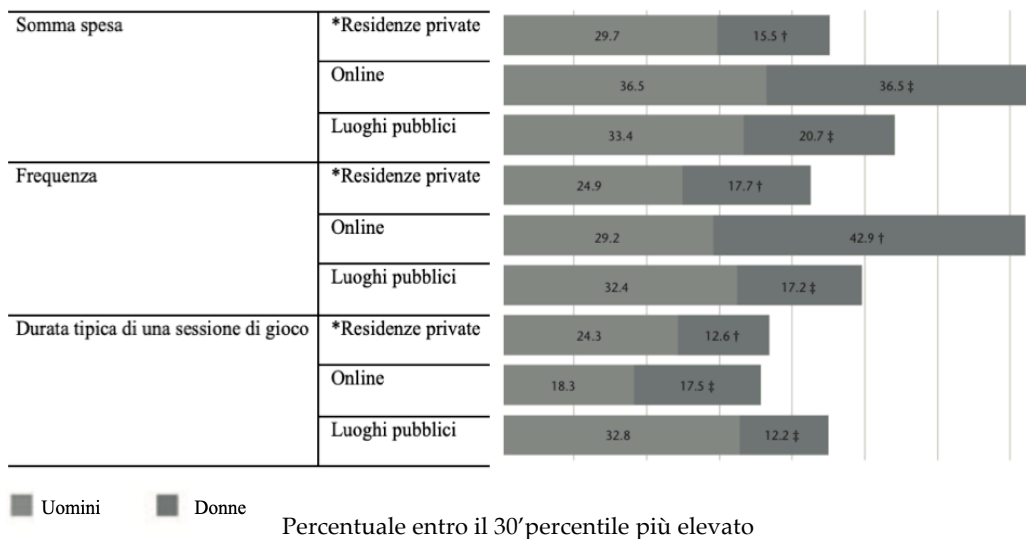
### *Evidenze tratte da una popolazione adulta rappresentativa*

La ricerca esistente ha dimostrato che le donne riferiscono una minore partecipazione al poker, in termini di preferenza di tipo di gioco, rispetto agli uomini, (cfr., Adams, et al. 2007; Svensson, Romild, Nordenmark, & Månsdotter, 2011). In effetti, i dati tratti da una popolazione adulta rappresentativa di tutto il Québec indicano che gli uomini hanno 6,5 volte più probabilità di giocare a poker rispetto alle donne (8,2% contro 1,3%, rispettivamente). Questa è stata di gran lunga la più grande differenza di genere dimostrata su qualsiasi forma di gioco d'azzardo esaminata all'interno di questo set di dati. Come accennato in precedenza, sono state osservate differenze di genere significative tra i giocatori di poker che spendono di più (cioè il 30° percentil superiore). Nell'esaminare le differenze tra i contesti del poker (ad esempio, giocando in residenze private, luoghi pubblici o online),<sup>10</sup> donne e uomini non hanno mostrato differenze

significative rispetto ai luoghi in cui hanno giocato. All'interno di ogni contesto, i risultati hanno rivelato che, solo nelle residenze private, gli uomini erano più rappresentati rispetto alle donne, tra i giocatori di poker che spendono di più (cioè, il 30°percentile più alto). Nelle residenze private e nei luoghi pubblici, come bar o casinò, gli uomini erano sovra-rappresentati nel gruppo di coloro che passavano più tempo a giocare d'azzardo. Per il gioco d'azzardo online non sono state rilevate differenze di genere per frequenza, spesa o durata del gioco. Per i dettagli vedere la Figura 2.4.

**FIGURA 2.4** Confronto di genere dei modelli di gioco del poker tra le diverse località

- 1 I dati sono stati ottenuti dalla Québec Gambling Survey (ENHJEU-Q; 2009 and 2012 combinati).
- 2 Significatività nelle differenze tra generi: \*  $p \leq .05$ .
- 3 I Luoghi pubblici corrispondono a bar e casino.
- 4 † Coefficiente di varianza tra il 25% e il 33%: i risultati dovrebbero essere interpretati con cautela; ‡ Coefficiente di varianza maggiore del 33%: la stima è imprecisa ed è fornita con il solo scopo informativo.



**BOX 2.1** ENHJEU-Q

I dati sono stati ricavati dalle oscillazioni trasversali del Québec Gambling Survey (ENHJEU-Q) del 2009 e del 2012, che ha raccolto informazioni sulle abitudini di gioco della popolazione adulta nella provincia del Québec. In entrambe le indagini, il campionamento è stato condotto in due fasi, stratificate per regioni amministrative. Le famiglie private sono state selezionate mediante composizione numerica casuale del numero telefonico e un adulto per famiglia è stato selezionato casualmente, ottenendo un tasso di risposta del 55% nel 2009 (N = 11.888) e del 43% nel 2012 (N = 12.008). I dati sono stati raccolti da giugno a settembre sia nel 2009 che nel 2012 utilizzando la tecnica dell'intervista telefonica assistita da computer. I dati sono stati ponderati per regolare la mancata risposta e la progettazione del campionamento a grappolo multistadio, nonché per allineare i risultati con le informazioni sulla popolazione adulta del Québec disponibili dal censimento.



## BOX 2.2 ENHJEU

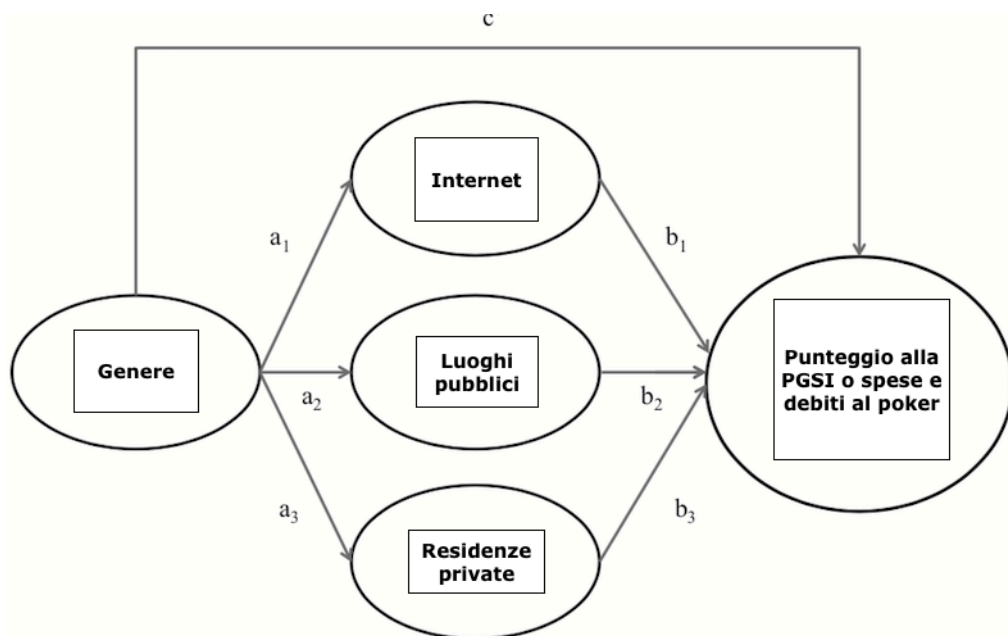
I dati sono stati ricavati dall'indagine sul gioco d'azzardo negli studenti universitari (ENHJEU), che ha raccolto informazioni sulle loro abitudini di gioco a Montreal, Canada. Tratto dagli elenchi di studenti universitari a tempo pieno forniti dall'Ufficio del Registro, il campionamento è stato condotto in due fasi, stratificate per università e proporzionali alle dimensioni del corpo studentesco di ciascuna istituzione. Il tasso di risposta globale è stato del 41%. I dati sono stati raccolti utilizzando questionari cartacei o online e ponderati per regolare la mancata risposta e la progettazione del campionamento a cluster multistadio, nonché per allineare i risultati con le informazioni sulla popolazione studentesca disponibili presso l'Associazione delle Università e dei College del Canada.

### *Evidenze da una popolazione universitaria rappresentativa*

Un altro studio basato sui dati di un sondaggio raccolti tra studenti universitari in Québec (menzionato brevemente sopra) ha esaminato se i contesti in cui si gioca a poker (cioè, residenze private, luoghi pubblici e online) possono mediare la relazione tra genere e comportamenti e problemi legati al gioco del poker (ad esempio, spesa e debito) (Kairouz et al., 2016).<sup>11</sup>

Nel complesso, il verificarsi del gioco d'azzardo in forma di poker in luoghi pubblici e su Internet è emerso come mediatore significativo in relazione alla spesa e al debito del poker dell'anno passato, nonché ai problemi legati al gioco d'azzardo. Il genere era correlato solo al punteggio PGSI e alla spesa per il poker nell'ultimo anno. Per acquisire una comprensione più completa delle varie dinamiche rispetto a luoghi e contesti distinti e del loro impatto sul comportamento di gioco, gli autori hanno tentato di disaggregare gli ambienti di gioco attraverso una serie di analisi di mediazione (vedi Figura 2.5).

I risultati hanno suggerito che il genere da solo non spiega le disparità nei modelli di gioco, ma piuttosto è attraverso l'incremento della frequenza di gioco in determinati luoghi, in particolare luoghi pubblici e su Internet, che il genere maschile risulta correlato all'aumento dei comportamenti a rischio nel gioco e alla spesa per il poker dell'anno precedente. Ad esempio, il gioco d'azzardo in luoghi pubblici e su Internet ha mediato l'associazione tra il genere maschile e la spesa per il poker nell'ultimo anno al punto che, quando si tiene conto del setting, l'unico effetto del genere sulla spesa per il poker nell'ultimo anno è diventato non significativo (Kairouz et al., 2016). Risultati come quelli trovati suggeriscono che il genere non influenza solo i comportamenti di gioco d'azzardo del poker ma, piuttosto, sono gli ambienti in cui gli studenti giocano a poker, dato il loro genere, che devono essere considerati più da vicino.



**FIGURA 2.5** Modello di mediazione - Genere, luoghi, spese e problemi per il poker

1 Sono state condotte analisi su un sotto campione di giocatori d'azzardo universitari dello scorso anno, derivate dall'indagine sul gioco degli studenti universitari (ENHJEU).

2 Rappresentazione grafica di un modello a mediatore multiplo. L'effetto totale (c) è composto dall'effetto diretto (c') e dagli effetti indiretti ( $a_1 \cdot b_1 + a_2 \cdot b_2 + a_3 \cdot b_3$ ).

3 Il Problem Gambling Severity Index (PGSI) è stato utilizzato per misurare la gravità del gioco problematico: giocatori non problematici (punteggio 0); giocatori d'azzardo a basso rischio (punteggio di 1 o 2); giocatori a rischio moderato (punteggio da 3 a 7); giocatori problematici (8+).

## Conclusione

Attualmente, ci sono sempre più donne canadesi che giocano e segnalano problemi legati al gioco d'azzardo (Afifi et al., 2010). La tendenza al rialzo del gioco d'azzardo femminile negli ultimi decenni ha stimolato la perdita di alcune differenze significative tra i sessi. Questa non significatività statistica è significativa di per sé, ma spesso sottovalutata, data la prospettiva maschile fortemente radicata che rimane il segno distintivo degli studi sul gioco d'azzardo. Per quanto riguarda le potenziali spiegazioni per la diminuzione del divario di genere, sono stati avanzati molteplici suggerimenti. In primo luogo, quello che una volta era un insieme di luoghi illegali e/o dominati dai maschi, corse di cani e di cavalli, carte e scommesse sportive, è stato ampliato in modo esponenziale a causa della rapida crescita ed espansione dei prodotti e della tecnologia legati al gioco d'azzardo (Li, 2007; Mark & Lesieur, 1992). Le donne tendono anche a partecipare a forme di gioco d'azzardo legali piuttosto che illegali, suggerendo che la maggiore disponibilità di gioco d'azzardo legale osservata in Canada aumenta ulteriormente la probabilità delle donne di giocare d'azzardo (Mark & Lesieur, 1992). Pertanto, la crescente varietà di attività e la

maggior accessibilità delle opportunità di gioco, specialmente tramite Internet e luoghi frequentati da donne, possono contribuire all'aumento del numero di donne che giocano. Ciò ha portato all'argomento della "femminilizzazione" del gioco d'azzardo, cioè l'idea che "più donne giocano d'azzardo, sviluppando problemi e cercando aiuto per problemi legati al gioco rispetto al passato" (Volberg, 2003, p. 1). In secondo luogo, le norme sociali attorno al gioco d'azzardo sono cambiate drasticamente e, per la maggior parte, il gioco d'azzardo è ora visto come una forma di intrattenimento accettata (Cosgrave, 2010), in particolare per le donne (Albanese et al., 2011). Parallelamente alla crescente accettazione sociale, o forse come conseguenza, l'industria del gioco ha iniziato ad adattare apertamente il marketing alle donne. Data la complessità del comportamento di gioco, probabilmente non è l'una o l'altra di queste spiegazioni, ma una combinazione di entrambe.

### *Genere, attività e luoghi*

Mentre il divario di genere continua a ridursi rispetto al numero di donne e uomini che giocano, le esperienze di gioco delle donne rimangono molto diverse da quelle delle loro controparti maschili. L'esame dei comportamenti di gioco d'azzardo in Canada, presentato in questo capitolo, rivela molteplici differenze significative di genere in termini di prevalenza, tipo di gioco, spesa e frequenza. Ad esempio, in Canada, il gioco d'azzardo rimane generalmente meno popolare tra le donne rispetto agli uomini, con le donne che riferiscono di giocare meno frequentemente e di spendere meno soldi. Una volta che i modelli di gioco d'azzardo sono stati esplorati per diversi tipi di giochi individualmente e in luoghi diversi, le differenze diventano meno nette. Mentre alcuni risultati erano simili a quello che ci si potrebbe aspettare, (p. es., più uomini che donne hanno scommesso su giochi di abilità come il poker e lo sport e più donne che uomini giocano a bingo), quando i modelli di gioco sono stati suddivisi per attività, le differenze di genere sono diventate trascurabili (p. es., frequenza di gioco simile, nonché spese in termini di tempo e denaro). Risultati simili sono stati portati alla luce per diversi luoghi di gioco d'azzardo. Ad esempio, il poker presentava, tra le attività esaminate, una delle maggiori differenze di genere per la partecipazione, ma un'analisi più approfondita di modelli specifici di gioco d'azzardo del poker ha dimostrato che le donne giocano con frequenza simile in tutti i contesti e hanno una spesa paragonabile agli uomini quando giocano online e in luoghi pubblici.

Una recente analisi degli ambienti del gioco d'azzardo tra i giocatori di poker ha inoltre rivelato che il divario di genere diventa meno diretto una volta che la posizione sia stata esaminata come potenziale fonte di influenza sui modelli di gioco. L'analisi dei modelli di gioco d'azzardo del poker tra gli studenti universitari ha persino rivelato che l'associazione tra il genere maschile e la spesa per il poker dell'anno precedente è scomparsa quando sono stati considerati due setting: luoghi pubblici e Internet. Questa scoperta sottolinea l'importanza di esaminare il gioco d'azzardo nei contesti specifici, soprattutto quando si affrontano le differenze di genere. Questi risultati sollevano la questione del ruo-

lo selettivo dei luoghi di gioco d'azzardo poiché le barriere costruite socialmente portano al disagio e a sentimenti di intimidazione nelle donne, limitando così il loro accesso agli ambienti ancora dominati dagli uomini (Abarbanel & Bernhard, 2012). Mentre il gioco d'azzardo online può fornire un rifugio sicuro, anonimo e neutrale rispetto al genere per la pratica del gioco d'azzardo femminile (Griffiths, 2001).

La complessità dei risultati tra diverse attività e luoghi suggerisce la necessità di una comprensione raffinata e, probabilmente, di diversi modelli esplicativi per uomini e donne, per esporre e comprendere appieno le differenze di genere nelle esperienze di gioco. I nostri risultati suggeriscono che è necessario un modello complesso per tenere conto dei fattori individuali, relazionali, contestuali e culturali che mettono in relazione le donne con il gioco d'azzardo. A questo proposito, i tipi di gioco e le impostazioni rappresentano un ricco campo di esplorazione per svelare fattori psicologici, motivazionali, simbolici e normativi delle divisioni di genere e acquisire una migliore comprensione delle relazioni che le donne sviluppano e mantengono con il gioco d'azzardo. Data la complessità dei modelli futuri, le analisi multivariate consentirebbero una migliore comprensione di dove le differenze persistono e sono rafforzate, e dove le differenze sembrano attenuarsi.

### *Implicazioni per future ricerche e raccomandazioni*

Mentre il divario di genere continua ad attenuarsi e le esperienze dei giocatori continuano a variare ampiamente in base al sesso, non è saggio presumere che la tipica esperienza maschile sia la norma per entrambi i sessi. Impostare la prospettiva maschile come punto di riferimento che possa essere generalizzato alle donne, significa votarsi al fallimento, poiché la letteratura continua a dimostrare che ciò che è vero per gli uomini dipendenti da gioco d'azzardo non è automaticamente vero per le donne. Per le donne, la realtà dell'esperienza di gioco d'azzardo, dai comportamenti generali alla progressione al gioco problematico e alle forme di trattamento ricercate, è incredibilmente diversa da quella degli uomini. Ad esempio, Afifi, Cox, Martens, Sareen e Enns (2010b) hanno scoperto che non c'erano differenze di genere nel rischio di gioco d'azzardo problematico tra i livelli di istruzione diversi in un campione di giocatori problematici canadesi. Quando i sessi sono stati gestiti separatamente, è stato rivelato che il rischio di sviluppare un problema di gioco d'azzardo aumenta per le donne al diminuire del loro stato socioeconomico, una scoperta non replicata con gli uomini. Risultati come questi sottolineano l'importanza di esplorare non solo i confronti tra i sessi, ma anche i confronti all'interno dei sessi stessi.

In Canada, continua ad esserci una carenza di letteratura empirica canadese incentrata sull'identificazione di fattori chiave che potrebbero prevedere e influenzare il gioco d'azzardo femminile. Capire quali fattori caratterizzino tipicamente i giocatori d'azzardo di sesso femminile è fondamentale anche quando si considera quali tipi di donne siano particolarmente a rischio di sviluppare

un disturbo da gioco d'azzardo. Inoltre, non esiste una politica che riconosca e affronti il fatto che le esigenze delle donne varino a seconda dei gruppi di età, classi sociali e/o cultura. Queste sono questioni sostanziali che offuscano la nostra comprensione dell'ampiezza del carico per le donne che giocano d'azzardo in Canada e rallentano la progressione di efficaci strategie di prevenzione e trattamento rivolte alle donne stesse.

Infine, è importante guardare al gioco d'azzardo in una prospettiva interculturale e questo libro è un primo passo in questa direzione. Infatti, i fattori culturali devono essere considerati sia per la ricerca sul comportamento di gioco in generale, sia per le opzioni di trattamento (Volberg, 2003). Inoltre, lo scambio transculturale consente di indagare sull'universalità delle differenze di genere, nonché di raccogliere e confrontare informazioni che chiariscano il ruolo che le norme sociali e culturali, le rappresentazioni e le normative giocano nel costruire e alimentare le realtà di genere nel gioco d'azzardo.

## Note

1 Il Canada è uno stato federale diviso in dieci province e tre territori; ciascuna provincia è una divisione co-sovrana.

2 Le statistiche attuali provengono dal ciclo 1.2 del CCHS sulla salute mentale e il benessere (compreso il gioco d'azzardo patologico) condotto sulla popolazione di età pari o superiore a 15 anni.

3 Dal 2002 le province hanno condotto le proprie indagini: Alberta: 2009, 18+, n = 1.054; Columbia Britannica: 2007, 18+, n = 3.000; Manitoba: 2006, 18+, n = 6.007; New Brunswick: 2009, 19+, n = 2.821; Terranova e Labrador: 2009, 19+, n = 4.002; Nuova Scozia: 2007, 19+, n = 2.500; Ontario: 2011, 18+, n = 4.035; Isola del Principe Edoardo: 2005, 18+, n = 1.000; Québec: 2012, 18+, n = 12.008; Saskatchewan: 2001, 19+, n = 1.848.

4 Le informazioni sulle differenze di genere con livelli di significatività sulla prevalenza della partecipazione al gioco d'azzardo non sono disponibili per Alberta.

5 Le informazioni sulle differenze di genere nelle preferenze di attività di gioco con livelli di significatività sono disponibili per British Columbia, Nuova Scozia, Ontario e Québec.

6 A causa dello sbilanciamento positivo della frequenza di gioco, della distribuzione della spesa e del tempo, nonché della presenza di valori anomali estremi, le misure convenzionali di tendenza centrale sono state ritenute inappropriate. Di conseguenza, tutte le variabili sono state dicotomizzate al 70° percentile per catturare modelli di gioco d'azzardo intensivo.

7 Il Canadian Problem Gambling Index (Ferris & Wynne, 2001) viene utilizzato per valutare la gravità dei problemi di gioco. Include una sottoscala, il Problem Gambling Severity Index (PGSI). Il PGSI misura i problemi di gioco utilizzando una scala di nove elementi, tenendo come quadro di riferimento gli ultimi

12 mesi. I punteggi possono variare da un minimo di 0 a un massimo di 27. Gli elementi includono domande come "Quante volte hai scommesso più di quanto potresti davvero permetterti di perdere?" E "Quante volte il gioco d'azzardo ti ha causato problemi di salute, incluso lo stress o l'ansia?" "Il PGSI dimostra una forte validità interna e affidabilità, nonché una soddisfacente affidabilità temporale (Currie, Hodgins e Casey, 2013). La scala classifica i giocatori come giocatori non problematici (punteggio 0); giocatori d'azzardo a basso rischio (1 o 2); giocatori a rischio moderato (da 3 a 7); e giocatori problematici (8+).

8 Il PPGM misura il problema e il gioco d'azzardo patologico su 18 item, con un punteggio massimo di 14. La scala è strutturata intorno a tre serie di domande: Problemi (10 domande), Controllo alterato (5 domande) e Altri problemi (3 domande).

9 Le informazioni sulle differenze di genere con livelli di significatività sulla prevalenza dei problemi di gioco d'azzardo non sono disponibili per New Brunswick e Terranova.

10 A causa del numero limitato di donne che hanno scommesso sul poker nel 2009 e 2012, i set di dati sono stati uniti per aumentare il potere in modo che le potenziali differenze tra i contesti del poker (giocare in residenze private, giocare online o giocare in spazi pubblici) potessero essere analizzate in profondità.

11 I dati sono stati ricavati dal University Student Gambling Habit Survey (ENHJEU) condotto su studenti universitari a tempo pieno campionati in modo casuale da tre università a Montreal, in Canada. In questa analisi, sono stati selezionati solo gli studenti che hanno dichiarato di aver scommesso denaro sul poker negli ultimi 12 mesi (n = 368).

## Bibliografia

- Abarbanel, B. L., & Bernhard, B. J. (2012). Chicks with decks: The female lived experience in poker. *International Gambling Studies*, 12(3), 367–385. doi: 10.1080/14459795.2012.680900
- Abbott, M., Binde, P., Hodgins, D., Korn, D., Pereira, A., Volberg, R., & Williams, R. (2013). *Conceptual Framework of Harmful Gambling: An International Collaboration*. Guelph, ON: The Ontario Problem Gambling Research Centre (OPGRC). Retrieved from: [http://greo.ca/sites/default/files/documents/conceptual\\_framework\\_04022013.pdf](http://greo.ca/sites/default/files/documents/conceptual_framework_04022013.pdf)
- Adams, G. R., Sullivan, A.-M., Horton, K. D., Menna, R., & Guilmette, A. M. (2007). A study of differences in Canadian university students' gambling and proximity to a casino. *Journal of Gambling Issues*, 19, 9–17. doi: 10.4309/jgi.2007.19.1
- Afifi, T.O., Cox, B.J., Martens, P. J., Sareen, J., & Enns, M. W. (2010a). The relation between types and frequency of gambling activities and problem gambling among women in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(1), 21–28.
- Afifi, T.O., Cox, B.J., Martens, P. J., Sareen, J., & Enns, M. W. (2010b). Demographic and social variables associated with problem gambling among men and women in Canada. *Psychiatric Research*, 178(2), 395–400. doi: 10.1016/j.psychres.2009.10.003
- Albanese, P., Busch, J., Evans, C., Ralkowski-Ham, A., Meredith, N., Stark, S. ... & Zahlan, N. (2011). *Examination of the Associations Between Problem Gambling and Various Demographic Variables Among Women in Ontario*. Ottawa, ON: Ontario Problem Gambling Research Centre, ECHO. Re-

trieved from:

greo.ca/sites/default/files/documents/Albanese%20et%20al(2011)Examination\_of\_the\_associations\_between\_problem\_gambling.pdf

Boughton, R., & Falenchuk, O. (2007). Vulnerability and comorbidity factors of female problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 23(3), 323–334. doi: 10.1007/s10899-007-9056-6

Byrnes, J. P., Miller, D. C., & Schafer, W. D. (1999). Gender differences in risk taking: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 367–383. doi: 10.1037/0033-2909.125.3.367

Canadian Partnership for Responsible Gambling. (2014). *Canadian Gambling Digest 2013–2014*. Retrieved from:

[http://www.responsiblegambling.org/docs/default-source/default-document-library/cprg\\_canadian-gambling-digest\\_2013-14.pdf?sfvrsn=2](http://www.responsiblegambling.org/docs/default-source/default-document-library/cprg_canadian-gambling-digest_2013-14.pdf?sfvrsn=2)

Cosgrave, J. F. (2010). Embedded addiction: The social production of gambling knowledge and the development of gambling markets. *Canadian Journal of Sociology*, 35(1), 113–134.

Croson, R., & Gneezy, U. (2009). Gender differences in preferences. *Journal of Economic Literature*, 47(2), 448–474. doi: 10.1257/jel.47.2.448

Currie, S. R., Hodgins, D. C., & Casey, D. M. (2013). Validity of the Problem Gambling Severity Index interpretive categories. *Journal of Gambling Studies*, 29(2), 311–327. doi: 10.1007/s10899-012-9300-6

Doiron, J. (2006). *Gambling and Problem Gambling in Prince Edward Island*. Charlottetown, PE: Prince Edward Island Department of Health. Retrieved from [http://www.gov.pe.ca/photos/original/doh\\_GambReport.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/doh_GambReport.pdf)

Ellenbogen, S., Jacobs, D., Derevensky, J., Gupta, R., & Paskus, T. (2008). Gambling behavior among college student-athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 20, 349–362. doi: 10.1080/10413200802056685

Ferris, J., & Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final Report*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

Fiedler, I. (2008). *Das gefährdungspotential von glücks- und geschicklichkeitsspielen: Soziale kosten und rechtspolitische Empfehlungen*. Norderstedt, DE: BoD Verlag.

Focal Research Consultants. (2008). *2007 Adult Gambling Prevalence Study*. Halifax, NS: Nova Scotia Health Promotion and Protection. Retrieved from [http://www.nsgamingfoundation.org/uploads/Adult\\_Gambling\\_Report.pdf](http://www.nsgamingfoundation.org/uploads/Adult_Gambling_Report.pdf)

Griffiths, M. (2001). Internet gambling: Preliminary results of the first U.K. prevalence study. *Journal of Gambling Issues*, 5, 23–27. doi: 10.4309/jgi.2001.5.8

Huang, J., Jacobs, D. F., Derevensky, J. L., Gupta, R., & Paskus, T. S. (2007). A national study on gambling among US college student-athletes. *Journal of American College Health*, 56(2), 93–99. doi: 10.3200/JACH.56.2.93-100

Ipsos-Reid Public Affairs, & Gemini Research. (2008). *British Columbia Problem Gambling Prevalence Study*. Victoria, BC: Ministry of Public Safety and Solicitor General. Retrieved from [www.gaming.gov.bc.ca/reports/docs/rpt-rgprevalence-study-2008.pdf](http://www.gaming.gov.bc.ca/reports/docs/rpt-rgprevalence-study-2008.pdf)

Kairouz, S., & Nadeau, L. (2014, February 19). *Enquête ENHJEU-QUÉBEC: Portrait du jeu au Québec: Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans [ENHJEU QUÉBEC Survey: Portrait of gambling in Québec: Prevalence, incidence and trajectories at 4 years]*. Retrieved from Research Chair on Gambling

website [www.concordia.ca/content/dam/artsci/research/lifestyle-addiction/docs/ENHJEU-QC%202012%20-%20RAPPORT%20FINAL%20FRQ-SC%20\\_19.02.2014%20\(1\).pdf](http://www.concordia.ca/content/dam/artsci/research/lifestyle-addiction/docs/ENHJEU-QC%202012%20-%20RAPPORT%20FINAL%20FRQ-SC%20_19.02.2014%20(1).pdf)

Kairouz, S., Paradis, C., & Monson, E. (2015a). Does context matter? A multilevel analysis of gambling settings among undergraduates. *Addiction Research & Theory*. Advance online publication. doi: 10.3109/16066359.2015.1059826

Kairouz, S., Paradis, C., & Monson, E. (2016). Gender, gambling settings, and gambling behaviors among undergraduate poker players. *International Journal of Gambling Studies*, 16(1), 85–97.

- Kairouz, S., Paradis, C., Nadeau, L., Hamel, D., & Robillard, C. (2015). Patterns and trends in gambling participation in the Québec population between 2009 and 2012. *Canadian Journal of Public Health, 106*(3), 115–120. doi: 10.17269/cjph.106.4854
- Kindt, J. W. (1994). The economic impacts of legalized gambling activities. *Drake Law Review, 43*, 51–95.
- Korn, D. A., & Skinner, H. (2000). Gambling expansion in Canada: An emerging public health issue. Canadian Health Association Position Paper. Retrieved from University of Calgary website: [http://www.cpha.ca/uploads/resolutions/2000-1pp\\_e.pdf](http://www.cpha.ca/uploads/resolutions/2000-1pp_e.pdf)
- LaBrie, R. A., Shaffer, H. J., LaPlante, D. A., & Wechsler, H. (2003). Correlates of college student gambling in the United States. *Journal of American College Health, 52*(2), 53–62. doi: 10.1080/07448480309595725
- Ladd, G. T., & Petry, N. M. (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 10*(3), 302. doi:10.1037/1064-1297.10.3.302
- Lemaire, J., MacKay, T., & Patton, D. (2008). *Manitoba gambling and problem gambling 2006*. Winnipeg, MB: Addictions Foundation of Manitoba. Retrieved from: <http://prism.ucalgary.ca/jspui/bitstream/1880/47597/1/ManitobaGamblingandProblemGambling2006.pdf>
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1991). When lady luck loses: Women and compulsive gambling. In N. Van Den Bergh (Ed.), *Feminist perspectives on addictions* (pp. 181–197). New York, NY: Springer.
- Li, J. (2007). Women's ways of gambling and gender-specific research. *Sociological Inquiry, 7*(4), 626–636. doi: 10.1111/j.1475-682X.2007.00211.x
- Mark, M. E., & Lesieur, H. R. (1992). A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction, 87*, 549–565.
- MarketQuest Research (2009). *2009 Newfoundland and Labrador Gambling Prevalence Study*. St. John's: NL: Department of Health and Community Services. Retrieved from Government of Newfoundland and Labrador website [http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/2009\\_gambling\\_study.pdf](http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/2009_gambling_study.pdf)
- MarketQuest Research. (2010). *2009 New Brunswick Gambling Prevalence Study*. Fredericton, NB: Department of Health and New Brunswick Lotteries and Gaming Corporation. Retrieved from Government of New Brunswick website [http://www.gnb.ca/redirect/0162/gaming/2009\\_NB\\_Gambling\\_Prevalence\\_Study-e.pdf](http://www.gnb.ca/redirect/0162/gaming/2009_NB_Gambling_Prevalence_Study-e.pdf)
- Marshall, K. (2000). *Perspectives on Labour and Income: Update on Gambling 2000* (Statistics Canada Catalogue no. 75-001-XPE). Retrieved from Statistics Canada website: [www.statcan.gc.ca/studies-etudes/75-001/archive/2000/5023079-eng.pdf](http://www.statcan.gc.ca/studies-etudes/75-001/archive/2000/5023079-eng.pdf)
- Marshall, K. (2011). *Perspectives on Labour and Income: Gambling 2011* (Statistics Canada Catalogue no. 75-001-X). Retrieved from Statistics Canada website: <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2011004/article/11551-eng.pdf>
- Marshall, K., & Wynne, H. (2004). Against the odds: A profile of at-risk and problem gamblers. *Health, 84*(2), 237–241.
- Martin, R. J., Usdan, S., Nelson, S., Umstadd, M. R., LaPlante, D., Perko, M., & Shaffer, H. (2010). Using the theory of planned behavior to predict gambling behavior. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*(1), 89. doi: 10.1037/a0018452
- Nadeau, L., Dufour, M., Guay, R., Kairouz, S., Ménard, J. M., & Paradis, C. (2014). *Le jeu en ligne: Quand la réalité du virtuel nous rattrape*. Montréal, QC: Groupe de travail sur le jeu en ligne. Retrieved from Government of Québec website: [www.finances.gouv.qc.ca/documents/Autres/fr/AUTFR\\_Jeu\\_En\\_Ligne\\_FR.pdf](http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Autres/fr/AUTFR_Jeu_En_Ligne_FR.pdf)
- Petry, N. M., & Weinstock, J. (2007). Internet gambling is common in college students and associated with poor mental health. *American Journal on Addictions, 16*(5), 325–330. doi: 10.1080/10550490701525673
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling



- helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1500–1505. doi: 10.1176/appi.ajp.158.9.1500
- Productivity Commission. (1999, November 26). *Australia's Gambling Industries* (Inquiry Report No. 10) (Vols. 1–3). Canberra, AU: Author. Retrieved from Australian Government website <http://www.pc.gov.au/inquiries/completed/gambling/report>
- Reith, G. (1999). *The age of chance: Gambling in Western Culture*. New York, NY: Routledge.
- Schüll, N. D. (2012). *Addiction by Design: Machine Gambling in Las Vegas*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Stark, S., Zahlan, N., Albanese, P., & Tepperman, L. (2012). Beyond description: Understanding gender differences in problem gambling. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(3), 123–134. doi: 10.1556/JBA.1.2012.3.5
- Statistics Canada (2002). Canadian Community Health Survey, Mental Health and Well-being 2002. (Catalogue no. 82-617-X). Retrieved from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-617-x/pdf/4200078-eng.pdf>
- Svensson, J., Romild, U., Nordenmark, M., & Månsdotter, A. (2011). Gendered gambling domains and changes in Sweden. *International Gambling Studies*, 11(2), 193–211. doi:10.1080/14459795.2011.581676
- Thompson, W. N., & Schwer, R. K. (2005). Beyond the limits of recreation: Social costs of gambling in Southern Nevada. *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management*, 17(1), 62–93.
- Volberg, R. A. (2003). Has there been a “feminization” of gambling and problem gambling in the United States? *Electronic Journal of Gambling Issues*, (8). doi:10.4309/jgi.2003.8.7
- Volberg, R.A., & Banks, S.M. (2002). A new approach to understanding gambling and problem gambling in the general population. In J. J. Marotta, J. A. Cornelius, & W. R. Eadington (Eds.), *The downside: Problem and Pathological Gambling* (pp. 309–323). Reno, NV: Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming Institute.
- Williams, R. J., & Volberg, R. A. (2013). *Gambling and Problem Gambling in Ontario*. Guelph, ON: Ontario Problem Gambling Research Centre & Ontario Ministry of Health and Long Term Care. Retrieved from <https://www.uleth.ca/dspace/handle/10133/3378>
- Wynne, H. (2002). *Gambling and Problem Gambling in Saskatchewan: Final Report*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse. Retrieved from <http://www.health.gov.sk.ca/adx/asp/adxGetMedia.aspx?DocID=317,94,88,Documents&MediaID=166&Filename=gambling-final-report.pdf>



## Negli Stati Uniti il disturbo da gioco d'azzardo colpisce le donne, dalle senzatetto alle benestanti

*Carla J. Rash e Nancy M. Petry*

### **Contesto del gioco d'azzardo negli Stati Uniti**

Il gioco d'azzardo negli Stati Uniti (USA) ha una storia in un certo senso complicata e talvolta controversa. Attualmente, è disponibile un'ampia varietà di attività di gioco d'azzardo legale, inclusi giochi di beneficenza, casinò, scommesse al totalizzatore, nonché lotterie e gratta e vinci (American Gaming Association [AGA], 2013; Dunstan, 1997). Tra i giochi di beneficenza, il bingo è il più comune, ma altre forme includono giochi in stile casinò e lotterie. Il gioco d'azzardo da casinò include giochi da tavolo (ad es. Roulette, gioco di dadi, poker, blackjack), giochi con macchine (ad es. Slot machine, video poker) e altri (ad es. Keno [una sorta di bingo], bingo). Le scommesse al totalizzatore includono le scommesse sugli animali (ad esempio, cavalli, levrieri), jai-alai (pelota) e alcune scommesse sportive. Poiché i singoli Stati regolano l'attività di gioco d'azzardo negli USA, non tutte le forme di gioco d'azzardo sono disponibili in tutti gli Stati. Questa regolamentazione statale del gioco d'azzardo ha prodotto una complessa rete di attività di gioco disponibili. Nonostante la variabilità regionale, la disponibilità del gioco d'azzardo è chiaramente in espansione negli Stati Uniti (ad esempio, Schaffer, Hall, & Vander Bilt, 1997; Volberg, 2004) e gli adulti in tutti gli Stati, tranne due, possono accedere facilmente al gioco d'azzardo legale.

Questo livello di accessibilità al gioco d'azzardo è relativamente recente. Nel secolo scorso, le opinioni sul gioco d'azzardo negli Stati Uniti sono passate da un divieto quasi completo del gioco a un'accettazione diffusa e crescente dell'azzardo in molte forme (Dunstan, 1997). Gran parte di questa espansione è stata provocata da difficoltà economiche e dalla necessità di finanziare programmi sociali durante il periodo di depressione economica negli anni '20 e '30 (Dunstan, 1997). Negli anni '30, gli stati americani iniziarono a legalizzare il bingo, le scommesse al totalizzatore e le corse di cavalli. Da allora, l'industria del gioco d'azzardo ha continuato a espandersi, con 48 dei 50 Stati degli Stati Uniti che attualmente consentono una qualche forma di gioco d'azzardo. Attualmente, 28 dei 50 Stati ospitano 466 casinò tribali, 17 stati hanno un totale combinato di 464 casinò terrestri o fluviali, 14 stati ospitano 49 casinò su pista, 7 stati consentono dispositivi di gioco elettronici al di fuori dei casinò e 5 stati consentono sale da gioco (AGA, 2013). Complessivamente, queste attività di gioco d'azzardo hanno generato \$ 37,34 miliardi (USD) di entrate lorde nel 2012 (AGA, 2013). Le lotterie statali forniscono un'altra importante fonte di entrate da gioco. Legalizzate per la prima volta nel 1964, anche le lotterie statali si sono espanse rapidamente. 43 Stati degli Stati Uniti offrono ora lotterie sponso-

rizzate dallo Stato, generando \$ 19 miliardi (USD) di entrate statali nel 2012 (North American Association State and Provincial Lotteries, 2015).

Non sorprende, data la crescita dell'industria del gioco d'azzardo, che anche la sua accettazione sia pervasiva. Circa l'85% della popolazione statunitense considera l'azzardo un'attività accettabile per sé o per gli altri (AGA, 2013). Il coinvolgimento nel gioco d'azzardo lungo la vita è comune e segnalato dal 78% della popolazione statunitense (Kessler et al., 2008) con le attività più comuni tra cui lotterie (53%) e giochi da casinò (32%; AGA, 2013). Le caratteristiche demografiche influiscono sul coinvolgimento nel gioco d'azzardo e sui tipi di attività. Gli anziani che giocano attivamente dichiarano che il bingo e la lotteria e i numeri sono la loro attività più comune (Ladd, Moline, Kerins e Petry, 2003). Tra i giocatori d'azzardo dei casinò, gli avventori più giovani (di età compresa tra 21 e 35 anni) tendono a preferire i giochi da tavolo alle alternative basate sulle macchine e sono più propensi a impegnarsi in una varietà di attività di gioco rispetto ai giocatori di casinò in generale (AGA, 2013).

In termini di differenze di genere, le donne giocatrici in forma ricreativa tendono a giocare con meno frequenza, hanno un totale di vincite/perdite inferiori e preferiscono giochi non strategici rispetto agli uomini (Potenza, Maciejewski, & Mazure, 2006). Tuttavia, il tipo di gioco d'azzardo disponibile nell'area locale può avere un impatto diretto sulle differenze legate al genere nel coinvolgimento al gioco, nell'attività di gioco e nella prevalenza dei disturbi (Ladd & Petry, 2002; Volberg, 2004), in particolare rispetto all'accesso alle slot machine (Volberg, 2003). Queste differenze di genere sono probabilmente dovute in parte a fattori culturali che hanno un'influenza più forte sulle donne rispetto agli uomini, specialmente nelle coorti più anziane (Petry, 2002; Volberg, 2003). Storicamente, gli uomini erano più numerosi delle donne attraverso l'intero spettro del coinvolgimento nel gioco d'azzardo. Negli anni più recenti, tuttavia, le donne sono sempre più coinvolte nel gioco e la disparità di genere, in particolare per quanto riguarda il gioco non problematico, è meno evidente che nei decenni precedenti. Ad esempio, nel 1975, il 61% delle donne e il 75% degli uomini riferivano di giocare d'azzardo durante la propria vita (Gerstein et al., 1999). Nel 1998, la percentuale di donne (83%) che dichiarava di aver giocato d'azzardo è aumentata a livelli simili a quelli degli uomini (88%; Gerstein et al., 1999). Questi cambiamenti demografici riflettono la crescente espansione e disponibilità del gioco d'azzardo e il cambiamento delle norme culturali rispetto al coinvolgimento delle donne in questo tipo di attività (ad esempio, Schaffer et al., 1997; Volberg, 2003; Volberg, 2004).

Nel complesso, sebbene negli Stati Uniti sia presente una certa variabilità, la maggior parte dei residenti negli USA troverà un facile accesso alle attività di gioco d'azzardo

## **Definizione di gioco d'azzardo problematico**

Il disturbo da gioco d'azzardo (DGA) si riferisce a un modello disadattivo di comportamento di gioco che persiste nonostante le conseguenze negative. La quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico per i Disturbi Mentali (DSM; American Psychiatric Association, 2013) comprende nove criteri diagnostici, di cui quattro necessari per la diagnosi. Questi criteri includono: 1) tolleranza, 2) ritiro, 3) perdita di controllo, 4) preoccupazione per il gioco d'azzardo, 5) gioco d'azzardo in risposta a un sentimento negativo, 6) inseguire le perdite, 7) mentire per nascondere la portata del gioco, 8) mettere a repentaglio le relazioni, lavoro o carriera o opportunità di istruzione a causa del gioco d'azzardo e 9) affidarsi ad altri per ottenere prestiti e per ripianare le situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo. Useremo la terminologia corrente, DGA, sebbene la maggior parte del lavoro esistente sia stata condotta con il suo nome precedente, gioco d'azzardo patologico, e utilizzando i criteri diagnostici del DSM-IV. Discuteremo anche del gioco d'azzardo problematico o subclinico, facendo riferimento a comportamenti di gioco che hanno alcuni problemi associati al DGA ma non soddisfano la soglia diagnostica.

## **Prevalenza**

Tra i campioni della popolazione statunitense, la prevalenza del DGA lungo tutta una vita è stimata tra lo 0,4% e il 2,0%, con un altro 1,3%-2,3% di popolazione che soffre di problemi di gioco d'azzardo subclinico (Cunningham-Williams, Cottler, Compton, & Spitznagel, 1998; Gerstein et al., 1999; Kessler et al., 2008; Petry, Stinson, & Grant, 2005; Welte, Barnes, Wieczorek, Tidwell e Parker, 2001). Le stime dell'anno scorso o quelle attuali suggeriscono che la tranche che vada dallo 0,1% all'1,3% della popolazione degli Stati Uniti soddisfa i criteri di DGA e che un altro 0,4% ha problemi di gioco d'azzardo subclinico (Gerstein et al., 1999; Kessler et al., 2008; Welte et al., 2001). Nonostante la crescente esposizione delle donne al gioco d'azzardo ricreativo sopra menzionato, la maggior parte degli studi rileva che gli uomini sono più numerosi delle donne in termini di percentuali di casi con problemi di gioco clinici e subclinici. Petry et al. (2005) hanno analizzato i dati del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) utilizzando il più grande campione (N = 43.093) rappresentativo a livello nazionale fino ad oggi utilizzato, per indagare sui problemi del gioco d'azzardo. Questo studio (Petry et al., 2005) ha rilevato tassi di prevalenza una tantum per DGA tra gli uomini da due a tre volte i tassi riferiti alle donne, con lo 0,64% degli uomini e lo 0,23% delle donne che soddisfano i criteri. Blanco et al. (2006), utilizzando lo stesso campione, hanno identificato un ulteriore 6,79% di uomini e 3,26% di donne che hanno avuto problemi con il gioco d'azzardo subclinico.

Uno studio precedente di Gerstein et al. (1999) ha trovato tassi di prevalenza simili di DGA per un'intera vita tra uomini e donne quando si utilizza un campione di popolazione casuale. Tuttavia, quando il campione casuale (N =

2.417) è stato ampliato per includere un campione più piccolo (N = 530) di visitatori di luoghi di gioco d'azzardo (p. Es., vendite di lotterie, casinò, ippodromi), sono emersi effetti di genere significativi con uomini che soffrono maggiormente di gioco d'azzardo clinico e subclinico rispetto alle donne. Un altro studio suggerisce che le differenze di genere nella prevalenza possono dipendere dallo strumento di valutazione, almeno per quanto attiene ai livelli clinici di problemi di gioco. Lo studio di Welte et al. (2001) analizza la prevalenza del gioco d'azzardo clinico e subclinico utilizzando due diverse misure, un colloquio diagnostico e un test sul gioco. Il test stimava una prevalenza di gioco d'azzardo più alta rispetto al colloquio diagnostico per i livelli clinici e subclinici, sia attuali che per tutta la vita, ma l'intervista diagnostica aveva meno probabilità di rilevare differenze di genere rispetto al test. Con l'utilizzo dell'intervista diagnostica, i tassi di DGA in quel momento erano dell'1,4% per le donne e dell'1,3% per gli uomini, mentre quelli "lungo tutta la vita" erano del 2% sia negli uomini che nelle donne. Queste stime sono in contrasto con quelle derivanti dall'utilizzo del test sul gioco d'azzardo, in cui sia le stime del momento (1,8% donne e 2,1% uomini) che quelle per la vita (2,9% donne e 5,2% uomini) differivano significativamente in base al genere. Significative differenze di genere emergono con l'utilizzo del colloquio diagnostico, quando si include il gioco d'azzardo subclinico e quelli con DGA sia per i periodi attuali (3,0% donne e 4,1% uomini) che per tutta la vita (3,9% donne e 5,7% uomini). Pertanto, le valutazioni, le popolazioni e il livello di gravità del gioco d'azzardo possono influire sul rilevamento delle differenze di genere nei tassi di prevalenza. Alcune di queste differenze di genere nella prevalenza possono essere attribuibili al funzionamento differenziale degli item nei criteri del DSM; cioè, uomini e donne differiscono nella probabilità di soddisfare alcuni criteri specifici per il gioco d'azzardo anche quando l'analisi è compiuta controllando la gravità del gioco stesso. Due studi (Sacco, Torres, Cunningham-Williams, Woods, & Unick, 2011; Strong & Kahler, 2007) hanno identificato differenze in elementi legati al genere rispetto al soddisfacimento di criteri di gioco d'azzardo, inclusa una minore probabilità che le donne avallino, rispetto agli uomini, il criterio relativo alla preoccupazione per il gioco d'azzardo e una maggiore probabilità che le donne indichino il criterio relativo al gioco d'azzardo quale fuga. Nel DSM-5, l'ultimo di questi elementi è stato riformulato e non fa più riferimento alla fuga dai problemi ma si indirizza al gioco quando ci si sente angosciati. Se tale cambiamento ridurrà le differenze fra i generi nel soddisfacimento di questo criterio, rimane tutto da vedere.

### **Decorso evolutivo e clinico**

Uno degli effetti di genere più consistenti riscontrati in relazione al gioco d'azzardo è che le donne sembrano progredire verso la dipendenza da gioco d'azzardo più rapidamente degli uomini. Molteplici studi (Grant & Kim, 2002; Grant, Odlaug, & Mooney, 2012; Ladd & Petry, 2002; Ledgerwood, Wiedemann, Moore, & Arfken, 2012; Nelson, LaPlante, LaBrie, & Schaffer, 2006; Po-

tenza et al., 2001; Tavares, Zilberman, Beites, & Gentil, 2001) focalizzati sui giocatori in cerca di cure, rilevano che, rispetto agli uomini, le donne iniziano a giocare in età più avanzata, progrediscono più rapidamente verso un gioco problematico o giocano per periodi più brevi prima di cercare un trattamento. Questo modello di rapida progressione verso livelli di dipendenza da gioco d'azzardo, chiamato 'telescopico', si riscontra anche tra le donne che abusano di sostanze (Zilberman, Tavares, & el-Guebaly, 2003). A questo riguardo, l'età più tardiva di esordio può essere parzialmente spiegata dall'espansione del gioco d'azzardo stesso. Le donne possono essere coinvolte in attività di gioco d'azzardo più avanti nella vita poiché queste attività sono diventate legali, più facilmente accessibili e più socialmente accettate. Se vi sono fattori culturali che stanno influenzando il coinvolgimento delle donne nel gioco d'azzardo, è molto probabile che tali effetti influenzino le coorti più anziane. Infatti, Petry (2002) ha scoperto che l'età di esordio era simile per i giocatori d'azzardo maschi in cerca di trattamento, considerando coorti giovani, di mezza età e anziani (età di esordio = 17,0-21,2 anni). Al contrario, l'età di esordio aumenta notevolmente nelle coorti femminili (giovani adulte = 21,3; mezza età = 30,4; anziane = 41,7 anni). Sebbene la disponibilità al gioco d'azzardo e il cambiamento dell'accettabilità sociale delle donne che praticano il gioco d'azzardo possano spiegare l'età più tarda di esordio tra le donne, non si spiega completamente perché le donne progrediscono verso il disturbo da gioco d'azzardo o verso l'accesso al trattamento più rapidamente degli uomini. Uno studio (Nelson et al., 2006) suggerisce che mentre il genere può essere predittivo sull'inizio del gioco d'azzardo, diventa meno importante come predittore della progressione nel gioco rispetto all'età di esordio. Questo studio ha anche scoperto che coloro che cercano un trattamento e che iniziano a giocare d'azzardo nella mezza età, come si è visto tra le donne, tendono a giocare alle slot. Tipi di attività di gioco d'azzardo, come le slot machine, possono essere uno dei fattori che influenzano la progressione verso il DGA. Questo particolare tipo di gioco d'azzardo è legato a livelli di gioco patologico tra le donne (Tavares et al., 2003; Volberg, 2003) e il gioco alle slot machine è nel complesso più comune tra le donne rispetto agli uomini (Blanco et al., 2006; Ladd & Petry, 2002; Ledgerwood et al., 2012; Potenza et al., 2001).

Gli effetti di genere legati all'azzardo interagiscono anche con l'età e probabilmente riflettono l'età avanzata di insorgenza, tipica delle donne che giocano. In un campione di 343 individui in cerca di cure per il DGA, Petry (2002) ha esaminato la distribuzione del genere tra giovani adulti (18-35 anni), adulti di mezza età (36-55 anni) e anziani (56+ anni). Gli uomini che erano giovani adulti (77%) o di mezza età (56%) costituivano la parte maggiore della popolazione in cerca di cure. Al contrario, le donne erano più rappresentate nella popolazione adulta più anziana, che comprende il 55% delle persone in cerca di cure in questa fascia di età. Un altro studio (Blanco et al., 2006), utilizzando un campione basato sulla popolazione, ha identificato le interazioni tra i sessi in base all'età tra i giocatori con problemi subclinici, ma non quelli con DGA. Tra

i giocatori con problemi subclinici, il modello era simile a quello descritto da Petry (2002). Gli uomini erano più numerosi delle donne nella fascia di età inferiore (età 18-29), ma le donne erano più prevalenti nella fascia di età adulta (età 65+). Le ragioni legate a un maggior rischio di problemi di gioco d'azzardo tra le donne nelle coorti più anziane possono essere correlate alla tendenza delle donne a giocare per sfuggire a stati affettivi negativi (Blanco et al., 2006), all'aumento del gioco di slot tra le donne delle coorti più anziane (Petry, 2002), o l'interazione tra età e alta comorbidità dei disturbi dell'umore e dell'ansia (p. es., Pietrzak, Morasco, Blanco, Grant e Petry, 2007).

### **Le comorbidità**

Gli individui con problemi di gioco d'azzardo sperimentano una significativa comorbidità nell'ambito della salute mentale (Dowling et al., 2015; Petry et al., 2005; Kessler et al., 2008). Le donne con DGA sono a maggior rischio di comorbidità con una serie di disturbi dell'asse I del DSM, tra cui la dipendenza da alcol, qualsiasi disturbo da uso o abuso di sostanze, dipendenza da nicotina, depressione maggiore e disturbo d'ansia generalizzata (GAD), rispetto agli uomini (Petry et al., 2005). Le differenze di genere nella comorbidità sono presenti anche tra i giocatori con problemi subclinici. Le giocatrici d'azzardo con problemi subclinici erano più propense dei loro colleghi maschi a riferire disturbi dell'umore e d'ansia per tutta la vita (Blanco et al., 2006). Questo stesso studio (Blanco et al., 2006) ha rilevato una maggiore prevalenza di alcol e sostanze, per tutta la vita, tra i giocatori con problemi subclinici maschi, ma questi disturbi non differivano in base al genere nei soggetti con DGA.

La relazione tra gioco d'azzardo e comorbidità sembra seguire una curva dose-risposta, in modo tale che coloro che presentano più sintomi di gioco d'azzardo sperimentano una maggiore comorbidità (Desai & Potenza, 2008). Questa relazione sembra essere più forte per le donne (Desai & Potenza, 2008), mettendole a maggior rischio di sperimentare altri disturbi di salute mentale, in particolare la depressione, rispetto agli uomini. Ad esempio, il 4,7% dei giocatori d'azzardo asintomatici maschi e il 9,6% delle femmine sperimentano una depressione maggiore nell'ultimo anno, ma il 7,2% dei giocatori problematici e il 30,9% delle giocatrici problematiche o patologiche, riferiscono lo stesso.

Forse, in parte a causa di questa vasta comorbidità, la maggior parte dei giocatori cercherà un trattamento per disturbi di salute mentale che non contemplino la dipendenza da gioco, piuttosto che per il gioco stesso. Nel campione nazionale di Kessler et al. (2008), nessuno degli individui con DGA aveva cercato un trattamento per il gioco d'azzardo, ma il 49% ha ricevuto cure per disturbi di salute mentale diversi dal gambling. Man mano che il trattamento del gioco d'azzardo diventerà più accessibile, questa tendenza potrebbe cambiare. Tuttavia, fino ad allora, i servizi per la salute mentale e l'abuso di sostanze potrebbero voler esaminare i loro pazienti anche sotto il profilo dei problemi di gioco d'azzardo.



## **Alla ricerca di un trattamento**

Sebbene la ricerca di cure per il gioco d'azzardo sia complessivamente bassa, le donne tendono a cercare un trattamento per il gioco in una percentuale più elevata rispetto agli uomini. Nel campione NESARC, il 14,1% delle donne e il 10,5% degli uomini con DGA hanno cercato un trattamento per il gioco d'azzardo nel corso della loro vita (Slutske, 2006). Nonostante rappresentino la maggioranza di coloro che contattano le linee di assistenza per il gambling, alcuni studi più recenti, ma non tutti (Ledgerwood et al., 2012; Valdivia-Salas, Blanchard, Lombas, & Wulfert, 2014; Weinstock et al., 2011) indicano che le donne potrebbero avere meno probabilità di seguire le raccomandazioni fornite (Weinstock et al., 2011) (Ledgerwood et al., 2013; Valdavia-Salas et al., 2014). È interessante notare che le donne riportano una maggiore motivazione a cambiare i comportamenti di gioco rispetto agli uomini e questo effetto può essere dovuto in parte alla maggiore gravità del problema gioco tra le donne rispetto agli uomini (Ledgerwood et al., 2012). Oltre a una maggiore gravità del problema, le donne che chiamano le linee di assistenza per il gioco d'azzardo hanno anche maggiori probabilità di avere problemi di salute mentale, problemi finanziari legati al gioco e precedenti trattamenti per problemi di salute mentale o di gioco, rispetto agli uomini (Ledgerwood et al., 2012; Potenza et al., 2001); l'insieme può anche contribuire al desiderio di cure e disponibilità al trattamento.

## **Le donne giocatrici come popolazione vulnerabile**

Le donne con problemi di gioco d'azzardo corrono un rischio particolare per i danni causati dallo stesso. Come già discusso, queste donne affrontano una maggiore comorbidità per patologie mentali, hanno problemi di gioco più gravi, progrediscono più rapidamente verso la dipendenza da gioco e sono probabilmente meno propense a seguire le raccomandazioni per il trattamento del problema (Weinstock et al., 2011). Le donne giocano con una percentuale più alta del loro reddito rispetto agli uomini in tutte le coorti di età (Petry, 2002). Tuttavia, le donne anziane con problemi di gioco sembrano essere particolarmente a rischio di giocare al di là delle loro possibilità. Le donne anziane hanno giocato d'azzardo una media del 249% del loro reddito nel mese precedente l'ingresso al trattamento in uno studio (Petry, 2002), più degli uomini e più delle coorti di età più giovane. Le donne non spendono necessariamente di più per il gioco rispetto agli uomini (Petry, 2002); piuttosto, le loro spese per il gioco costituiscono una percentuale maggiore del loro reddito personale. Le donne negli Stati Uniti sperimentano disparità di genere nei salari (ad esempio, Blanco et al., 2006), guadagnando solo l'81% del reddito degli uomini (Bureau of Labor Statistics, 2013). Pertanto, anche con minori spese per l'azzardo, le donne possono essere maggiormente a rischio per le conseguenze economiche legate al comportamento problematico. Questi effetti finanziari negativi includono tassi più elevati di bancarotta legata al gioco, crediti e prestiti familiari,

difficoltà a pagare bollette e debiti, per le donne rispetto agli uomini (Ledgerwood et al., 2012; Potenza et al., 2001).

L'impatto finanziario di queste differenze può essere devastante e di lunga durata. Il gioco d'azzardo problematico, in uno studio su veterani statunitensi (Edens, Kaspro, Tsai e Rosenheck, 2011), è un fattore di rischio confermato per la popolazione dei senzatetto (Crane et al., 2005; Heffron, Skipper, & Lambert, 1997; Rota-Bartelink & Lipmann, 2007), secondo solo al consumo di sostanze illecite. In un campione di senzatetto statunitensi, i tassi complessivi di gioco d'azzardo problematico clinico (12%) e subclinico (46%) erano rispettivamente del 27% (20 su 73) delle donne e del 53% (107 su 202) degli uomini classificati come giocatori d'azzardo problematici (Nower, Eyrich-Garg, Pollio e North, 2015). Questi alti tassi di gioco d'azzardo tra i senzatetto non sono limitati agli Stati Uniti e sono stati identificati anche nel Regno Unito (Sharman, Dreyer, Aitken, Clark e Bowden-Jones, 2015), Canada (Matheson, Devotta, Wendaferew e Pedersen, 2014) e Australia (Rota-Bartelink & Lipmann, 2007). Sebbene le donne abbiano meno probabilità degli uomini di essere giocatrici patologiche o senzatetto, l'intersezione di questi fattori può essere particolarmente rischiosa per quelle donne che sono senza aiuti finanziari in grado di fornire una sorta di cuscinetto rispetto alla perdita di alloggio.

### **Sviluppi dal laboratorio Petry**

Il nostro gruppo ha valutato diversi tipi di interventi per il gioco d'azzardo problematico, tra cui gruppi dei Giocatori Anonimi (GA), manuali di auto-aiuto, brevi consigli, terapia di potenziamento motivazionale (MET) e terapia cognitivo-comportamentale (CBT). In uno studio, Petry et al. (2006) hanno randomizzato giocatori d'azzardo patologici in otto sessioni di CBT più rinvio a GA, un manuale di CBT auto-diretto più rinvio GA, o rinvio GA da solo. I risultati hanno suggerito che la CBT, in entrambi i formati, ha migliorato i risultati del trattamento del gioco d'azzardo rispetto alla sola condizione di controllo GA e che la CBT individuale ha portato ad alcuni miglioramenti rispetto alla sola condizione del manuale. Ad esempio, il 96% dei pazienti è stato classificato come guarito o migliorato alla fine del trattamento nella condizione CBT individuale rispetto all'81% di quelli nella condizione del manuale CBT e al 77% di quelli nella condizione GA da sola (Petry et al., 2006). Indipendentemente dalle condizioni di trattamento, gli uomini avevano una probabilità significativamente maggiore di astenersi dal gioco d'azzardo rispetto alle donne alla fine del periodo di trattamento di otto settimane, ma queste differenze di genere si sono annullate nel follow-up a 12 mesi.

Petry, Weinstock, Ledgerwood e Morasco (2008) hanno esaminato formati di intervento più brevi e includevano giocatori con problemi sia clinici che subclinici. Hanno randomizzato i partecipanti in una delle quattro condizioni: 1) un controllo di sola valutazione, 2) un breve consiglio guidato da un terapeuta di 10 minuti per ridurre il rischio di gioco, 3) una singola sessione di MET di 50

minuti guidata da un terapeuta o 4) una sessione di MET seguita da tre sessioni CBT. La condizione di breve consiglio ha ridotto significativamente i dollari scommessi e la gravità del problema del gioco d'azzardo durante il periodo di trattamento rispetto alla condizione di controllo, e questi vantaggi sono stati mantenuti fino al follow-up dopo 9 mesi. Né le condizioni MET né quelle MET/CBT differivano significativamente dal controllo in questi indici durante la fase di trattamento; tuttavia, la condizione MET/CBT ha migliorato la gravità del problema del gioco d'azzardo, ma non i dollari scommessi, rispetto al controllo, durante il periodo di follow-up. La condizione del breve consiglio era l'unico intervento associato a miglioramenti clinicamente significativi nel gioco d'azzardo, rispetto al controllo, sia dopo il trattamento che al follow-up dopo 9 mesi. Il genere non era associato alla risposta a questi trattamenti.

## Conclusioni

Sebbene in passato le donne costituissero una minoranza tra le persone con DGA e quelle in cerca di cure per il gioco d'azzardo, oggi le donne sono sempre più rappresentate in entrambi i gruppi. Una possibilità per la ricerca futura che potrebbe giovare sia a uomini che a donne potrebbe essere l'esame degli interventi sul gioco d'azzardo che sono stati integrati nei trattamenti per la salute mentale. I giocatori d'azzardo sono molto più propensi a cercare cure per condizioni di salute mentale diverse dalla DGA (ad esempio, Kessler et al., 2008) e, come discusso, la comorbilità è elevata. Simili interventi potrebbero trattenere in maniera migliore i giocatori d'azzardo nei trattamenti fornendo un maggiore sollievo dai sintomi. Gli interventi brevi e la CBT sono efficaci nel ridurre il gioco d'azzardo e potrebbero essere applicati nel contesto di altri trattamenti per la salute mentale. L'attenzione alle differenze di genere nella futura ricerca sul gioco d'azzardo sarà importante, poiché uomini e donne rispondono in maniera differente. Resta da vedere se queste differenze si dissolveranno man mano che le coorti più giovani saranno esposte al gioco d'azzardo per tutta la loro vita, indipendentemente dal genere.

## Bibliografia

- American Gaming Association (2013). *State of the states: The AGA survey of casino entertainment*. Washington: AGA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edn). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Blanco, C., Hasin, D.S., Petry, N., Stinson, F.S., & Grant, B.F. (2006). Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 36(7), 943–953.
- Bureau of Labor Statistics (2013). *Highlights of women's earnings in 2012*. Report 1045. BLS Reports.
- Crane, M., Byrne, K., Fu, R., Lipmann, B., Mirabelli, F., Rota-Bartelink, A., Ryan, M., Shea, R., Watt, H., & Warnes, A.M. (2005). The causes of homelessness in later life: Findings from a 3-nation study. *Journal of Gerontology*, 60B(3), S152–S159.
- Cunningham-Williams, R.M., Cottler, L.B., Compton, W.M., & Spitznagel, E.L. (1998). Taking

- chances: Problem gamblers and mental health disorders-results from the St. Louis Epidemiological Catchment Area Study. *American Journal of Public Health*, 88, 1093–1096.
- Desai, R.A., & Potenza, M.N. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 43, 173–183.
- Dowling, N.A., Cowlshaw, S., Jackson, A.C., Merkouris, S.S., Francis, K.L., & Christensen, D.R. (2015). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1–21, DOI: 10.1177/0004867415575774
- Dunstan, R. (1997). History of gambling in the United States II. Retrieved from [www.library.ca.gov/crb/97/03/crb97003.html#toc](http://www.library.ca.gov/crb/97/03/crb97003.html#toc).
- Edens, E.L., Kaspro, W., Tsai, J., & Rosenheck, R.A. (2011). Association of substance use and VA service-connected disability benefits with risk of homelessness among veterans. *American Journal on Addictions*, 20, 412–419.
- Gerstein, D., Murphy, S., Toce, M., Hoffmann, J., Palmer, A., Johnson, R., Larison, C., Chuchru, L., Buie, T., Engelman, L., & Hill, M.A. (1999). *Gambling Impact and Behavior Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission*. Chicago, Ill: National Opinion Research Center.
- Grant, J.E., Odlaug, B.L., & Mooney, M.E. (2012). Telescoping phenomenon in pathological gambling: Association with gender and comorbidities. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(11), 996–998.
- Grant, J.E., Kim, S.W. (2002). Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43(1), 56–62.
- Heffron, W.A., Skipper, B.J., & Lambert, L. (1997). Health and lifestyle issues as risk factors for homelessness. *Journal of the American Board of Family Practice*, 10, 6–12.
- Kessler, R.C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N.A., Winters, K.C., & Shaffer, H.J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(9), 1351–1360.
- Ladd, G.T., & Petry, N.M. (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental & Clinical Psychopharmacology*, 10(3), 302–309.
- Ladd, G.T., Moline, C.A., Kerins, G.J., & Petry, N.M. (2003). Gambling participation and problems among older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology*, 16, 172–177.
- Ledgerwood, D.M., Arfken, C.L., Wiedemann, A., Bates, K.E., Holmes, D., & Jones, L. (2013). Who goes to treatment? Predictors of treatment initiation among gambling help-line callers. *American Journal on Addictions*, 22, 33–38.
- Ledgerwood, D.M., Wiedemann, A.A., Moore, J., & Arfken, C.L. (2012). Clinical characteristics and treatment readiness of male and female problem gamblers calling a state gambling helpline. *Addiction Research & Theory*, 20(2), 162–171.
- Matheson, F.I., Devotta, K., Wendaferew, A., Pedersen, C. (2014). Prevalence of gambling problems among the clients of a Toronto homeless shelter. *Journal of Gambling Studies*, 30, 537–546.
- North American Association of State and Provincial Lotteries (2015). Lottery revenues. Retrieved from [www.naspl.org/index.cfm?fuseaction=content-&menuid=14&pageid=1020](http://www.naspl.org/index.cfm?fuseaction=content-&menuid=14&pageid=1020).
- Nelson, S.E., LaPlante, D.A., LaBrie, R.A., & Schaffer, H.J. (2006). The proxy effect: Gender and gambling problem trajectories of Iowa gambling treatment program participants. *Journal of Gambling Studies*, 22, 221–240.
- Nower, L., Eyrich-Garg, K.M., Pollio, D.E., North, C.S. (2015). Problem gambling and homelessness: Results from an epidemiologic study. *Journal of Gambling Studies*, 31, 533–545.
- Petry, N.M. (2002). A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *Gerontologist*, 42(1), 92–99.
- Petry, N.M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., Molina, C., & Steinberg,

- K. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 74*(3), 555–556
- Petry, N.M., Stinson, F.S., & Grant, B.F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*(5), 564–574.
- Petry, N.M., Weinstock, J., Ledgerwood, D.M., & Morasco, B. (2008). A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 76*(2), 318–328.
- Pietrzak, R.H., Morasco, B.J., Blanco, C., Grant, B.F., & Petry, N.M. (2007). Gambling level and psychiatric and medical disorders in older adults: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(4), 301–313.
- Potenza, M.N., Maciejewski, P.K., & Mazure, C.M. (2006). A gender-based examination of past-year recreational gamblers. *Journal of Gambling Studies, 22*(1), 41–64.
- Potenza, M.N., Steinberg, M.A., McLaughlin, S.D., Wu, R., Rounsaville, B.J., & O'Malley, S.S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry, 158*(9), 1500–1505.
- Rota-Bartelink, A., & Lipmann, B. (2007). Causes of homelessness among older people in Melbourne, Australia. *Australian & New Zealand Journal of Public Health, 31*, 252–258.
- Sacco, P., Torres, L.R., Cunningham-Williams, R.M., Woods, C., & Unick, G.J. (2011). Differential item functioning of pathological gambling criteria: An examination of gender, race/ethnicity, and age. *Journal of Gambling Studies, 27*(2), 317–330.
- Schaffer, H.J., Hall, M.N., & Vander Bilt, J. (1997). *Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A meta-analysis*. Boston: Harvard Medical School.
- Sharman, S., Dreyer, J., Aitken, M., Clark, L., & Bowden-Jones, H. (2015). Rates of problematic gambling in a British homeless sample: A preliminary study. *Journal of Gambling Studies, 31*, 525–532.
- Slutske, W.S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two US national surveys. *American Journal of Psychiatry, 163*, 297–302.
- Strong, D.R., & Kahler, C.W. (2007). Evaluation of the continuum of gambling problems using the DSM-IV. *Addiction, 102*, 713–721.
- Tavares, H., Martins, S.S., Lobo, D.S., Silveira, C.M., Gentil, V., & Hodgins, D.C. (2003). Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*(4), 433–438.
- Tavares, H., Zilberman, M.L., Beites, F.J., & Gentil, V. (2001). Gender differences in gambling progression. *Journal of Gambling Studies, 17*(2), 151–159.
- Valdivia-Salas, S., Blanchard, K.S., Lombas, A.S., & Wulfert, E. (2014). Treatment-seeking precipitators in problem gambling: Analysis of data from a gambling helpline. *Psychology of Addictive Behaviors, 28*, 300–306.
- Volberg, R.A. (2003). Has there been a “feminization” of gambling and problem gambling in the United States? *Journal of Gambling Issues, 8* doi: 10.4309/jgi.2003.8.7
- Volberg, R.A. (2004). Fifteen years of problem gambling prevalence research: What do we know? Where do we go? *Journal of Gambling Issues, 10* doi: 10.4309/jgi.2004.10.12
- Weinstock, J., Burton, S., Rash, C.J., Moran, S., Biller, M., Krudelbach, N., Phoenix, N., & Morasco, B.J. (2011). Predictors of engaging in problem gambling treatment: Data from the West Virginia Gamblers Help Network. *Psychology of Addictive Behavior, 25*(2), 372–379.
- Welte, J., Barnes, G., Wieczorek, W., Tidwell, M.C., & Parker, J. (2001). *Journal of Studies on Alcohol, 62*, 706–712.
- Zilberman, M., Tavares, H., & el-Guebaly, N. (2003). Gender similarities and differences: The prevalence and course of alcohol- and other substance-related disorders. *Journal of Addictive Diseases, 22*(4), 61–74.



## SUD AMERICA

**La donna e il gioco d'azzardo patologico:  
persa tra frustrazione e vendetta**

*Déborá Blanca, Luz Mariela Coletti e Juliet Russell-Roberts*

*"Mi resi conto che era vero che avrei fatto qualsiasi cosa per lui, e compresi improvvisamente la schiavitù di tutti quelli affetti da dipendenza ...la madre di famiglia che adora suo marito e i suoi figli, e ha già pensato a cosa metterà in tavola per pranzo, per cena, e stringe la borsa della spesa con dita disperate mentre passa davanti a un bar, e guarda la macchina di ogni mattina come se fosse un nemico spietato che è capace di rabbrivire di piacere per la sua rovina, e ripete a sé stessa che non lo farà, non lo farà, non lo farà, ma mentre si ascolta, spinge la porta a vetri e gioca, e improvvisamente compresi il suo tremore, la sua cecità, il peso della sua dipendenza assoluta..."*

*Almudena Grandes (2007)*

Questi sono tempi difficili; siamo attraversati da enormi cambiamenti socio culturali, ritmi vertiginosi, obiettivi poco umani, cadute di riferimenti. Ci dicono in ogni modo possibile che la nostra soddisfazione deve essere garantita e che, soprattutto, deve essere immediata. Senza aspettare il tempo di cottura per ottenere ciò che vogliamo. Adesso! perché altrimenti è inutile... Si tratta di vivere subito, rendendo visibile il contrasto tra il disincanto e la monotonia delle persone con l'ottimismo tecnologico e scientifico. Fascino auto ipnotico delle immagini e di ciò che è artificialmente ludico. Tutto molto pieno di colori, suoni, velocità per fornire un'illusione di soluzione a persone annoiate, disperate, vuote, sole, depresse, ansiose. Dipendenze, compulsioni, patologie a rischio in persone che non trovano significato in nulla.

Secondo la psicoanalista Diana Sahoaler, de Litvinoff (2009: 9):

"Nell'epoca attuale, l'uomo è sottoposto a pressioni e a un controllo pan-ottico come oggetto consumatore di piacere, è spinto a "recuperare" l'oggetto, a essere tutto per l'altro e che l'altro sia "tutto" per lui. E questo equivale a essere "niente". Di fronte all'angoscia suscitata dalla mancanza di risposta al senso della vita, l'offerta di consumo appare in questo caso come una soluzione. Ma questo esalta l'oggetto a scapito del soggetto che si ferma nel suo sviluppo e nella sua creatività, quando comprende che la sua "angoscia esistenziale" è un errore. Un soggetto altamente informato e dotato di risorse, di fronte a una travolgente realtà di vita e a un ideale che abbandona, lasciandolo libero di godere,

viene poi invaso dal panico quando deve farsi carico dei suoi desideri e del suo destino. Il problema è che si sente un bambino, un giocattolo disegnato da altri. È in questo contesto che cerca di mostrare l'adempimento del mandato, una simulazione che nasconde la sua intimità per proteggerla. Questo fa parte del segreto del sintomo del nostro tempo."

Approfondendo il tema che ci preoccupa, crediamo che i casinò, i bingo, le sale da gioco si siano sviluppati come templi della fede, speranza in un futuro migliore; luoghi dove il tempo si ferma mentre l'immediatezza della macchina soddisfa il credente. Gioco d'azzardo come antidepressivo per il quale non è richiesta una prescrizione medica.

L'era in cui viviamo crea la soggettività e il ludico costituisce un'attività centrale nella configurazione della psiche. Alla domanda: "In che modo i dispositivi tecnologici hanno cambiato il modo di giocare?", e confrontando come erano i giochi nel *passato* e come lo sono *attualmente*, diremo che prima erano *sociali* (si giocava con altri) e ora sono *solitari* (si gioca con la macchina). Prima la *soglia di accesso era alta* (per partecipare a certi giochi era necessario accedere a luoghi specifici, esclusi per alcune fasce di popolazione), ora è *bassa* (i controlli sono meno restrittivi e i giochi si possono trovare in luoghi dove si va per altri motivi). Prima erano *lenti*, ora sono *veloci*, senza pause. Prima erano più *complessi*, ora sono sempre più *semplici*. Infine i giochi erano *contestualizzati* (legati alle tradizioni e con regole tramandate di generazione in generazione), ora sono *globalizzati*, (le differenze locali e culturali sono state annullate).

Miguel Garrido afferma che il maggior numero di pazienti affetti da gioco d'azzardo è formato da uomini, mettendolo in relazione con la concezione tradizionale del gioco come "vizio" (Garrido, Jaén et Dominguez, 2004). In una cultura a impronta maschilista, la pratica dei vizi è socialmente più tollerabile per gli uomini che per le donne il che, in alcuni casi, impedisce alle donne di giocare e questo a sua volta potrebbe impedire alle donne di riconoscere la propria dipendenza. Inoltre, la tendenza all'occultamento del problema è maggiore che nel caso degli uomini. Negli uomini è considerato riprovevole, ma non ha le sfumature stigmatizzanti come nel caso delle donne. Questi pregiudizi si riscontrano anche nelle famiglie che accompagnano i pazienti. I familiari del giocatore hanno un'accettazione implicita in relazione alla situazione: accettano, non giudicano. È presente una certa complicità che spesso ostacola lo sviluppo del trattamento, dal momento che non osano agire con fermezza in relazione alla gestione del soggetto quando viene chiesto loro di partecipare. I parenti delle giocatrici esprimono verbalmente che provano moltissima vergogna per la situazione e tendono a essere più coinvolti solo quando viene chiesto loro qualcosa rispetto alla gestione del denaro.

Così come gli uomini sono intrappolati dall'imperativo di fare soldi, le donne, nonostante i cambiamenti culturali che hanno permesso loro di passare dalla sfera privata a quella pubblica, continuano a essere imprigionate negli imperativi tradizionali, perpetuando atteggiamenti di subordinazione economica. In



altre parole, l'indipendenza economica non va sempre di pari passo con l'autonomia; non solo devi possedere il denaro, ma anche sentirti autorizzato a possederlo.

In generale, l'accesso al denaro non è lo stesso per uomini e donne. Le giocatrici, inizialmente con un lavoro da formichina e poi più apertamente, sono solite sottrarre i soldi destinati alla casa, per andare a giocare. A questo segue il senso di colpa, sia per aver preso i soldi sia per aver abbandonato i lavori domestici e trascurato i figli. Come risultato della propria autocritica, la giocatrice fa sforzi maggiori per nascondere la sua dipendenza e così diventa più difficile per lei riconoscere il problema e chiedere aiuto.

Una volta riconosciuta tale condizione, la famiglia di solito percepisce una sorta di tradimento. I mariti provano un forte senso di vergogna, come se il gioco d'azzardo della moglie rivelasse le proprie debolezze e l'incapacità di tenerle sotto controllo. Molte volte si tratta di nascondere ciò che sta accadendo ai figli, confondendo quella che sarebbe una "malattia" con "essere una cattiva madre".

Si può dire che ci siano stati giocatori patologici da quando è stato inventato il primo gioco di fortuna. In Argentina vi è stata una rapida espansione del gioco d'azzardo a partire dagli anni '90 con la proliferazione dei casinò in tutta la nazione. Storicamente, i grandi casinò esistevano solamente nelle città turistiche, con alcune famiglie che sceglievano di stabilirsi in queste destinazioni sedotte dalle possibilità che il gioco offriva, mentre altri si concedevano frequenti fughe durante l'anno. La creazione di sale bingo ha accompagnato la florida produzione di grano e soia propria degli anni '90 e, pur tuttavia, ha "seminato e raccolto" una situazione radicalmente differente. Nelle piccole città, in cui la gente era solita socializzare in club, bar, piazze e centri culturali, i luoghi d'incontro si erano spostati nelle sale bingo, dove tutti, eccezion fatta per i minori, trovavano il loro spazio.

E questo includeva le donne. Per molte di loro l'invitante atmosfera delle sale bingo – calde d'inverno, fresche in estate, piene di magia e promesse di salvezza - presto iniziarono a invadere la loro quotidianità. Hanno smesso di concedersi delle pause di riposo, di creare pasti elaborati per i loro figlioli, di tenere le loro case linde e pulite e di incontrarsi con le vecchie amiche. Mentre erano fuori casa per gli acquisti quotidiani, o per pagare le tasse, queste donne si sono trovate faccia-a-faccia con loro – le sale bingo – con le loro porte aperte che invitano all'interno senza chiedere nulla in cambio. Come potevano resistere alla tentazione di entrare, lasciando le borse degli acquisti al guardaroba, e infilare denaro nelle macchinette?

Così, nel nostro Paese, molte donne soccomberono a questo abbraccio, che si è rivelato progressivamente soffocante e debilitante, ma pur sempre un abbraccio. Ricche signore, donne economicamente svantaggiate, professioniste, casalinghe, persone acculturate o senza educazione; madri, nonne, donne religiose o agnostiche, persone giovani, persone anziane, coniugate o no, ciascuna con la propria slot machine, che prometteva e frustrava allo stesso tempo, come fa la

vita. La differenza sta nella domanda: "Di chi è la responsabilità – della macchinetta o della mano che schiaccia il bottone?"

Dal 2000 in poi, in Argentina si sono verificati due fenomeni degni di nota: l'età di insorgenza del gioco d'azzardo è diminuita molto, ed è aumentato in modo allarmante il numero di giocatrici di età superiore ai 65 anni.

Dal nostro background teorico-clinico evidenziamo che le situazioni scatenanti negli uomini e nelle donne tendono a differire.

Negli uomini: perdita del lavoro o crisi lavorative, elaborazione dei lutti, carenze affettive, ambizioni di crescita economica che sono state frustrate.

Nelle donne: elaborazione dei lutti, carenze affettive, crisi con i figli, sindrome del "nido vuoto", frustrazioni d'amore, delusioni, infedeltà, morte di un genitore di cui erano responsabili, vuoto esistenziale.

Possiamo menzionare tre categorie di giocatrici:

- Giovani donne di età compresa tra i 25 e i 35 anni che hanno difficoltà a trovare un partner, che non hanno nessuno con cui stare o dove andare; si sentono a disagio se, per esempio, vanno a ballare da sole e un'uscita a teatro sembra troppo cara.
- Donne tra i 45 e i 60 anni, solitamente con problemi di coppia, figli che sono già diventati indipendenti, con un'intensa sensazione di vuoto e mancanza di significato.
- Donne sopra i 60 anni che trovano, nella sala bingo, un luogo di riconoscimento e un modo per trascorrere il tempo che altrimenti non saprebbero come riempire. Sono quelle nonne che si sono prese cura dei nipoti dalla prima infanzia fino quasi al liceo e a quel punto diventano "superflue". Donne che non cercano nuovi progetti e si sentono disperate, sole, annoiate.

I giochi scelti dalla maggior parte delle donne sono le cartelle del bingo e le slot machine; si può giocare per molte ore con pochi soldi.

La giocatrice compulsiva non gioca perché vuole, ma perché non può fermarsi. Non soffre durante il gioco ma per le conseguenze del gioco: il suo impoverimento nei legami, economico e del desiderio.

È una perdente incallita, non solo perde denaro ma anche molto tempo della sua vita, interesse per attività e persone con cui in precedenza desiderava stare.

Fondamentalmente perde l'orientamento del suo desiderio entrando in un circuito comandato dal pensiero magico, un vuoto interno impossibile da riempire, il senso di colpa e vergogna, il bisogno di punizione per quello che sta facendo. Questo circuito la precipita nella ripetizione della sofferenza.

La giocatrice compulsiva si ritira solo dopo aver perso tutto e, se ha vinto, ritorna a giocare, con l'idea-cerchezza di guadagnare abbastanza per pagare i debiti, e finisce per perdere, aumentando il debito.

## **Il gioco d'azzardo svolge una funzione nella psiche**

Il gioco compulsivo fornisce una forma di soddisfazione che si ripete, senza significato, influenzando i legami, il tempo e il corpo. Lo intendiamo come una risposta del soggetto a un problema di cui soffre, che diventa tossico, il che solleva il paradosso di essere sia un rimedio che un veleno, come tante altre pratiche tossiche, sostanze incluse. La differenza è che nel gioco d'azzardo non c'è assunzione, ma c'è tossicità. La tossicità non è legata al contatto con quell'oggetto, ma a come il soggetto si relaziona con esso. E svolge una funzione che in ogni caso conviene chiarire.

Notiamo anche che nel gioco d'azzardo esiste un rapporto sessualizzato con la pratica, alla maniera di un autoerotismo, che permette a questo soggetto di provare una vitalità che può aver perso nella sua vita quotidiana o gli risulta insostituibile.

La spinta alla morte, evidente nel consumo di sostanze tossiche, si incontra nel gioco d'azzardo patologico in modo più mitigato; non vi è una morte esplicita, bensì implicita. Una dipendenza che produce uno dei tassi più elevati di suicidio. L'idea suicidaria accompagna il giocatore quando gioca, soprattutto nella disperazione che segue, quando smette di giocare e si rende conto di ciò che ha perso. Nelle donne, in particolare, si tratta della morte dell'amore, l'amore perduto o mai raggiunto, spesso impossibile da superare e che crea le condizioni per iniziare a giocare. La banalità di una vita che ha perso il suo gusto, o non lo trova, per l'incapacità di stabilire un legame con l'altro sesso.

Qual è la storia dietro quella compulsione, a partire da cosa si è scatenata? Quali conseguenze ha avuto e quali sofferenze comporta? Troveremo una storia, una frase, una parola che ci spiegherà.

La donna che gioca d'azzardo in modo problematico di solito appare tradita dalla sua famiglia che non comprende l'insistenza ripetitiva della sua azione e le richieste affettive che lei esprime. Si presenta indirizzando verso l'altro (che di solito è il marito, i figli, la madre) richieste che, quando non soddisfatte, o frustrate, la immergono in un dolore e in un'insoddisfazione incomprensibili anche a lei stessa.

## **Delle perdite e dei lutti**

Dice una paziente: "Voglio recuperare ciò che la macchinetta mi ha preso e invece ogni volta vado oltre. Mi fa rabbia, voglio tornare indietro, quindi torno alle macchinette per vedere se recupero le perdite. Il mio problema è la mancanza di motivazione, mi sento come morta dentro."

Vita-morte-lutto. Freud (1915) dice che il lutto ha un gusto e che ci sono nevrotici che hanno un gusto speciale per il lutto, il che implica inevitabilmente disprezzo per la capacità di godersi la vita.

La giocatrice patologica dipinge una scena ricorrente, incessante: la *perdita*. Perdita di denaro, di tempo, di legami, del suo essere desiderante. Possiamo

pensare a lei come a un soggetto soggiogato da un lutto incompleto, *vestita a lutto, dolente*, senza effettivamente *elaborarlo*. Dopo la perdita di una persona cara, il soggetto attraversa un periodo di lutto. Freud dice che a un certo punto del lutto il soggetto si chiede se vuole seguire il morto. È una domanda strutturale che, allo stesso tempo in cui fa vacillare il soggetto, lo sostiene e gli dà la capacità di elaborare il lutto. Il soggetto riesce a lasciar andare il defunto e a quella morte aggiunge, come dice Allouch, un "pezzo di sé". La fine del lutto avviene perciò quando alla morte si aggiunge quella "piccola parte di sé" che non appartiene "né a te né a me", ma va nel profondo, dove si seppellisce ciò che si è perduto.

Chi ha elaborato il lutto è in grado di stare in piedi, mentre il dolente è un nomade che vaga cercando di trovare questo oggetto che gli manca e, intorno al quale il suo desiderio ruotava. Il giocatore in lutto vaga erratico fra le sale da bingo. Quando questo tipo di giocatore arriva nell'ambulatorio per richiedere aiuto, ci parla delle perdite che il gioco d'azzardo causa ma, nonostante ciò, ogni volta che ritorna a quel palcoscenico è nel tentativo di *recuperare* qualcosa. È come se sperasse di trovare – nella macchinetta – qualcosa che la vita, il fato, le hanno tolto. La sala da gioco è la dimora di un tempo congelato, dell'attuazione di un ruminare indigesto che cerca vendetta contro la macchinetta. "Ridammi quello che mi hai preso!", la implora e le intima la giocatrice.

La giocatrice mastica e mastica la perdita ma non la ingoia, e se non la ingoia, non la digerisce. Chiede alla macchinetta di ingoiarla e lei, fedele compagna e complice, le fa il favore. Dal lato della giocatrice, c'è un ruminare bovino, proprio della persona risentita, come teorizza Luis Kancyper (2010:25):

"Il soggetto risentito non accetta quello che gli è successo, lo vive come ingiusto e quindi ha bisogno di ottenere l'impossibile come risarcimento, di avere almeno una parte di ciò di cui è stato privato immeritadamente... Si considera innocente e assetato di una giustizia rivendicativa; è posseduto dal peso del risentimento che lo intrappola nel passato e nel ricordo della rivincita. Memoria compulsiva abitata da certezze inamovibili. L'esperienza del tempo sostenuta dal potere del risentimento e del rimorso è il permanere di un indigesto rimuginare su un affronto che non ha fine, espressione di un lutto che non è stato elaborato."

### **Amore frustrazione e vendetta**

Il tema dell'amore e la sua possibile perdita condiziona intimamente la donna. Sebbene sia una donna autonoma e indipendente, la tematica dell'amore non cessa mai di avere un effetto di illusione e di significato per la vita. L'amore, nella soggettività, introduce sempre una mancanza. La mancanza è una condizione affinché l'amore, almeno per come lo intendiamo in occidente, possa prosperare e costituire la fonte di desideri, ricerche e orizzonti nei rapporti umani, in particolare tra donne e uomini. Ogni storia d'amore è sostenuta nella misura in cui c'è un vuoto, una mancanza che sembra che l'altro saprà colmare.

Nessuno si innamora se non sente che gli manca qualcosa. La richiesta d'amore si articola nell'illusione di riempire quel vuoto. Poeti, musicisti, scrittori per anni hanno inneggiato all'amore perché si manifestava incompleto, irraggiungibile, impossibile. Le più belle poesie sono state inventate attorno a questo vuoto strutturale.

La richiesta di amore è diversa dalla soddisfazione di un bisogno. Il bisogno si riferisce a uno stimolo che si soddisfa direttamente con un oggetto, che deve essere quello giusto.

Osserviamo che un bambino che richiede qualcosa non esprime esattamente sempre quello che vuole. E se interpretiamo quella richiesta come se fosse una necessità, vedremo che non si calma, ma chiede di più. Mentre in molti casi, sebbene non riceva alcun oggetto, qualcosa calma la sua richiesta: un segno d'amore. Un regalo, che non è un oggetto, ma è un segno d'amore che include una mancanza, la mancanza di un oggetto reale.

Lacan sottolinea, nel Seminario 4, "La relazione oggettale" (1956), che nell'uomo ogni domanda è in ultima analisi, una richiesta d'amore. Non si tratta di soddisfare un bisogno, l'essere parlante chiede amore, soprattutto la donna, per la sua condizione relativa alla mancanza e all'insoddisfazione.

È comune nelle donne che giocano d'azzardo che l'attivazione della compulsione sia associata a una frustrazione amorosa. Sia per vedovanza che infedeltà o abbandono o solitudine o altre circostanze della vita quali la crescita dei figli o la migrazione. La rottura di una promessa o un'aspettativa fallita possono diventare molto dolorose, nella misura in cui non si è potuto rimediare o elaborarla. La relazione con l'amore e la solitudine sono vissute in modo differente dalla donna rispetto all'uomo. La frustrazione amorosa è una mancanza, il fallimento della speranza e del desiderio legato al dono, la frustrazione di un regalo atteso che non arriva mai. È qualcosa che non è avvenuto e neppure è stato portato via eppure, allo stesso tempo, è come se una volta fosse stato lì e non sia più accessibile. L'amante frustrata cerca di sentirlo di nuovo ma non ci riesce. Il dono reclamato in molteplici modi, rappresenta il vero amore per la donna; è la forma che prende la domanda dentro di sé, e sentendo in questo modo di trovare uno spazio nell'altro. Detta frustrazione, perché il dono non arriva, può essere l'equivalente della morte, non in un senso reale ma in un senso immaginario. Si tratta della morte di un'illusione, di un sogno, di un amore, di una persona amata.

Lacan sottolinea, nel seminario 4, che una domanda d'amore frustrata o insoddisfatta può aprire la strada alla soddisfazione di un bisogno. In altre parole, il soggetto sostituisce il desiderio d'amore con la soddisfazione di un bisogno che, come detto, può essere colmato da un oggetto.

La giocatrice lo chiede alla macchinetta e la macchinetta dà o non dà. Lì non ci sono sfumature, si tratta di tutto o niente. Quando è presente la frustrazione dell'amore, la giocatrice può cercare la compensazione, attraverso la soddisfazione in un oggetto tangibile.

La macchina risponde SI - NO. Non ci sono malintesi, non parla, è un codice. La parola d'amore, d'altra parte, può mentire, come qualsiasi parola.

La posizione di speranza, la creazione di un'aspettativa, ora diretta all'azzardo, può condurre al peggio, poiché la donna in quella posizione non crede che spetti a lei uscire dalla sofferenza ma, piuttosto, che sia l'altro a fornirle la via d'uscita. E quella speranza può farla precipitare nella più cruda disperazione e malinconia.

"La macchina è calda" dice lei "...sta per pagare "

"Prego la macchina perché mi dia"

Ma cosa si aspetta che la macchina le dia? Nessun oggetto reale (denaro, un bonus, un premio) potrà colmare la sua domanda poiché la sua è richiesta di altro. Si tratta quindi, secondo la nostra prospettiva, che la donna scopra ciò che le manca, tanto a lei come all'altro cui lo richiede, che individui la sua singolare relazione con quella mancanza, cercando quali possibili sostituzioni può attuare. Nell'ottica che l'appagamento venga dall'esterno, dall'altro, se non troverà il modo di sostituirlo, che sempre è possibile laddove c'è una mancanza, lo cercherà invece attraverso la soddisfazione di un bisogno, sia che si tratti di cibo, farmaci, acquisti o macchinette. Continuando il tema dell'amore frustrato, c'è un altro aspetto che scatena il gioco d'azzardo nelle donne: la dimensione vendicativa. Una variante, dove non predomina tanto la malinconia ma l'ostilità, diretta verso chi crede sia la causa della sua sofferenza. La vendetta femminile può trovare nel gioco d'azzardo la via maestra di esprimersi, soprattutto se trova che il denaro è un oggetto prezioso per il suo attuale o ex partner, dal quale si sente tradita. Avvierà così una reazione che, a volte, è un castigo, di distruzione del patrimonio, che tanto sta a cuore all'altro, portandolo all'estremo in un impeto di sregolata passione, come la descrive Euripide nel suo mito di Medea "...una donna in genere è piena di paure, è vile di fronte all'azione violenta, e alla vista di un'arma. Ma quando ne calpestanto i diritti coniugali, non esiste essere più sanguinario di lei." Si tratta di una vendetta su cui bisognerà indagare poiché legata all'idea che l'altro sia colpevole e debba darle ciò che le manca, completandola. In tal senso si evidenzia di nuovo la difficoltà di affrontare la mancanza, tanto di sé come dell'altro, generando così il rancore e il desiderio di vendetta. Come scrive Irene Nemirovsky ne "Il maestro delle anime" (Nemirovsky 2009: 107):

"Bisogna trasformare questa malattia in nuove forze. Eliminare il senso di colpa che ne deriva, che tu giudichi sbagliato di per sé. È questo senso di colpa che da solo genera sofferenza. Ciò che conta non è la conoscenza del male, ma il sentimento di vergogna che vi è legato e che dobbiamo estirpare. Un lavoro delicato, estenuante, che richiede un'indagine minuziosa... Mi riferisco a un trattamento a lungo termine... Con pazienza e coraggio ritroverai la libertà interiore, ma per ora sei uno schiavo sull'orlo della disperazione."

(Nemirovsky 2009: 107)

## Bibliografía

- Allouch, J (2006) 'Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca', Editorial, *El cuenco de plata*.
- Bazo, M (2013) Relación entre Ludopatía y género, similitudes y diferencias en las formas de enfermar de los varones y de las mujeres, Monografía final, Diplomado Interdisciplinario de Estudios de género. (*Relationship between gambling compulsion and gender, similarities, and differences in the ways of getting sick of men and women, final monograph, interdisciplinary certificate in gender studies.*)
- Bernasconi, E & Smud, M (2003) *Sobre Duelos, Enlutados y Duelistas*, Buenos Aires, Lumen Editorial. (*About mourning, grievers, and mourners.*)
- Blanca, D and Coletti, M (2006) *La adicción al juego. ¿No va más...?* Buenos Aires, Lugar Editorial. (*The gambling addiction. No more bets...?*)
- Blanca, D, Croce, M & Petri, S (2012) *Tratado sobre el juego patológico. Aspectos sociales, enfoques psicológicos, tratamientos*, Buenos Aires, Lugar Editorial. (*Treaty on pathological gambling. Social aspects, psychological approaches, treatments.*)
- Euripides (431BC) *Medea*. Trans. EP Coleridge. <http://classics.mit.edu/Euripides/medea.html>.
- Freud, S (1879) *Carta 79 – Obras completas Tomo I- BsAs*. Amorrortu editores. (*Letter 79. Complete works. Volume 1.*)
- Freud, S (1917) *Duelo y melancolía – Obras completas. Tomo 14*. BsAs. Amorrortu editors. (*Mourning and melancholy. Complete works. Volume 14.*)
- Freud, S (1928) *Dostoievski y el parricidio – Obras completas. Tomo 21*. BsAs. Amorrortu editors. (*Dostoievski and parricide. Complete works. Volume 21.*)
- Freud, S (1930) *El malestar en la cultura – Obras completas. Tomo 21*. BsAs. Amorrortu editores. (*Civilization and its discontents. Complete works. Volume 21.*)
- Garrido, M, Jaén, P & Dominguez, A (2004) *Ludopatía y relaciones familiares – Barcelona*, Paidós. (*Gambling and family relationships.*)
- Copyright Material – Provided by Taylor & Francis
- Compulsive gambling in South America 71
- Grandes, A (2007) *Atlas de geografía humana*, Buenos Aires, Tusquets. (*Atlas of human geography.*)
- Kancyper, L (2010) *Resentimiento terminable e interminable*, Buenos Aires, Lumen Editorial. (*Terminable and interminable resentment.*)
- Lacan, J (1955) Seminario sobre la carta robada. *Escritos 1-BsAs. Siglo XXI*. (*Seminar on the purloined letter. Writings I.*)
- Lacan, J (1956) Seminario 4. *La relación de objeto – BsAs*. Editorial Paidós. (*Seminar 4: The object relation.*)
- Miller, JA (2005) *El Otro que no existe y sus comités de ética – BsAs*. Editorial Paidós. (*The Other that does not exist and its committees on ethics.*)
- Nemirovsky, I (2009) *El maestro de almas*, Barcelona, Salamandra Editorial. (*The master of souls.*)
- Naparstek, F et al. (2005) *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo I y II – BsAs*. Grama Editorial. (*Introduction to the clinic with drug addiction and alcoholism I and II.*)
- Sahovaler de Litvinoff, D (2009) *El sujeto escondido en la realidad virtual*, Buenos Aires, Letra Viva. (*Hidden in virtual reality.*)





Parte 3

*Asia*



## MADRE E GIOCATRICE

### Echi di visioni socio-culturali nella percezione della maternità delle donne ebreo israeliane con problemi di gioco

*Belle Gavriel-Fried*

#### Introduzione

Storicamente, il gioco d'azzardo è stato percepito come un problema maschile (Holdsworth, Hing e Breen, 2012). Si ritiene che le donne che giocano d'azzardo si discostino dai normali modelli di comportamento che ci si aspetta dalle donne e che abbiano abbandonato i loro ruoli tradizionali di madri e caregiver (Lesieur & Blume, 1991). I cambiamenti sociali, economici e tecnologici nel modo e nel luogo in cui si gioca d'azzardo, tuttavia, hanno portato a un numero crescente di donne che iniziano a giocare, sviluppano problemi legati all'azzardo e cercano un trattamento per questo (Boughton & Falenchuk, 2007; Griffiths, Hayer, & Meyer, 2009; Volberg, 2003).

Uno dei ruoli chiave di genere, per una donna, è la maternità; vale a dire le esperienze quotidiane che le donne incontrano in qualità di madri. Rich (1976) ha distinto l'esperienza della maternità dall'istituzione della maternità, che è l'ampio contesto sociale in cui si verifica l'attività genitoriale ed è modellato da costrutti sociali. Una delle costruzioni sociali dominanti nella società occidentale riguardo alle donne è il Mito della Buona Madre (Diquinzio, 1999; Forma, 1998; Rich, 1976) che proietta l'immagine di una madre ideale il cui unico scopo è prendersi cura dei suoi figli, anche a scapito dei propri bisogni, attraverso il sacrificio totale e l'amore incondizionato (Douglas & Michaels, 2004). Questo mito è stato criticato dalle scrittrici femministe, che lo vedono come il prodotto di una visione patriarcale tradizionale che pone le donne in una posizione quasi impossibile e le condanna a frustrazione, stress e infelicità (per una recensione, vedere Sinai-Glazer, 2015).

Alla luce di questo mito, la maternità delle donne di gruppi emarginati come quelle che vivono in povertà, che sono state condannate per crimini o diagnosticate come tossicodipendenti, è sottoposta a un controllo molto più grande e intransigente. In effetti, la maternità che queste donne sono costrette a vivere in condizioni avverse, è percepita dalla società come illegittima e stigmatizzata (Litzke, 2004).

Un esame degli studi sul gambling rivela che, poiché le donne si sono sempre più impegnate in comportamenti di gioco d'azzardo, i ricercatori in questo campo hanno espresso preoccupazione per la sicurezza dei loro figli, dato il ruolo tradizionale della madre come badante primaria (Darbyshire, Oster, & Carrig, 2001a; Darbyshire, Oster e Carrig, 2001b). Alcuni di questi studi hanno persino citato leggende metropolitane sui bambini che muoiono perché sono

stati lasciati in macchina mentre le loro madri giocavano al casinò, riportando articoli che descrivevano casi reali (Darbyshire et al., 2001a; Schull, 2002). I ricercatori hanno anche fatto riferimento all'immagine mediatica delle donne che giocano d'azzardo come signore irresponsabili o anti-madri (Mark & Lesieur, 1992; Schull, 2002).

La combinazione dei termini "madre" e "gioco d'azzardo", ciascuno dei quali ha il proprio significato nel più ampio contesto sociale in cui opera (Abt, McGurrinn, & Smith, 1985; Raylu & Oei, 2004; Sinai-Glazer, 2015), ha dato origine al nuovo concetto di gioco d'azzardo materno il cui significato sociale è distinto da entrambi, ma è più complesso e può variare da un contesto socio-culturale all'altro.

In Israele, come in altri paesi, le donne (alcune delle quali sono madri) si dedicano al gioco d'azzardo e cercano un trattamento per esso (Gavriel-Fried e Ajzenstadt, 2012). Le caratteristiche distintive di Israele forniscono un interessante campo di ricerca per quanto riguarda il modo in cui il gioco d'azzardo problematico femminile viene percepito dalla società e dalle donne stesse. Lo Stato di Israele è stato fondato nel 1948 come stato ebraico laico. Tuttavia, la separazione tra religione e stato non è mai stata attribuita alla legge e come tale il giudaismo è invischiato in tutti i livelli della società politica e civile (Halperin-Kaddari & Yadgar, 2010). Così l'Israele contemporaneo ha caratteristiche sia di società tradizionale che moderna (Bystrov, 2012). Il Paese può essere rappresentato come una società post-industriale in cui, in molti casi, i processi di individuazione danno la precedenza a scelte individuali (Fogel-Bijauoi & Rutlinger-Reiner, 2013).

L'arena del gioco d'azzardo in Israele riflette la tensione tra le sue influenze tradizionali e gli attributi moderni. Da un lato, la posizione liberale moderna nei confronti del gioco d'azzardo è evidente nel diritto statutario concesso a due imprese, controllate dallo Stato, di eseguire operazioni di gioco d'azzardo per suo conto. Queste società forniscono al pubblico israeliano un'ampia gamma di possibilità di gioco, la cui popolarità è evidente nell'aumento significativo e consistente dei ricavi di questi due enti negli ultimi anni (Gavriel-Fried, 2015). Allo stesso tempo, la gestione di un casinò o di una sala da gioco per scopi ricreativi è classificata come reato penale (Gavriel-Fried & Ajzenstadt, 2013), e Israele non ha ancora le tradizionali sale da gioco come quelle che esistono in molte altre parti del mondo. Ciò è dovuto al persistente atteggiamento conservatore del legislatore israeliano nei confronti del gioco d'azzardo, considerato ancora immorale.

Questa dualità si riflette anche in un recente studio sugli atteggiamenti del pubblico israeliano nei confronti dell'azzardo (Gavriel-Fried, 2015). I risultati hanno indicato che, mentre il pubblico israeliano tende ad avere una visione negativa del gioco d'azzardo (come è evidente nel suo atteggiamento largamente conservatore), tende anche ad avere una visione favorevole del diritto dell'individuo di giocare e si oppone a un divieto radicale che violerebbe i suoi

valori liberali e le preoccupazioni per la libertà individuale, in generale, e nella società israeliana, in particolare.

Questo capitolo si concentra su come 13 donne ebrae israeliane con problemi di gambling hanno presentato la loro identità materna durante le interviste con l'autore principale (Gavriel-Fried & Ajzenstadt, 2012; Gavriel-Fried, Peled, & Ajzenstadt, 2015). Queste donne sono state reclutate presso centri di riabilitazione per il gioco d'azzardo siti in Israele, dove stavano ricevendo cure, ed è stato loro comunicato che lo scopo dello studio era quello di ampliare le conoscenze sulle donne dipendenti dal gioco, vista l'unicità di questa popolazione. L'interazionismo simbolico, che si riferisce a come gli individui modellano la propria identità nel contesto sociale, ha fornito un'ancora teorica e una base per l'analisi delle interviste con queste donne (Gavriel-Fried et al., 2015). In particolare, in questo capitolo, è servito a catturare il modo in cui hanno costruito la loro identità materna e gli atteggiamenti consci e inconsci dell'autore principale e delle donne intervistate nei confronti del mito della Buona Madre, come riflesso nelle interviste.

### **Teoria dell'interazione simbolica e suo utilizzo nella ricerca sulle madri in gruppi marginali**

L'interazionismo simbolico è considerato uno dei principali approcci teorici alla costruzione dell'identità nel contesto sociale (Serpe & Stryker, 2011; Stryker, 2007). Secondo l'interazionismo simbolico, la definizione e la costruzione dell'identità individuale è interattiva e si svolge in un contesto sociale. Le persone recitano la loro identità davanti a un pubblico reale o immaginario e questo pubblico identifica e conferisce le dimensioni di questa identità. In altre parole, il sé è composto dai modi in cui appariamo agli altri, da come questi altri ci identificano e da come ci sentiamo in risposta a queste impressioni (Cooley, 1902). Goffman (1959) ha diffuso le nozioni di gestione delle impressioni e auto-presentazione per spiegare i modi in cui l'individuo sviluppa un senso di identità. Ha sostenuto che quando le persone si rendono conto che la loro identità non coincide con le norme sociali, le rinegoziano e le ricostruiscono (Geiger & Fischer, 2005; Goffman, 1959). Questo avviene tipicamente attraverso dispositivi linguistici noti come *account* (Scott & Lyman, 1968).

Numerosi studi hanno applicato i concetti di gestione delle impressioni e dei racconti per esaminare come le donne affrontano lo stigma negativo. Questi includono lavori su madri che abusano di sostanze (Virokannas, 2011), donne che fanno uso di metanfetamina (Copes, Leban, Kerley e Deitzer, 2014), donne recluse (Alarid & Vega, 2010) e recidive (Geiger & Fischer, 2003). I risultati mostrano che queste donne consideravano la loro maternità come la loro identità principale o primaria anche quando non era quella di maggior successo (Alarid & Vega, 2010; Geiger & Fischer, 2003; Virokannas, 2011). Molte di queste donne hanno cercato di fornire dimostrazioni del proprio amore verso i figli come un

modo per riconciliare la discrepanza tra la norma della maternità e la loro immagine sociale deviante.

### **Donne con problemi di gioco e atteggiamenti della ricerca sul gioco d'azzardo nei confronti della maternità**

Il numero di studi che descrivono le caratteristiche delle donne che giocano d'azzardo è aumentato nel corso degli anni, parallelamente all'aumento dell'incidenza del coinvolgimento delle donne nei comportamenti di gioco. La maggior parte è stata condotta attraverso una lente positivista e ha esaminato il confronto tra le donne e gli uomini per quanto riguarda i vari tipi di gioco, le motivazioni sottese, le condizioni di salute mentale associate e i disturbi legati al gioco d'azzardo (per una recensione, vedere Holdsworth et al., 2012 e Wenzel & Dahl, 2009).

Sebbene questi studi facciano luce sulle caratteristiche delle donne con problemi di gioco, il riferimento degli stessi era principalmente al sesso delle donne piuttosto che al loro genere. Vale a dire, il comportamento e le caratteristiche delle donne che giocano d'azzardo sono stati confrontati con quelli degli uomini, e i risultati non sono stati analizzati attraverso una lente di genere che esaminasse come le percezioni, i valori e le costruzioni sociali, che creano le differenze tra uomini e donne, abbiano modellato le esperienze delle donne nel mondo del gioco d'azzardo, la loro percezione del gioco stesso, o esse stesse come giocatrici (Gavriel-Fried et al., 2015; Holdsworth et al., 2012; Li, 2007).

Gli scarsi riferimenti nella letteratura di ricerca sul gambling rispetto alle abilità materne delle donne con problemi di gioco, tuttavia, coprono la gamma che va dai resoconti sull'indisponibilità di queste donne per i loro figli, o persino sull'incuria genitoriale (Corney & Davis, 2010; Darbyshire et al., 2001a), alle considerazioni critiche, con una visione alternativa del loro comportamento verso il gioco (Lesieur & Blume, 1991; Schull, 2002). A un'estremità dello spettro ci sono studi basati su autovalutazioni da parte di donne con gioco d'azzardo problematico riguardanti i loro sentimenti di colpa e vergogna per gli effetti negativi del loro gioco sui propri figli (Brown & Coventry, 1997), l'associazione tra scarsa e poco varia nutrizione familiare e gioco d'azzardo fatta da donne criticate per il loro gioco d'azzardo (Schluter, Bellringer, & Abbott, 2007) e testimonianze dei figli di donne giocatrici sulla perdita del loro rapporto con la madre, la sua indifferenza nei loro confronti, la loro perdita di fiducia e sicurezza in lei e la sensazione che il gioco d'azzardo sia più importante di tutti e tutto (Darbyshire et al., 2001a).

All'altro estremo dello spettro, i ricercatori hanno esaminato la questione del gioco d'azzardo problematico delle donne nel suo contesto sociale più ampio. Questi hanno sostenuto che le donne vedono il gioco d'azzardo come una fuga temporanea da problemi e difficoltà e dal proprio senso di fallimento nel soddisfare le aspettative sociali relative alle funzioni di genere, di cui la maternità è parte (Lesieur e Blume, 1991; Schull, 2002). Schull (2002) ha sostenuto in ter-

mini inequivocabili che le donne con un problema di gioco d'azzardo sono coinvolte in una tensione irrisolta tra due messaggi sociali in conflitto: uno a sostegno del mito della Buona Madre e della nozione di madre altruista, e l'altro che promuove le virtù dell'individualismo e della competizione. Sulla base di interviste a 30 donne giocatrici che si consideravano dipendenti dalle macchine da videopoker, lo studio ha concluso che le donne non giocano perché il loro nido è vuoto ma piuttosto perché il loro nido è troppo pieno, e che il gioco d'azzardo può fornire sollievo meccanico dalle richieste degli altri, e "dall'altrettanto difficile regno dell'autonomia."

È importante sottolineare che alcuni studi hanno riportato risultati contrastanti. Ad esempio, nel loro studio sul funzionamento psicologico dei figli di donne con problemi con il gioco d'azzardo, Dowling, Smith e Thomas (2009) non hanno trovato differenze tra tali bambini e campioni standard. Nello studio di cui sopra sulle donne che si dedicano al gioco online (Corney & Davis, 2010), alcune giocatrici hanno riferito di non giocare in presenza dei loro figli, per minimizzare l'impatto su di loro.

Anche gli studi sulle donne che non sono state diagnosticate come giocatrici problematiche meritano attenzione. Uno studio nel Regno Unito ha dimostrato che, in contrasto con il concetto di fuga citato dalle madri statunitensi con problemi di gioco, le donne della classe lavoratrice britannica che giocano alla Lotteria nazionale del Regno Unito hanno affermato che il gioco ha facilitato la loro maternità, in quanto ha permesso loro di integrarlo nella loro normale routine quotidiana senza interrompere la loro funzione di madre (Casey, 2006) e perché percepivano la Lotteria come un mezzo per raggiungere la felicità e, quindi, per adempiere al proprio ruolo materno nel miglior modo possibile (Casey, 2008). In ogni caso, indipendentemente dal fatto che gli studi abbiano trattato ed esaminato il funzionamento delle donne giocatrici problematiche nel contesto della maternità, o nel più ampio contesto sociale di come viene percepita la loro funzione genitoriale, tutti questi studi hanno chiaramente utilizzato, coscientemente o meno, il mito della Buona Madre come punto di riferimento. Tuttavia, per quanto ne so, nessuno studio ha affrontato il modo in cui le donne giocatrici problematiche costruiscono e presentano la propria identità materna con riferimento ai particolari contesti culturali in cui operano come madri.

### **La maternità delle giocatrici problematiche in Israele**

I dati della ricerca sulle donne che giocano d'azzardo in Israele sono scarsi. I risultati recentemente pubblicati sulla prevalenza del gioco d'azzardo in un campione di 1.000 adulti ebrei israeliani (Gavriel-Fried, 2015) hanno mostrato che il 75,2% degli intervistati ha giocato d'azzardo nell'anno precedente, di cui il 50,5% è stato classificato come giocatori non problematici (26,3% donne), il 13,7% come giocatori a basso rischio (6,6% donne), il 7,7% come giocatori a rischio moderato (2,4% donne) e il 3,7% come giocatori problematici (0,8% don-

ne)<sup>2</sup> Ciò indica che esistono chiaramente problemi di gioco anche tra le donne ebrae israeliane.

Sono state condotte interviste qualitative con 17 di queste donne ebrae israeliane, di cui 13 sono madri, che erano state diagnosticate come giocatrici d'azzardo patologiche (secondo il DSM-IV) e stavano fruendo di cure presso un centro di riabilitazione in Israele. I dati dell'intervista hanno indicato che queste donne hanno fatto di tutto per dimostrare di aver mantenuto il controllo delle loro funzioni materne (Gavriel-Fried & Ajzenstadt, 2012) e per presentare un'identità normativa coerente con immagini e modalità di comportamento socialmente accettate (Gavriel-Fried et al., 2015). Una delle identità che hanno presentato era quella della Buona Madre che si prende cura dei suoi figli, cucina e pulisce per loro e li accontenta, e che mette il suo ruolo materno al di sopra del suo giocare d'azzardo.

Ad esempio, Sheri ha detto:

“Qualunque cosa debba essere fatta a casa, la faccio. È tutto una mia responsabilità: che si tratti di fare la spesa, prendersi cura dei bambini o portare i bambini ovunque debbano andare. Non mi sottraggo a nulla. Ce la metto tutta per essere sempre lì per loro. Qualunque cosa chiedano - anche del cibo speciale se lo desiderano - lo faccio. Ad esempio, amo moltissimo la cucina - sono un'ottima cuoca - li vizio. Pulisco la casa... non salto niente. Non è come: "Al diavolo la casa, al diavolo i bambini, al diavolo il cibo, e adesso vado a giocare d'azzardo". No. Qualunque cosa sia necessaria, la faccio - perfettamente. Davvero, qualunque cosa sia necessaria, la faccio. Non mi sottraggo ai miei doveri, anche se è a scapito del mio sonno...”

Alcune donne hanno persino descritto la distinzione che hanno fatto tra l'ambito domestico e l'ambito del gioco d'azzardo, in modo da non esporre i propri figli al gioco d'azzardo. Ad esempio, Marie ha detto:

“Non ho trascurato nulla a casa... ho tenuto le cose separate. Ho tenuto il bingo separato da casa mia. Il lavoro, la casa, il cibo - tutto ciò che serve a casa - era perfetto. La sera uscivo, invece di ballare andavo al Bingo. Ma non ho mai lasciato che le due cose si mischiassero, mai. Non ho portato il bingo a casa con me o la casa nel bingo.”

Oltre alle descrizioni dei lavori domestici e delle cure menzionate da tutte le donne, Yael ha indicato l'amore dei suoi figli per lei come prova del suo essere una buona madre:

“I miei figli dicono che sono una madre meravigliosa e mi amano immensamente. E sono davvero molto generosa e solidale. Mi amano e basta: "Mamma, mamma!" - il piccolo mi bacia tutto il giorno. Ogni volta che può. Ogni volta... e durante quel tempo non vado da nessuna parte, pulisco, metto tutto in ordine in modo che la casa sia bella e pulita, vado a lavorare... sai, faccio proprio quello che devo. Vado a fare la spesa, tutto, tutto. E vado a giocare al bingo.”



Le donne hanno anche descritto come hanno programmato il loro gioco d'azzardo per non invadere il tempo passato con i bambini. Ad esempio, Orna ha detto:

“Ho cercato di non far loro del male, quindi uscivo nel cuore della notte e la mattina dopo mi alzavo per andare a lavoro e facevo quello che dovevo fare con loro e... ho fatto uno sforzo per non giocare a scapito del loro tempo, e questo era ancora più difficile.”

Queste affermazioni, derivanti dalla negoziazione con la narrativa della Buona Madre, sono concordi con i risultati sulle donne con dipendenze da sostanze (Backer & Carson, 1999; Brownstein-Evans, 2001; Hardesty & Black, 1999). Questi indicano che l'identità materna gioca un ruolo importante nella vita di queste donne che cercano di essere buone madri nonostante la loro dipendenza dalla droga. Tuttavia, questi risultati sono in contrasto con i risultati della maggior parte degli studi sul gioco d'azzardo, che mostrano come le donne con problemi di gioco si sentano in colpa per il loro comportamento in qualità di madri (Brown & Coventry, 1997; Corney & Davis, 2010; Schull, 2002) e tendano a trascurare i propri figli (Darbyshire et al., 2001a). Indicano anche che le donne israeliane ebraiche con un problema di gioco d'azzardo hanno interiorizzato il discorso centrale nella società israeliana sul ruolo appropriato delle donne e delle madri e riflettono il discorso sociale dominante. Come discusso di seguito, sebbene Israele sia visto nella letteratura di varie discipline sociali come una società postindustriale che promuove l'uguaglianza di genere (Ajzenstadt e Gal, 2001), le partecipanti al nostro studio erano guidate dalle tradizionali aspettative sociali di genere nei loro sforzi per costruire e modellare in una luce positiva la propria identità materna e le relative funzioni.

### **Discussione e futuri spunti di riflessione**

Questo capitolo si è concentrato su come le donne ebraiche israeliane con problemi di gioco d'azzardo presentino la loro funzione materna e abbiano costruito la loro identità materna nel corso delle interviste, negoziando con il mito occidentale prevalente della Buona Madre. In generale, l'intervista di ricerca è uno spazio interattivo in cui le persone costruiscono la propria identità (Presser, 2004). Le riflessioni su categorie socioculturali come sesso, età e classe, durante le interviste, consentono di analizzare le interrelazioni tra società e identità dell'individuo, tutte legate alla struttura sociale e alla divisione del potere e quindi ai processi di costruzione dell'identità sociale.

Durante le interviste, l'impatto dei discorsi di genere è stato chiaro nei modi in cui le donne si sono presentate e nelle loro descrizioni di come il gioco d'azzardo si inserisce nelle loro vite. La rappresentazione di se stesse come "buone madri" è indicativa di come affrontino gli stereotipi sociali prevalenti su di loro, come giocatrici d'azzardo all'ombra del mito della Buona Madre. È chiaro che le donne erano consapevoli della tensione insita negli atteggiamenti sociali nei loro confronti e di conseguenza hanno compiuto sforzi sostanziali per co-

struire la loro identità materna in modo positivo e per presentare il loro funzionamento come aderente al contesto normativo, in modo da migliorare la loro immagine sociale di madri. Nessuna delle donne ha affermato che il gioco d'azzardo o il piacere che ne deriva fossero più importanti dei propri figli, al contrario. Si diceva che la cura dei propri figli e le funzioni materne avessero la precedenza sul gioco d'azzardo, il che riconosce la percezione sociale prevalente della suprema importanza del ruolo materno. Le partecipanti hanno convalidato piuttosto che contestato questo concetto. L'hanno accettato e incorporato nella loro identità, nel loro fervente desiderio di essere percepite come donne nella norma che fanno parte della maggioranza della società in virtù del loro ruolo materno.

Nel contesto più ampio, queste interviste sono un riflesso del tema sociale dominante sulle madri nella società israeliana. A differenza degli studi condotti in Australia (Brown & Coventry, 1997), Gran Bretagna (Corney & Davis, 2010) o negli Stati Uniti (Schull, 2002), l'enfasi di queste donne sulla loro funzione materna sottolinea l'importanza attribuita al ruolo della madre nella società israeliana. In Israele, il mito convenzionale della Buona Madre ha una dimensione patriottica aggiuntiva che è correlata alla conservazione della linea familiare e al rafforzamento della società israeliana (ebraica) (Berkovitch, 1997). Questo è un prodotto sia dell'imposizione biblica di "essere fruttuosi e moltiplicarsi", sia del trauma dell'Olocausto in cui fu distrutta una parte significativa del popolo ebraico, sia delle preoccupazioni demografiche derivanti dal conflitto israelo-palestinese in corso (Birenbaum-Carmeli, 2009; Gavriel-Fried & Shilo, 2017). Insieme, questi fattori servono a rafforzare il mito della Buona Madre, il cui messaggio è chiaramente ben interiorizzato dalle donne della ricerca, e assume un grande rilievo.

Un'altra intuizione potenzialmente indicata dai costi pagati dalle donne, è che, nonostante le critiche femministe alla Buona Madre, essa continua a persistere nei discorsi sociali così come nella terapia e nella ricerca in modo analogo tra terapeuti, pazienti (Sinai-Glazer, 2015), ricercatori e soggetti assimilabili. Ogni intervista implica una dinamica unica tra intervistatore e intervistato che è influenzata sia dal contesto che dalle relazioni di potere tra di loro (Collins, 1998), che riguardano il modo in cui l'individuo costruisce la propria identità (Widdicombe, 1998; Wooffitt & Widdicombe, 2006). La relazione intrinseca all'interno dell'intervista non è distaccata dai contesti sociali o dai codici morali in cui è condotta, e l'intervistatore e l'intervistato sono partecipanti attivi che portano nella stanza con loro i discorsi sociali dominanti che contano nella loro società. Questi problemi sono ancora più critici per l'interazione tra l'intervistatore e l'intervistato quando gli intervistati rappresentano una categoria sociale stigmatizzata (Collins, 1998; Juhila, 2004). Così il modo in cui queste donne hanno sottolineato le loro pratiche materne nelle interviste è stato modellato dal contesto in cui le interviste sono state condotte e dal significato simbolico attribuito a esse da entrambe le parti (Benzin & Allen, 2001; Collins, 1998). Queste interviste hanno implicato incontri tra donne curate in centri per il trat-

tamento della dipendenza in Israele che hanno riconosciuto che il loro comportamento di gioco d'azzardo era problematico (oltre a sentirsi dire che erano state selezionate per l'intervista perché rappresentative di un fenomeno peculiare) e un'intervistatrice che, in qualità di assistente sociale e ricercatrice universitaria, può essere stata percepita dalle intervistate come rappresentativa di discorsi normativi e istituzionali.

Ciò potrebbe essere stato ulteriormente motivato dal fatto che la ricercatrice è un'assistente sociale.

Queste intuizioni portano alle raccomandazioni pragmatiche e di ricerca di questo capitolo. A livello pratico, gli intervistatori, siano essi terapisti professionisti o ricercatori, dovrebbero essere consapevoli e sensibili alle costruzioni sociali riflesse nelle relazioni di potere durante un'intervista (Alex & Hammarstrom, 2008), il modo implicito in cui possono contribuire al discorso, i messaggi sociali che stanno trasmettendo agli intervistati e le aspettative e le ipotesi che ciascuna parte può avere. Nel suo articolo sugli incontri tra assistenti sociali e madri in contesti assistenziali, Sinai-Glazer (2015) raccomanda che gli assistenti sociali facciano domande durante l'intervista e sfidino i miti che circondano le percezioni sociali sulla maternità, perché ignorare quei miti serve solo a rafforzarli ulteriormente. Quindi, se sia l'intervistatore che l'intervistato sono consapevoli dei miti e delle costruzioni sociali, possono produrre nuovi discorsi che mettono alla prova quelli esistenti.

Secondo Brownstein-Evans (2004), la maternità avviene in contesti diversi che possono sfidare le definizioni singolari e politiche della maternità convenzionale. Quindi, la maternità delle donne con problemi di gioco non può essere limitata al contesto ristretto dell'esame della loro funzione materna e deve essere messa in discussione sfidata con discorsi alternativi. La letteratura sul gioco d'azzardo deve esaminare il modo in cui le donne giocano d'azzardo in relazione al contesto sociale, che varia da una società all'altra, suggerire commenti aggiuntivi su come le donne con problemi di gioco affrontano i loro ruoli di genere e come il gioco d'azzardo influisce sulle loro vite, così come per scoprire meglio come i miti di genere influenzano, e possibilmente perpetuano, i concetti e le percezioni della società e gli approcci terapeutici alle donne che giocano.

## Note

- 1 Questo capitolo si basa sui risultati di uno studio sulle donne israeliane con un disturbo del gioco d'azzardo pubblicato in Gavriel-Fried, B. & Ajzenstadt, M. (2012) e Gavriel-Fried, B., Peled, E., AEijzenstadt, M. (2015). La letteratura utilizza diversi termini per riferirsi al comportamento di gioco come un problema, tra cui "disturbo del gioco", "gioco d'azzardo patologico" e "gioco d'azzardo problematico" (Reilly e Smith, 2013; Svetieva e Walker, 2008). La definizione più recente, come si trova nel Manuale Diagnostico e Statistico delle Malattie Mentali (DSM-5: American Psychiatric

Association [APA] 2013) nella categoria Disturbi correlati a sostanze e dipendenza, è "disturbo da gioco d'azzardo". In questo capitolo, utilizzo il termine "problema di gioco" piuttosto che dipendenza da gioco o disturbo da gioco per ridurre al minimo l'etichettatura indiscriminata di queste donne.

- 2 La classificazione era basata sul Problem Gambling Severity Index (Ferris & Wynne, 2001).

### **Bibliografia**

- Abt, V., McGurrin, C., & Smith, J. F. (1985). Toward a synoptic model of gambling behavior. *Journal of Gambling Behavior*, 1, 79–88.
- Ajzenstadt, M., & Gal, J. (2001). Appearances can be deceptive: gender in the Israeli welfare state. *Social Politics*, 8, 292–324.
- Alarid, L. F., & Vega, O. L. (2010). Identity construction, self perceptions, and criminal behavior of incarcerated women. *Deviant Behavior*, 31, 704–728.
- Alex, L., & Hammarstrom, A. (2008). Shift in power during an interview situation: methodological reflections inspired by Foucault and Bourdieu. *Nursing Inquiry*, 15, 169–176.
- American Psychiatric Association (APA) (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn)*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- Baker, P., & Carson, A. (1999). "I take care of my kids": mothering practices of substance-abusing women. *Gender & Society*, 13, 347–363.
- Benzies, K. M., & Allen, M. N. (2001). Symbolic interactionism as a theoretical perspective for multiple method research. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 541–547.
- Berkovitch, N. (1997). Motherhood as a national mission: the construction of womanhood in the legal discourse in Israel. *Women's Studies International Forum*, 20, 605-6019.
- Birenbaum-Carmeli, D. (2009). The politics of "The natural family" in Israel: state policy and kinship ideologies. *Social Science and Medicine*, 69, 1018–1024.
- Boughton, R., & Falenchuk, O. (2007). Vulnerability and comorbidity factors of female problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 23, 323–334.
- Boydell, K. M., Goering, P., & Morrell-Bellai, T. L. (2000). Narratives of identity: re-presentation of self in people who are homeless. *Qualitative Health Research*, 10, 26–38.
- Brown, S., & Coventry, L. (1997). *Queen of hearts: The needs of women with gambling problems*.
- Melbourne, Victoria, Australia: Financial and Consumer Rights Council.
- Brownstein-Evans, C. (2001). Negotiating the meaning of motherhood: women in addiction and recovery. *Journal of the Association for Research on Mothering*, 3, 161-171.
- Brownstein-Evans, C. A. (2004). *Reaffirming motherhood: mothers, substance use, and recovery*. Unpublished Dissertation Abstracts International. Syracuse, NY: Syracuse University.
- Bystrov, E. (2012). Religion, demography and attitudes toward civil marriage in Israel 1969–2009. *Current Sociology*, 60, 751–770.
- Casey, E. (2006). Domesticating gambling: gender, caring and U.K. National lottery. *Leisure Studies*, 25, 3–16.
- Casey, E. (2008). Working class women, gambling and the dream of happiness. *Feminist Review*, 89, 122–137.
- Colley, C. H. (1902). *Human nature and social order*. New York, NY: Scribner.
- Collins, P. (1998). Negotiating selves: Reflections on unstructured interviewing. *Sociological Research* online 3. Retrieved: [www.socresonline.org.uk/3/3/2.html](http://www.socresonline.org.uk/3/3/2.html)
- Copes, H., Leban, L., Kerley, & Deitzer, J. R. (2014). Identities, boundaries, and accounts of

- women methamphetamine users. *Justice Quarterly*. Advance online: <http://dx.doi.org/10.1080/07418825.2014.897365>
- Corney, R., & Davis, J. (2010). Female frequent internet gamblers: a qualitative study investigating the role of family, social situation and work. *Community, Work & Family*, *13*, 291–309.
- Darbyshire, P., Oster, C., & Carrig, H. (2001a). The experience of pervasive loss: children and young people living in a family where parental gambling is a problem. *Journal of Gambling Studies*, *17*, 1, 23–45.
- Darbyshire, P., Oster, C., & Carrig, H. (2001b). Children of parent(s) who have a gambling problem: a review of the literature and commentary on research approaches. *Health and Social Care in the Community*, *9*, 185–193.
- DiQuinzio, P. (1999). *The impossibility of motherhood*. New York: Routledge.
- Douglas, S. J., & Michaels, M. W. (2004). *The mommy myth: the idealization of motherhood and how it has undermined all women*. New York: Free Press.
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2009). The family functioning of female pathological gamblers. *International Journal of Mental Health and Addictions*, *7*, 29–44.
- Ferris, J., & Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index user manual*. Report to the Canadian Inter-Provincial Task Force on Problem Gambling. Canada: The Canadian Centre on Substance Abuse.
- Fogiel-Bijaoui, S., & Rutlinger-Reiner R. (2013). Rethinking the family in Israel. *Israel Studies Review* *28*: vii–xii.
- Forma, A. (1998). *Mothers of all myths: how society moulds and constrains mothers*. London: Harper Collins.
- Gavriel-Fried, B. (2015). Attitudes of Jewish Israeli adults towards gambling. *International Gambling Studies* *15*, 196–211.
- Gavriel-Fried, B. & Ajzenstadt, M. (2012). Pathological women gamblers: gender-related aspects of control. *Sex Roles*, *66*, 128–142.
- Gavriel-Fried, B., & Shilo, G. (2017). The perception of family in Israel and the US: similarities and differences. *Journal of Family Issues*, *38*, 480–499.
- Gavriel-Fried, B., Peled, E., Ajzenstadt, M. (2015). Normative identity construction among women diagnosed with a gambling disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, *85*, 156–269.
- Geiger, B., & Fischer, M. (2003). Female repeat offenders negotiating identity. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *45*, 496–515.
- Geiger, B., & Fischer, M. (2005). Naming oneself criminal: gender differences in offenders' identity negotiation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *49*, 194–209.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Garden City, NY: Doubleday.
- Griffiths, M., Hayer, T., & Meyer, G. (2009). Problem gambling: a European perspective. In G. Meyer, T. Hayer., & M. Griffiths (Eds), *Problem gambling in Europe: challenges, prevention, and interventions* (pp. xix–xxix). New York, NY: Springer.
- Halperin-Kaddari, R., & Yadgar, Y. (2010). Between Universal Feminism and Particular Nationalism: politics, religion and gender (in)equality in Israel. *Third World Quarterly*, *31*, 905–920.
- Hardesty, M., Black, T. (1999). Mothering through addiction: a survival strategy among Puerto Rican addicts. *Qualitative Health Research*, *9*, 602–619.
- Holdsworth, L., Hing, N., & Breen, H. (2012). Exploring women's problem gambling: a review of the literature. *International Gambling Studies*, *12*, 199–213.
- Juhila, K. (2004). Talking back to stigmatize identities: negotiation of culturally dominant categorization in interviews with shelter residents. *Qualitative Social Work*, *3*, 259–275.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1991). When lady luck loses: women and compulsive gambling. In N. Van Den Bergh (Ed.), *Feminist perspectives on addiction* (pp. 181–197).

- New York, NY: Springer Publishing. Li, J. (2007). Women's way of gambling and gender specific research. *Sociological Inquiry*, 77, 623–636.
- Litzke, C. H. (2004). Social constructions of motherhood and mothers on drugs: implications for treatment, policy, and practice. *Journal of Feminist Family Therapy*, 16, 43–59.
- Mark, M. E., & Lesieur, H. R. (1992). A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction*, 87, 549–565.
- Presser, L. (2004). Violent offenders, moral selves: constructing identities and accounts in the research interview. *Social Problems*, 51, 82–101.
- Reilly, C., & Smith, N. (2013). The evolving definition of pathological gambling in the DSM-5. National Center for Responsible Gambling. Retrieved from: [www.ncrg.org/sites/default/files/uploads/docs/white\\_papers/ncrg\\_wpdsm5\\_may2013.pdf](http://www.ncrg.org/sites/default/files/uploads/docs/white_papers/ncrg_wpdsm5_may2013.pdf)
- Raylu, N., & Oei, T. P. (2004). Role of culture in gambling and problem gambling. *Clinical Psychology Review*, 23, 1087–1114.
- Rich, A. (1976). *Of women born: motherhood as experience and institution*. New York: Norton.
- Schluter, P., Bellringer, M., & Abbott, M. (2007). Maternal gambling associated with families' food, shelter, and safety needs: Findings from the Pacific Islands families study. *Journal of Gambling Issues*, 19, 87–90.
- Schull, N. D. (2002). *Escape mechanism: women, caretaking, and compulsive machine gambling*. Berkeley, California: Center for Working Families, University of California.
- Scott, M. B., & Lyman, S. M. (1968). Accounts. *American Sociological Review*, 33, 46–62.
- Serpe, R. T., & Stryker, S. (2011). The symbolic interactionist perspective and identity theory. In S. J. Schwartz et al (Eds.). *Handbook of identity theory and research* (pp. 225–248). New York: Springer.
- Sinai-Glazer, H. (2015). Who else in the room? The good mother myth in the social worker-mother client encounter. *Social Policy and Society*, advance online: doi: 10.1017/s147474641500038x
- Stryker, S. (2007). Identity theory and personality theory: mutual relevance. *Journal of Personality*, 75, 1083–1102.
- Svetieva, M., & Walker, M. (2008). Inconsistency between concept and measurement: the Canadian Problem Gambling Index (CPGI). *Journal of Gambling Issues*, 22, 157–173.
- Virokannas, E. (2011). Identity categorization of motherhood in the context of drug abuse and child welfare services. *Qualitative Social Work*, 10, 329–345.
- Volberg, R. (2003). Has there been a “feminization” of gambling and problem gambling in the United States? *E-Journal of Gambling Studies*, 8.
- Wenzel, H. G., & Dahl, A. A. (2009). Female pathological gamblers – a critical review of the clinical findings. *Journal of Mental Health Addiction*, 7, 190–202.
- Widdicombe, S. (1998). Identities as an analysts' and a participants' resource. In C. Antaki & S. Widdicombe (Eds). *Identities in talk* (pp. 191–206). London: Sage Publications.
- Wooffitt, R., & Widdicombe, S. (2006). Interaction in interviews. In G. R. P. Drew, & D. Weinberg (Eds). *Talk and interaction in social research methods* (pp. 28–49). London: Sage Publications.

## UNA RASSEGNA DELLA LETTERATURA

### Problemi di gioco d'azzardo nella popolazione femminile di Hong Kong

*Artemis Leung*

#### **Introduzione**

Il gioco d'azzardo è spesso considerato uno degli aspetti importanti della cultura cinese. La storia del gioco d'azzardo in Cina può essere fatta risalire al 2000 a.C., cioè al periodo delle dinastie Xia (2000–1500 a.C.) e Shang (1700–1027 a.C.) (Ge, 2004, Lam, 2004). Il gioco d'azzardo è espresso come una forma di gioco sociale e di intrattenimento accettabile nella nostra cultura (Price, 1972). È considerato un emblema di allegria, fortuna e prosperità. Così il gioco d'azzardo si verifica in qualsiasi incontro sociale come riunioni di compleanno, banchetti di nozze e festività natalizie con amici, familiari e colleghi. Il gioco d'azzardo era considerato una parte normale delle attività sociali. Non c'era alcuno stigma associato al gambling (Ohtsuka & Chan, 2014).

#### **Storia del gioco d'azzardo a Hong Kong**

Il gioco d'azzardo ha una lunga storia ad Hong Kong. Oltre a 66 sale mahjong con licenza, l'Hong Kong Jockey Club (HKJC) è l'unico fornitore di servizi di gioco legalizzato a Hong Kong e ha iniziato con le corse di cavalli nel 1841.

Per combattere l'azzardo sempre più dilagante su lotterie illegali ("zi-hua") e bookmaking, l'Hong Kong Jockey Club, nel 1975 e nel 2003, lanciò i servizi regolamentati di lotterie Mark Six e quelli di scommesse sul calcio (HKJC, 2016). Nel 2013-2014, il club ha generato 19,58 miliardi di HKD in accise sulle scommesse e tasse, equivalenti all'8% di tutte le tasse raccolte dall'Inland Revenue Department. Il margine netto per il Governo su corse di cavalli, scommesse sul calcio e lotteria Mark Six dopo il pagamento dei dividendi ai clienti e delle scommesse, è stato di 9,78 miliardi di dollari HKD (HKJC, 2014). D'altra parte, il gioco d'azzardo illegale è comunemente offerto da bookmaker locali non regolamentati e operatori offshore che, secondo stime prudenti, ammontano ad almeno HKD 80 miliardi (HKSAR LEGCO, 2001).

Essendo geograficamente vicina ad Hong Kong, Macao è una delle destinazioni turistiche più popolari in Asia. È conosciuta in tutto il mondo come "Las Vegas in Asia". Per i visitatori sono previste diverse strutture per il tempo libero e il gioco nei casinò. I clienti di Hong Kong sono uno dei principali obiettivi dei 'junket operator' (n.d.t.: responsabili) dei casinò di Macao. L'attuale stima mostra che gli abitanti di Hong Kong hanno perso circa 26 miliardi di HK\$ a Macao nel 2010 (HKJC, 2011). Il che supera notevolmente l'ammontare delle entrate lorde combinate dell'HKJC per corse di cavalli, calcio e lotteria Mark Six. D'altra parte, c'è una tendenza crescente dei cittadini di Hong Kong a parteci-

pare ad attività di gioco d'azzardo sulle navi da crociera dei casinò (Zion YLH, 2009) e in parchi giochi per famiglie (Zion YLH, 2007a).

Come misura precauzionale e correttiva per affrontare i problemi legati al gioco d'azzardo, il governo di Hong Kong ha istituito nel 2003 il Fondo Ping Wo. Il fondo ha accettato donazioni dalla popolazione e 15 milioni di HKD annui dall'Hong Kong Jockey Club a partire dal 2008 (Fondo Ping Wo , 2015). Ai giocatori problematici e patologici di Hong Kong vengono forniti consulenza e cure, nonché altri servizi di supporto. Quattro centri dedicati a consulenza e trattamento per giocatori d'azzardo problematici e patologici, finanziati dal Fondo Ping Wo, sono gestiti da Zion Social Service Yuk Lai Hin Counseling, Caritas Addicted Gamblers Counseling Center, Tung Wah Group of Hospitals EVEN Center e Hong Kong Lutheran Social Service Sunshine Lutheran Center rispettivamente dal 2002, 2003, 2007 e 2010. Questi quattro centri forniscono servizi di consulenza e trattamento specialistico per giocatori d'azzardo patologici e problematici e loro familiari. I quattro centri contribuiscono anche allo sviluppo di servizi di supporto e screening dei giocatori problematici e patologici ad Hong Kong. Gli stessi raccolgono dati e statistiche per migliorare la comprensione dei comportamenti e dei fattori di rischio del gioco d'azzardo problematico e patologico. Inoltre, alcune organizzazioni indipendenti realizzano incontri di Gamblers Anonymous per i giocatori d'azzardo a Hong Kong (Ping Wo Fund, 2015).

Una ricerca focalizzata sul genere ha rivelato che ci sono differenze evidenti tra giocatori patologici maschi e femmine in termini di preferenze di gioco (Hong & Chiu, 1988; Hraba & Lee, 1996; Potenza et al., 2001; Grant & Kim, 2002; Dow-Schull , 2002), motivazioni al gioco d'azzardo (Burger, Dahlgren & MacDonald, 2006; Trevorrow & Moore, 1998; Davis e Avery, 2004), salute mentale (Ibanez et al., 2001; Thomas & Moore, 2003), progressione (Tavares, Zilberman, Beites & Gentil, 2001; Tavares et al., 2003) e partecipazione al trattamento di consulenza (Schull & Woolcock, 2005).

Studi precedenti hanno dimostrato che la progressione del gioco d'azzardo patologico è più rapida nel genere femminile ed è nota come fenomeno telescopico (Tavares et al., 2001). Tuttavia, il gioco d'azzardo patologico è sempre un problema di fondo nella società cinese. Questo fenomeno può essere spiegato bene dal punto di vista di Blaszczynski et al. (1998, p.363). Egli ha affermato che è probabile che il gioco d'azzardo patologico nella comunità cinese rimarrà nascosto e/o sottostimato per i seguenti motivi: 1) occultamento dei problemi a causa dello stigma associato alla malattia mentale (Lin, Kleinman & Lin, 1980); 2) paura di perdere la faccia in pubblico (Lewis-Fernandez e Kleinman, 1994); 3) dipendenza significativa dal sostegno e dalla gestione familiare piuttosto che ricorrere alla consulenza di organizzazioni professionali (Tseng et al., 1995); e 4) tendenza a usare il controllo personale per superare il comportamento compulsivo (Luk & Bond, 1992).



Ci sono stati pochi tentativi di studiare le giocatrici problematiche a Hong Kong. La maggior parte della ricerca locale e dei gruppi di aiuto si concentra su uomini in cerca di aiuto. Pertanto, questo studio mira a colmare il vuoto di ricerca esaminando il gioco d'azzardo patologico femminile in quest'area negli ultimi decenni.

### **Prevalenza e studi demografici**

Due università, l'Università di Hong Kong e l'Università Politecnica di Hong Kong, insieme al Segretario per gli Affari Interni del Governo, rispettivamente nel 2001, 2005, 2008 e 2011, hanno condotto quattro studi su larga scala sulla partecipazione della propria popolazione alle attività di gioco d'azzardo. Hanno sottolineato l'esplorazione dei fattori di rischio del gioco d'azzardo patologico e problematico, la consapevolezza e le percezioni del pubblico del Fondo Ping Wo, i centri di consulenza e trattamento e i loro sforzi correlati, e la prevalenza generale e le tendenze del gioco d'azzardo nella popolazione generale a Hong Kong. I risultati hanno mostrato che circa il 62% dei 2.024 intervistati ha preso parte ad attività di gioco d'azzardo, un calo significativo rispetto agli studi precedenti. Le attività di gioco d'azzardo più popolari tra gli abitanti di Hong Kong erano la Mark Six Lottery (56,0%), il gioco d'azzardo sociale, (33,0%), le corse di cavalli (12,9%), i casinò di Macao (11,9%) e le scommesse sul calcio (6,6%). L'1,9% degli intervistati è stato classificato come probabile giocatore d'azzardo patologico secondo il DSM-V, mentre l'1,4% degli intervistati è stato classificato come probabile giocatore problematico.

Il Rehabilitation Center for Problem Gamblers of Industrial Evangelistic Fellowship (IEF) ha condotto un'indagine statistica sulle donne che giocano d'azzardo in modo problematico. Vi hanno preso parte 356 donne in tre distretti di Hong Kong (2005). Il risultato ha indicato che il 56% delle intervistate aveva un'età compresa tra i 40 ei 59 anni e il 35% delle intervistate aveva giocato d'azzardo nell'ultima settimana. L'1,4% delle partecipanti era classificato come probabile giocatrice patologica mentre l'8,43% delle partecipanti era classificato come giocatrice problematica. In questo studio, è stata identificata una percentuale significativamente più alta di giocatori problematici rispetto allo studio sulla prevalenza condotto dalla Hong Kong Polytechnic University nel 2011 in cui la questione della differenza di genere non era stata discussa. Tuttavia, queste differenze potrebbero essere dovute ai limiti della metodologia.

Il rapporto della Caritas Addicted Gambling Counseling Center nel 2003-2006 ha esplorato una dettagliata connotazione demografica delle donne in cerca di aiuto. Il rapporto indicava alcune delle caratteristiche comuni delle giocatrici problematiche locali: tendevano ad avere un rendimento scolastico basso, con un'età compresa tra i 30 ei 59 anni, single, vedove, conviventi e lavoravano come casalinghe o nelle industrie di servizi, con redditi bassi, in Hong Kong (CAGCC, 2006).

## **Preferenze di genere nel gioco d'azzardo, fattori di rischio e sviluppo dei percorsi di gioco**

Secondo la letteratura, ci sono differenze di genere nelle preferenze di gioco d'azzardo in cui la ricerca del brivido è la motivazione per i maschi mentre le femmine preferiscono i giochi d'azzardo che permettono una dissociazione, per far fronte a stati d'animo disforici come depressione, ansia o solitudine (Dow-Schull, 2002). Diversi studi locali hanno scoperto che la maggior parte delle giocatrici d'azzardo di Hong Kong preferiscono attività di gioco d'azzardo non strategiche che implicano poco o nessun processo decisionale o abilità, come i dispositivi di gioco elettronici e la Mark Six Lottery (The Rehabilitation Center for Problem Gamblers of Industrial Evangelistic Fellowship, 2005; Zion YLH, 2009; HK Polytechnic University, 2012; Chan, 2015). Il gioco d'azzardo sociale e di gruppo come il mahjong, il gioco d'azzardo nei casinò di Macao o il gioco d'azzardo nelle crociere dei casinò, sono attività di gioco d'azzardo comuni tra le giocatrici locali (Zion YLH, 2007b; HK Polytechnic University, 2011). Nell'indagine sul significato del gioco d'azzardo tra le giocatrici di Hong Kong c'è un consenso crescente sull'opinione che il gioco d'azzardo offra un'opportunità per sfogare sentimenti negativi come la noia, spiacevoli esperienze personali e solitudine (The Rehabilitation Center for Problem Gamblers of Industrial Evangelistic Fellowship, 2005; CAGCC, 2011). Il gioco d'azzardo può anche essere un modo per adattarsi alla sindrome del nido vuoto tra le casalinghe anziane di Hong Kong (CAGCC, 2011). Il gioco d'azzardo può svolgere una funzione sociale nella cultura cinese. Ohtsuka e Chan (2014) hanno indicato che il gioco d'azzardo sociale tra le donne anziane adulte locali ha una funzione di socializzazione, poiché il gioco d'azzardo funge da "attività di gruppo" che riunisce gli amici. Ciò è in accordo con il suggerimento di Wiebe et al. (2001) che le donne preferivano le attività di gioco d'azzardo perché promuovevano la connessione e l'intimità. Ohtsuka e Chan hanno suggerito che il gioco d'azzardo fornisce alle giocatrici problematiche "un'oasi e una zona di comfort, in cui possono trovare pace e conforto lontano dalle loro vite frenetiche" (Ohtsuka & Chan, 2014). Chan e Ohtsuka (2011) hanno validato i modelli di percorso evolutivo di Blaszczyński e Nower (2002) e hanno riassunto i risultati di 11 studi qualitativi su piccola scala intrapresi da Chan e dal suo gruppo di ricerca sul gioco d'azzardo problematico ad Hong Kong e Macao. Questo studio di meta-analisi ha analizzato i fattori culturali che contribuiscono al gioco d'azzardo problematico a Hong Kong e Macao e i modelli di Blaszczyński e Nower sono stati convalidati in questa ricerca. Lo stesso ha interpretato e identificato i percorsi evolutivi di tutti i giocatori problematici, e che la maggior parte delle donne potrebbero essere classificate come giocatrici problematiche condizionate nel comportamento e giocatrici emotivamente vulnerabili. Tuttavia, Chan ha sostenuto che alcuni nuovi fattori dovrebbero essere inclusi per migliorare il modello: 1) maggiore è il tempo speso per il gioco, più compromesso sarà il controllo del gioco; 2) l'influenza sub-culturale può plasmare i comportamenti di gioco (Chan e Ohtsuka, 2011).

## **Stato di salute**

Nel rapporto offerto da The Rehabilitation Center for Problem Gamblers of Industrial Evangelistic Fellowship (2005) è stato dimostrato che il 62,3% delle donne in cerca di aiuto ha avuto ideazioni suicidarie rispetto al 44,3% dei maschi in cerca di aiuto. Nello studio IEF è stata riscontrata anche una percentuale più alta di disturbi dell'umore, insonnia e paura tra le donne affette da gioco d'azzardo problematico. Il consumo di alcol non è risultato significativo nelle giocatrici problematiche all'interno dei tre modelli di percorso evolutivo (Chan e Ohtsuka, 2011)

## **La ricerca di aiuto e gli ostacoli incontrati dalle donne**

Gli studi precedenti condotti dal governo di Hong Kong hanno dimostrato che metà degli intervistati non è riluttante a farsi curare. Nel sondaggio, oltre il 60% degli intervistati ha indicato che avrebbe chiesto aiuto ai centri di consulenza e cura per sé e per la propria famiglia in caso di necessità. Tuttavia, solo il 36% circa dei possibili giocatori d'azzardo era pronto a farlo (Hong Kong Polytechnic University, 2012).

Nel frattempo, sebbene il rapporto abbia rivelato che il gruppo che "avrebbe cercato aiuto" era composto principalmente da donne, solo circa il 10-15% dei richiedenti aiuto nei centri di consulenza e trattamento locali erano donne (CAGCC, 2017; Tung Wah Even Center, 2017). L'incongruenza di questi risultati può implicare che le donne cinesi esitino a fare richiesta di cura.

Nella sua tesi di laurea, Cheng (2006) ha esplorato il gioco d'azzardo patologico e le esperienze di ricerca di cura delle giocatrici patologiche cinesi a Hong Kong. Le giocatrici patologiche locali hanno condiviso caratteristiche comuni che di solito implicavano una ridotta motivazione a cercare aiuto nella fase iniziale. Tuttavia, la maggior parte di coloro che hanno cercato aiuto, ha trovato i programmi di riabilitazione utili per sé, dopo essersi impegnate per un periodo di tempo più lungo. Le partecipanti hanno condiviso che c'erano alcuni fattori, come l'operatività del servizio di consulenza e le conseguenze del sentirsi etichettate che impedivano loro di cercare aiuto. Le esperienze positive nei programmi di riabilitazione, come l'interazione positiva tra pari, il miglioramento della salute psicologica, i professionisti supportivi, il miglioramento del sostegno sociale e il cambiamento cognitivo positivo, sembravano incoraggiarle a mantenere l'astinenza dal gioco d'azzardo problematico (Cheng, 2006).

Negli ultimi anni sono apparse diverse pubblicazioni che si sono concentrate sulle influenze culturali sul gioco d'azzardo (Cheng, 2006; Lam, 2007; Chan & Ohtsuka, 2009). Ad esempio, Chan e Ohtsuka (2009) hanno sostenuto che la caratterizzazione delle donne giocatrici nei film di Hong Kong riflette gli stereotipi femminili cinesi tradizionali, in cui i giocatori d'azzardo ritratti nei film sono descritti come eroi mentre le giocatrici d'azzardo sono spesso delineate in modo negativo. Gli autori hanno enfatizzato questo pregiudizio che appartiene agli stereotipi culturali generali in cui le "brave" donne non dovrebbero giocare

d'azzardo. Nella società cinese ci si aspetta che le donne siano addette alla cura e responsabili dei doveri familiari. Pertanto, Ohtsuka e Chan hanno affermato che "le donne cinesi che giocano d'azzardo, anche se il gioco è il mahjong - un gioco d'azzardo di basso profilo giocato in casa - sono ritratte in una luce negativa, come casalinghe 'disperate' che giocano a mahjong quando i loro mariti non sono presenti "(Chan & Ohtsuka, 2009).

### **Limitazioni**

Lo scopo di questa revisione della letteratura era di indagare i problemi di gioco d'azzardo tra le donne di Hong Kong nell'ultimo decennio. Poiché la revisione ha riguardato solo gli ultimi risultati delle ricerche in quest'area, potrebbe non essere una revisione sistematica completa di tutta la letteratura su questo argomento. In alcuni studi erano presenti dimensioni del campione relativamente limitate, quindi la ricerca potrebbe non essere rappresentativa di una popolazione più ampia. Ulteriori studi specifici sulle donne e il gioco d'azzardo, come comportamenti precoci di ricerca d'aiuto, illusione di controllo, benessere, disturbi dell'umore e il ruolo della cultura nella consulenza, aiuteranno a prevenire il gioco d'azzardo problematico nelle donne o a ridurre i danni legati al gioco.

### **Conclusione**

Per concludere, i problemi di gioco d'azzardo patologico tra le donne cinesi rimangono sempre nascosti e sottostimati nella nostra società. Sebbene i ricercatori di Hong Kong abbiano attivamente studiato lo sviluppo del gioco d'azzardo patologico, sono stati trovati pochi studi specifici di genere in quest'area. Ulteriori ricerche incentrate sulla relazione tra gioco d'azzardo problematico e genere aiuterebbero a promuovere programmi più efficienti di prevenzione e trattamento.

### **Ringraziamenti**

Innanzitutto, vorrei esprimere la mia sincera gratitudine al mio consulente, il dottor Chi-Chuen Chan, per la sua pazienza, motivazione e immensa conoscenza. La sua guida mi ha aiutato per tutto il tempo della ricerca e della scrittura di questo capitolo. In secondo luogo, sono grata alle organizzazioni partner, al Comitato Consultivo del Fondo HKSAR Ping Wo e al Centro di Riabilitazione per i giocatori problematici della Fellowship Evangelistica Industriale (IEF). Questo studio non sarebbe stato possibile senza il loro supporto. Infine, vorrei ringraziare gli autori che ci hanno invitato a contribuire a questo libro.

## Bibliografia

- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487–499.
- Blaszczynski, A., Huynh, S., Dumlao, V.J., & Farrell, E. (1998). Problem gambling within a Chinese speaking community. *Journal of Gambling Studies*, 14(4), 359–380.
- Burger, T., Dahlgren, D., & MacDonald, C. (2006). College students and gambling: An examination of gender differences and motivation for participation. *College Student Journal*, 40(3), 704–714.
- Caritas Addicted Gambling Counselling Center (CAGCC) (2006). *Case Statistic: Gender Differences*. Hong Kong.
- Caritas Addicted Gambling Counselling Center (CAGCC) (2011). *Housewives Go Crazy: A study of 154 Problem Gambling Housewives*. Hong Kong.
- Caritas Addicted Gamblers Counselling Center (CAGCC) (2017). *Profile of Service Gambler Users: 15/1/2003 to 28/2/2017*. Retrieved from [www.gamblercaritas.org.hk/en/index.php?route=share/detail&share\\_category\\_id=21&share\\_id=24](http://www.gamblercaritas.org.hk/en/index.php?route=share/detail&share_category_id=21&share_id=24)
- Chan, C.C. (2015). *Gambling Psychology*. Macau Cartis. Macau.
- Chan C.C., & Ohtsuka, K. (2009). Desperate housewives: An analysis of the characterisations of female gamblers portrayed in gambling movies in Hong Kong. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 229–238.
- Chan, C.C., & Ohtsuka, K. (2011). Pathways To Development of Problem Gambling Among Chinese Gamblers In Hong Kong: Validation Of The Blaszczynski and Nower (2002) Model. *The Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, 2, 17–28.
- Cheng, W.K. (2006). *From Pathological Gambling to Help Seeking: Cases of Female Pathological Gamblers in Hong Kong* (Unpublished Master Thesis). Hong Kong: The University of Hong Kong.
- Clarke, D., Abbott, M., Tse, S., Townsend, S., Kingi, P., & Manaia, W. (2006). Gender, age, ethnic and occupational associations with pathological gambling in a New Zealand urban sample. *New Zealand Journal of Psychology*, 35(2), 84–91.
- Clarke, D., Tse, S., Abbott, M., Townsend, S., Kingi, P., & Manaia, W. (2006). Key indicators of the transition from social to problem gambling. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4(3), 247–264.
- Davis, D. R., & Avery, L. (2004). Women who have taken their lives back from compulsive gambling: Results from an online survey. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 4(1), 61–80.
- Delfabbro, P. (2000). Gender differences in Australian gambling: A critical summary of sociological and psychological research. *Australian Journal of Social Issues*, 35(2), 145–158.
- 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.
- Ge, C.Y. (2004). *Gambling – A Journey Through Time*. Taipei, Taiwan: Far Reaching.
- Grant, J., & Kim, S. (2002). Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 56–62.
- Grant, J.E., & Kim, S. W. (2004). Gender difference. In J.E. Grant & N. Potenza (Eds), *Pathological Gambling: A Clinical Guide to Treatment* (pp. 97–109). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- HKSAR Legislative Council (2001) *Illegal and Offshore Gambling: The Threat to Hong Kong*.
- Hong, Y., & Chiu, C. (1988). Sex, locus of control, and illusion of control in Hong Kong as correlates of gambling involvement. *The Journal of Social Psychology*, 128(5), 667–674.
- Hong Kong Jockey Club (2004). *Illegal and Offshore Gambling: The Threat to Hong Kong. Amendment of the Gambling Ordinance: A Position Paper*. Retrieved from <http://www.legco.gov.hk/yr00-01/english/bc/bc56/papers/1524e02.pdf>
- Hong Kong Jockey Club (2011). *Club's direct return to Hong Kong in 2010/11 reaches nearly HK\$18*

- billion. Retrieved from [http://www.hkjc.com/english/corporate/racing\\_news\\_item.asp?in\\_file=/english/news/2011-09/news\\_2011090701931.html](http://www.hkjc.com/english/corporate/racing_news_item.asp?in_file=/english/news/2011-09/news_2011090701931.html)
- Hong Kong Jockey Club (2014). *2013–2014 Annual Report*. Retrieved from <http://corporate.hkjc.com/corporate/operation/english/annual-13-14.aspx>
- Hong Kong Jockey Club (2016). *History of Hong Kong Jockey Club*. Retrieved from <http://corporate.hkjc.com/corporate/history/english/index.aspx>
- Hong Kong Polytechnic University (2001). *A Study on HK Peoples' Participation in Gambling Activities*. HK: HHSAR, HAB.
- Hong Kong Polytechnic University (2002). *Report on a Study of Hong Kong People's Participation in Gambling Activities*. Author. Retrieved from [http://www.hab.gov.hk/file\\_manager/en/documents/whats\\_new/gambling/report-eng.pdf](http://www.hab.gov.hk/file_manager/en/documents/whats_new/gambling/report-eng.pdf)
- Hong Kong Polytechnic University (2008). *Evaluation Study on the Impacts of Gambling Liberalization in Nearby Cities on Hong Kong Peoples' Participation in Gambling Activities and Development of Counselling and Treatment Services for Problem Gamblers*. Hong Kong: HKSAR, HAB.
- Hong Kong Polytechnic University (2012). *The Study on Hong Kong People's Participation in Gambling Activities*. Retrieved from [http://www.hab.gov.hk/file\\_manager/en/documents/policy\\_responsibilities/others/gambling\\_report\\_2011.pdf](http://www.hab.gov.hk/file_manager/en/documents/policy_responsibilities/others/gambling_report_2011.pdf)
- Hraba, J., & Lee, G. (1996). Gender, gambling and problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 83–101.
- Hui, H.K., Chan C.Y., Cheung, K., Hui, M., & Chan, C. C. (2012). *Superstitious Beliefs Among Mahjong Players in Hong Kong*. Paper presented at the 4th International Gambling Conference, Auckland, New Zealand.
- Ibanez, A., Blanco, C., & Donahue, E. (2001). Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1733–1735.
- Lam, D. (2007). An Exploratory Study Of Gambling Motivations And Their Impact On Purchase Frequencies Of Various Gambling Product. *Psychology And Marketing*, 24(9), 815–827. doi:10.1002/mar.20185
- Lam, Y.P. (2004). *Outline of Chinese Gambling History*. Retrieved April 13, 2005, from [www.gongfa.com/duboshi.doc](http://www.gongfa.com/duboshi.doc)
- Leung, A.W., Yick, S.C, Khiatani, P., & Chan, C.C. (2014). *Adventure In Paradise: A Qualitative Study On Technological Addiction Among Housewives in Hong Kong*. Paper presented at the 10th European Association for the Study of Gambling, Helsinki, Finland.
- Lewis-Fernandez, R., & Kleinmann, A. (1994). Culture, personality, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 67–71.
- Lin, K.M., Kleinman, A., & Lin, T.Y. (1980). Overview of mental disorders in Chinese cultures: Review of epidemiological and clinical studies. In A. Kleinman, & T.Y. Lin (Eds), *Normal and Abnormal Behavior in Chinese Culture* (pp. 237–272). Dordrecht, The Netherlands: D. Reidel.
- Loo, J., Raylu, N., & Oei, T. (n.d.). Gambling among the Chinese: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 1152–1166.
- Luk, C. L., & Bond, M. H. (1992). Chinese lay beliefs about the causes and cures of psychological problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 140–157.
- Mok, Y. L and Poon C.Y. (2008). *Transformed to See the Morning Sun – Hope and Way Out for Problem Gamblers*. The Rehabilitation Centre for Problem Gamblers of Industrial Evangelistic Fellowship.
- Moore, S., Thomas, A., Kalé, S., Spence, M., Zlatevska, N., Staiger, P., ... Kyrios, M. (2012). Problem gambling among international and domestic university students in Australia: Who is at

risk? *Journal of Gambling Studies*, 217–230.

O'Malley, S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 1500–1505.

Ohtsuka, K., & Chan, C. (2014). Senior gambling in Hong Kong: Through the lenses of Chinese senior gamblers – an exploratory study. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*.

Ohtsuka, K., & Ohtsuka, T. (2010). Vietnamese Australian gamblers' views on luck and winning: Universal versus culture-specific schemas. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, 1, 34–46.

Ping Wo Fund. (2015). *Introduction*. Retrieved January 3, 2015, from [http://www.hab.gov.hk/en/policy\\_responsibilities/District\\_Community\\_and\\_Public\\_Relations/gambling.htm](http://www.hab.gov.hk/en/policy_responsibilities/District_Community_and_Public_Relations/gambling.htm)

Price, J.A. (1972). Gambling in traditional Asia. *Anthropologica* (N.S.), 14(2), 157–180.

Potenza, M., Steinberg, M., Mclaughlin, S., Wu, R., Rounsaville, B., & O'Malley, S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 1500–1505.

Scull, S., & Woolcock, G. (2005). Problem gambling in non-English speaking background communities in Queensland, Australia: A qualitative exploration. *International Gambling Studies*, 5(1), 29–44. doi: 10.1080/14459790500097939

Tavares, H., Zilberman, M.L., Beites, F.J., & Gentil, V. (2001). Brief communications: Gender differences in gambling progression. *Journal of Gambling Studies*, 17(2), 151–159.

Tavares, H., Martins, S.S., Lobo, D.S.S., Silveira, C.M., Gentil, V., & Hodgins, D.C. (2003). Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: An exploratory analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(4), 433–438.

The Rehabilitation Centre for Problem Gamblers of Industrial Evangelistic Fellowship (2005). *Lightening the Life of Female Problem Gamblers: The Hope and Way Out of the Female Problem Gamblers*. Hong Kong: Author.

Thomas, A., & Moore, S. (2003). The interactive effects of avoidance coping and dysphoric mood on problem gambling for female and male gamblers. *Electronic Journal of Gambling Issues: egambling*, 8. Retrieved from [www.camh.net/egambling/issue8/](http://www.camh.net/egambling/issue8/)

Trevorrow, K., and Moore, S. (1998). The Association Between Loneliness, Social Isolation and Women's Electronic Gaming Machine Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 14(3), 263–284.

Tseng, W., Lin, T., & Yeh, E. (Eds). (1995). *Chinese Societies and Mental Health*. Hong Kong: Oxford University Press. Tung Wah Even Centre. (2017). *Case Statistics (1-10-2003 to 28-2-2017)*. Retrieved from <http://eventcentre.tungwahcsd.org/images/0217.pdf>

University of Hong Kong (2005a). *A Study on HK Peoples' Participation in Gambling Activities*. HK: HKSAR, HAB. University of Hong Kong (2005b). *Report on a Study of Hong Kong People's Participation in Gambling Activities*. Author. Retrieved from [http://www.hab.gov.hk/file\\_manager/en/documents/whats\\_new/gambling/KeyStat\\_200514\\_e.pdf](http://www.hab.gov.hk/file_manager/en/documents/whats_new/gambling/KeyStat_200514_e.pdf)

Wiebe, J., Single, E., & Falkowski-Ham, A. (2001). Measuring problem gambling in Ontario. Retrieved January 24, 2006, from Canadian Centre on Substance Abuse Responsible Gambling Council (Ontario) website: [http://www.responsiblegambling.org/articles/CPGI\\_report-Dec4.pdf#search=Measuring%20problem%20gambling%20in%20Ontario](http://www.responsiblegambling.org/articles/CPGI_report-Dec4.pdf#search=Measuring%20problem%20gambling%20in%20Ontario)

Zion Social Service Yuk Lai Hin Counselling Centre. (2007a). *A Study of Hong Kong Women Participating Amusement with Prizes in Family Amusement Centres*. Hong Kong.

Zion Social Service Yuk Lai Hin Counselling Centre. (2007b). *Xiang gang fu nu can yu you jiang yu le zhong xin yan jiu bao gao* [Research Report of Hong Kong Women Participating Gambling Activities in Amusements With Prizes]. Retrieved from [www.ylh.org.hk/site/UserFiles/burhea/image/overview/report/report\\_200704.pdf](http://www.ylh.org.hk/site/UserFiles/burhea/image/overview/report/report_200704.pdf)

Zion Social Service Yuk Lai Hin Counselling Centre. (2009). *An Observation Study of Hong Kong Women Gambling in Casino Cruises*. Hong Kong.





Parte 4

*Europa*



## FATTORI CHE INFLUENZANO IL COMPORTAMENTO DI RICERCA DEL TRATTAMENTO NELLE GIOCATRICI PATOLOGICHE

Un confronto tra i centri di trattamento in Austria e Germania

*Laura Brandt e Andrea Wöhr*

### **Introduzione**

Mentre il gioco d'azzardo patologico (GAP) è il disturbo da dipendenza non correlato a sostanze più ampiamente studiato e l'unico incluso come diagnosi nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM; incluso dal 1980; Codice: 312.31) e nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD; incluso dal 1991; Code: F63.0), mancano studi focalizzati sulle caratteristiche specifiche di genere e sui bisogni dei giocatori problematici e patologici. Storicamente, il GAP è stato visto come un disturbo prettamente maschile e lo sviluppo e la progressione del GAP sono stati studiati prevalentemente o esclusivamente in soggetti maschi (Mark & Lesieur, 1992), portando a un divario di conoscenza in relazione agli aspetti specifici della donna con gioco d'azzardo problematico e patologico. Apparentemente, si presumeva che i risultati ottenuti da studi incentrati sugli uomini si applicassero allo stesso modo alle giocatrici d'azzardo quanto ai giocatori (Mörsen, 2008). Tuttavia, ci sono una serie di differenze legate al genere, tra cui una considerevole sottorappresentazione delle donne giocatrici patologiche in trattamento - solo il 10-15% dei pazienti nei centri di trattamento del gioco d'azzardo sono donne (Slutske, 2006; Zanki & Fischer, 2010). Il presente capitolo cerca di identificare i fattori che possono influenzare il comportamento di ricerca di cura nelle donne giocatrici patologiche e trarne implicazioni su come le barriere al trattamento potrebbero essere ridotte. A tal fine, sono stati confrontati i dati delle strutture di trattamento austriache e tedesche e i risultati sono discussi sulla base delle conclusioni delle ricerche precedenti.

### **Differenze di genere nella prevalenza, sviluppo e corso del gioco problematico/patologico**

Per gran parte della popolazione generale il gioco d'azzardo è un'attività ricreativa, con circa il 42% della popolazione austriaca e il 40% della popolazione generale tedesca che partecipa a qualche forma di gioco d'azzardo in un dato anno (Kalke et al., 2011; Federal Center for Educazione alla salute, 2014). Tuttavia, una piccola percentuale di giocatori d'azzardo sviluppa problemi di gioco d'azzardo (che soddisfano 3-4 criteri DSM-IV) o GAP (che soddisfano  $\geq 5$  criteri DSM-IV), con una prevalenza stimata di GAP che va dallo 0,2% al 2,2% nei paesi industrializzati (Bondolfi, Jermann, Ferrero, Zullino e Osiek, 2008; Bondolfi, Osiek, e Ferrero, 2000; Bühringer, Kraus, Sonntag, Pfeiffer-Gerschel,

& Steiner, 2007; Petry, Stinson, & Grant, 2005; Volberg, Abbott, Ronnberg, & Munck, 2001; Welte, Barnes, Wiczorek, Tidwell e Parker, 2001).

In Germania, le indagini rappresentative della popolazione implementate dal Centro Federale per l'Educazione Sanitaria (BzGA) mostrano che il rapporto tra donne e uomini con GAP è 1: 4,3 (Centro Federale per l'Educazione Sanitaria, 2014); altri sondaggi riportano un rapporto di 1:6 (Meyer, Rumpf, Kreuzer, de Brito, Glorius e Jeske, 2011). Il rapporto corrispondente per l'Austria è stimato in 1:2,3 (Kalke, Buth, Rosenkranz, Schütze, Öchsler e Verthein, 2011). Tuttavia, questi risultati devono essere considerati con cautela, poiché l'indagine sulla popolazione di Kalke et al. (2011) includeva solo N = 6.298 individui. Pertanto, le informazioni sui giocatori problematici e patologici, rispettivamente, si basano su pochissimi soggetti (per il gioco problematico: N = 25; per gioco patologico: N = 44), e addirittura su un minor numero di soggetti di sesso femminile. Inoltre, l'indagine è stata condotta tramite telefono (rete fissa) e solo il 68% delle famiglie austriache dispone di una rete fissa, il che potrebbe aver determinato un notevole bias di selezione; questo è probabile anche considerando il basso tasso di risposta del 31%. Di conseguenza, non ci sono informazioni epidemiologiche affidabili e strutturate sulla prevalenza del gioco d'azzardo problematico e patologico disponibili per l'Austria (Zanki & Fischer, 2012). La tabella 7.1 mostra la partecipazione al gioco d'azzardo nella popolazione generale rispetto alla prevalenza GAP stimata per Austria e Germania. In particolare, mentre la differenza di genere nella partecipazione al gioco è piuttosto ridotta (11% per l'Austria e 9% per la Germania), questo divario diventa più netto per quanto riguarda le stime della prevalenza del GAP. Questi risultati sono in accordo con la ricerca sui disturbi da uso di sostanze (SUD), che riportano tassi di prevalenza e di dipendenza significativamente più alti nei maschi rispetto alle femmine (ad esempio, Lev-Ran, Le Strat, Imtiaz, Rehm e Le Foll, 2013).

TABELLA 7.1 Partecipazione al gioco d'azzardo e prevalenza del gioco d'azzardo patologico nella popolazione generale in Austria<sup>1</sup> e Germania<sup>2</sup>

	%	Austria <sup>1</sup>	Germania <sup>2</sup>
Partecipazione al gioco d'azzardo nella popolazione generale	Totale	42.0	40.2
	Donne	36.5	35.5
	Uomini	47.4	44.7
Prevalenza di gioco d'azzardo patologico	Totale	0.7	0.8
	Donne	0.4	0.3
	Uomini	0.9	1.3

<sup>1</sup> (Kalke, et al., 2011); <sup>2</sup> (Federal Centre for Health Education, 2014)

Per quanto riguarda lo sviluppo e il progredire dei problemi di gioco, è stato dimostrato che le donne passano più rapidamente dalla loro prima esperienza di gioco alla richiesta di cure, un fenomeno noto come effetto telescopico. È sta-

to dimostrato tra i giocatori d'azzardo patologici in cerca di cure che le donne sono notevolmente più anziane quando hanno la loro prima esperienza di gioco, mentre non vi è alcuna differenza tra donne e uomini per quanto riguarda l'età in cui richiedono un trattamento; cioè, una volta che iniziano a giocare, le donne mostrano una progressione accelerata dei problemi di gioco (Potenza, Steinberg, McLaughlin, Wu, Rounsaville, & O'Malley, 2001; Tavares, Zilberman, Beites e Gentil, 2001). Un modello simile è stato osservato per altri disturbi da dipendenza, ad es. da alcol (Randall, Roberts, Del Boca, Carroll, Connors e Mattson, 1999), dipendenza da oppioidi o cannabis (Hernandez-Avila, Rounsaville e Kranzler, 2004).

Per quanto riguarda il comportamento verso la ricerca di cure, una serie di studi suggerisce che le donne giocatrici patologiche sono sottorappresentate nei contesti di trattamento professionale e nei gruppi di auto-aiuto (Slutske, 2006; Zanki & Fischer, 2010), anche se i dati epidemiologici indicano che i problemi di gioco tra le donne sono aumentati negli ultimi anni (Desai & Potenza, 2008).

Secondo la Deutsche Suchthilfestatistik (statistica tedesca sul trattamento), il rapporto tra femmine e maschi in trattamento con diagnosi primaria di GAP è 1:7,6 (Brand, Steppan, Künzel e Braun, 2014). Sebbene non siano disponibili dati strutturati per la totalità degli istituti di cura in Austria, lo Spielsuchthilfe di Vienna, che è la più grande associazione ambulatoriale specializzata per il trattamento GAP in Austria, riporta un rapporto di 1:6,6 (Ambulante Behandlungseinrichtung Spielsuchthilfe, 2015).

### **Risultati pervenuti dai centri di trattamento in Austria e Germania**

Al fine di esaminare i motivi che possono impedire alle giocatrici d'azzardo di cercare aiuto, sono stati esaminati retrospettivamente i dati demografici e clinici dei giocatori problematici e patologici alla ricerca di trattamenti, provenienti dall'Austria (linea di assistenza telefonica dell'Università di medicina di Vienna; N = 179, 12,3% donne) e dei giocatori d'azzardo patologici della Germania ("Hamburger Basisdatendokumentation"; nonché la documentazione standardizzata dei centri di assistenza situati ad Amburgo; N = 599, 12,4% donne). A causa della diversità del materiale-dati, i risultati non sono facilmente confrontabili, né possono essere visti come rappresentativi di giocatori problematici e/o patologici; tuttavia, i risultati forniscono suggerimenti utili per smantellare le barriere terapeutiche per le giocatrici d'azzardo e per condurre ricerche future sugli aspetti di genere nel gioco d'azzardo.

La Gambling Helpline, gestita dalla Clinica per le dipendenze dell'Università di Medicina di Vienna, Austria, offre consulenza telefonica a giocatori d'azzardo problematici e patologici e ai loro familiari, il cui scopo è fornire un aiuto rapido, semplice e, se necessario, in anonimato. I dati degli utenti della helpline sono raccolti attraverso un colloquio standardizzato condotto da uno psico-

logo clinico per quanto riguarda le caratteristiche sociodemografiche e del gioco d'azzardo, nonché le comorbilità psichiatriche (Zanki & Fischer, 2010).

Per la Germania, i dati sui pazienti con GAP come diagnosi primaria sono forniti da Bado e.V., un'associazione che comprende diversi centri di assistenza della città stato di Amburgo e l'Autorità per la Salute e la Protezione dei Consumatori di Amburgo (Bado e.V., 2014).

### **Caratteristiche sociodemografiche dei giocatori in cerca di cure**

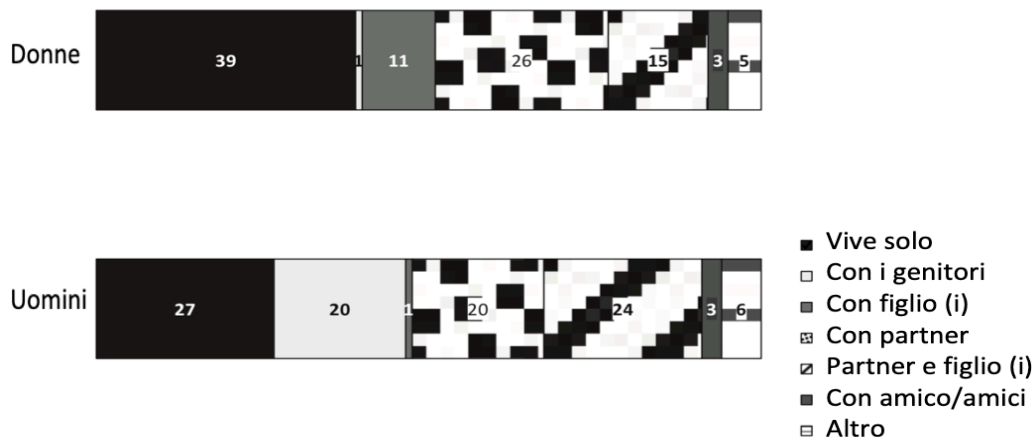
Le caratteristiche sociodemografiche sia per il campione tedesco che per quello austriaco sono illustrate nella Tabella 7.2.

TABELLA 7.2 Caratteristiche sociodemografiche dei campioni Austriaci e Tedeschi

	Austria (N=179)		Germania (N=599)	
	Donne (n=22)	Uomini (n=157)	Donne (n=74)	Uomini (n=524)
Età in anni, media	43.2	34.1	46.7	34.6
Stato relazioni, %				
In una relazione	46	57	47	59
divorziata	32	10	n/a	n/a
Single/vedova	22	33	n/a	n/a
Almeno 1 figlio, %	86	49	59	42
Condizione lavorativa, %				
Occupata	77	70	40	55
Studentessa/ tirocinante	-	-	5	16
Disoccupata	5	26	31	23
Pensionata	18	4	24	4
Altro	-	-	-	2

<sup>1</sup> (Bado e.V., 2014; Verthein, Neumann-Runde & Mertens, 2014)

FIGURA 7.1 Condizione abitativa dei giocatori d'azzardo in cerca di trattamento nel campione tedesco (N = 599; Bado e.V., 2014; Verthein, et al., 2014), in %



Entrambi i campioni hanno mostrato una percentuale uguale di donne in trattamento (12,3% all'interno del campione austriaco e 12,4% all'interno del campione tedesco), che è anche in accordo con la percentuale di giocatrici d'azzardo in cerca di cure riportata in letteratura (Slutske, 2006). Inoltre, le donne austriache e tedesche avevano entrambe circa dieci anni in più rispetto alla controparte maschile.

In entrambi i campioni, le donne avevano maggiori probabilità di avere figli e meno probabilità di avere una relazione rispetto agli uomini. Inoltre, i dati tedeschi dimostrano che le donne avevano maggiori probabilità di vivere da sole o da sole con i bambini (50% delle femmine contro il 28% dei maschi, vedi Figura 7.1). Ciò potrebbe suggerire un livello inferiore di sostegno da parte dei partner o dei parenti e l'isolamento sociale delle giocatrici, sebbene il sostegno sociale fosse assolutamente necessario. Oltre ad avere almeno un bambino da accudire, ciò può portare a un aumento della necessità/stress e a una situazione finanziaria più difficile per le donne giocatrici rispetto ai giocatori. In particolare, il 20% dei clienti maschi tedeschi viveva con i genitori, rispetto all'1% delle femmine.

Per quanto riguarda la condizione occupazionale, il campione austriaco e quello tedesco hanno mostrato risultati diversi (vedi tabella 7.2). Le donne che utilizzavano la helpline austriaca avevano una probabilità leggermente maggiore di essere impiegate rispetto ai maschi (77 contro 70%); nel campione tedesco la situazione si è ribaltata. Una spiegazione di questa differenza potrebbe essere la buona accettazione della linea di assistenza telefonica, soprattutto tra le donne occupate, grazie alla possibilità di rimanere anonime e all'accessibilità flessibile (ovvero, la linea di assistenza telefonica è raggiungibile dalle 8:00 alle 18:00) che porta a una migliore compatibilità con le responsabilità professionali, i vincoli familiari e i bisogni terapeutici. In entrambi i campioni, la percen-

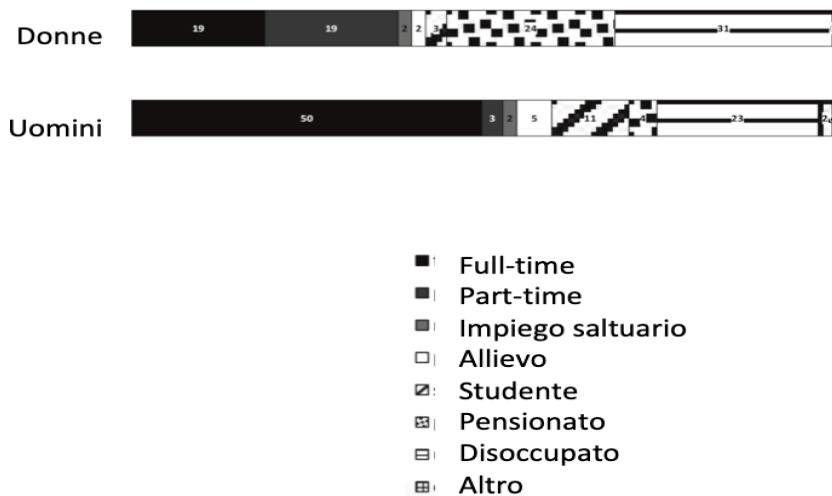
tuale di pensionati era più alta tra le donne rispetto ai maschi, il che può essere correlato all'età media più alta delle donne affette.

I dati tedeschi mostrano un'alta percentuale di donne impiegate in lavori part-time o rapporti di lavoro minori (21% delle donne contro il 5% dei maschi, vedi Figura 7.2). Questa cifra potrebbe indicare che le donne si trovano in una situazione finanziaria peggiore e/o hanno maggiori difficoltà a conciliare vita familiare e vita lavorativa.

### Caratteristiche del gioco d'azzardo

Studi precedenti che includevano soggetti sia maschi che femmine hanno identificato motivazioni specifiche di genere per il gioco d'azzardo: le femmine giocano principalmente per ragioni sociali e per sfuggire alla solitudine e all'isolamento (Lesieur & Blume, 1991; Ladd & Petry, 2002), e nel passaggio dal gioco sociale al gioco d'azzardo problematico, il gioco serve spesso come strategia di evitamento in risposta agli eventi di stress della vita (Ibáñez, Blanco, Moreryra & Sáiz-Ruiz, 2003). Il gioco d'azzardo maschile è principalmente motivato dalla ricerca di sensazioni o dall'evitamento di stati d'umore disforici e serve come tentativo di migliorare l'ego attraverso il brivido dell'assunzione di rischi competitivi con la prospettiva di grandi vittorie (Ibáñez, Blanco, Moreryra & Sáiz-Ruiz, 2003; Grant & Kim, 2002). Questi motivi specifici di genere sono coerenti con l'osservazione che le donne hanno maggiori probabilità di sviluppare problemi con giochi non strategici (slot machine, gratta e vinci, bingo; visti anche come forme di gioco "orientate alla fuga"), mentre i maschi si dedicano a giochi strategici come il poker o le scommesse sportive (cioè, gioco d'azzardo "orientato all'azione"; Potenza, Steinberg, McLaughlin, Wu, Rounsaville e O'Malley, 2001).

FIGURA 7.2 Status lavorativo dei giocatori d'azzardo in cerca di trattamento nel campione tedesco (N = 599; Bado e.V., 2014; Verthein, et al., 2014), in %





Per il campione austriaco sia gli uomini che le donne hanno mostrato una netta preferenza per i giochi non strategici (vedi Figura 7.3). Tuttavia, una percentuale maggiore di pazienti di sesso maschile rispetto alle donne ha riportato che i giochi strategici come le carte o le scommesse sportive sono il loro tipo di gioco preferito. Nel campione tedesco la percentuale di giocatori di slot machine era leggermente inferiore, con il 77% delle donne e il 70% dei maschi che segnalavano il gioco d'azzardo alle slot machine come il proprio problema principale (dati non mostrati; Bado e.V., 2014).

La tabella 7.3 mostra la storia del gioco d'azzardo sia del campione austriaco che di quello tedesco. Secondo la letteratura, le donne erano notevolmente più anziane quando hanno avuto la loro prima esperienza di gioco (Potenza, et al., 2001; Tavares, et al., 2001). Tuttavia, non c'era una chiara evidenza di un effetto telescopico; cioè, le donne non sembravano progredire più velocemente dalla prima esperienza di gioco allo sviluppo di problemi di gioco, nei presenti campioni. A questo proposito, è necessario considerare che questi dati sono auto-segnalati e che il gioco d'azzardo regolare/sociale potrebbe essere iniziato (molto) più tardi rispetto alla prima esperienza di gioco.

FIGURA 7.3 Tipologia di gioco preferita – Campione austriaco (N=179), possibili risposte multiple

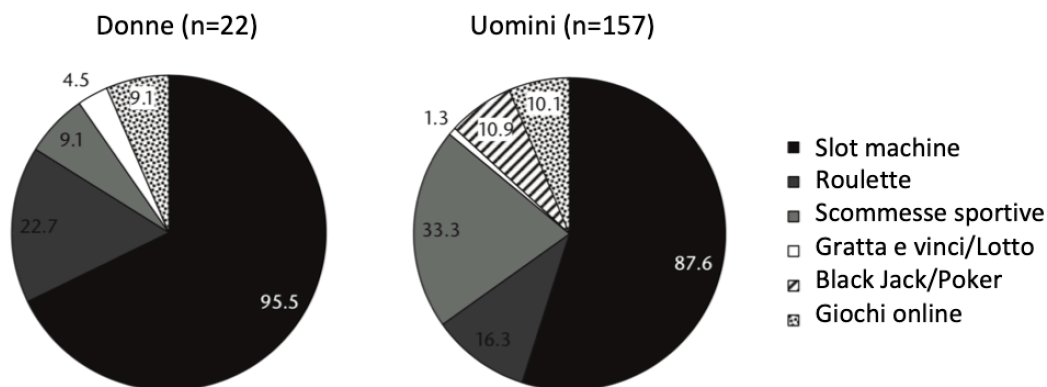


TABELLA 7.3 Anamnesi del gioco d'azzardo del campione austriaco (N=179) e tedesco (N=302; Bado e.V., 2014)

		Etá media alla prima esperienza di gioco, anni	Etá media di inizio gioco problematico, anni	Anni tra la prima esperienza e lo sviluppo di gioco problematico	Etá media al momento del primo trattamento, anni	Frequenza di gioco d'azzardo negli ultimi 30 giorni, N
Austria	Donne	31.8	38.1	6.3	43.1	7
	Uomini	23.0	29.1	6.1	34.0	10
Germania <sup>1</sup>	Donne	29.6	32.8	3.2	46.7	
	Uomini	21.6	25.1	3.5	34.6	11

<sup>1</sup>Giocatori esclusivamente di Slot machine

Per quanto riguarda la gravità del gioco, il 17% (n = 27) dei giocatori austriaci maschi sono stati classificati come giocatori a rischio (che soddisfano i criteri 3-4 DSM-IV PG), mentre nessuna delle donne è stata classificata in questa categoria (dato non mostrato). Inoltre, una percentuale maggiore di donne (64%, n = 14) rispetto agli uomini (44%, n = 69) soddisfaceva 5-7 criteri DSM (classificati come giocatori patologici) e maschi e femmine in egual misura sono stati classificati come gravi giocatori patologici (8-10 criteri DSM-IV; donne: 36%, n = 8; uomini: 39%, n = 61). Questa maggiore gravità dei problemi di gioco tra le donne rispetto agli uomini suggerisce che le donne potrebbero non cercare un trattamento fino a fasi molto avanzate del GAP. Questa opinione è supportata dai risultati del campione tedesco, che indicano che le giocatrici patologiche hanno impiegato molto più tempo per cercare un trattamento dopo aver sviluppato problemi di gioco (14 anni contro 10 anni per GAP maschio, vedere Tabella 7.3; Bado e.V., 2014).

### **Comorbidità psichiatriche nei giocatori d'azzardo patologici**

Il gioco d'azzardo problematico e quello patologico sono frequentemente associati a disturbi psichiatrici concomitanti, tra cui depressione, disturbi d'ansia, disturbo bipolare, disturbi della personalità e da uso di sostanze (SUD) (ad esempio, Meyer et al., 2011). È della massima importanza riconoscere adeguatamente i disturbi psichiatrici in comorbidità negli individui affetti da gioco d'azzardo patologico, poiché la loro presenza è stata associata a maggiori problemi di gioco e alla gravità delle relative conseguenze (Ladd & Petry, 2003; Hall, Carriero, Takushi, Montoya, Preston e Gorelick, 2000). I disturbi psichiatrici in comorbidità svolgono anche un ruolo importante nella compliance al trattamento (Winters & Kushner, 2003) e possono avere un impatto sull'efficacia degli interventi farmacologici (Dell'Osso, Allen, & Hollander, 2005) e psicologici (Winters & Kushner, 2003). Le giocatrici patologiche sembrano essere più frequentemente colpite da comorbidità. Ciò è particolarmente vero per i disturbi affettivi, d'ansia o di personalità (Desai e Potenza, 2008), mentre i disturbi correlati alla sostanze sono osservati in misura minore o uguale a quella dei giocatori maschi (Desai e Potenza, 2008). Un confronto tra 100 donne e 100 uomini, entrambi giocatori d'azzardo patologici in una clinica ospedaliera tedesca, ha rivelato livelli significativamente elevati di depressione in comorbidità, ansia e disturbi della personalità tra le giocatrici d'azzardo patologiche, mentre la prevalenza della dipendenza da tabacco e alcol era la stessa tra i pazienti di sesso femminile e maschile (Vogelgesang, 2011; vedere la Tabella 7.4).

TABELLA 7.4 Disturbi psichiatrici comorbili in 100 giocatrici e 100 giocatori of 100 d'azzardo patologici in pazienti ricoverati in un centro terapeutico, in % (Vogelgesang, 2011)

	Femmine	Maschi	p
Depressione	64	38	<.001
Disturbi d'ansia	27	6	<.001
Disturbi di personalit�	40	34	.005
Dipendenza da tabacco	82	82	>.5
Dipendenza da alcool	24	25	>.5

FIGURA 7.4 Disturbi d'ansia e affettivi in comorit  nel campione tedesco an (N = 599, Bado e.V., 2014; Verthein, et al., 2014) e austriaco (N = 179), in %

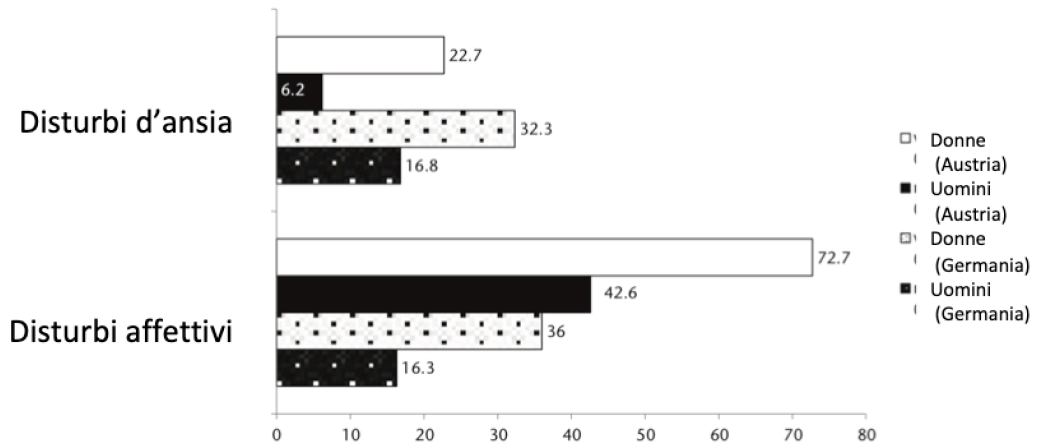
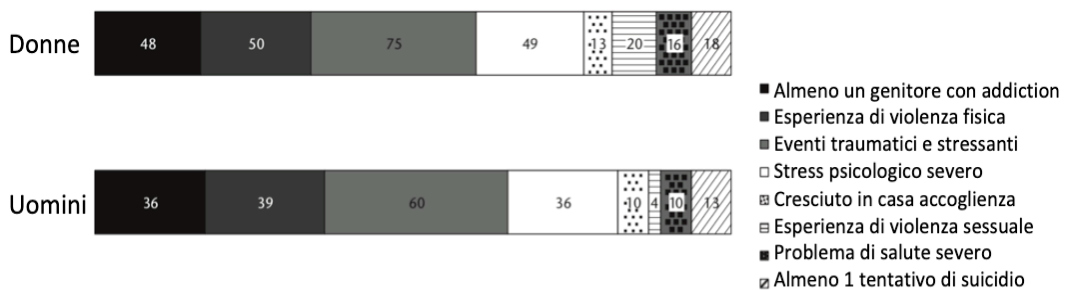


FIGURA 7.5 Caratteristiche biografiche del campione tedesco N = 599; Bado e.V., 2014; Verthein, et al., 2014), in %, possibilit  di risposta multipla



È stato dimostrato che un numero sostanziale di giocatrici patologiche viene trattato a causa di disturbi in comorit , mentre i loro problemi di gioco rimangono inosservati (Crisp, et al., 2004; Holdsworth, Nuske & Breen, 2013). Inoltre, un'elevata prevalenza e gravit  delle comorit  potrebbe impedire ad alcune giocatrici di cercare un trattamento in assoluto (Holdsworth, Hing & Breen, 2012).

I dati del campione sia austriaco che tedesco confermano chiaramente il più alto grado di comorbidità psichiatriche tra le donne giocatrici in cerca di cure (vedi Figura 7.4).

Inoltre, le giocatrici patologiche tendono ad avere un background biografico più difficile. È molto più probabile che abbiano subito gravi abbandoni durante l'infanzia, abusi sessuali e/o fisici e/o traumi rispetto ai giocatori patologici (Vogelgesang, 2011). Queste avversità possono spiegare perché le donne spesso giocano d'azzardo per sfuggire a stati d'animo, emozioni o sentimenti negativi, evitando i problemi piuttosto che cercare aiuto (Tschibelu & Elman, 2011). Dunn et al. (2012) hanno identificato "il gioco d'azzardo come una strategia per evitare problemi personali o l'umore disforico" come uno degli "indicatori di un maggior rischio di ritiro precoce" dalla terapia (Dunn, Delfabbro & Harvey, 2012).

I dati tedeschi confermano una storia pregressa più difficile tra le giocatrici patologiche (vedi Figura 7.5). In tutte le categorie, dai problemi di dipendenza dei genitori al trauma, le donne hanno ottenuto punteggi più alti dei maschi (nessun dato disponibile per l'Austria).

## **Conclusioni**

Questo capitolo ha identificato diversi motivi che potrebbero spiegare perché le donne che giocano d'azzardo sono sottorappresentate nel trattamento. In primo luogo, le giocatrici patologiche mostrano un livello più elevato di disturbi psichiatrici concomitanti e hanno maggiore probabilità di avere una storia passata più difficile. Molte giocatrici usano il gioco come mezzo per distrarsi da sentimenti o emozioni negative, il che peggiora la prognosi per la ricerca di cura e/o la ritenzione in trattamento. I dati del campione austriaco e tedesco, per quanto differenti, confermano ed evidenziano l'importanza di queste differenze di genere nel comportamento di ricerca del trattamento delle giocatrici d'azzardo problematiche/patologiche.

Inoltre, i risultati di studi precedenti suggeriscono che la percezione dei modelli tradizionali di ruolo di genere potrebbe essere correlata alle differenze di comportamento nella ricerca di aiuto. Le donne che ammettono i loro problemi con il gioco d'azzardo potrebbero essere percepite come trasgressive rispetto al ruolo di genere attribuito - dalla società ma anche dalle donne stesse - e quindi potrebbero temere di essere rifiutate se tentano di cercare aiuto (Zanki & Fischer, 2012). Di conseguenza, le donne potrebbero essere trattenute dal cercare un trattamento a causa dell'aumento dei sensi di colpa o di vergogna e/o della paura di essere stigmatizzate (Holdsworth, Hing & Breen, 2012).

Un altro ostacolo considerevole è la mancanza di approcci terapeutici e/o strutture adeguate alle donne. La maggior parte degli istituti di cura tratta un numero significativamente più alto di giocatori d'azzardo maschi (con un rapporto maschi/femmine di 1:10 riportati per la Germania; Erbas & Buchner, 2012) e le giocatrici potrebbero sentirsi a disagio in un ambiente prevalente-

mente "maschile" come i gruppi misti di terapia. A questo punto, le donne che soffrono di esperienze traumatiche potrebbero provare un disagio ancora maggiore. Inoltre, mancano prove che le misure adottate finora per quanto riguarda la prevenzione e l'intervento siano ugualmente efficaci per le giocatrici d'azzardo patologiche così come lo sono per i maschi (Mörsen, 2008).

Infine, il trattamento disponibile è spesso incompatibile con i vincoli finanziari o di tempo delle donne nel loro doppio ruolo di assistenza/cura in famiglia e di lavoratrici. Questioni pratiche come la mancanza di strutture per l'infanzia o l'incapacità di coprire i costi delle cure potrebbero essere un ostacolo. Anche se il trattamento fosse gratuito/completamente coperto da assicurazione (il che non è il caso dell'Austria), le persone interessate dovrebbero stare lontane dal lavoro, organizzare una babysitter, pagare il trasporto o affrontare altri ostacoli finanziari. È importante sottolineare che, oltre ai vincoli economici, la paura nelle madri, con problemi di gioco d'azzardo, di perdere la custodia dei figli può impedire loro di cercare in assoluto un trattamento o di farlo solo in fasi molto avanzate del gioco patologico (Karter, 2013).

Al fine di aumentare l'accessibilità alle cure per le giocatrici, è imperativo considerare le differenze di genere nell'esperienza del gioco d'azzardo e dei problemi correlati. Devono essere prese in considerazione le esigenze specifiche delle donne, come lo sviluppo di strategie adeguate ed efficaci per la risoluzione dei problemi, il chiarimento delle aspettative sul ruolo di genere, la riduzione dei sentimenti di colpa, vergogna e impotenza e la questione delle potenziali esperienze di eventi traumatici. Su una scala più ampia, sarebbe anche auspicabile lavorare per sensibilizzare i familiari delle giocatrici, la più ampia rete sociale (compresi i datori di lavoro) e la società in generale.

## Bibliografia

- Ambulante Behandlungseinrichtung Spielsuchthilfe (2015). *Spielsuchthilfe Tätigkeitsbericht 2014. [Spielsuchthilfe activity report 2013.]* Vienna: Ambulante Behandlungseinrichtung Spielsuchthilfe.
- Bado e.V. (2014). *Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2013 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe. [Addiction care in Hamburg. Status report 2013 of the Hamburg basic data documentation of outpatient addiction treatment and integration aid.]* Hamburg: Bado e.V.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Ferrero, F., Zullino, D., & Osiek, C. (2008). Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 236–239.
- Bondolfi, G., Osiek, C., & Ferrero, F. (2000). Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 473–475.
- Brand, H., Steppan, M., Künzel, J., & Braun, B. (2014): *Suchthilfe in Deutschland 2013. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). [Addiction care in Germany 2013. Annual report of the German addiction care statistics (DSHS).]* München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Bühringer, G., Kraus, L., Sonntag, D., Pfeiffer-Gerschel, T., & Steiner, S. (2007). Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. *Sucht*, 53, 296–308.
- Crisp, B., Thomas, S., Jackson, A., Smith, S., Borrell, J., Ho, W. et al. (2004). Not the same: a comparison of female and male clients seeking treatment from problem gambling counselling ser-

- vices. *Journal of Gambling Studies*, 20 (3), 283–299.
- Dell’Osso, B., Allen, A., & Hollander, E. (2005). Comorbidity issues in the pharmacological treatment of pathological gambling: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1 (21). Doi:10.1186/1745-0179-1-21
- Desai, R., & Potenza, M. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43 (3), 173–183.
- Dunn, K., Delfabbro, P., & Harvey, P. (2012). A preliminary, qualitative exploration of the influences associated with drop-out from cognitive-behavioural therapy for problem gambling: An Australian perspective. *Journal of Gambling Studies*, 28, 253–272.
- Erbas, B., & Buchner, U. (2012). Pathologisches Glücksspielen: Prävalenz, Komorbidität, Diagnose und Hilfsangebote in Deutschland. [Pathological gambling: Prevalence, comorbidity, diagnosis and treatment options in Germany.] *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (10), 173–179.
- Federal Centre for Health Education (2014). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2013 und Trends. [Gambling behaviour and gambling addiction in Germany. Results from the survey 2013 and trends.]* Cologne: Federal Centre for Health Education.
- Grant, J., & Kim, S. (2002). Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (1), 56–62.
- Hall, G., Carriero, N., Takushi, R., Montoya, I., Preston, K., & Gorelick, D. (2000). Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1127–1133.
- Hernandez-Avila, C., Rounsaville, B., & Kranzler, H. (2004). Opioid-, cannabis-, and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug Alcohol Dependence*, 74 (3), 265–272.
- Holdsworth, L., Hing, N., & Breen, H. (2012). Exploring women’s problem gambling: A review of the literature. *International Gambling Studies*, 12 (2), 199–213.
- Holdsworth, L., Nuske, E., & Breen, H. (2013). All mixed up together: Women’s experiences of problem gambling, comorbidity and co-occurring complex needs. *International Journal of Mental Health Addiction*, 315–328.
- Ibáñez, A., Blanco, C., Moreryra, P., & Sáiz-Ruiz, J. (2003). Gender differences in pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (4), 295–301.
- Kalke, J., Buth, S., Rosenkranz, M., Schütze, C., Öchsler, H., & Verthein, U. (2011). *Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich: empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht. [Gambling and gambler protection in Austria: Empirical findings on gambling behaviour among the general population and the prevention of gambling addiction.]* Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Karter, L. (2013). *Women and Problem Gambling: Therapeutic insights into understanding addiction and treatment.* London and New York: Routledge.
- Ladd, G., & Petry, N. (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10 (3), 302–309.
- Ladd, G., & Petry, N. (2003). A comparison of pathological gamblers with and without substance abuse treatment histories. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11 (3), 202–209.
- Lesieur, H., & Blume, S. (1991). When lady luck loses: women and compulsive gambling. In N. Van Den Bergh, *Feminist Perspectives on Addictions* (pp. 181–197). New York: Springer.
- Lev-Ran, S., Le Strat, Y., Imtiaz, S., Rehm, J., & Le Foll, B. (2013). Gender differences in prevalence of substance use disorders among individuals with lifetime exposure to substances: results from a large representative sample. *The American Journal on Addictions*, 22 (1), 7–13.
- Mark, M., & Lesieur, H. (1992). A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction*, 87 (4), 549–565.
- Meyer, C., Rumpf, H., Kreuzer, A., de Brito, S., Glorius, S., Jeske, C., et al. (2011).

*Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht an das Hessische Ministerium des Innern und für Sport. [Pathological gambling and epidemiology (PAGE): Development, comorbidity, remission and treatment. Report to the Hessian Ministry of the Interior and Sports.]* Greifswald/Lübeck: Universitäten Greifswald und Lübeck.

Mörsen, C. (2008). Neue Süchte und Geschlecht: Glücksspiel-, Kauf- und Online-Sucht. [New addictions and gender: Gambling addiction, compulsive buying and online addiction.] In Niedersächsisches Ministerium für Soziales, *Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und –prävention [Genderfair approaches in addiction treatment and prevention]* (pp. 36–44). 18. Niedersächsische Suchtkonferenz.

Petry, N., Stinson, F., & Grant, B. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Result from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 564–574.

Potenza, M., Steinberg, M., McLaughlin, S., Wu, R., Rounsaville, B., & O'Malley, S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (9), 1500–1505.

Randall, C., Roberts, J., Del Boca, F., Carroll, K., Connors, G., & Mattson, M. (1999). Telescoping of landmark events associated with drinking: a gender comparison. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 60 (2), 252–260.

Slutske, W. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two US national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163 (2), 297–302. Tavares, H., Zilberman, M., Beites, F., & Gentil, V. (2001). Brief communications: Gender

differences in gambling progression. *Journal of Gambling Studies*, 17 (2), 151–159. Tschibelu, E., & Elman, I. (2011). Gender differences in psychosocial stress and in its relationship to gambling urges in individuals with pathological gambling. *Journal of*

*Addictive Diseases*, 30, 381–387. Verthein, U., Neumann-Runde, E., & Martens, M.S. (2014). *Workshop zur Auswertung der*

*Hamburger BADO-Daten 2013. [Workshop on the analysis of the Hamburg BADO-data 2013.]* Retrieved 24 September 2015: [www.bado.de/dokumente/2013/Bado2013\\_WS\\_Status.pdf](http://www.bado.de/dokumente/2013/Bado2013_WS_Status.pdf).

Vogelgesang, M. (2011). Pathologisches Glücksspielen bei Frauen: Ablenkung von Depression und Angst. [Pathological gambling in women: Distraction from depression and anxiety.] *Deutsches Ärzteblatt*, 36–39.

Volberg, R., Abbott, M., Ronnberg, S., & Munck, I. (2001). Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 250–256.

Welte, J., Barnes, G., Wiczorek, W., Tidwell, M., & Parker, J. (2001). Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity. *The Journal of Studies on Alcohol*, 62, 706–712.

Winters, K., & Kushner, M. (2003). Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. *Journal of Gambling Studies*, 19, 261–277.

Zanki, M., & Fischer, G. (2012). Glückspielsucht in Österreich unter Berücksichtigung der Genderspezifität. [Gambling addiction in Austria considering the gender specificity.] *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 14 (5), 225–236.

Zanki, M., & Fischer, G. (2010). Helpline Glückspielsucht der Medizinischen Universität Wien. [Preliminary results with the Helpline for Gambling Addiction at the Medical University of Vienna.] *Sucht*, 56 (3), 197–206.





## PROBLEMI DI GIOCO D'AZZARDO NELLE DONNE Specificità francesi

*Mélanie Bruneau, Morgane Guillou-Landreat,  
Gaëlle Challet-Bouju, Juliette Leboucher, Anne Sauvaget,  
Julie Caillon e Marie Grall-Bronnec*

### **L'offerta di gioco d'azzardo in Francia**

In Francia, il governo ha sempre vietato qualsiasi tipo di gioco d'azzardo, a eccezione di quanto ha autorizzato in deroga e sottoposto a una regolamentazione molto severa (Grall-Bronnec 2012).

Fino al 2010 esistevano due monopoli di Stato. Questi erano supervisionati uno dal Ministero del Bilancio e l'altro dal Ministero dell'Agricoltura: lotteria della "Française des Jeux" (FDJ) (che consiste in giochi gratta e vinci, lotterie plurigiornaliere o plurisettimanali e scommesse sportive) e le corse dei cavalli, commercializzate dal "Pari Mutuel Urbain" (PMU). Quest'offerta è stata completata da quasi 200 casinò, supervisionati dal Ministero degli Interni. I casinò offrono vari giochi: slot machine, poker, blackjack, roulette, ecc. Questi sono gli unici posti in cui è consentito giocare alle slot machine. Qualsiasi altra forma di Video Lottery Terminal (VLT) è vietata. In particolare, non si trovano nei bar o nei centri commerciali come potrebbe essere in altri paesi occidentali.

Il 2010 è stato un anno critico per il settore del gioco d'azzardo in Francia. Fino a quel momento, solo gli operatori statali di gioco d'azzardo erano autorizzati a offrire giochi online. Questa situazione non poteva durare per due ragioni. Da un lato, i francesi visitavano i siti web di gioco d'azzardo stranieri (quindi illegali) e, dall'altro, questo monopolio di stato andava contro la legislazione dell'Unione Europea. Il 12 maggio 2010 è stata votata una legge che consente al gioco d'azzardo online di aprirsi alla concorrenza e alla regolamentazione del mercato. Scommesse sportive, scommesse ippiche e poker erano gli unici giochi consentiti da questa legge, poiché considerati meno in grado di indurre comportamenti di dipendenza. Inoltre, è in discussione la possibilità di estendere questa legge ai casinò virtuali online.

Pertanto, attualmente, in Francia le attività di gioco d'azzardo consistono in ciò che è disponibile nei punti vendita FDJ e PMU, nonché in ciò che è disponibile nei casinò, a cui si può aggiungere il gioco d'azzardo online dal 2010. Entro il terzo trimestre del 2015, l'Online Gambling Regulation Authority ha autorizzato 16 siti web di gioco d'azzardo. In tal modo, molti operatori stranieri hanno ottenuto una licenza francese, aumentando notevolmente l'offerta di gioco.

## Giocatrici e giocatori problematici nella popolazione generale francese

La prima indagine epidemiologica sulla prevalenza del gioco d'azzardo è stata condotta in Francia nel 2010 (Costes, Pousset et al. 2011), su un ampio campione di popolazione francese di età compresa tra i 18 ei 75 anni, poco prima che fosse emanata la legge che autorizzava il gioco d'azzardo online ad aprirsi alla concorrenza e approvava le sue normative, consentendo così di avere un tempo 0 per valutare l'impatto di questa nuova legge alcuni anni dopo.

A quel tempo, quasi la metà del campione di popolazione studiato (quasi il 47,8%) dichiarava di aver scommesso denaro almeno una volta negli ultimi dodici mesi. La stima dell'intensità del gioco d'azzardo si basava sia sulla frequenza dell'attività di gioco che sull'importo della puntata, consentendo l'identificazione dei "giocatori attivi" (giocatori frequenti e/o spendaccioni). Chi dichiarava di aver giocato almeno 52 volte e/o di aver speso almeno 500 euro negli ultimi dodici mesi rappresentava il 12,2% della popolazione generale.

Al fine di determinare la prevalenza del gioco d'azzardo problematico, i "giocatori attivi" hanno completato il Canadian Problem Gambling Index (CPGI) (Ferris e Wynne 2001). Tra questi vi era il 3,7% di giocatori eccessivi e il 7,1% di giocatori a rischio moderato. Per estrapolazione, gli autori dello studio hanno concluso che la prevalenza del gioco d'azzardo eccessivo e a rischio negli ultimi dodici mesi era rispettivamente dello 0,4% e dello 0,9% nella popolazione generale.

Sono state osservate diverse differenze legate al genere. *Primo*, più uomini che donne hanno riferito un'attività di gioco d'azzardo negli ultimi 12 mesi (51,3% contro 44,4%). *Secondo*, il rapporto tra i sessi aumentava con l'intensità della pratica: c'erano molti più uomini che donne che giocavano d'azzardo almeno una volta alla settimana (13,8% contro 0,8%) e soprattutto quando scommettevano oltre 500 euro all'anno (7,1% contro 2,5%). *Terzo*, i giochi d'azzardo preferiti erano differenti all'interno del gruppo dei "giocatori attivi": mentre entrambi i sessi giocavano a lotterie e slot machine nella stessa proporzione, meno donne giocavano a poker, giochi da tavolo, Rapido® (una lotteria pluri-giornaliera) o facevano scommesse sportive o ippiche. Al contrario, le donne giocavano di più a gratta e vinci (71,8% contro 57,0%). *Quarto*, le donne rappresentavano una piccolissima minoranza dei giocatori online. *Infine*, le donne erano solo una minoranza della popolazione di giocatori d'azzardo eccessivi (24,5% contro 75,5%).

Una seconda indagine di prevalenza è stata condotta nel 2014. Il suo scopo, oltre a controllare l'evoluzione della prevalenza, soprattutto dopo l'apertura del mercato del gioco d'azzardo online alla concorrenza, è stato quello di descrivere più precisamente le abitudini di gioco della popolazione francese e di identificare i fattori legati a questa attività problematica. Alcuni di questi risultati sono stati pubblicati di recente (Costes, Eroukmanoff et al. 2015).

Nel 2014, il 57,2% della popolazione francese di età compresa tra i 18 ei 75 anni ha dichiarato di aver giocato almeno una volta nell'ultimo anno. Poco più della

metà delle donne aveva giocato d'azzardo nell'ultimo anno (54,8% contro 59,7%). Questo studio ha mostrato un aumento significativo della prevalenza del gioco d'azzardo delle donne nell'arco di cinque anni compreso tra i due studi (44,4% nel 2010 contro 54,8 nel 2014).

Lo studio ha anche evidenziato che, da un lato, le donne di età compresa tra i 30 e 35 anni avevano la più alta prevalenza di gioco d'azzardo (61,3% contro 64,8% negli uomini della stessa età) e che, dall'altro lato, le donne di età compresa tra 70 e 75 anni avevano la prevalenza più bassa (35,4% contro 35,4% degli uomini della stessa fascia di età).

Nel 2014, la prevalenza di attività di gioco d'azzardo eccessiva e a rischio negli ultimi 12 mesi nella popolazione generale (sulla base dei risultati del CPGI) era rispettivamente dello 0,4% e dell'1,5%. Poiché la prevalenza di giocatori eccessivi era rimasta stabile, l'aumento dei problemi di gioco dal 2010 (dall'1,3% nel 2010 all'1,9% nel 2014) era dovuto a giocatori moderatamente a rischio.

La prevalenza di gioco d'azzardo eccessivo e moderatamente a rischio delle donne nel 2014 era rispettivamente del 2,4% e dello 0,4% (contro il 5,1% e l'1,1% per gli uomini). Analogamente all'aumento della prevalenza del gioco d'azzardo eccessivo e moderatamente a rischio tra il 2010 e il 2014, la prevalenza dei problemi di gioco per le donne era aumentata considerevolmente (1,4% nel 2010 contro 2,8% nel 2014). Tuttavia, la percentuale di donne nella popolazione di giocatori eccessivi era rimasta stabile (24,5% nel 2010 contro 25,9% nel 2014).

### **Giocatrici problematiche in una coorte di pazienti ambulatoriali francesi in cerca di cure**

Il disturbo da gioco d'azzardo (GD) è una malattia complessa, risultante dall'interazione di molti fattori di rischio e vulnerabilità, compreso il genere. Nel contesto di un problema crescente che colpisce anche le donne, con pochi dati disponibili in Francia, abbiamo studiato le caratteristiche in base al sesso dei giocatori in cerca di cure. Ci siamo concentrati sul percorso del loro gioco d'azzardo, dalla prima esperienza fino all'accesso alle cure, compresa la pratica regolare e i primi problemi legati al gioco. Abbiamo cercato fattori che potrebbero avere un effetto indipendente sulle diverse fasi di questo corso o un effetto a causa della loro interazione con il genere.

#### **Metodi**

##### *Campione e procedura*

Nel 2009, il nostro dipartimento, specializzato nella gestione dei disturbi del gioco d'azzardo, ha creato una coorte che includeva qualsiasi nuovo paziente che iniziava un trattamento per questo particolare motivo con l'obiettivo di evidenziare i fattori di rischio di esordio e persistenza della GD. Il criterio principale per l'inclusione nella coorte EVALJEU era essere stato un "giocatore problematico" (criteri diagnostici DSM-IV per il gioco patologico  $\geq 3$ ) nei 12 me-

si precedenti (APA 1994). I criteri di esclusione includevano deterioramento cognitivo e difficoltà nella lettura e scrittura in francese. Il Comitato Etico della Ricerca locale ha approvato questo studio e tutti i soggetti hanno fornito un consenso informato scritto.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a un colloquio clinico semi-strutturato e hanno compilato questionari di auto-valutazione. Membri del personale ben addestrati ed esperti hanno eseguito questa valutazione. Ai fini di questo studio specifico, abbiamo eseguito un'analisi trasversale sui dati disponibili alla prima valutazione clinica per i pazienti inclusi tra aprile 2009 e maggio 2013. Sono stati arruolati centosettantaquattro pazienti: 148 maschi (85%) e 26 femmine (15%).

#### *Valutazione*

L'intervista e i questionari hanno valutato quanto segue.

. Caratteristiche socio-demografiche

. Caratteristiche del gioco d'azzardo

- *DSM-IV*. L'inclusione nella coorte EVALJEU è stata ottenuta tramite un'intervista basata sui 10 criteri diagnostici del DSM-IV per il gioco d'azzardo patologico. Questo approccio categorico è stato completato utilizzando un approccio dimensionale aggiungendo il numero di criteri DSM-IV positivi. Il numero di criteri diagnostici è correlato alla gravità del disturbo (Toce-Gerstein, Gerstein et al. 2003). Al momento dello studio e della presente analisi, i criteri del DSM-5 non erano disponibili in lingua francese, quindi abbiamo utilizzato i criteri del DSM-IV.

- *Abitudini di gioco*. I pazienti sono stati valutati mediante un questionario adattato dal "programma di valutazione e trattamento dei giocatori" pubblicato da Ladouceur e colleghi (Ladouceur, Boutin et al. 2000). Eravamo particolarmente interessati al corso del gioco d'azzardo, al modo di giocare (online o offline) e ai motivi che spingono al gioco. Il tipo di gioco preferito è stato identificato secondo una classificazione proposta da Boutin (Boutin 2010): "giochi di pura fortuna" (giochi di lotteria, slot machine, gratta e vinci, ecc.), "Giochi di fortuna con pseudo-abilità" scommesse su corse di cavalli, scommesse sullo sport, black jack), "giochi di fortuna con elementi di abilità, ma senza possibilità di guadagni a lungo termine" (il poker, compreso il Texas Hold'em).

- *GABS*. Il Gambling Attitude and Beliefs Survey (GABS) è un questionario self-report di 35 item che valuta sia le convinzioni che gli atteggiamenti irrazionali sul gioco d'azzardo (Breen e Zuckerman 1999).

. Profilo clinico

- *MINI*. Sono stati diagnosticati disturbi psichiatrici e comorbidità da uso di sostanze

sulla base della Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), che è un'intervista diagnostica strutturata (Lecrubier, Sheehan et al.

1997). Abbiamo anche vagliato le altre dipendenze comportamentali con scale specifiche.

- *BDI*. Abbiamo utilizzato il Beck Depression Inventory (BDI-13), che valuta rapidamente l'intensità della depressione attuale (Beck e Beamesderfer 1974).

- *STAI*. Per osservare il cambiamento nell'ansia a lungo termine, abbiamo scelto di studiare solo l'ansia di tratto (State-Trait Anxiety Inventory) (Spielberger 1983).

- *WURS-C*. Abbiamo valutato retrospettivamente i disturbi da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) nell'infanzia con la WURS-C (Wender-Utah Rating Scale - Child) (Ward, Wender et al.1993).

### *Analisi statistiche*

Tutte le analisi sono state condotte con la versione R 3.0.2.

Primo, sono stati eseguiti test di confronto sulla base del genere per ciascuna variabile di interesse. Sono stati eseguiti confronti con test chi-quadro per ciascuna variabile qualitativa (o test esatti di Fisher). I test di Mann-Whitney sono stati utilizzati per ciascuna variabile quantitativa (perché  $n < 30$  per il gruppo "femminile"). L'errore di tipo I è stato fissato al 5%.

Secondo, abbiamo eseguito una ANOVA per ogni tempo trascorso, come definito di seguito:

- . tempo trascorso 1   dalla iniziazione al gioco al gioco regolare
- . tempo trascorso 2   dal gioco regolare all'esordio dei problemi
- . tempo trascorso 3   dall'iniziazione al gioco all'esordio dei problemi
- . tempo trascorso 4   dall'esordio dei problemi al trattamento corrente.

Ogni fascia di tempo trascorso esaminata è spiegata da ciascuna variabile qualitativa indipendente con un aggiustamento per il genere.

L'errore di tipo I è stato fissato al 25% per ogni effetto testato: effetto semplice e/o interazione con il genere. Le variabili che non hanno aiutato a spiegare ogni tempo trascorso sono state escluse. Questo cut-off è stato scelto per selezionare le variabili per le analisi multivariate.

Terzo, abbiamo eseguito ANOVA multivariate per ogni tempo trascorso con variabili selezionate e interazione con il genere. È stata eseguita una selezione a ritroso. Il livello alfa è stato fissato al 5%. L'effetto di genere, considerato come un effetto di aggiustamento, non è stato testato ed è stato mantenuto nel modello.

### **Risultati**

#### *Caratteristiche socio-demografiche del campione*

Come mostrato nella Tabella 8.1, i maschi erano più giovani delle femmine (età media 39,4 anni per i maschi e 54,8 anni per le femmine). Il 62% dei maschi era sposato o conviveva contro il 38% delle femmine.

*Confronto del comportamento di gioco in base al genere*

La tabella 8.1 indica che i maschi erano significativamente più giovani quando hanno iniziato a praticare il gioco d'azzardo (l'età media era di 17,5 anni per i maschi rispetto a 29,7 anni per le femmine). Questa differenza di età persiste all'inizio del gioco regolare e all'insorgenza di problemi legati al gioco d'azzardo (22,7 e 32,3 anni in media per gli uomini contro 34,8 e 47,4 anni per le donne rispettivamente).

I maschi avevano problemi di gioco più gravi rispetto alle femmine ( $p < 0,05$ ).

TABELLA 8.1 Confronto uomini e donne sulla base delle variabili sociodemografiche e di gioco

Variabili	Media (DS) o Percentuale			P-value	
	Uomini N=148	Donne N=26			
<b>Caratteristiche sociodemografiche</b>					
Età	39.4 (12.7)	54.8 (9.0)	<0.001		#
Coniugato o vive con partner	92 (62%)	10 (38%)	<0.001		X <sup>2</sup>
Diplomato	79 (53%)	11 (42%)	0.297		X <sup>2</sup>
<b>Caratteristiche di gioco</b>					
<i>Cronologia del gioco</i>					
Età di inizio del gioco d'azzardo	17.5 (7.8)	29.7 (14.9)	<0.001		#
Età di inizio gioco regolare	22.7 (8.6)	34.8 (12.7)	<0.001		#
Età di inizio gioco problematico	32.3 (11.8)	47.4(11.3)	<0.001		#
tempo trascorso 1	5.2 (6.7)	5.1 (7.3)	0.917		#
tempo trascorso 2	9.6 (9.3)	13.6 (11.6)	0.112		#
tempo trascorso 3	14.8 (9.9)	18.9 (13.8)	0.171		#
tempo trascorso 4	7.2 (7.7)	7.2 (5.3)	0.984		#
<i>Gravità del gioco (approccio categoriale)</i>					
"giocatore a rischio"	17%	23%	0.23		*
"giocatore patologico"	83%	73%			
<i>Gravità del gioco (approccio dimensionale)</i>					
Punteggio DSM-IV	6.7 (1.9)	5.8 (1.7)	<0.05		w
<i>Gravità errori cognitivi legati al gioco</i>					
Punteggio GABS	88.5 (14.6)	90.7 (15.3)	0.44		w
<i>Tipo di gioco preferito</i>					

“gioco di fortuna”	35%	54%	0.169	*
“gioco di fortuna con pseudoabilità”	52%	35%		
“gioco di fortuna con elementi di abilità”	13%	11%		
<b>Mezzo di gioco abituale</b>				
Offline	68%	81%	0.292	X <sup>2</sup>
Online	32%	19%		
<b>Motivazioni</b>				
Ricavare piacere (1)	54%	46%	0.595	X <sup>2</sup>
Guadagno (2)	53%	54%	1	X <sup>2</sup>
Dimenticare preoccupazioni (3)	26%	46%	0.058	X <sup>2</sup>
Sfuggire la noia (4)	34%	54%	0.811	X <sup>2</sup>
Rinforzo positivo (1+2)	78%	77%	0.821	X <sup>2</sup>
Rinforzo negativo (3+4)	51%	69%	0.178	*

P-value<0.05;  $\chi^2$ : chi2; \*: Test di Fischer; w= Test di Wilcoxon; #: test di Mann-Whitney; DS: Deviazione Standard

### *Confronto dei profili clinici per genere*

Come indicano i risultati mostrati nella Tabella 8.2, le donne soffrono in modo più evidente di disturbi depressivi maggiori al momento attuale o nel passato rispetto agli uomini. Tra i pazienti che iniziano il trattamento, ci sono più femmine che maschi con un disturbo depressivo maggiore in corso. Inoltre, le donne hanno riferito più frequentemente di essere affette da depressione maggiore prima del gioco d'azzardo rispetto agli uomini. Tuttavia, una volta che il gioco d'azzardo patologico è iniziato, non c'è differenza per quanto riguarda la depressione maggiore in base al genere. Le femmine hanno riportato un rischio suicidario più importante rispetto ai maschi e, al contrario, più maschi hanno riferito una dipendenza da Internet.

### *Analisi multivariate per ogni tempo trascorso (Tabella 8.3)*

. Tempo trascorso 1 dall'esordio al gioco al gioco regolare

Il tempo medio trascorso è stimato in 5,3 anni nei maschi e 5,1 anni nelle femmine, senza alcuna differenza significativa in base al genere

. Tempo trascorso 2 dal gioco regolare all'esordio dei problemi

Non abbiamo potuto evidenziare un effetto significativo di genere in questo tempo trascorso per una popolazione che ha "evitare la noia" come motivo al gioco d'azzardo. Tuttavia, abbiamo notato che il gioco d'azzardo per evitare la noia riduce significativamente questo lasso di tempo di 9,8 anni nelle femmine.

Inoltre, due variabili hanno diminuito in modo significativo questo lasso di tempo, qualunque sia il genere: avere una fobia sociale in comorbidità ed essere diplomati.

TABELLA 8.2 Confronto uomini e donne sulla base delle variabili cliniche

Variabili	Media (DS) o Percentuale		P-value	
	Uomini	Donne		
	N=148	N=26		
<b>Disturbi dell'umore</b>				
Disturbo depressivo maggiore (presente o passato)	46%	73%	<0.05	$\chi^2$
Pregresso Disturbo depressivo maggiore	33%	35%	1	$\chi^2$
Attuale Disturbo depressivo maggiore	16%	50%	<0.001	$\chi^2$
Disturbo depressivo maggiore pre gioco d'azzardo	28%	58%	<0.01	$\chi^2$
Disturbo depressivo maggiore post gioco d'azzardo	18%	15%	1	*
Disturbo ipomaniacale	3%	8%	0.22	*
Disturbo maniacale	5%	8%	0.22	*
<b>Disturbi d'ansia, presenti o passati</b>	14%	19%	0.551	*
Rischio di suicidio	35%	62%	<0.05	$\chi^2$
<b>Dipendenze</b>				
Disturbo da uso di sostanze, presente o passato	14%	4%	0.205	*
Disturbo da uso di alcool, presente o passato	18%	19%	0.277	*
Disturbo da uso di cannabis, presente o passato	7%	4%	1	*
Dipendenza da internet, presente o passata	14%	0%	<0.05	*

P-value<0.05;  $\chi^2$ : Test chi2; \*: Test di Fischer

. Tempo trascorso 3 dall'inizio del gioco alla comparsa dei problemi

Non abbiamo potuto evidenziare un effetto significativo di genere in questo lasso di tempo trascorso dalla popolazione con "evitare la noia" come motivo al gioco d'azzardo. Notiamo un effetto significativo di questa motivazione al gioco nelle donne ma non negli uomini.

TABELLA 8.3 Analisi multivariate (ANOVA) per ogni tempo trascorso

	Anni stimati	DS	t	P-value
<b>Tempo trascorso 1:</b>	<b>dall'esordio del gioco al gioco regolare</b>			
Maschio (media)	5.3	0.6	9.4	<0.001
Femmina (media)	5.1	1.3	3.8	<0.001



Effetto di "genere"	-0.2	1.4	-0.11	0.91
<b>Tempo trascorso 2 dal gioco regolare all'esordio dei problemi</b>				
Maschio senza l'effetto "evitare la noia" (media)	11.8	1.3	9.0	<0.001
Femmina senza l'effetto "evitare la noia" (media)	19.6	2.5	7.8	<0.001
Maschio con l'effetto "evitare la noia" (media)	12.4	1.6	7.9	<0.001
Femmina con l'effetto "evitare la noia" (media)	9.8	3.1	3.2	0.002
Effetto di "genere" in popolazione con l'effetto "evitare la noia"	-2.6	3.3	-0.79	0.430
Effetto "evitare la noia" nei maschi	0.6	1.7	0.4	0.707
Effetto "evitare la noia" nelle femmine	-9.8	3.9	-2.52	0.013
Effetto "liceo"	-3.2	1.5	-2.2	0.031
Effetto "Fobia sociale comorbile"	-3.6	1.8	-2.0	0.045
<b>Tempo trascorso 3 dall'inizio del gioco alla comparsa dei problemi</b>				
Maschio senza l'effetto "evitare la noia" (media)	13.9	1.1	13.2	<0.001
Femmina senza l'effetto "evitare la noia" (media)	22.5	2.7	8.4	<0.001
Maschio con l'effetto "evitare la noia" (media)	16.6	1.5	11.2	<0.001
Femmina con l'effetto "evitare la noia" (media)	13.4	3.3	4.1	<0.001
Effetto di "genere" in popolazione con l'effetto "evitare la noia"	-3.2	3.6	-0.9	0.38
Effetto "combattere la noia" nei maschi	2.7	1.8	1.5	0.15
Effetto "combattere la noia" nelle femmine	-9.1	4.2	-2.2	0.032
<b>Tempo trascorso 4 dall'esordio dei problemi al trattamento in corso</b>				
Maschio (media)	3.5	1.1	3.1	0.003
Femmina (media)	4.4	2	2.2	0.032
Effetto di "genere"	0.9	1.8	0.5	0.605
Effetto "depressione dopo attività con problematiche legate al gioco d'azzardo"	4.8	1.5	3.2	0.002
Effetto "mezzo di scelta:online"	3.4	1.3	2.6	0.011

. Tempo trascorso 4 dall'esordio dei problemi al trattamento in corso

Il tempo medio trascorso è stimato in 3,5 anni nei maschi e 4,4 anni nelle femmine, senza alcuna differenza significativa in base al genere.

Questo tempo trascorso è significativamente più lungo di 4,8 anni in caso di disturbo depressivo maggiore che si verifica dopo l'insorgenza di problemi di gioco d'azzardo, qualunque sia il genere. Inoltre, il gioco d'azzardo online ritarda l'inizio del trattamento attuale di 3,4 anni, qualunque sia il genere.

## Discussione

### *Caratteristiche basate sul genere dei giocatori problematici che cercano un trattamento*

Abbiamo trovato differenze tra uomini e donne in termini di caratteristiche socio-demografiche. Innanzitutto, nel nostro campione, ci sono significativamen-

te più donne che vivono da sole, come rilevato più sopra in studi precedenti (Tavares, Zilberman et al. 2001). Un'altra scoperta è stata che le femmine avevano 15 anni in più dei maschi quando hanno deciso di farsi curare. Questa è simile all'età riportata in letteratura per i maschi ma non per le femmine (Tavares, Martins et al. 2003). È importante notare che gli studi internazionali di solito si svolgono in una speciale unità di trattamento per il gioco d'azzardo, mentre in Francia i problemi di gioco sono trattati in un'unità di cura delle dipendenze, insieme ad altre forme come i disturbi da uso di sostanze. Potremmo anche presumere che le donne abbiano rappresentazioni più negative dei loro problemi di gioco e del luogo di cura, e quindi abbiano più difficoltà a chiedere aiuto in un'unità per la cura delle dipendenze rispetto ai maschi. Questi ultimi hanno maggiori probabilità di soffrire di un disturbo da uso di sostanze, motivo per cui potrebbero avere più "familiarità" con le unità di dipendenza. Al contrario, le femmine possono aspettare più a lungo prima di chiedere aiuto, il che potrebbe spiegare perché sono più vecchie quando finalmente lo fanno.

Il profilo clinico è abbastanza simile a quello trovato in letteratura: nel nostro studio, le donne soffrono più spesso di disturbi depressivi prima dell'inizio dei loro problemi di gioco. Ciò supporta anche l'opinione che le donne, essendo a più alto rischio di depressione, trovino nel gioco una "soluzione" per fuggire ed evitare sentimenti negativi come la noia e la solitudine (Grant e Kim 2002; Blanco, Hasin et al. 2006; Potenza, Maciejewski et al. 2006).

#### *Caratteristiche del gioco d'azzardo*

L'età media per la prima esperienza di gioco è abbastanza simile a quella riscontrata in letteratura (circa 20 per i maschi e 30 per le femmine) (Granero, Penelo et al. 2009). A differenza di studi precedenti che hanno riscontrato una più rapida progressione del gioco d'azzardo patologico tra le femmine rispetto ai maschi (Grant e Kim 2002; Blanco, Hasin et al. 2006; Echeburua, Gonzalez-Ortega et al. 2011), i nostri risultati suggeriscono solo una tendenza: i maschi che giocano d'azzardo su base regolare potrebbero sviluppare problemi di gioco più velocemente delle donne. Contrariamente ad altri studi (Tavares, Zilberman et al. 2001), non abbiamo trovato l'"effetto telescopico". Ciò può essere spiegato dal fatto che, da circa un decennio, sempre più maschi giocano d'azzardo su Internet, che è noto per accelerare i problemi di gioco (Griffiths e Auer 2012). L'effetto telescopico e l'influenza del genere femminile potrebbero essere attenuati da questo nuovo modo di giocare d'azzardo per i maschi, che introduce un bias confusivo. Le donne preferiscono il gioco d'azzardo offline, probabilmente a causa dell'importanza dell'ambiente in cui giocano e dell'aspetto sociale della pratica. Un recente studio, condotto sulla popolazione generale (anche non specificamente nella popolazione in cerca di trattamento), non ha trovato prove coerenti con una traiettoria telescopica di gioco disordinato nelle donne rispetto agli uomini (Slutske, Piasecki et al. 2014).

Contrariamente ai lavori precedenti, abbiamo scoperto che i maschi avevano problemi di gioco più gravi rispetto alle femmine (Grant, Chamberlain et al.

2012). Le motivazioni al gioco d'azzardo erano diverse in base al genere: le femmine continuavano a giocare a causa del rafforzamento negativo, mentre i maschi continuavano a giocare a causa del rafforzamento positivo. Questi risultati sono in accordo con la letteratura (Grant e Kim 2002). Per quanto riguarda i modelli sui lassi di tempo considerati, non abbiamo potuto dimostrare un effetto di genere significativo, ma abbiamo evidenziato effetti significativi nelle femmine. Per l'esattezza, il nostro studio ha dimostrato che una donna che giocava per evitare la noia sarebbe potuta diventare una giocatrice problematica più velocemente delle altre. Questo particolare motivo al gioco d'azzardo era più frequente tra le donne che tra i giocatori di sesso maschile. Inoltre, abbiamo scoperto che il gioco d'azzardo diventava problematico più rapidamente, qualunque fosse il genere, se i giocatori d'azzardo erano diplomati o se il soggetto soffriva di fobia sociale come disturbo in comorbidità. Ciò supporta l'ipotesi che i disturbi psichiatrici concomitanti possano provocare una deviazione più rapida verso una pratica che potenzialmente crea dipendenza (Lorains, Cowlshaw et al. 2011). Inoltre, il nostro studio ha notato che evitare la noia e la solitudine sono associati all'insorgenza di problemi di gioco nelle donne e che avere un disturbo depressivo maggiore secondario a problemi di gioco d'azzardo potrebbe ritardare l'inizio del trattamento. In effetti, il frequente ritiro sociale della depressione può spiegare la difficoltà nel chiedere aiuto. Inoltre, un trattamento medico più focalizzato sui disturbi depressivi potrebbe "mascherare" i problemi di gioco. I giocatori d'azzardo online sono probabilmente più isolati dei giocatori d'azzardo offline, quindi si potrebbe presumere che siano meno rilevati e meno raggiungibili dai servizi sanitari e che perciò l'inizio del trattamento potrebbe essere ritardato.

Tuttavia, dobbiamo tenere conto che, nel nostro campione, solo 26 soggetti erano femmine. Potremmo non essere in grado di evidenziare una differenza significativa per alcune variabili a causa della mancanza di potenza statistica. In effetti, alcuni test potrebbero solo enfatizzare una tendenza mentre la letteratura riportava significatività. Potrebbe essere difficile confrontare alcuni risultati con studi internazionali a causa delle differenze tra le unità di cura e la specificità del contesto del gioco d'azzardo francese.

Tuttavia, l'attuale studio evidenzia caratteristiche interessanti, in particolare per quanto riguarda le donne che giocano. Queste ultime soffrivano di disturbi dell'umore e di ansia più dei maschi e preferivano i "giochi di pura fortuna" e il gioco d'azzardo offline. Hanno iniziato a giocare d'azzardo in età più avanzata rispetto ai maschi. Il loro gioco d'azzardo tendeva a essere rafforzato negativamente, il che sembrava essere un fattore associato a un inizio più rapido del gioco d'azzardo problematico. La fobia sociale comorbile era un altro fattore associato a un inizio più rapido di gioco d'azzardo problematico, qualunque fosse il genere. Abbiamo trovato alcune variabili che potrebbero ritardare l'inizio del trattamento: depressione maggiore secondaria a problemi di gioco e gioco d'azzardo online, qualunque sia il genere. Dobbiamo essere vigili e considerare queste variabili, al fine di prevenire e diagnosticare più velocemente il

problema del gioco d'azzardo e quindi iniziare il trattamento. Dovremmo creare programmi più specifici e valutare accuratamente i giocatori problematici tenendo conto delle differenze di genere nel gioco d'azzardo. Pertanto, dovremmo rivedere l'immagine dell'unità di trattamento, le informazioni fornite ai giocatori problematici su questi luoghi e considerare la de-stigmatizzazione della cura per il gioco problematico, in particolare per le donne.

## Ringraziamenti

Ringraziamo di cuore:

Jean-Michel Costes, segretario generale e direttore degli studi al Gambling Observation Center, che ci ha fatto la gentilezza di condividere i risultati della seconda indagine epidemiologica sui livelli di gioco, prima di pubblicarli, confidando che li avremmo usati con saggezza.

Jean-Benoit Hardouin, docente di biostatistica all'Università di Nantes, che ha co-diretto lo studio sulle donne problematiche che cercano un trattamento, presentato in questo capitolo.

Questi uomini sono preoccupati per il progresso della condizione delle donne e hanno notevolmente contribuito ai contenuti di questo capitolo.

Ringraziamo anche gli autori che ci hanno invitato a contribuire a questo libro.

## Bibliografia

- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edn). Washington DC, USA.
- Beck, A. T. and A. Beamesderfer (1974). Assessment of depression: the depression inventory. *Psychological measurements in psychopharmacology. Mod Probl in pharmacopsychiatry*. Pichot. Paris, Karger, Basel: 151-159.
- Blanco, C., D. S. Hasin, et al. (2006). "Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions." *Psychol Med* 36(7): 943-53.
- Boutin, C. (2010). *Le jeu : chance ou stratégie ? Choisir librement la place du jeu dans votre vie*. Montréal, Les Editions de l'Homme.
- Breen, R. B. and M. Zuckerman (1999). "'Chasing' in gambling behavior: personality and cognitive determinants." *Personality and Individual Differences* 27: 1097-1111.
- Costes, J. M., V. Eroukmanoff, et al. (2015). «Les jeux d'argent et de hasard en France en 2014.» *Les notes de l'Observatoire Des Jeux* 4: 9.
- Costes, J. M., M. Pousset, et al. (2011). «Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. Baromètre Santé 2010, module jeux de hasard et d'argent INPES/ OFDT.» *Tendances* 77: 8.
- Echeburua, E., I. Gonzalez-Ortega, et al. (2011). "Clinical gender differences among adult pathological gamblers seeking treatment." *J Gambl Stud* 27(2): 215-27.
- Ferris, J. and H. Wynne (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: final report*. Ottawa, ON, Canadian Centre on Substance Abuse.
- Grall-Bronnec, M. (2012). *Le jeu pathologique. Comprendre, prévenir, traiter*. Paris, Masson.
- Granero, R., E. Penelo, et al. (2009). "Sex differences among treatment-seeking adult pathologic gamblers." *Compr Psychiatry* 50(2): 173-80.

- Grant, J. E. and S. W. Kim (2002). "Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment." *Compr Psychiatry* 43(1): 56–62.
- Grant, J. E., S. R. Chamberlain, et al. (2012). "Gender-related clinical and neurocognitive differences in individuals seeking treatment for pathological gambling." *J Psychiatr Res* 46(9): 1206–11.
- Griffiths, M. D. and M. Auer (2012). "The irrelevancy of game-type in the acquisition, development, and maintenance of problem gambling." *Front Psychol* 3: 621.
- Ladouceur, R., C. Boutin, et al. (2000). *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*. Laval, Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu.
- Lecrubier, Y., D. Sheehan, et al. (1997). "The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI." *European Psychiatry* 12: 224–31.
- Lorains, F. K., S. Cowlishaw, et al. (2011). "Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys." *Addiction* 106(3): 490–8.
- Potenza, M. N., P. K. Maciejewski, et al. (2006). "A gender-based examination of past-year recreational gamblers." *J Gambl Stud* 22(1): 41–64.
- Slutske, W. S., T. M. Piasecki, et al. (2014). "Telescoping and gender differences in the time course of disordered gambling: evidence from a general population sample." *Addiction* 110(1): 144–51.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-trait Anxiety Inventory (form Y) ("self-evaluation questionnaire")*. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- Tavares, H., S. S. Martins, et al. (2003). "Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis." *J Clin Psychiatry* 64(4): 433–8.
- Tavares, H., M. L. Zilberman, et al. (2001). "Gender differences in gambling progression." *J Gambl Stud* 17(2): 151–9.
- Toce-Gerstein, M., D. R. Gerstein, et al. (2003). "A hierarchy of gambling disorders in the community." *Addiction* 98(12): 1661–72.
- Ward, M. F., P. H. Wender, et al. (1993). "The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder." *Am J Psychiatry* 150(6): 885–90.



## L'AZZARDO AL FEMMINILE NEL CONTESTO ITALIANO

### Un'esperienza clinica specifica

*Fulvia Prever e Valeria Locati*

#### **Introduzione**

Parlare di azzardo al femminile vuol dire parlare d'amore, di relazioni e di dipendenza affettiva, un tema universale.

In Italia il gioco è considerato da sempre un'attività per soli uomini, uno svago, un divertimento, un "vizio" del sesso forte; di conseguenza, un'eventuale patologia esclusivamente maschile. Per una madre, una moglie, una figlia, ciò sarebbe stato considerato inadeguato e disdicevole (Guerreschi, 2008).

Non solo evidenti e importanti ragioni sociali e culturali ostacolavano l'accesso delle donne al gioco, ma la stessa proposta di gioco, fundamentalmente orientata a giochi attivi (skill game) e di competizione, non aveva alcun appeal sulla popolazione femminile

Nell'immaginario collettivo, da Dostoevskij a De Sica, il giocatore è sempre stato l'uomo giovane, affascinante, narcisista, amante del rischio, della bella vita, dei soldi e delle donne: bello e maledetto.

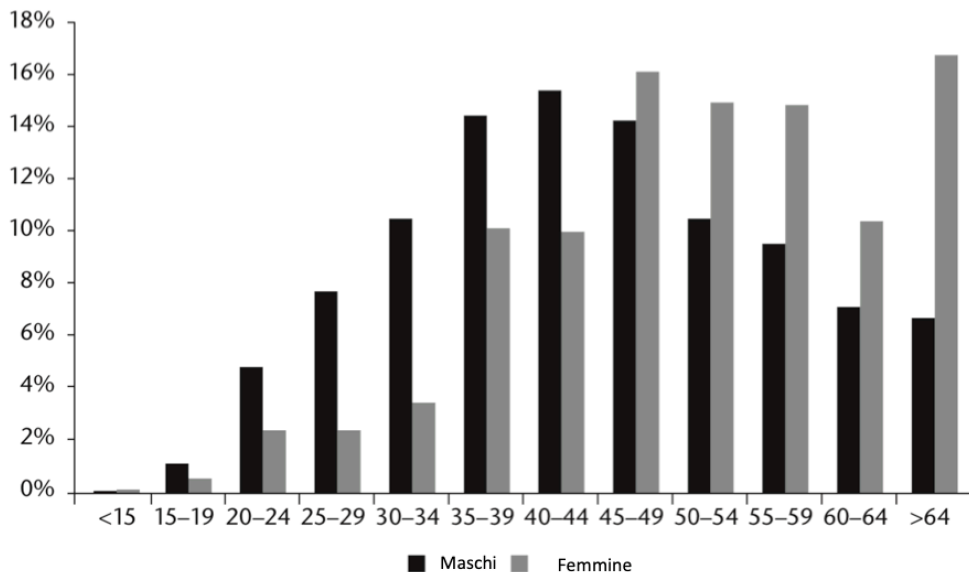
Oggi, sempre più di frequente, l'immagine è quella di una donna semplice, una casalinga, una signora di mezza età non particolarmente curata, triste e sola, con lo sguardo un po' spento, tutto meno che alla ricerca dell'avventura.

Se la possibilità di sviluppare una dipendenza dal gioco d'azzardo sembra essere due volte maggiore per gli uomini rispetto alle donne (La Barbera, 2010), la prevalenza del disturbo è influenzata dalla disponibilità del gioco d'azzardo, vertiginosamente cresciuta negli ultimi anni grazie alla legittimazione delle politiche di governo, in sinergia con una pubblicità mirata. La percentuale di donne con un gioco eccessivo è quindi aumentata, giungendo all'attenzione dei servizi di cura (Lavanco e Varveri, 2006)

Le richieste d'aiuto sono ancora poche, anche se in costante aumento, e non danno indicazioni sufficienti a dimostrare una crescita vera e propria del fenomeno se non integrate con l'osservazione diretta dei locali pubblici invasi dal gioco, i bar, e dei luoghi ad esso preposti (sale VLT, Bingo, etc.).

Le caratteristiche specifiche e la modalità di diffusione di alcuni giochi permettono attualmente alle donne italiane e immigrate di incontrare il gioco in modo prepotente all'interno della vita quotidiana. Esse spiegano in gran parte la diversità del gioco femminile nel nostro Paese, sia in termini di caratteristiche demografiche (età media più alta in Europa) che di scelta di giochi (fisico/online) e di escalation del fenomeno.

FIGURA 9.1 Distribuzione per classi di genere e di età



La ricerca mostra alte prevalenze di giocatrici d'azzardo in alcuni contesti italiani, ad esempio nelle "Cattedrali del gioco", le sale Bingo, dove sono quasi l'80 % dei giocatori (AAMS<sup>1</sup> 2008).

Le donne, così come in altre dipendenze (fumo, alcol, droga), impiegano più tempo degli uomini a valicare la barriera della trasgressione, ma quando accade lo fanno in modo esasperato; il gioco d'azzardo rappresenta oggi per le donne un altro "tabù infranto" (Prever e Locati, 2012a).

### I giochi delle donne, tra passato e presente

I giochi, sempre più capillarmente diffusi, hanno fatto sì che le donne potessero avvicinarsi senza dare nell'occhio, facendo la spesa o accompagnando i figli a scuola. L'ufficio postale, l'ipermercato, il bar per il cappuccino della mattina, l'edicola e la tabaccheria sono divenuti tutti potenziali spacciatori di "gioco", a disposizione anche delle casalinghe più efficienti (e dei minori al loro seguito). Gratta e vinci e slot sono ovunque, a disposizione di donne mature ma anche delle giovanissime (Siciliano *et al.* 2010). La creazione delle sale VLT (decreto legge Abruzzo 2009)<sup>2</sup>, dopo un'iniziale diffidenza, ha conquistato la platea femminile grazie all'offerta di servizi gestiti con stile e accoglienza.

- 
1. Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato, dal 2012 Agenzia delle dogane e
  2. Interventi urgenti per il terremoto in Abruzzo del 6 aprile 2009 che hanno comportato l'immissione sul mercato di nuovi giochi, quali VLT e Gratta & Vinci.



In Italia, con il Lotto e le Lotterie, troviamo una specifica storia di gioco, segno di appartenenza a una cultura popolare di simboli, giocata all'interno del rito familiare di cui le donne potevano essere protagoniste: il sogno, la cabala, la sorte. Le donne del sud sceglievano i numeri tra le mura domestiche, ma inviavano i ragazzini al bar per la puntata. Entrambi questi giochi si sono trasformati come modalità e velocità di esecuzione (lotterie istantanee = Gratta & Vinci) ma sono ancora oggi i giochi preferiti dalla popolazione femminile, in particolare nell'Italia meridionale (Lanzafame, 2012).

Come dimostra l'analogia esperienza inglese delle scommesse ippiche (gioco d'azione tipicamente maschile) negli anni '50, (Wardle, 2014), una diversa modalità di offerta può creare una predilezione di gioco al di là della consueta scelta di genere; l'offerta specifica produce quindi la domanda, influenza le preferenze di genere e, in subordine, il sintomo.

Il casinò, vera icona dell'azzardo, ha sempre avuto una forte connotazione maschile, con le donne in un ruolo di cornice, di portafortuna; le cose sono parzialmente cambiate, grazie anche alla diffusione delle slot nelle sale interne, che ha favorito la partecipazione attiva del gentil sesso.

Una importante porta "rosa" d'accesso è stata quella del Bingo, il "Casinò dei poveri"; ripreso dalla vecchia tombola, un gioco tradizionale nelle famiglie italiane, esso è divenuto gioco femminile per eccellenza. Le sale Bingo (apertura 2001), definite dalla legge del '99 "locali con funzione di intrattenimento e aggregazione sociale", sono state infatti situate in luoghi positivamente connotati, quali ex sale da ballo del liscio o vecchi mercati rionali coperti; continuano quindi a rappresentare, per la popolazione anziana e femminile, postazioni di incontro e divertimento socialmente accettate. Nel 2008 le slot machine sono state collocate anche nelle sale Bingo, creando un ulteriore volano al gioco femminile.

Le slot hanno comportato una normalizzazione dell'azzardo, privandolo di ogni connotazione negativa, al contrario, rappresentando per molte italiane un'attività con un valore aggiunto, un passo verso la parità; la loro introduzione massiccia nei bar nel 2003 ha colpito al cuore l'*istituzione* della vita relazionale degli italiani tutti, dando inizio all'escalation di partecipazione femminile e dei problemi connessi (Volberg, 2003).

Il legame tra slot/VLT e dipendenza è stato evidenziato da vari autori (Brown *et al.* 1998; Hing e Breen, 2001; Potenza *et al.* 2006; Toneatto; Griffiths, Kuss e King, 2012) e la marcata preferenza delle donne per questa tipologia, così strettamente correlata ai problemi di gioco patologico, crea un problema sociale importante sia a livello nazionale sia internazionale.

Anche se il mondo dell'online in Italia non ha ancora avuto una diffusione pari a quella internazionale, l'evolversi rapido e accattivante del mercato pone di-

versi interrogativi sul futuro dei giochi al femminile (Wardle *et al.* 2010): tv interattiva, pc, smartphome e tablet, permettono alle signore non solo lo shopping compulsivo, ma anche il consumo di azzardo.

Il mercato internet è ancora prevalentemente maschile, 86% contro 14% donne (Rangone e Mangiaracina, Politecnico 2014). Osserviamo il successo "in rosa" di alcuni giochi on line, già preferiti nel gioco fisico (bingo, slot, lotterie istantanee, e per le più giovani, anche il poker). La possibilità di giocare senza spostarsi da casa o dal lavoro, di svolgere contemporaneamente le funzioni di cura della famiglia e di giocare nascoste e in anonimato, diminuisce il senso di insicurezza e di vergogna del dover frequentare postazioni pubbliche.

Per contro, però, giocare on line non risponde al bisogno concreto di "socializzazione" delle donne italiane e implica inoltre un'abilità informatica non comune alle nostre giocatrici, di età media avanzata.

### **A che punto siamo con la ricerca?**

Nonostante l'impatto nella società della partecipazione delle donne al gioco d'azzardo, il gioco problematico femminile è sottostimato e sotto studiato: esiste poca ricerca specifica sull'epidemiologia e sulle differenze di genere (Del Fabbro, 2009) e i risultati sono spesso datati, generalizzati ed estrapolati da ricerche svolte sulla popolazione generale a prevalenza maschile (Piquette-Tomei *et al.* 2008). Come dice Svennson (2011), esiste una "cecità di genere" che diremmo diffusa anche nella nostra realtà.

Sia in Europa (Bronnec, 2014; DPA 2008) che nel nostro Paese, le donne sembrano avere difficoltà ad accedere ai servizi e rimangono quindi una popolazione sotto rappresentata; difficile infatti stimare e valutare il sommerso.

In Italia il gioco d'azzardo viene riconosciuto solo dal 2012 come una patologia da inserire nei Livelli Essenziali di Assistenza e vi è, quindi, uno scarso investimento sulla ricerca (Decreto Legge "Balduzzi")<sup>3</sup>, non esistono studi accreditati, esaustivi e validati, rappresentativi del fenomeno. La scarsa numerosità delle donne presenti nei servizi di cura fornisce inoltre un campione statisticamente poco significativo e frammentato (Bellio e Fiorin, 2009; Giustina *et al.*, 2013; Ronzitti *et al.*, 2014).

I dati disponibili<sup>4</sup> stimano che il 42,9% della popolazione di 15-64 anni abbia giocato nell'ultimo anno almeno una volta e che il genere femminile mostri

---

3. Decreto Legge 158/2012 che riconosce solo parzialmente il GAP come patologia a carico del Sistema Sanitario Nazionale, senza stanziare fondi aggiuntivi per i Servizi Dipendenze. Pone, inoltre, per la prima volta, regole e limiti sull'installazione dei giochi e sulla pubblicità.

4. Relazione annuale al Parlamento 2015

una minore attrazione per l'azzardo: il 30,3% delle donne sulla popolazione adulta femminile contro il 55,7% degli uomini su quella maschile (DPA, 2014). Il 4% delle donne giocatrici presenta un rischio problematico, in confronto al 6% degli uomini. Diversamente dagli uomini, le donne si concentrano su poche tipologie di giochi, spesso uno solo (Serpelloni 2013). La nostra esperienza clinica ci porta a pensare che le nostre ricerche epidemiologiche sottostimino la partecipazione delle donne al gioco, poiché prendono in considerazione l'intervallo 15-64 anni; le donne che giocano e sviluppano problemi connessi al gioco sono soprattutto nella fascia oltre i 64 anni, come si evidenzia nelle giocatrici che si rivolgono ai nostri servizi (Serpelloni, 2013).

FIGURA 9.2 con il permesso dell'AAMS (Amministrazione Autonoma Monopoli di Stato)

Agenzia: Saatchi & Saatchi Italy Responsabile della pubblicità: Gabriella Alemanno Fotografo: Riccardo Bagnoli



L'avvicinarsi al gioco è più tardivo nelle donne italiane, con una media di 48 anni vs 30,0-37,5 anni per gli uomini (Ipsad Bastiani 2015; Nelson *et al* 2006; Nower e Blaszczynski 2006;), ma in rapida progressione verso il gioco problematico/patologico (Bellio e Fiorin 2009)

Comprendere meglio la loro progressione, dal gioco sociale-ricreazionale al gioco patologico, nella sua evoluzione fino al gioco dannoso/rischioso (che

impatta la società con povertà, rottura dei legami familiari, suicidi), permetterebbe di congegnare interventi di prevenzione, riduzione del danno e strategie di cambiamento mirati (Holdsworth, Hing e Breen 2012). Azioni tanto più rilevanti quanto più rapida è l'escalation del sintomo, il che pone la questione del timing dell'intervento come cruciale.

### **Più veloci, più disperate?**

Le ricerche ci dicono, quasi univocamente, che le donne iniziano a giocare in età più avanzata ma sviluppano più rapidamente problemi connessi al gioco.

Grant parla di effetto telescopico (Potenza *et al.* 2001; Nelson *et al.* 2006; Tavares *et al.* 2001; Piazza, Vrbka e Yeager 1989) anche se le sue cause rimangono incerte; i disturbi d'ansia possono essere messi in relazione con questa progressione rapida (Ibañez *et al.* 2003; Kuchner *et al.* 2011) o potrebbero avere maggior peso altre caratteristiche quali le pressioni, sociali o biologiche, specifiche di genere (Grant, Odlough e Mooney 2012) o l'esordio tardivo del gioco stesso (Nelson *et al.* 2006).

Il gioco ricreazionale può condurre rapidamente le giocatrici a una situazione di disperazione (Custer, 1982) per le minori risorse economiche a disposizione: toccare il fondo più rapidamente (Brown e Coventry 1997; Toneatto 2002) può innescare un maggior effetto di chasing.

In alcuni studi recenti, però (Grall-Bronnec *et al.* 2014; Prever, Locati 2014; Brandt, Wöhr, Prever 2014; Slutske *et al.*, 2015), questo effetto telescopico risulta meno evidente o assente. Ciò rappresenterebbe una svolta nella letteratura: diviene quindi estremamente rilevante, a nostro parere, la modalità di raccolta anamnestica. Le donne infatti tendono a evidenziare come prima esperienza di gioco quella riferita al gioco problematico in atto (slot, G&V, Bingo) (Brandt, Wöhr & Prever, 2014) mentre, data l'età matura, è possibile rilevare un'esperienza di gioco sociale, spesso intra-familiare, ben più datata (Lotterie, Lotto, Totocalcio).

In questi tempi di crisi, cassa integrazione e licenziamenti, l'azzardo può rappresentare per le donne, italiane o immigrate, un modo di risalire la china; un tentativo di affrancarsi dalla marginalità, finalizzato spesso a dare sostegno economico alla propria famiglia; l'effetto devastante del gioco le ricolloca presto in una emarginazione disperante, innescando un'ulteriore escalation.

### **Perché le donne faticano a giungere ai servizi di cura?**

Nonostante quasi la metà dei giocatori in Italia siano donne, solo una piccola parte delle giocatrici problematiche si rivolge servizi.

Sono state formulate varie ipotesi su questo dato anomalo, che trova parziale spiegazione nella scarsa disponibilità di servizi accoglienti e con specifiche offerte di trattamento. Alcuni fattori ostacolanti l'accesso ai luoghi di cura in Ita-

lia sono esterni, più socialmente connotati, mentre altri sono interni, parzialmente universali ma anche connessi all'identità culturale.

Elementi esterni sono la scarsa disponibilità sul territorio di servizi dedicati al GAP, l'assenza di pubblicizzazione negli ambiti più frequentati dalle donne, la forte connotazione dei Sert<sup>5</sup> rispetto alla tossicodipendenza e l'utenza essenzialmente maschile, il fatto che non siano servizi "a misura di donna", con interventi di gruppo dedicati; gli orari dei servizi sono un ulteriore ostacolo in relazione alla difficoltà delle pazienti di trovare tempo e spazio per sé e la propria cura.

Internamente, giocano un ruolo fondamentale sia il senso di colpa che la vergogna, la paura di non sentirsi capite nei propri problemi di donna, l'impossibilità di fare outing; essi sono strettamente connessi con fattori esterni quali la negazione del sintomo da parte dei familiari, la mancanza di un loro sostegno fino alla decisa riprovazione.

La paura di perdere la custodia dei figli/nipoti gioca altresì un ruolo importante in un'Italia molto attenta al ruolo materno e alla tutela dei minori.

In ultima battuta, vi è la forse difficoltà a riconoscere e accettare l'entità del problema, la difficoltà atavica del cercare un aiuto esterno invece che contare solo sulle proprie forze.

### **Quali diagnosi per quale terapia?**

In analogia con altre dipendenze, il GAP femminile rappresenta, essenzialmente, modalità di gestione della sofferenza psichica (Giustina *et al.* 2013) per convivere con ciò che pare inaffrontabile.

Le motivazioni al gioco, corroborate dalla nostra osservazione clinica, sono solo in minima parte radicate in una vulnerabilità pregressa (co-morbilità): per lo più hanno radici nel bisogno di sfuggire sentimenti negativi (ansia, depressione), di combattere la solitudine, di compensare l'isolamento sociale, di acquisire appartenenza, di colmare un vuoto affettivo (nido vuoto), di darsi un risarcimento in relazione a una perdita (affettiva, economica, di salute e autonomia fisica), di avere una rivalse all'interno di una relazione significativa e, soprattutto, nel bisogno di poter affrontare in modo più "leggero" la pressione quotidiana in relazione al ruolo di cura e alle preoccupazioni connesse.

Questi temi, presenti anche nella letteratura internazionale, mostrano altresì una stretta relazione con la precipua situazione socio/ambientale femminile e con la cultura del gioco nel nostro Paese; la stessa situazione migratoria, componente rilevante nella platea di giocatrici, modula in modo diverso le specificità di gioco del Paese d'origine sul nostro territorio, aumentando il rischio di

---

5. Servizi per le Dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale

sviluppare una problematicità, rispetto all'azzardo, che nel proprio Paese veniva arginata dal contesto culturale e normativo.

Le donne con un problema di gioco eccessivo spesso rappresentano per il terapeuta una sfida maggiore, che richiede una presa in carico forte e articolata; trattare di dipendenza dal gioco al femminile vuol dire trattare anche di dipendenza affettiva, questione cruciale dalle connotazioni storiche e culturali rilevanti (Norwood 2003, Guerreschi, 2011).

Per valutare correttamente gli indici di gravità del gioco, soprattutto in questa popolazione, bisogna andare oltre l'utilizzo dei metodi diagnostici solitamente in uso e indagare la concomitanza e la connessione del gioco problematico con le fasi del ciclo vitale che comportano una particolare fragilità nell'universo femminile.

La loro comprensione può evitare un più rapido evolversi del sintomo (Cabrini et al. 2013, Fiorin et al. 2013 Colombo et al. 2013); il soffermarsi inoltre su una visione più complessiva della donna, nella sua dimensione olistica e relazionale, aiuta a evidenziare punti di forza e risorse. La fase di vita particolarmente avanzata di molte giocatrici implica la necessità di fornire, all'interno del servizio di cura, una consulenza diagnostica su eventuali compromissioni cognitive, tutt'altro che rare nelle pazienti più anziane, rendendo più complesso l'utilizzo di alcune modalità di trattamento specifiche per il GAP. Le pazienti affette da Parkinson meritano inoltre particolare attenzione: è necessario comprendere e trattare non solo la complessità neurobiologica in relazione agli effetti dei dopaminergici, ma soprattutto la dimensione psicologica rispetto ai vissuti di morte e di sgretolamento della propria integrità fisica, sessuale ed emotiva.

La condizione della giocatrice all'interno della famiglia è in generale più pesante e il sostegno da parte del partner spesso inesistente; a differenza di quanto accade per il giocatore, l'isolamento e la stigmatizzazione sono maggiori e le incombenze e i ruoli familiari a suo carico restano spesso inalterati; essa si sente più oppressa e sovraccarica, senza spesso riuscire a trovare tempo e spazio per esprimere il proprio malessere in un luogo di cura; vive costantemente un lacerante contrasto tra il ruolo di donna/madre/moglie/figlia e la propria patologia. All'interno di un gruppo di pari, invece, le donne accedono più facilmente alle proprie emozioni più profonde, dando voce alla propria anima, alla propria sofferenza, alle frustrazioni quotidiane, alle violenze subite, all'amore cercato/negato, alla propria sessualità spesso repressa. Come scriveva Jacques Prévert nella sua toccante poesia:

Sono andato al mercato degli uccelli e ho comprato degli uccelli, per te, amore mio; sono andato al mercato dei fiori e ho comprato dei fiori, per te, amore mio; sono andato al mercato della ferraglia e ho comprato delle catene, delle pesanti catene, per te, amore mio; e sono andato al mercato degli schiavi, e ti ho cercata, ma non ti ho trovata, amore mio.

*(Prévert, 1946)*

Le donne hanno bisogno di altre donne per ritrovare la propria identità e la

propria forza (Prever e Locati, 2012a), per identificarsi, per proiettare, abbandonando la falsa “sicurezza” del gioco, sperimentando la propria fragilità all’interno di un “luogo” sicuro: lo spazio terapeutico protetto del gruppo (Karter, 2010).

Come si evince anche dall’esperienza internazionale, con le donne “è diverso”: per loro è fondamentale essere accolte in luoghi poco connotati, senza commistioni con le dipendenze, laddove si potrebbero rivolgere per altri motivi: l’oratorio, il consultorio familiare o un presidio sanitario generico. Luoghi adatti e gradevoli, dove sentirsi sicure, non giudicate, ascoltate e capite. (Piquette-Tomei et al. 2008).

Paradossalmente, essi dovrebbero rappresentare una vera valida alternativa *women friendly* alle postazioni di gioco, pensate ad hoc dal marketing.

### **Il gruppo “Donne in Gioco”**

Parlare di donne quindi significa parlare di relazioni, di dipendenza affettiva, di donne che amano troppo. (R. Norwood)

Di madre in figlia (L. Ravasi 2010) si trasmette la fiducia nel poter condividere con altre donne le proprie emozioni più profonde, le gioie, le speranze e le delusioni, le difficoltà “insormontabili”, il dolore della solitudine e dell’incomprensione, in un mutuo sostegno; la possibilità di poterlo fare nei momenti più difficili e dolorosi è per molte donne l’unica via d’uscita dall’isolamento, dalla depressione e dalla sofferenza (Ravasi, 2010). Questo è stato il pensiero forte che ha condotto una di noi<sup>6</sup> a pensare a un gruppo di terapia per sole giocatrici, un intervento gratuito e facilmente accessibile, che permettesse al femminile di emergere e di trovare ascolto, e a noi di studiare e ragionare meglio su questo nuovo fenomeno. Questo poteva trovare spazio solo nell’ambito di un volontariato professionale, quale quello di AND<sup>7</sup>, che ci rendesse libere di progettare luoghi, tempi e modalità a misura di donna. Da allora il lavoro clinico e di ricerca si è svolto in tandem con le colleghe Valeria Locati ed Elize Haggiag, entrambe psicoterapeute sistemiche.

Il percorso è stato condiviso mediando i nostri diversi punti di vista, sia in termini generazionali che clinici; il tragitto si è modificato nel tempo focalizzandosi su temi rilevanti, quali la difficoltà di richiedere aiuto, connessa alle dinamiche familiari, il tema della violenza e il tema del potere nella relazione.

Il nostro progetto di gruppo di genere, particolare e unico in Italia, nasce nel 2010 ed è in continua evoluzione; esso risponde alla richiesta di un intervento terapeutico specifico assente sul territorio lombardo come su quello nazionale.

---

6. Fulvia Prever, responsabile del gruppo “donne in gioco”

7. Associazione Azzardo e Nuove Dipendenze

Nasce a Milano, una grande città del Nord, dove il potere dei soldi, da un lato, e il disagio e l'emarginazione, dall'altro, convivono perfettamente; una città dove la popolazione femminile che abita i bar e le molte sale Bingo e VLT è in costante aumento e varia per età, ceti sociale e nazionalità.

Il focus del lavoro è sulla relazione, la narrazione e la metafora con un approccio sistemico/relazionale.

La sfida parte dall'ipotesi che il gioco femminile abbia più a che fare con i significati e le illusioni a esso collegate che con le strategie vincenti e le distorsioni cognitive sottese.

Se i giochi di fortuna, preferiti dalle donne, sono molto meno legati alle illusioni di controllo e ai pensieri erranei rispetto a quelli di abilità (Myrseth, Brumborg e Eidem, 2010) e se il gioco ha lo scopo di evitare emozioni spiacevoli (Bonnaire, Bungener e Varescon, 2006), associate al contesto affettivo/relazionale femminile, questo rende il gioco femminile meno correlato ai soli pensieri erranei e all'illusione di controllo?

Se questo è vero, ciò può rendere l'approccio sistemico/relazionale più efficace della CBT<sup>8</sup> per la terapia delle giocatrici (Crisp *et al.* 2000)? Può essere terapia di elezione, analogamente alla CBT per i giocatori maschi? (Toneatto e Ladouceur, 2003; Sylvain, Ladouceur e Boisvert, 1997). Il lavoro si concentra sulle disfunzioni e sofferenze del sistema familiare allargato e "presentificato" nel gruppo, analizzando il payoff individuale e familiare del sintomo stesso, esplorando insieme percorsi alternativi per riorientare ed equilibrare il sistema. Diamo grande spazio alle problematiche concrete del quotidiano, facendoci carico anche di un lavoro con la rete esterna. La terapia è sul "qui e ora" e, contemporaneamente, osservazione del processo terapeutico (Prever e Locati, 2012). Filo conduttore per l'intervento è stato il punto di vista illuminante di Gregory Bateson, il quale nel 1976 affermava che:

Gli psicologi parlano come se le astrazioni di certi rapporti (dipendenza, ostilità, amore, ecc.) fossero oggetti reali da dover descrivere o esprimere mediante messaggi. Ma questa epistemologia è all'incontrario: in verità sono i messaggi che costituiscono il rapporto e termini come "dipendenza" sono descrizioni verbalmente codificate di strutture immanenti nella combinazione dei messaggi scambiati. Non ci sono oggetti nella mente; non c'è neppure la dipendenza.

Se il nostro focus non è la dipendenza in sé, quanto piuttosto ciò che essa rappresenta in un contesto più ampio, è stato per noi necessario trovare strumenti di lavoro che stimolassero l'acquisizione di nuovi punti di vista e che portassero alla creazione di nuove narrazioni di sé da parte delle donne, utili a percepire se stesse in un modo differente, più sano, più capace e meno sofferente.

---

8. Cognitive Behavioural Therapy



L'ipotizzazione e la circolarità (Selvini Palazzoli et al., 1980), l'oscillazione del concetto di tempo tra "qui e ora" e "là e allora" (Boscolo e Betrando, 1993), il passaggio dalla parte al tutto e dal tutto alla parte, attraverso il riferimento costante a una rete di sistemi e sottosistemi relazionali e di vita, hanno rappresentato gli strumenti terapeutici veri e propri: strumenti che hanno ridato speranza alle pazienti e hanno fatto loro riscoprire una capacità di connettersi con gli altri e affrontare la solitudine personale nella quale stavano sprofondando.

Il ruolo delle conduttrici viene percepito dalle donne come genitoriale e autorevole, ma al contempo capace di generare relazione, novità e legami sereni e solidali tra loro.

La scelta della metafora (Schinco, 2007) è stata la strategia per potenziare il cambiamento e combattere il fantasma dell'immobilità, rendendo le pazienti consapevoli degli sforzi che stavano compiendo per rimanere in equilibrio sulla "corda" della loro esistenza tormentata. Movimento, disequilibrio, precarietà, abilità, sono state rappresentate con la metafora del Circo, chiave di svolta; le partecipanti ci hanno restituito un'immagine nuova di sé, costruendo un nuovo stato delle cose e riattivando risorse che avevano dimenticato di possedere. (Prever, Locati 2012)

L'evolversi della tipologia delle donne, in termini di molteplicità culturale e linguistica, di età e di compromissione psicofisica, ha comportato un ulteriore aggiustamento degli strumenti clinici portandoci a un approccio multiculturale, meno strategico e più conversazionale (Prever e Locati, 2014).

### **Considerazioni cliniche specifiche**

Partendo dai fattori ostacolanti l'ingresso delle donne ai luoghi di cura, chiave di lettura della ridotta possibilità di studio del gioco femminile, in particolare l'assenza di sostegno familiare è stato il nostro punto di partenza. In linea con la nostra formazione clinica, abbiamo studiato le dinamiche familiari e il loro impatto sulla richiesta di trattamento, sulla ritenzione e sull'outcome: nel 2013/14 abbiamo condotto un'osservazione delle storie familiari di otto donne del gruppo, descrivendo le connessioni tra ogni singola storia e il percorso di gioco, il *pay off*<sup>9</sup> (individuale e familiare), analizzando i fattori che ostacolavano o sostenevano la ricerca di aiuto e la connessione con i drop out e i risultati del trattamento.

Le conclusioni di questo iniziale lavoro di tipo descrittivo/qualitativo ci danno elementi su cui avviare ulteriori ricerche evidence-based centrate sulla richiesta di trattamento, la ritenzione e l'*outcome*: rafforzano per esempio l'ipotesi che le donne sole di rado giungono ai servizi, faticano a intraprendere il percorso e necessitano di progetti integrativi "risocializzanti"; se non aiutata ad affrontare

---

9. Beneficio secondario ottenuto, più o meno inconsapevolmente, dal fatto di giocare

le proprie relazioni familiari o affettive compromesse, non lasciano il sintomo che permette loro di convivere in modo meno doloroso con esse.

Da questa analisi emerge l'importanza di un approccio clinico specifico e di una prevenzione mirata non alla patologia ma alle criticità dei cicli fisiologici della vita, nonché al bisogno di sviluppare nei nostri servizi una cultura delle relazioni più che una con focus unicamente sul gambling.

Un altro tema emerso in modo rilevante in questi anni di lavoro è quello della *violenza* connessa con l'azzardo, vista come presenza forte nell'anamnesi delle giocatrici.

Il gioco riveste un'importante funzione di coping, ma a sua volta è elemento che produce violenza, sia auto che etero diretta.

Sulla base di queste osservazioni è stato condotto un lavoro clinico a partire dall'utilizzo di uno strumento specifico della DBT<sup>10</sup> quale la *soothing box*: abbiamo considerato il gioco patologico femminile come una forma di autolesionismo, in reazione a una violenza subita: in analogia al "cutting", per esempio, che spesso è connesso con precedenti abusi o violenze.

Il processo della costruzione della scatola è stato più rilevante che il risultato concreto, lavorando insieme sulle associazioni sensazione/emozione/memoria e selezionando elementi positivi da sostituire ai ricordi dolorosi. A partire da questa base, l'utilizzo del video (*Piccole cose di valore non quantificabile*)<sup>11</sup> ci ha permesso di accedere più facilmente ai vissuti della violenza subita, spesso negati o rimossi, e di utilizzare le ancore positive della SB per affrontare la sofferenza passata e il gioco.

I risultati, sempre a livello di un campione limitato ma significativo, sono stati molto promettenti rispetto a una terapia mirata allo specifico del femminile.

Infine, il lavoro clinico con un'utenza dello stesso sesso, per giunta con un'età media di 58 anni, conduce inevitabilmente a includere la percezione dell'altra metà del mondo, al di là di ogni stereotipata contrapposizione, in termini di ruoli e di pregiudizio disfunzionale: un'osservazione delle specificità di genere, numerose riflessioni su quanto sia possibile parlare di femminile senza contemplare anche il maschile

Come possibile investire sull'altro in un'esistenza segnata dalla sofferenza della dipendenza? L'età, il ruolo sociale e familiare ricoperto, l'eredità trigenazionale acquisita (Bowen, 1980; Böszörményi-Nagy e Spark, 1973) lo rendono particolarmente difficile?

Tutti questi interrogativi, uniti all'osservazione delle dinamiche all'interno del gruppo hanno condotto verso l'analisi della dimensione del potere nella rela-

---

10. Dialectical Behavioural Therapy

11. <http://www.youtube.com/watch?v=tOMHEAmirY>

zione (Haley, 1969), dell'esercizio di una posizione privilegiata o di forza in un rapporto nel quale si presuppone ci debba essere parità.

Le giocatrici lo esercitano e contemporaneamente lo subiscono: in termini clinici appare funzionale chiedersi di chi sia il potere, chi dipenda e chi co-dipenda, quale sia il vantaggio secondario dell'accettazione della propria posizione e quali emozioni si nascondano dietro a questa dinamica.

La condivisione e il confronto di queste osservazioni a livello internazionale ci fanno ben sperare rispetto a una maggiore consapevolezza del peso di questo tema nell'economia del benessere e della salute della società.

Ci auguriamo, nel nostro piccolo, di aver dato una spinta ulteriore a sviluppare una ricerca più orientata alla specificità dell'azzardo al femminile, più efficiente ed efficace.

## **Conclusioni**

La vulnerabilità femminile nei confronti della dipendenza da gioco d'azzardo è in forte aumento poiché le donne si accostano al gioco sempre più frequentemente, grazie alla pubblicità e alle politiche di marketing mirate. La loro predilezione per giochi a bassa soglia, giochi passivi e basati solo sulla fortuna, con un alto potenziale nel creare dipendenza, è fattore di rischio ulteriore.

Il problema del gioco femminile diviene estremamente rilevante in ambito sociale, sanitario e politico, nel senso più ampio del termine, ed evidenzia, nella scelta delle offerte di gioco mirate a coinvolgere il mondo femminile, l'assenza di una responsabilità etica.

Il fatto che questo fenomeno emergente, con un tale impatto sulla collettività e sulla famiglia, fulcro imprescindibile del nostro tessuto sociale, sia francamente ignorato in termini di riflessione e di ricerca, appare quindi una scelta politica precisa.

Il gioco fa il suo ingresso nella vita delle donne in modo tardivo, ma evolve più rapidamente verso la patologia; anche se le cause non sono state ancora sufficientemente indagate e descritte, questa escalation porta a valutare l'importanza di interventi precoci e intensivi (Grant, 2008).

Riteniamo che tali interventi debbano avere precise caratteristiche rivolte alla diversità e alla complessità del mondo femminile ed essere centrati sui loro bisogni emotivi; queste condizioni sono imprescindibili per il buon esito degli stessi.

La scelta dell'approccio sistemico relazionale e del gruppo di genere, a partire dai significati sottesi al gioco femminile e dalla nostra esperienza clinica, ci è parsa una scelta apprezzata e proficua, i cui esiti vanno approfonditi sia in tema di aggancio, ritenzione ed esito del trattamento.

Creare una cultura delle relazioni, e non solo una cultura dell'azzardo e del condizionamento cognitivo, può fare la differenza nel lavoro con le donne, sia in termini di terapia che di prevenzione: la dimensione emotiva, espressa elet-

tivamente nei rapporti umani, risulta la chiave di accesso al mondo interiore e al cambiamento.

I temi del potere e della violenza, connessi alla storia femminile e al gioco, ci sembrano imprescindibili da affrontare e approfondire, al fine di individuare nuovi strumenti terapeutici per trattare la sofferenza associata, nonché una priorità della ricerca. Condurre una ricerca aggiornata, attenta alle differenze di genere, è fondamentale per meglio comprendere quali progetti di prevenzione, cura e riduzione del danno possano risultare efficaci ed efficienti.

È opportuno che la metodologia sia adeguata ai bisogni espressivi e alle specificità femminili, in modo da evidenziare la percezione che le stesse donne hanno di una data situazione (Holdsworth, Hing & Breen 2012).

Vorremmo porre l'accento su una ricerca sensibile alle variabili culturali che, attraverso l'uso di un approccio dedicato, permetta alle donne di trovare "le parole per dirlo" (Marie Cardinal, 1975).

## Bibliografia

AAMS (2008) *Il punto vincente*, Mensile dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato. 2: 2-5

Andronicos M., Beauchamp G., DiMambro M., Robert M., Besson J. and Séguin M. (2015) Do male and female gamblers have the same burden of adversity over their life course? *International Gambling Studies*, 15.2: 224-238

Avanzi M., Baratti M., Cabrini S., Uber E., Brighetti G. and Bonfà F. (2006) Prevalence of pathological gambling in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord*. Dec; 21(12): 2068-72

Avanzi M. and Prever F. (2015) *Gambling Disorder in Parkinson's Disease: a Support Group for Patients and Caregivers*, International Congress on Addictive Disorders, Nantes, April 16-18, 2015

Bastiani L., Gori M., Colasante E., Siciliano V., Capitanucci D., Giarre P. and Molinaro S. (2013) Complex factors and behaviors in the gambling population of Italy, *Journal of Gambling Studies*, 29: 1-13

Bastiani L. and Molinaro S. (2015) *Relazione annuale al parlamento su droga e dipendenze, contributi e approfondimenti*, p. 68, data from IPSAD (Italian Population Survey on Alcohol and Drugs) IFC-CNR

Bateson G. (1972) *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*, University of Chicago Press, p. 275

Bellio G. and Fiorin A. (2009) Caratteristiche sociodemografiche, cliniche e differenze di genere in giocatori d'azzardo patologici in trattamento ambulatoriale, *G It Psicopat*, 15: 39-47

Bonnaire C., Bungener C. and Varescon I. (2006) Pathological gambling and sensation seeking – how do gamblers playing games of chance in cafes differ from those who bet on horses at the racetrack? *Addiction Research and Theory*, 14: 619-629

Boscolo L. and Bertrando P. (1993) *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*, Bollati Boringhieri, Torino

Böszörményi-Nagy I. and Spark GM (1973) *Invisible Loyalties*, Harper and Row, Hagerstown, Maryland

Boughton R. and Brewster J.M. (2002) *Voices of Women Who Gamble in Ontario: A Survey of Women's Gambling Barriers to Treatment and Treatment Service Needs*, Ministry of Health and Long Term Care

Bowen, M. (1974) *Toward the Differentiation of Self in One's Family of Origin*, Family Therapy in

- Clinical Practice (reprint ed.), Lanham, MD: Rowman & Littlefield (published 2004), pp. 529–547
- Bowden-Jones H., Michalczuk R., Verdejo-Garcia A. and Clark L. (2011) Impulsivity and cognitive distortions in pathological gamblers attending the UK National Problem Gambling Clinic: a preliminary report, *Journal of Psychol Med*, 1–11
- Brandt L., Wöhr A. and Prever F. (2014) *Factors Influencing Treatment-Seeking Behavior in Female Pathological Gamblers – A Comparison of Different Treatment Centers in Europe: Austria, Germany & Italy*, 10th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues, Helsinki, Finland, 9–12/09/2014
- Brown, S. and Coventry, L. (1997) *Queen of Hearts: The Needs of Women with Gambling Problems*, Melbourne: Financial and Consumer Rights Council
- Cabrini S., Prever F., Puerini E., Tadini M. and Bellio G. (2013) “Vinci Severity Index” – Un’ipotesi di lavoro per la valutazione della gravità del giocatore d’azzardo, in Capitanucci D., a cura di, *L’inquadramento clinico del giocatore d’azzardo patologico. ATTI del 2° Simposio residenziale – Vinci (FI)*, edizioni And-in-carta, 87
- Cardinal M. (1975) *Les mots pour le dire*, Éditions Grasset & Fasquelle
- Colombo A., Macaccini E., Tinti V. and Airoldi S. (2013) Podere Jana-Donna anziana. Criteri di gravità e analisi del target “donna over 59” in Capitanucci D., a cura di, *L’inquadramento clinico del giocatore d’azzardo patologico. ATTI del 2° Simposio residenziale – Vinci (FI)*, edizioni And-in-carta, 109
- Crisp B.R., Thomas S.A., Jackson A.C., Thomason N., Smith S., Borrell J., Ho W.Y. and Holt T.A. (2000) Sex differences in the treatment needs and outcomes of problem gamblers, *Research on Social Work Practice*, 10(2), 229–242
- Custer R.L. (1982) Pathological gambling, in Whitfield A., ed., *Patients With Alcoholism and Other Drug Problems*, New York: Year Book Publishing
- Del Fabbro P.H. (2009) *Australasian Gambling Review (1992–1998)* (4th edn) Adelaide: Independent Gambling Authority
- Dipartimento Politiche Antidroga (Presidenza del Consiglio dei Ministri) (2008) *Relazione annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*
- Dipartimento Politiche Antidroga (Presidenza del Consiglio dei Ministri) (2014) *Relazione annuale al parlamento. Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia*
- 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
- Dow-Schull N. (2012) *Addiction by Design*, Princeton University Press
- Fiorin A., Locati V., Rossi F. and Caroni U. (2013) “Diario di bordo” in Capitanucci D. (a cura di), *L’inquadramento clinico del giocatore d’azzardo patologico. ATTI del 2° Simposio residenziale – Vinci (FI)*, edizioni And-in-carta, 47
- Giustina L.M., Nucera V., Antonioni M., Pelosi A., Savi E. and Baccelliere C. (2013) Differenze di genere nella tossicodipendenza e nel gioco d’azzardo patologico, *Italian Journal of Addiction*, 3, 2, 31–36
- Grall-Bronnec M., Bruneau M, Bouju G., Caillon J. (2014) *Vulnérabilité liée au sexe*, 3rd International Multidisciplinary Symposium on Excessive Gambling, Université de Neuchâtel, CH
- Grant J.E. (2008) *Impulse Control Disorders: A Clinician’s Guide to Understanding and Treating Behavioral Addictions*, New York: W.W. Norton & Company
- Grant J.E. and Potenza M.N., eds. (2004) *Pathological Gambling: A Clinical Guide to Treatment*, American Psychiatric Pub
- Grant J.E., Odlough B.L. and Mooney M.E. (2012) Telescoping phenomenon in pathological gambling: association with gender and comorbidities, *Journal of Nervous Mental Disorders*, 200, 996–998
- Griffiths M.D., Kuss D.J. and King D.L. (2012) Video game addiction: past, present and future, *Current Psychiatry Reviews*, 8, 308–318
- Guerreschi C. (2008) *L’azzardo si veste di rosa. Storie di donne, storie di gioco, storie di rinascita*,

- Franco Angeli, Milano Guerreschi C. (2011) *La dipendenza affettiva. Ma si può anche morire d'amore?* Franco Angeli, Milano
- Haley J. (1969) *The Power Tactics of Jesus Christ and Other Essays*, Avon Books, USA
- Hing N. and Breen H. (2001) Profiling lady luck: an empirical study of gambling and problem gambling amongst female club members, *Journal of Gambling Studies*, 12, 47–69
- Holdsworth L., Hing N. and Breen H. (2012) Exploring women's problem gambling: a review of the literature, *International Gambling Studies*, 12, 2, 199–213
- Ibáñez A., Blanco C., Moreryra P. and Saiz-Ruiz J. (2003) Gender differences in pathological gambling, *J Clin Psychiatry*, 64, 295–301
- Ibáñez A., Blanco C., Donahue E., Lesieur H.R., Pérez de Castro I., Fernández-Piqueras J. and Sáiz-Ruiz J. (2001) Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment, *American Journal of Psychiatry*, 64, 295–301
- Karter L. (2010) Therapist in women and gambling at level ground therapy, in *Crossroads and Roundabouts; The Right Way Forward*, EASG conference, Wien
- Kuchner M., Maurer E., Menary K. and Thuras P. (2011) Vulnerability to the rapid, (telescoped) developed of alcohol dependence in individuals with anxiety disorder, *Journal for the Studies of Alcohol and Drugs*, 72, 1019–1027
- La Barbera D. (2010) *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Il tarlo. Film. Directed by Marco Lanzafame (2012)
- Lavanco G. and Varveri L. (2006) *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa*, Carrocci
- Faber Myrseth H., Brunborg G.S. and Eidem M. (2010) Differences in cognitive distortions between pathological and non-pathological gamblers with preferences for chance or skill games, in *J Gambl Stud*, 26, 561–569
- Nelson S.E., Laplante D.A., Labrie R.A. and Shaffer H.J. (2006) The proxy effect: gender and gambling problem trajectories of Iowa gambling treatment program participants, *J Gambl Stud*, 22(2), 221–240
- Norwood R. (1985) *Women Who Love Too Much*, Tarcher, Los Angeles
- Nower L. and Blaszczynski A. (2006) Characteristics and gender differences among self-excluded casino problem gamblers: Missouri data, *J Gambl Stud*, 22, 1–99
- Piazza N.J., Vrbka J.L. and Yeager R.D. (1989) Telescoping of alcoholism in women alcoholics, *International Journal of the Addictions*, 24, 1, 19–28
- Piccole cose di valore non quantificabile*. (1999) Film. Directed by Paolo Genovese and Luca Miniero, <https://www.youtube.com/watch?v=tOMHEAmirIYPilver>
- Amir IYPilver C.E., Libby D.J., Hoff R.A. and Potenza M.N. (2013) Gender differences in the relationship between gambling problems and the incidence of substance-use disorders in a nationally representative population sample, *Drug Alcohol Depend*, 133(1), 204–211
- Piquette-Tomei N., Norman E., Corbin Dwyer S. and McCaslin E. (2008) Group therapy for women problem gamblers: a space of their own, *Journal of Gambling Issues*, 22, <http://www.camh.net/egambling/issue22/pdfs/07>
- Piquette-Tomei.pdf Potenza, M.N. (2006) Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 101, 142–151
- Potenza M.N., Steinberg M.A., McLaughlin S.D., Wu R., Rounsaville B.J. and O'Malley S.S. (2001) Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline, *Am J Psychiatry*, 158, 1500–1505
- Prever F. and Haggiag E. (2015) *Problem Gambling in Specific Populations*, *International Congress on Addictive Disorders*, Nantes, April 16–18, 2015
- Prever F. and Locati V. (2012) *Women who Gamble. A Group Clinic Experience through the Circus Metaphor and Other Stories*, 9th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues, Loutraki
- Prever F. and Locati V. (2014) *A Female Group: a Peculiar Italian Experience. Gambling as a "Way*

Out"?, 3rd International Multidisciplinary Symposium on Excessive Gambling, Université de Neuchâtel, CH

Prévert J. (1946) Pour toi mon amour, in *Paroles*, Editions du Point du Jour, Paris Rangone A., Mangiaracina R. and Planzi M. (2014) *Il gioco online in Italia: tra maturità e innovazione*, Osservatorio Gioco Online, Osservatori.net, ICT & Management, Politecnico di Milano, Milano

Ravasi L. (2010) *Di madre in figlia*, Cortina Raffaello ed. Richmond-Rakerd L.S., Slutske W.S., Heath A.C. and Martin N.G. (2014) Genetic and environmental influences on the ages of drinking and gambling initiation: evidence for distinct etiologies and sex differences, *Addiction*, 109(2), 323–331

Ronzitti S., Lutri V., Smith N., Clerici M. and Bowden-Jones, H. (2014) Gender differences in treatment seeking British pathological gamblers, *Journal of Behavioural Addictions*.

Schinco M. (2007) *La natura dialogica della psicoterapia* in Capello C., Gianone E. (eds), *I non colloqui di Alice*, new edition, ISU Università Cattolica Milano, pp. 115–159

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G. and Prata G. (1980) Hypothesizing-circularity- neutrality: three guidelines for the conductor of the session, *Family Process*, 19, 3–12

Serpelloni G. (2013) *GAMBLING Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione*, Manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze, Dipartimento Politiche Antidroga, 22–23

Siciliano V., Lorenzoni V., Fortunato L., Bastiani L., Colasante E., Potente R., Luppi C., Gori M., Chiellini P., Mezzasalma L. and Molinaro S. (2010) *L'Italia che gioca: uno studio su chi gioca per gioco e chi viene "giocato" dal gioco*, CNR

Slutske W.S. (2006) Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two US national surveys, *American Journal of Psychiatry*, 163, 297–302

Slutske W.S., Piasecki T.M., Deutsch A.R., Statham D.J. and Martin N.G. (2015) Telescoping and gender differences in the time course of disordered gambling: evidence from a general population sample, *Addiction*, 110(1), 144–151

Svensson J., Romild U., Nordenmark M. and Månsdotter A. (2011) Gendered gambling domains and changes in Sweden, *International Gambling Studies*, 11, 2, 192–211

Sylvain C., Ladouceur R. and Boisvert J.M. (1997) Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 727–732

Tavares H., Zilberman M.L., Beites F.J. and Gentil V. (2001) Gender differences in gambling progression, *J Gambl Stud*, 17, 151–159

Toneatto T., Boughton R. and Borsi D. (2002) *A Comparison of Male and Female Pathological Gamblers*, Ontario: Ministry of Health and Long Term Care

Toneatto T. and Ladouceur R. (2003) Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature, *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 284–292

Toneatto T. and Wang, J.J. (2009) Community treatment for problem gambling: sex differences in outcome and process, *Community Mental Health Journal*, 4, 5, Published online DOI 10.1007/s10597-009-9244-1, 468-475

Volberg R. (2003) Has there been a "feminization" of gambling and problem gambling in the United States? *eGambling: The Electronic Journal of Gambling Issues*, 8

Wardle H. (2014) *Women and Gambling: Understanding Behaviour, Attitudes and Motives*, 3rd International Multidisciplinary Symposium on Excessive Gambling, Université de Neuchâtel, CH

Wardle H., Moody A., Spence S., Volberg R., Jotangia D., Griffiths M., Hossey D. and Dobbie F. (2010) *British Gambling Prevalence Survey*, London UK, National Centre for Social Research

Wenzel H.G., Dahl A.A., (2008) Female pathological gamblers – a critical review, *International Journal of Mental Health and Addiction*





## GENERE E GIOCO D'AZZARDO RESPONSABILE IN SPAGNA

### Il Social Gambling Questionnaire for Women (SGQW-47) un nuovo strumento di screening

*Susana Jiménez-Murcia, Roser Granero, Eva Penelo, Frida Fröberg, M. Neus Aymamí, Mónica Gómez-Peña, Katarina Gunnard, Míriam Nasarre, Lamprini G. Savvidou e Núria Mallorquí-Bagué*

#### Introduzione

Il gioco d'azzardo è stato un'attività comune a tutte le società e culture. Per molti è un'attività ricreativa senza conseguenze negative. Per comprendere meglio le differenze di genere nel gioco d'azzardo in Spagna è importante considerare gli aspetti culturali, nonché l'epidemiologia del gioco d'azzardo e il gioco patologico in questo Paese. In Spagna, il gioco d'azzardo è stato legalizzato nel 1977. Da allora, c'è stato un aumento molto significativo di questo comportamento. La Spagna è un Paese che ha un'alta prevalenza di gioco d'azzardo patologico, stimata tra il 1,5 e il 2,5% (Becoña, 2009; Jiménez-Murcia, Fernández-Aranda, Granero & Menchón, 2014). Tuttavia, è importante sottolineare che non sono stati ancora condotti studi epidemiologici nazionali in Spagna nel suo insieme e la prevalenza stimata risulta da studi regionali condotti in Catalogna, Andalusia e Galizia. Uno studio epidemiologico in Catalogna (n = 3000) ha identificato la seguente prevalenza di gioco d'azzardo: 2% di giocatori a rischio, 0,5% di giocatori problematici e 0,2% di giocatori patologici. Inoltre, il 90,2% della popolazione campione sopra i 18 anni ha dichiarato di aver giocato regolarmente, il 52,2% ha giocato durante l'ultimo anno e il 30% ha giocato almeno una volta al mese (Generalitat de Catalunya, n.d.).

Nonostante il fatto che le donne costituiscano circa il 30% della popolazione con gioco d'azzardo patologico, solo il 10-15% di loro va in terapia (di solito da sole), sebbene spesso accompagnino uomini con problemi di gioco. Le donne di solito non cercano cure per il loro disturbo e quando lo fanno, la situazione è diventata cronica e si presenta con un difficile recupero.

Pochi studi hanno esplorato le differenze di genere e pochissimi sono stati condotti finora in Spagna. Tuttavia, sono già state identificate differenze significative, suggerendo che i fattori di rischio e il mantenimento del comportamento di gioco e il gioco d'azzardo patologico possono differire tra uomini e donne. Una delle differenze di genere più importanti è la preferenza del comportamento di gioco (Blanco et al., 2006; Ibáñez, White, Moreryra & Saiz-Ruiz, 2003; Diez, Aragay, Soms, Prat & Casas, 2014). Il gioco d'azzardo alle slot machine e le lotterie sono i comportamenti di gioco più diffusi in Spagna, soprattutto tra gli uomini. Tuttavia, le forme non strategiche (ad esempio il bingo) sono le più popolari tra le donne spagnole (Becoña, 1999; Ibáñez et al., 2003;

Echeburúa, González-Ortega, de Corral & Polo-López, 2011). Inoltre, ci sono prove di un'associazione tra le preferenze di gioco e l'età nelle donne. Ad esempio, le donne più giovani di solito giocano di più a giochi tipo lotterie (tradizionali e istantanee) e le donne anziane tendono a preferire il bingo (Jimenez-Murcia et al., 2007). Oltre ad alcuni fattori culturali (es: il bingo è socialmente accettabile in Spagna), le donne descrivono l'atmosfera delle sale bingo come confortevole e si riferiscono al gioco d'azzardo come una strategia ottimale scelta per evitare di affrontare i problemi e l'isolamento (Granero et al., 2009).

Un'altra differenza di genere segnalata tra la popolazione spagnola è la maggiore quantità di scommesse e di discussioni all'interno della famiglia nei maschi con problemi di gioco d'azzardo rispetto alle femmine. Inoltre, le giocatrici d'azzardo sono solitamente più anziane degli uomini e hanno maggiori probabilità di essere divorziate o vedove e di avere un reddito annuo inferiore (Echeburúa et al., 2011). E' inoltre provato che le donne scelgono di giocare per distrarsi usando il gioco d'azzardo come attività sociale. Sono anche motivate dall'idea di ottenere una ricompensa. Questi risultati potrebbero anche essere associati a fattori socioculturali.

Per quanto riguarda l'età di esordio e lo sviluppo di un gioco d'azzardo patologico, gli studi condotti con gruppi femminili spagnoli descrivono un esordio più tardivo rispetto agli uomini, come mostrato in altri studi internazionali. Nelle donne spagnole l'insorgenza dei problemi è più rapida di quella osservata negli uomini e porta a un gioco problematico in un tempo più breve, fenomeno noto come effetto telescopico (Echeburúa et al., 2011; Diez, Aragay, Soms, Prat & Casas, 2014; Jiménez-Murcia et al., 2016; Tavares et al., 2001). Questi risultati sono stati riportati anche in studi condotti in altri Paesi (Ladd & Petry, 2002; Potenza et al., 2001). Secondo Diez et al. (2014), questo effetto potrebbe essere associato ad alcune variabili come un livello più elevato di stigma, uno stato economico inferiore e la preferenza per forme di gioco "continuative" (gratta e vinci, bingo e casinò, Viebe, Single et al., 2001), una maggiore difficoltà a nascondere i debiti e il proprio comportamento di gioco ai parenti e una maggiore esposizione o difficoltà a far fronte a fattori di stress psicosociali. Queste variabili sono state descritte come particolarmente legate alle donne ed è importante ricordare che in Spagna il gioco d'azzardo è stato tradizionalmente considerato un intrattenimento maschile.

Infine, concentrandosi sul comportamento di gioco durante il trattamento, un recente studio descrive diversi modelli di gioco fra i generi nella popolazione spagnola (Diez, Aragay, Soms, Prat & Casas, 2014). Nello specifico, le donne erano più propense degli uomini a mantenere il loro comportamento di gioco nel momento in cui è stato iniziato il trattamento. Secondo Diez et al. (2014), fattori sociali possono essere coinvolti in questa differenziazione sebbene non sia stata ancora chiarita. Inoltre, le donne tendono ad avere meno problemi legali e finanziari; pertanto, le famiglie delle giocatrici problematiche tendono a

controllare il loro comportamento di gioco in misura minore rispetto a quelle degli uomini (Echeburúa et al., 2011; Diez et al., 2014).

Dato il basso numero di studi che esplorano i comportamenti di gioco delle donne, l'obiettivo di questo lavoro era quello di fornire un questionario di auto-segnalazione per valutare i comportamenti di gioco responsabile nelle donne spagnole. Gli obiettivi specifici erano i seguenti: a) sviluppare un questionario per valutare le abitudini di gioco responsabile tra le donne nella popolazione generale, b) esplorare le sue proprietà psicometriche e confrontare i risultati tra un campione della popolazione generale e un campione di pazienti con gioco d'azzardo patologico, e c) fornire prove empiriche delle abitudini di gioco tra le donne spagnole.

## **Materiale e metodi**

Per il completamento di questo studio sono stati utilizzati due diversi strumenti e i metodi sono stati suddivisi in tre fasi principali.

### ***Questionario diagnostico per il gioco d'azzardo patologico (Stinchfield, 2003)***

Questo questionario di autovalutazione a 19 item valuta brevemente i 10 criteri diagnostici specifici per GAP secondo il DSM-IV (APA, 1994). Lo stesso ha dimostrato un'adeguata coerenza interna, affidabilità e validità convergente. Questo studio è stato realizzato nella sua traduzione spagnola (Jiménez-Murcia et al., 2009), con proprietà psicometriche adeguate. L'affidabilità della consistenza interna nei nostri campioni è stata buona ( $\alpha = 0,79$ ).

### ***Questionario sul gioco d'azzardo sociale per donne (SGQW-47)***

Questo questionario è stato sviluppato secondo la seguente sequenza.

#### *Fase 1: costruzione dello strumento*

Abbiamo adottato le linee guida proposte da Streiner e Norman (2008). Il gioco d'azzardo responsabile è stato definito come qualcosa il cui obiettivo unico è l'intrattenimento e in cui le scommesse non superano mai ciò che la persona può permettersi. Se c'è il desiderio di recuperare le perdite, lo stesso è breve e di bassa intensità e non genera preoccupazione o disturba alcuna area della vita dell'individuo. Il gioco d'azzardo responsabile viene utilizzato come attività rilassante, senza impatti deleteri o svantaggiosi per l'individuo. Prendendo questa definizione come punto di partenza, a tre psicologi clinici con più di 15 anni di esperienza nel campo del gioco d'azzardo patologico è stato chiesto di scrivere 40 item ciascuno, indipendentemente, considerando gli aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali del gioco responsabile. Il formato di risposta degli item è una scala Likert con cinque risposte alternative (0: mai; 4: sempre), con dichiarazioni riferite agli ultimi 12 mesi. Inoltre, è stata progettata anche una sezione con informazioni demografiche.

Dopo il sondaggio iniziale di 120 domande, è stata condotta una prima selezione di item con il criterio della non ripetizione dei contenuti e dell'adeguatezza alla definizione del costrutto. La versione preliminare finale era conside-

rata uno strumento pilota e consisteva in 92 elementi, contenenti 6 elementi sul tipo di comportamento di gioco (sezione 1) e 86 elementi di tipo Likert sul gioco responsabile (sezione 2).

#### *Fase 2: analisi pilota*

Lo scopo di questa fase è stato quello di valutare e ridurre la versione preliminare di 92 item con un campione pilota composto da 40 donne di età compresa tra 18 e 75 anni, reclutate fra il personale amministrativo dell'ospedale e loro familiari e amici, con un'età media di 38,3 anni (DS = 17,7). La maggior parte di loro è nata in Catalogna (una comunità autonoma della Spagna) (70,0%), single (52,5%), occupata (48,6%) o studia (16,2%) e ha una scolarità da studi universitari (37,5%) o scuola secondaria (47,5%). Inoltre, è stato condotto un colloquio conoscitivo con cinque partecipanti, al fine di chiarire dubbi e proporre formulazioni alternative alle domande dubbie.

Il Comitato Etico della nostra istituzione ha approvato questo studio. Con la possibilità di chiarire ogni dubbio, la versione pilota SGQW è stata somministrata nel mese di febbraio 2010 ed è stata compilata volontariamente, in forma anonima e senza alcun compenso economico. Per la sezione 2, il punteggio totale è stato calcolato dalla somma dei punteggi ottenuti in ciascun elemento, dopo aver ricodificato gli elementi inversi, e i punteggi più alti indicano un comportamento di gioco più problematico.

L'analisi psicometrica è stata eseguita con SPSS20 per Windows. Una combinazione di criteri quantitativi è stata utilizzata per la depurazione della scala e la riduzione del numero degli articoli. Gli elementi sono stati rimossi quando mostravano: a) bassa discriminazione, basata su una approvazione estrema (> 95% o <5% del campione che rispondeva mai o sempre; Streiner & Norman, 2008); b) deterioramento della consistenza interna totale, sulla base del contributo di ciascun elemento all'alfa di Cronbach se eliminato; c) correlazione corretta inferiore a 0,20 (Nunnally & Bernstein, 1994); e d) elementi ridondanti, basati su coefficienti di correlazione bi-variati superiori a 0,65. Secondo i criteri di cui sopra, 45 elementi sono stati rimossi dal questionario e la successiva versione finale consisteva in 47 elementi: sei per i comportamenti di gioco nella sezione 1 e 41 per il gioco responsabile nella sezione 2.

#### *Fase 3: applicazione empirica della versione finale del questionario*

Lo scopo di questa fase era di studiare le proprietà psicometriche della versione finale di 47 item (SGQW-47) sia in un campione di popolazione che in un campione clinico di pazienti con gioco d'azzardo patologico.

Il campione della popolazione è stato reclutato fra le persone in visita all'ospedale nei Dipartimenti di Odontoiatria e Podologia, presso l'Ospedale Universitario di Bellvitge (Barcellona, Spagna). Abbiamo preso in considerazione la prevalenza di ogni livello di comportamento di gioco d'azzardo nella popolazione di donne di età compresa tra 18 e 75 anni in Catalogna (Generalitat de Catalunya, n.d.).

Pertanto, il campione della popolazione era composto da 316 donne: 94 (29,7%) di età compresa tra 18 e 34 anni, 149 (47,2%) di età compresa tra 35 e 54 anni e 73 (23,1%) di età compresa tra 55 e 75 anni. L'età media dell'intero campione era 42,5 (DS = 13,3), la maggior parte di loro erano sposate o con un partner (56,8%), occupate (60,1%) e nate in Catalogna (72,1%) o nel resto della Spagna (21,8%). Lo status socioeconomico, basato sull'occupazione e sul livello di istruzione (Hollingshead, 1975), era: 22,2% alto, 36,4% medio-alto, 12,7% medio, 9,5% medio-basso e 19,3% basso.

Il campione clinico è stato reclutato presso l'Unità di gioco d'azzardo patologico dell'Ospedale Universitario di Bellvitge. Comprende 30 pazienti di sesso femminile con gioco d'azzardo patologico di età compresa tra 18 e 75 anni, con un'età media di 54,6 anni (DS = 10,5), che hanno partecipato consecutivamente alla consultazione e hanno accettato di prendere parte allo studio. Per quanto riguarda lo stato civile, il 40,0% era separata o divorziata, il 23,3% single, il 23,3% sposata e il 13,3% vedova. La maggior parte di loro erano disoccupate (38,5%) o pensionate (19,2%) e nate in Catalogna (73,3%) o nel resto della Spagna (20,0%). Lo stato socioeconomico (Hollingshead, 1975) era: 6,7% alto, 23,3% medio-alto, 23,3% medio, 13,3% medio-basso e 33,3% basso. I questionari SGQW-47 e DSM sono stati compilati volontariamente senza alcun compenso economico.

Sono stati considerati i 47 item selezionati nella fase precedente. Per la sezione 2, il formato delle risposte e il calcolo del punteggio totale sono stati lo stesso di quello descritto nelle fasi 1 e 2. Anche le analisi di questa terza fase sono state eseguite con SPSS20. Per la sezione 2, la coerenza interna è stata determinata con il coefficiente alfa di Cronbach, con eliminazione listwise, e l'omogeneità è stata valutata con la correlazione corretta (tra l'elemento e il punteggio totale dopo aver rimosso l'elemento). Successivamente, i test chi-quadro hanno esaminato l'accuratezza discriminante di ciascuno degli elementi SGQW-47 per distinguere tra casi e controlli, e il punteggio totale è stato confrontato tra entrambi i gruppi con il t-test. Inoltre, la procedura ROC è stata utilizzata per determinare il miglior punto di cut-off per il punteggio totale. Infine, i modelli logistici binari con procedura stepwise (BSTEP) hanno esplorato i predittori per il superamento del cut-off all'SGQW-47, per ciascuna sezione separatamente. La probabilità di ingresso e rimozione stepwise era rispettivamente 0,05 e 0,10.

## **Risultati**

Per la fase 3, i soggetti appartenenti al campione di popolazione (N = 316) hanno soddisfatto in media 0,05 criteri diagnostici per il gioco d'azzardo patologico (DS = 0,24; range da 0 a 2), mentre le femmine del campione clinico (10 casi disponibili; N = 30) hanno soddisfatto 6,80 criteri diagnostici (DS = 1,48; range da 4 a 9), sulla base del Questionario diagnostico per il gioco d'azzardo patologico (Stinchfield, 2003).

## Sezione 1

La Tabella 10.1 (a sinistra, prima colonna) mostra i risultati per le domande principali della sezione 1 del SGQW-47 sia per il campione di popolazione che per il campione clinico. Per le prime, le lotterie statali e ONCE (lotteria dell'Organizzazione Nazionale dei Ciechi in Spagna) erano, rispettivamente, il tipo di gioco più frequente (55,9% e 22,8%) e il gioco preferito (36,4% e 11,6%). L'importo medio e massimo di denaro speso per episodio era rispettivamente di € 7,7 (DS = 21,3) e € 20,2 (DS = 36,8) e l'età di inizio era di 15,0 anni (DS = 14,9). Il 30,7% del campione di popolazione non ha giocato, il 62,7% ha giocato uno o due giochi e solo il 6,6% ha giocato da tre a sei giochi diversi nell'ultimo anno. I risultati mostrati nelle tre colonne di destra della Tabella 10.1 saranno commentati in seguito.

TABELLA 10.1 Tipo di gioco d'azzardo nel campione totale e in quello della popolazione generale

Gioco d'azzardo	Campione totale (N=346)			Campione popolazione generale (N=316)		
	Popolazione generale (N=316)	Clinico (N=30)	p	Basso rischio (n=305)	Alto rischio (n=11)	p
1. Frequenza di gioco; n (%)						
Lotterie Catalane	20 (6.3%)	6 (20.0%)	.007	19 (6.2%)	1 (9.1%)	.702
Lotterie Spagnole	176 (55.9%)	11 (36.7%)	.044	165 (54.3%)	11 (100%)	.003
La sola Lotteria di Natale	50 (15.8%)	0 (0%)	.018	50 (16.4%)	0 (0%)	.049
ONCE (Lotteria Organizzazione Nazionale Ciechi in Spagna)	72 (22.8%)	7 (23.3%)	.945	65 (21.3%)	7 (63.6%)	.001
Casino	1 (0.3%)	5 (16.7%)	<.001	0 (0%)	1 (9.1%)	.035
Bingo	5 (1.6%)	15 (50.0%)	<.001	3 (1.0%)	2 (18.2%)	.001
Locali per gioco d'azzardo	0 (0%)	8 (26.7%)	<.001	0 (0%)	0 (0%)	---
Slot machine	2 (0.6%)	18 (60.0%)	<.001	1 (0.3%)	1 (9.0%)	.069
Internet	13 (4.1%)	1 (3.3%)	.836	11 (3.6%)	2 (18.2%)	.070
Scommesse sportive	20 (6.3%)	2 (6.7%)	.946	17 (5.6%)	3 (27.3%)	.026
Mercati finanziari	3 (0.9%)	1 (3.3%)	.243	3 (1.0%)	0 (0%)	.741
Scommesse con familiari/amici	29 (9.2%)	2 (6.7%)	.645	25 (8.2%)	4 (36.4%)	.012
Locali non autorizzati	0 (0%)	0 (0%)	---	0 (0%)	0 (0%)	---
2. Spesa media per episodio (eur); M(SD)	7.7 (21.3)	125.0 (134.3)	<.001	7.5 (21.5)	12.5 (15.6)	.448
3. Massima spesa per episodio (eur); M(SD)	20.2 (36.8)	400.7 (491.8)	<.001	19.8 (36.6)	33.9 (42.3)	.210
4. Età di esordio delle scommesse ; M(SD)	15.0 (14.9)	37.4 (12.4)	<.001	14.6 (11.0)	25.9 (8.1)	.013

## Sezione 2

La Tabella 10.2 mostra le statistiche descrittive, l'omogeneità e la coerenza interna per i 41 item della sezione 2 dell'SGQW-47 nel campione di popolazione. La maggior parte degli elementi (80,5%) mostra valori corretti di coefficiente di correlazione superiori a 0,20. La coerenza interna è stata soddisfacente, con  $\alpha = 0,831$  e la maggior parte delle voci (82,9%) ha contribuito alla coerenza interna della scala. Inoltre, 32 dei 41 item (78,0%) discriminano tra la popolazione generale e il gruppo clinico. Il punteggio totale della sezione 2 dell'SGQW-47 nel campione di popolazione ( $M = 27,3$ ;  $SD = 13,2$ ) non differisce tra i tre gruppi di età ( $p = 0,126$ ) ed è inferiore a quello del campione clinico ( $M = 75,2$ ;  $SD = 15,9$ ) (differenza media:  $p < 0,001$ ; IC 95% [42,9; 53,0]). Inoltre, il punteggio totale discrimina adeguatamente tra le due coorti (AUC = 0,983; IC 95% [0,969; 0,998]). In più, SGQW-47 è correlato positivamente con il numero di criteri diagnostici ( $r = 0,52$ ), fornendo prove sulla validità convergente dei punteggi SGQW-47 e le misure quantitative della sezione 1: importo medio solitamente speso per episodio ( $r = 0,43$ ), denaro massimo speso per episodio ( $r = 0,49$ ) e età di inizio delle scommesse ( $r = 0,57$ ) (per tutti i valori,  $p < 0,001$ ).

### Punto di cut-off

È stato selezionato il punto limite di 56, che mostra un'eccellente sensibilità di 93,3 (95% CI [77,9; 99,2]) e una specificità del 96,5% (95% CI [93,9; 98,3]). Il confronto per comportamenti di gioco d'azzardo per la sezione 1 tra donne sane con punteggio inferiore (gruppo a basso rischio;  $n = 305$ ) e superiore (gruppo ad alto rischio;  $n = 11$ ) ai punteggi cut-off selezionati sono visualizzati nella Tabella 10.1 (a destra, ultime tre colonne). Le femmine della popolazione che hanno ottenuto un punteggio inferiore al cut-off, in media, hanno giocato in meno giochi diversificati ( $M = 1,2$ ;  $SD = 1,0$ ; intervallo da 0 a 2) rispetto alle donne della popolazione che hanno ottenuto un punteggio superiore al cut-off ( $M = 2,9$ ;  $SD = 1,5$ ; intervallo da 2 a 6;  $p < 0,001$ ). Per quanto riguarda la sezione 2, i punteggi medi per i gruppi della popolazione, sia a basso che ad alto rischio, sono rispettivamente 25,86 ( $DS = 11,01$ ) e 65,91 ( $DS = 9,76$ ).

**TABELLA 10.2** Gioco d'azzardo responsabile nel campione popolazione generale ( $n = 316$ )

Contenuto abbreviato degli item	Media	SD	Correlazione corretta	Alpha se l'item è rimosso
7- giocare d'azzardo per occupare il tempo	0.27	0.67	.40	.826
8- gruppo di amici per il gioco d'azzardo	0.36	0.81	.34	.827
9- giocare allo stesso numero di lotterie	0.47	1.06	.38	.825
10- controversie dovute al gioco d'azzardo	0.12	0.57	-.07	.834
11- giocare solo per Natale	2.08	1.66	.12	.839
12- sperare di vincere un premio prima o poi	1.04	1.42	.63	.815
13- è necessario porre un limite per evitare problemi	0.24	0.94	.16	.831
14- giocare d'azzardo per sentirsi meglio	0.01	0.14	.27	.831
15- giocare d'azzardo regolarmente durante l'anno	0.96	1.50	.50	.820

16- usare un po'di soldi al mese per il gioco d'azzardo	0.04	0.35	.30	.829
17- il gioco d'azzardo come intrattenimento	0.42	1.06	.36	.826
18- il gioco d'azzardo è fantastico	0.09	0.44	.29	.829
19- godersi giochi con scommesse	0.13	0.52	.42	.827
20- dimenticare tutto quando si gioca	0.05	0.36	.24	.830
21- l'ambiente del bingo come relax	0.10	0.48	.37	.827
22- perdere la cognizione del tempo quando si gioca d'azzardo	0.08	0.41	.32	.829
23- arrabbiarsi quando si perde denaro	0.27	0.70	.31	.828
24- essere euforici dopo aver vinto denaro	0.67	1.05	.55	.821
25- altre attività / distrazioni come parte del gioco d'azzardo	3.33	1.40	.16	.834
26- il gioco d'azzardo come una qualsiasi altra attività di svago	0.94	1.05	.45	.823
27- illusione di diventare milionario o vincere un grosso premio	1.13	1.32	.60	.817
28- giocare d'azzardo per aumentare le entrate	0.23	0.71	.44	.825
29- i bingo sono bei posti	0.30	0.68	.39	.826
30- spendere soldi per una bella cena è meglio del gioco d'azzardo	3.76	0.81	.06	.833
31- il gioco d'azzardo è un modo sicuro per sprecare tempo e denaro	2.85	1.35	.29	.829
32- vincere un premio se si gioca regolarmente	0.80	1.19	.60	.817
33- il gioco d'azzardo sta cambiando, più donne lo praticano	1.97	1.16	.26	.829
34- il gioco d'azzardo femminile è visto come qualcosa di negativo	1.79	1.36	.14	.834
35- il gioco d'azzardo può distruggere famiglie e altre relazioni	3.46	0.92	-.03	.836
36- problemi se non si smette di giocare	0.41	1.15	.02	.836
37- giocare d'azzardo per superare l'attuale situazione economica	0.22	0.69	.44	.825
38- se non si scommette non si può vincere	1.20	1.34	.45	.823
39- ci sono numeri fortunati e sfortunati	0.43	0.89	.43	.824
40- non giocare d'azzardo il giorno in cui tutto è andato storto	0.11	0.52	.30	.829
41- se tutto è andato storto è il giorno per tentare la fortuna	0.05	0.28	.27	.830
42- puoi indovinare il numero che premierà o la combinazione vincente	0.08	0.32	.29	.830
43- ci sono formule o sistemi per vincere	0.48	0.86	.25	.829
44- la famiglia d'origine amava giocare d'azzardo durante la sua infanzia	0.66	1.01	.37	.826
45- durante la sua infanzia spesso si parlava di vincere denaro attraverso il gioco d'azzardo	0.17	0.53	.33	.828
46- slot-machine con la famiglia durante durante la sua infanzia	0.16	0.49	.33	.828
47- lotterie calcistiche con la famiglia durante la sua infanzia	0.58	0.91	.38	.825



La Tabella 10.3 presenta i risultati del modello di regressione logistica binaria per ciascuna sezione dell'SGQW-47, considerando il cut-off di 56. Per la sezione 1 e i dati demografici, i fattori più strettamente correlati al comportamento di gioco d'azzardo problematico o a rischio sono la frequenza al bingo, slot machine e ONCE, maggiori quantità di denaro massimo speso per episodio e basso status socioeconomico (Tabella 10.3, in alto). Per la sezione 2, gli elementi più associati a un comportamento di gioco problematico o a rischio sono 7, 13, 14, 15, 19, 29 e 33 (vedere la Tabella 10.3, in basso, per la descrizione dell'elemento), con punteggi più alti che indicano una maggiore probabilità di superare il punto di cut-off. Per entrambi i modelli la validità predittiva ( $R^2$  di Nagelkerke  $> 0,66$ ), la validità discriminante ( $AUC > 0,93$ ) e la bontà di adattamento (test di Hosmer-Lemeshow;  $H-L > 0,17$ ) sono soddisfacenti.

**TABELLA 10.3** Modelli di regressione: predittori di punteggio superiore al cut-off di 56

	p	OR (95% IC)	R <sup>2</sup>	H-L	AUC
Sessione 1			.664	.17	.931
Bingo (gioco più frequente)	<.001	28.70 (5.38; 153.2)			
Slot machine (gioco più frequente)	<.001	27.60 (5.32; 143.2)			
Massima somma spesa/episodio	.003	1.01 (1.00; 1.01)			
Stato Socio economico (basso)	.008	1.68 (1.15; 2.46)			
ONCE (gioco più frequente)	.016	4.05 (1.30; 12.59)			
Sessione 2			.941	.99	.998
28- giocare d'azzardo per aumentare le entrate	.011	3.94 (1.38; 11.24)			
15- giocare d'azzardo regolarmente durante l'anno	.027	9.15 (1.29; 64.97)			
7- giocare d'azzardo per occupare il tempo	.032	6.13 (1.17; 32.07)			
19- godersi giochi con scommesse	0.51	9.54 (0.99; 92.37)			
14- giocare d'azzardo per sentirsi meglio	.052	6.37 (0.99; 41.08)			
33- il gioco d'azzardo sta cambiando, più donne lo praticano	.059	6.66 (0.93; 47.62)			
13- è necessario porre un limite per evitare problemi	.085	3.03 (0.86; 10.70)			

R<sup>2</sup>: coefficient di Nagelkerke. H-L: test di Hosmer e Lemeshow. AUC: area sotto la curva ROC

## Discussione

L'obiettivo principale dello studio era quello di sviluppare e convalidare un questionario auto-compilato per ottenere prove empiriche delle abitudini di gioco tra le donne spagnole. Qui abbiamo fornito i risultati preliminari del

questionario completato, che mostra proprietà psicometriche adeguate nel campione studiato.

Per quanto riguarda la consistenza e l'omogeneità interne, è necessario condurre ulteriori ricerche con campioni più grandi per valutare gli elementi che mostrano una prestazione bassa (valori più alti per  $\alpha$  se l'elemento è eliminato e valori più bassi per coefficienti di correlazione corretti). Tuttavia, questa versione del questionario di 47 elementi dimostra un'adeguata sensibilità e specificità e discrimina le pazienti con gioco d'azzardo patologico dai controlli sani. Inoltre, i risultati mostrano che il 3,5% delle donne del nostro campione presentava comportamenti di gioco problematici allineati con la prevalenza descritta nel gioco d'azzardo problematico di livello 2 (Shaffer et al., 1999; Ladouceur, 1996). Nonostante il genere maschile sia fortemente associato al rischio di sviluppare comportamenti problematici nel gioco d'azzardo (Bondolfi et al., 2000; Volberg et al., 2001; Wardle et al., 2007), anche le donne possono essere considerate "giocatrici a rischio" (Boughton & Falenchuk, 2007; Wardman et al., 2001). Inoltre, questa prevalenza può essere in parte spiegata dalle variabili di accessibilità al gioco d'azzardo (Ladouceur et al., 1999; Walker, 1992), specialmente nelle aree urbane (Volberg et al., 2001).

Il numero dei diversi tipi di giochi che sono stati giocati nell'ultimo anno differiva significativamente tra le donne che mostravano un comportamento di gioco responsabile e le donne che mostravano un gioco d'azzardo problematico. Di conseguenza, è stato precedentemente riportato che il numero di giochi è più alto nel livello 2 e 3 rispetto al livello 1 del comportamento di gioco (NRC, 1999).

Per quanto riguarda i predittori del comportamento di gioco, il basso status socioeconomico è emerso come unico fattore sociodemografico per il gioco d'azzardo problematico. Questi risultati supportano quelli ottenuti in studi precedenti (Feigelman et al., 1995; Hall et al., 2000; NRC, 1999; Potenza et al., 2001; Volberg et al., 2001). Inoltre, l'illusione di vincere denaro e/o gli aspetti emotivi di sentirsi meglio dopo il gioco d'azzardo sono entrambi potenti stimolatori di tale comportamento (Ocean & Smith, 1993).

Finora sono stati condotti pochi studi che esplorano il comportamento di gioco tra le donne. Questo studio, nonostante non sia stato randomizzato, fornisce risultati preliminari sul comportamento di gioco nelle donne spagnole.

## **Ringraziamenti**

Il sostegno finanziario è stato ricevuto dalla Generalitat de Catalunya (DOGC núm.5490 de 23 d'octubre 2009, ordre IRP / 450/2009), Ministry of Science and Innovation Grant (PSI2011-28349), FIS PI11 / 210 e CIBER Fisiología Obesidad y Nutrición (CIBERobn) e CIBER Salud Mental (CIBERSAM), entrambe sono iniziative di ISCIII. Vogliamo ringraziare la Fundació Josep Finestres (Universitat de Barcelona) per il supporto a questo studio. Vorremmo in particolare ringraziare per i loro eccellenti contributi: il Dr. Fernando Fernández-Aranda e il

Dr. José M. Menchón per la partecipazione alla progettazione intellettuale di questa ricerca, il Dr. Randy Stinchfield per i suoi preziosi e utili commenti sul manoscritto e Antonio Soto per il coinvolgimento nel reclutamento e nella valutazione del campione.

## Bibliografía

- APA (American Psychiatric Association) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Becoña, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuario de Psicología*, 30, 7–19.
- Becoña, E. (2009). *Gambling in Spain. Problem Gaming in Europe: Challenges, Prevention, and Interventions*. New York: Springer.
- Blanco, C., Hasin, D. S., Petry, N., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2006). Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 36(07), 943–953.
- Bondolfi, G., Osiek, C. & Ferrero, F. (2000). Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatr Scandinavica*, 101, 473–475. doi: 10.1034/ j.1600-0447.2000.101006473.x
- Boughton, R. & Falenchuk, O. (2007). Vulnerability and comorbidity factors of female problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 23, 323–334.
- Díez, D., Aragay, N., Soms, M., Prat, G. & Casas, M. (2014). Male and female pathological gamblers: bet in a different way and show different mental disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, E101.
- Echeburúa, E., González-Ortega, I., de Corral, P. & Polo-López, R. (2011). Clinical gender differences among adult pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 27(2), 215–227.
- Feigelman, W., Kleinman, P. H., Lesieur, H. R., Millman, R. B. & Lesser, M. L. (1995). Pathological gambling among methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 75–81.
- Generalitat de Catalunya (n.d.). *Departament de Salut*. Retrieved November 19, 2009, from [www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/premsa/doc30149.html](http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/premsa/doc30149.html)
- Granero, R., Penelo, E., Giménez-Martínez, R., Álvarez-Moya, E., Gómez-Peña, M., Aymamí, M. N., ... Jiménez-Murcia, S. (2009). Sex differences among treatment seeking adult pathological gamblers. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 173–180. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.07.005
- Hall, G. W., Carriero, N. J., Takushi, R. Y., Montoya, I. D., Preston, K. L. & Gorelik, D. A. (2000). Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1127–1133.
- Hollingshead, A. B. (1975). *Four Factor Index of Social Status*. New Haven, CT: Unpublished manuscript, Yale University, Department of Sociology.
- Ibáñez, A., Blanco, C., Moreryra, P. & Saiz-Ruiz, J. (2003). Gender differences in pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 295–301.
- Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E. M., Granero, R., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Jaurrieta, N., Sans, B., Rodríguez-Martí, J. & Vallejo, J. (2007). Cognitive-behavioral group treatment for pathological gambling: Analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 17, 544–552. doi: 10.1080/10503300601158822
- Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Granero, R. & Menchón, J. M. (2014). Gambling in Spain: update on experience, research and policy. *Addiction*, 109(10), 1595–1601.
- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Tárrega, S., Angulo, A., Fernández-Aranda, F., Arcelus, J., ... & Grall-Bronnec, M. (2016). Mediation role of age of onset in gambling disorder, a path modeling analysis. *Journal of Gambling Studies*, 32(1), 327–340.
- Jiménez-Murcia, S., Stinchfield, R., Álvarez-Moya, E., Jaurrieta, N., Bueno, B., Granero, R., Valle-

- jo, J. (2009). Reliability, validity and classification accuracy of a Spanish translation of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 25, 93–104. doi: 10.1007/s10899-008-9104-x
- Ladd, G. T. & Petry, N. M. (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10(3), 302.
- Ladouceur, R. (1996). The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies*, 12, 202–209.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F. & Giroux, I. (1999). Prevalence of problem gambling : A replication study 7 years later. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 802–804. NRC (National Research Council) (1999). *Pathological Gambling: A Critical Review*.
- Washington, DC: National Academy Press. Nunnally, J. C. & Bernstein, I. J. (1994). *Psychometric Theory* (3rd edn). New York:
- McGraw-Hill. Ocean, G. & Smith, G. J. (1993). Social reward, conflict, and commitment: A theoretical model of gambling behavior. *Journal of Gambling Studies* 9, 321–329. doi: 10.1007/BF01014625
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J. & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1500–1505.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N. & Vanderbilt, J. V. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89, 1369–1376.
- Stinchfield, R. (2003). Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 160, 180–182.
- Streiner, D. L. & Norman, G. R. (2008). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use* (4th edn). New York: Oxford University Press.
- Tavares, H., Zilberman, M. L., Beites, F. J. & Gentil, V. (2001). Pathological gambling in women. In *Syllabus and Proceedings Summary of the 154th Annual Meeting of the American Psychiatric Association*, May. Volberg, R. A., Abbott, M. W., Ronnberg, S. & Munck, I. M. E. (2001). Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 250–256. doi: 10.1111/j.1600-0447.2001.00336.x
- Walker, R. (1992). *The Psychology of Gambling*. Oxford. Pergamon. Wardle, H., Sproston, K., Orford, J., Erens, B., Griffiths, M., Constantine, R. & Pigott, S. (2007). *British Gambling Prevalence Survey 2007*. London: National Centre for Social Research.
- Wardman, D., el-Guebaly, N. & Hodgins, D. (2001). Problem and pathological gambling in North American Aboriginal populations: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 17, 81–100. doi: 10.1023/A:1016699628402

## GIOCO D'AZZARDO E GENERE IN SVEZIA

*Jessika Svensson*

Faccio il mio percorso attraverso un corridoio di macchine da gioco cinguettanti e tintinnanti. A sinistra prendo l'ascensore anonimo fino al quinto piano della poker room. È la mia prima visita e quando le porte dell'ascensore si aprono faccio un respiro profondo e cerco di sembrare una che appartiene a questo posto. Vado al banco e prendo il mio badge che mostra il numero del mio tavolo e della mia sedia. Mi siedo e mi guardo intorno. Ci sono circa 80 persone nella sala, 73 di queste giocheranno al torneo di poker che inizierà tra un paio di minuti. Tra i giocatori vedo altre tre donne, una di queste è la mia informatrice. La maggior parte di coloro che tengono banco, tuttavia, sono giovani donne e c'è un'altra giovane che serve da bere. Non ho mai giocato a un torneo di poker nella vita reale e mi ritrovo a pensare: "Per favore, non lasciarmi essere la prima a perdere e lasciare il torneo. Tutti penseranno che sia perché sono una donna. Voglio mostrare loro che le donne possono giocare."

*Estratto dal caso di studio di Anna. J. Svensson (2013)*

*Caso studio non pubblicato*

Una prospettiva di genere riflette una considerazione dell'importanza del genere e una discussione delle condizioni in cui vivono le persone per quanto riguarda il potere, lo scopo delle proprie azioni, le risorse, la divisione del lavoro e la costruzione di femminilità e mascolinità (Hammarström 2007). Il coinvolgimento e i modelli di gioco d'azzardo sono influenzati dalle norme di genere e culturali (Hing & Breen 2001; Stevens & Young 2010). La socializzazione del ruolo di genere contribuisce alle opportunità, alle motivazioni e allo sviluppo di abilità, che possono influenzare sia l'interesse che la partecipazione alle attività di gioco d'azzardo (Holdsworth, Hing & Breen 2012; Svensson 2013). Pertanto, il gioco d'azzardo è un'arena per l'espressione e la convalida di mascolinità e femminilità. Un modo per esprimere e convalidare la femminilità potrebbe essere quello di astenersi dal gioco d'azzardo e in particolare dalle forme di gioco "maschili".

Gli uomini generalmente giocano più delle donne. Gli uomini segnalano più problemi di gioco rispetto alle donne (Williams, Volberg & Stevens 2012; Statens folkhälsoinstitut 2010).

Tuttavia, la ricerca sul gambling è stata a lungo cieca rispetto al genere e non ha esaminato il ruolo della mascolinità o della femminilità nell'azzardo. C'è

una tendenza a generalizzare tutto il gioco d'azzardo da parte delle donne come "gioco d'azzardo femminile", che potrebbe cementare gli stereotipi (Svensson 2013). Sebbene le generalizzazioni sul gioco d'azzardo tra uomini e donne possano e debbano essere fatte, è importante ricordare in ogni analisi che sia uomini che donne sono categorie eterogenee, sebbene possano esserci molte somiglianze se confrontiamo uomini e donne all'interno dello stesso ambito di gioco. Inoltre, il gioco d'azzardo è un fenomeno molto eterogeneo. Il mio interesse di ricerca è la prevenzione del gioco d'azzardo problematico e la comprensione dei processi di genere all'interno di diversi tipi di gioco. In questo capitolo introdurrò il contesto del gioco d'azzardo svedese ed esaminerò il gioco d'azzardo problematico da una prospettiva di genere. Darò anche alcuni brevi scorci da uno studio su un caso clinico non pubblicato, condotto nel 2013. Questo esamina le esperienze di una donna che gioca a una forma di azzardo dominata dagli uomini, il poker. Anna ha 47 anni e vive nella capitale della Svezia, Stoccolma. Lavora come insegnante, è sposata e ha un figlio. Ha giocato a poker negli ultimi dieci anni sia nei casinò che online. Ho condotto interviste approfondite con lei e l'ho anche seguita al casinò e a un torneo di poker casalingo. Mi ha mostrato le foto dei suoi viaggi annuali a Las Vegas e mi sono seduta accanto a lei mentre giocava online.

Gli appunti sulle mie prime visite alla poker room e al Casino Cosmopol di Stoccolma indicano che le poker room in Svezia sono "domini maschili". Ciò è in linea con i dati empirici riguardanti il poker nella vita reale e online (Statens folkhälsoinstitut 2010; LaPlante, Kleschinsky, LaBrie, Nelson & Shaffer 2009). Sentivo che tutto ciò che avrei fatto sarebbe stato interpretato in rapporto al mio genere: essere una donna avrebbe oscurato tutte le mie azioni. Ma ho anche sentito che il mio gioco d'azzardo avrebbe potuto fungere da esperienza di attraversamento del confine per quanto riguarda il ruolo di genere femminile. Successivamente, ho notato alcuni processi di genere all'interno del poker nei casinò di cui mi ha parlato anche la mia informatrice; la proporzione di donne nella poker room dipende dal tipo di torneo: più bassi sono i biglietti d'ingresso, più donne ci sono. Più tardi la sera, quando si giocano cash game senza limiti, pochissime donne si attardano.

Ci sono quattro casinò tradizionali in Svezia: a Göteborg, Stoccolma, Malmö e Sundsvall. Questi quattro casinò non sono soggetti allo Swedish Lotteries Act ma al Casino Act, una legislazione speciale per i giochi da casinò con regole di gioco internazionali. La legge copre questioni come i limiti di età, la registrazione dei visitatori, il divieto di concedere crediti e il divieto per i dipendenti di partecipare ai giochi da casinò. Solo Svenska Spel, una società di proprietà statale, ha un permesso per gestire i casinò internazionali. I casinò hanno aperto nel 2001 dopo un dibattito piuttosto intenso su come l'introduzione avrebbe avuto un impatto sul gioco d'azzardo problematico, sull'occupazione e sulla criminalità. Uno studio longitudinale ha mostrato che l'introduzione dei casinò ha avuto un impatto diversificato a seconda delle variabili sociali. A Malmö, una città con segregazione e livelli più alti di disoccupazione, il gioco d'azzar-

do problematico è aumentato in modo significativo mentre non è stato riscontrato alcun impatto a Stoccolma o Sundsvall (Westfelt 2003). Tutte le forme di gioco d'azzardo incluse nella legge sulle lotterie, come scommesse sportive, bingo, lotterie, poker e corse di cavalli, devono essere di proprietà statale o esercitate da associazioni senza scopo di lucro, associazioni di corse di cavalli e lotterie nazionali. Oltre ai casinò, la Svezia ha macchine da gioco in ristoranti, pub e sale bingo. L'autorizzazione a Svenska Spel concede un numero massimo di 7.500 macchine. Le entrate lorde del gioco d'azzardo sono state di 4.480 milioni di euro per l'anno 2014 (Swedish Gambling Authority 2014).

### **Il problema del gioco d'azzardo ieri e oggi in Svezia**

In Svezia, il gioco d'azzardo è un'attività molto popolare in entrambi i generi, anche se il mercato del gioco d'azzardo è fortemente influenzato dal genere e gli uomini solitamente giocano più spesso, per più soldi e con diverse forme di gioco rispetto alle donne. La discussione sul gioco d'azzardo problematico è iniziata in Svezia durante il dibattito sui casinò alla fine degli anni '90. Il primo studio sulla prevalenza ha avuto inizio nel 1997/98 e ha dimostrato che agli svedesi piaceva giocare: quasi il 90% della popolazione aveva giocato d'azzardo nell'anno precedente. Lo studio ha anche affermato che il 2% della popolazione svedese di età compresa tra 16 e 74 anni era costituito da giocatori problematici o potenziali giocatori patologici secondo SOGS-R (Rönnberg et al. 2000). La maggior parte dei giocatori problematici erano uomini (3,9% rispetto allo 0,5% delle donne). Dieci anni dopo è iniziato un nuovo studio sulla prevalenza, la prima ondata del progetto di ricerca longitudinale dello studio svedese sul gioco d'azzardo, Swelogs (Statens folkhälsoinstitut 2010).

Secondo Swelogs, la quota della popolazione adulta che ha giocato d'azzardo nell'ultimo anno è diminuita da quasi il 90% nel 1998/99 al 70% nel 2008/09, quando l'ultima indagine sulla prevalenza è stata condotta in Svezia (Statens folkhälsoinstitut 2010). Secondo il National Public Health Survey in Svezia, Health on Equal Terms, nel 2014 solo il 60% della popolazione di età compresa tra 16 e 84 anni aveva partecipato a qualsiasi gioco d'azzardo nell'ultimo anno (Public Health Agency of Sweden 2015a). La partecipazione alle attività di gioco d'azzardo è diminuita in tutte le fasce d'età della popolazione, sia maschile che femminile. Anche le percentuali di persone che praticano frequentemente giochi d'azzardo sono diminuite. Il 48% degli uomini svedesi nel 1997/98 ha riferito di aver giocato durante l'ultima settimana, rispetto al 28% del 2008/09. Le cifre corrispondenti per le donne erano rispettivamente del 36% e del 19%. Nonostante ciò, il fatturato del gioco d'azzardo è aumentato notevolmente durante lo stesso periodo di tempo. Le persone che giocano in Svezia oggi hanno maggiori probabilità di prima di giocare più soldi e hanno maggiori probabilità di avere qualche problema con il gioco rispetto a dieci anni fa.

## **Il gioco d'azzardo: l'ultima frontiera della mascolinità?**

Le ragioni per le quali le donne si astengono dal gioco d'azzardo, in particolare le forme di gioco definite maschili, dovrebbero essere esplorate. Queste ragioni sono legate ai vincoli posti al tempo libero delle donne? Sono dovute a meccanismi di esclusione, nel mercato del gioco d'azzardo e negli ambienti, prodotti dai media, dalla morale pubblica e dalle pratiche dei singoli? O sono dovute alle donne che imparano a mettere in atto comportamenti codificati dalla responsabilità sociale e dal proprio ruolo di accudimento?

Il gioco d'azzardo è stato storicamente un dominio maschile e non tutti i tipi di gioco sono stati ugualmente accessibili o culturalmente accettabili per le donne (Casey 2006; Hing e Breen 2001). Ciò è in parte dovuto al fatto che le donne hanno avuto la responsabilità principale per la cura dei bambini e gli uomini hanno avuto la tendenza a lavorare fuori casa e, quindi, hanno più accesso al tempo libero. Tale mobilità implica libertà e porta con sé maggiori occasioni per gli uomini di essere esposti al gioco d'azzardo. Inoltre, le donne non hanno avuto la stessa libertà economica degli uomini. In Svezia, come nella maggior parte dei Paesi, le donne hanno redditi inferiori e le loro finanze sono state spesso controllate da uomini (Hensing 2008). Il tempo libero per le donne è inoltre disponibile in unità più piccole (Winn e Heeter 2009). Le donne svedesi hanno affermato che il 60% del loro tempo è stato speso per i lavori domestici e che avevano meno tempo libero rispetto agli uomini (Statistic Sweden 2012). Piccole porzioni di tempo libero rendono più difficile essere coinvolti in attività ricreative come il gioco d'azzardo che richiedono più tempo, ad esempio il poker o la presenza alle corse di cavalli, ecc.

Non è facile entrare in un dominio maschile o accedervi. Le visioni dominanti rispetto a una legittimazione di tale comportamento maschile vengono rafforzate e difese soprattutto nell'ambito pubblico (Campell 2000). Le donne che giocano in domini tipicamente maschili, come il poker in luoghi pubblici, affrontano una serie di ostacoli per entrare e rimanere in quell'ambiente a causa di risposte potenzialmente negative da parte degli uomini, nonché di approcci o molestie sessuali (Abarbanel e Bernhard 2012).

Anna vive sicura nel suo ambiente di poker nei casinò, ma preferisce comunque giocare partite in casa con i suoi amici maschi o giocare in tornei per sole donne a Las Vegas (questi non esistono in Svezia). "Quando gioco contro gli uomini devo giocare tenendo presente che mi penseranno come una donna che gioca a poker, forse mi sosterranno di più perché pensano che le donne siano giocatori deboli. Quando gioco contro le donne, devo pensare solo come una giocatrice di poker". Non è stata molestata sessualmente, ma riferisce che molti commenti nei suoi confronti non sarebbero stati pronunciati se fosse stata un uomo e che è abituata a giocatori di poker maschi nei casinò che non conoscedola, spesso la trattano come una novizia.

Nel primo studio sulla popolazione svedese, le giocatrici problematiche hanno riferito come l'aver giocato d'azzardo in famiglia durante l'infanzia sia stato un



fattore significativo per il loro futuro gioco d'azzardo, rispetto ai giocatori problematici (Rönnerberg et al. 2000). Il 77% delle donne è stato introdotto al gioco da qualcuno della propria famiglia rispetto al 50% dei giocatori problematici ( $p < 0,05$ ).

Questo è coerente con il mio caso, anche se Anna è più una giocatrice eccessiva che una giocatrice problematica. Anna è cresciuta in una famiglia in cui il padre era molto interessato alle scommesse sportive e al calcio. Si descrive come se avesse una relazione molto stretta con lui. Pescare, guardare gli sport e partecipare alle scommesse sportive era un modo per socializzare con lui. Anna si è sempre considerata così organizzata e logica. In tenera età ha sviluppato un proprio sistema per le scommesse sportive. "Era un mio modo di stare con lui e ottenere il suo riconoscimento."

### **Femminilizzazione del gioco d'azzardo in Svezia?**

La Svezia è uno dei paesi più egualitari di genere al mondo, sulla base della ferma convinzione che uomini e donne dovrebbero condividere potere e influenza in modo equo. Un ampio sistema di welfare rende più facile per entrambi i sessi conciliare lavoro e vita familiare. Nel Global Gender Gap Report 2014 (World Economic Forum 2015), la Svezia è nominata uno dei leader mondiali in materia di uguaglianza (grado 4). Il rapporto, redatto su iniziativa del World Economic Forum, misura l'uguaglianza nei settori dell'economia, della politica, dell'istruzione e della sanità. Il governo svedese è orgoglioso di definirsi femminista e ha la prima politica estera femminista (Government Office of Sweden 2015). Tuttavia, vi è ancora spazio per miglioramenti in molti settori.

L'ipotesi di convergenza - ovvero l'ipotesi che le situazioni di salute e le abitudini di consumo dei due generi stiano diventando sempre più simili - è stata esaminata da diverse prospettive, come quella del consumo di alcol, a partire dalla fine degli anni '90. L'aumento dei modelli di consumo di alcol tra le donne può riflettere i cambiamenti nella loro posizione sociale.

Le donne stanno entrando sempre più in ambiti pubblici e quindi hanno maggiori opportunità di impegnarsi in attività ricreative tradizionalmente maschili, come il frequente consumo di alcolici in pubblico (Lyons & Willott 2008). Nel contesto di questo studio, la femminilizzazione del gioco d'azzardo si riferisce all'idea che più donne giocano, sviluppano problemi e cercano aiuto per il gioco problematico rispetto al passato (Volberg 2003). Se la Svezia fosse davvero un Paese leader nell'uguaglianza di genere, sarebbe plausibile pensare ad una convergenza delle abitudini di gioco di uomini e donne (Backhaus, Lundberg e Månsdotter 2007).

Ma nonostante le teorie sulla femminilizzazione del gioco d'azzardo, non ci sono segni che i comportamenti o i problemi di gioco di uomini e donne abbiano iniziato a somigliarsi in Svezia. Gli uomini giocano ancora più delle donne. Gli uomini sono sovra rappresentati nei domini associati ai rischi di problemi di gioco (Svensson et al. 2011). Anche gli uomini hanno avuto più problemi

con il gioco (3,9% rispetto allo 0,5% delle donne, nessuna differenza significativa rispetto al 1997/98).

C'è una grande mobilità dentro e fuori dal gioco d'azzardo problematico in Svezia (Statens folkhälsoinstitut 2012). Allo stesso tempo la proporzione della popolazione con problemi di gioco rimane invariata. Dei 100.000 nuovi giocatori problematici, circa 80.000 non avevano avuto problemi in precedenza. Dei nuovi giocatori problematici, circa 40.000 erano donne. Se la tendenza continua, il numero di giocatori problematici, uomini e donne, potrebbe addirittura stabilizzarsi. 20.000 nuovi giocatori problematici hanno già avuto problemi con il gioco d'azzardo nella loro vita e quindi rappresentano delle ricadute, prevalentemente uomini (Statens folkhälsoinstitut 2012).

Tuttavia, la maggior parte dei dati non indica alcun cambiamento. Svenska Spel stima che il 67% delle loro entrate provenga dalle scommesse degli uomini e che uomini e donne giocano ancora in domini molto diversi (Svenska Spel 2015). Non hanno visto cambiamenti riguardo al genere da quando hanno iniziato i loro sondaggi annuali. Quindi, la scena del gioco d'azzardo è ancora fortemente di genere in Svezia. L'unica forma di gioco in cui più donne giocano rispetto agli uomini e scommettono più soldi, è il bingo.

Esaminando uomini e donne in trattamento, vediamo che gli uomini prevalgono largamente nei servizi. Una valutazione triennale di un servizio Internet riporta che l'81% dei 284 partecipanti erano uomini (Carlbring, Degerman, Jonsson & Andersson 2012). Un altro studio sul trattamento, che ha esaminato i servizi ambulatoriali della CBT, ha riportato che l'83,5% dei 127 partecipanti erano uomini (Carlbring, Jonsson, Josephson & Forsberg 2010). I dati della linea di assistenza nazionale, tuttavia, non indicano alcun cambiamento. Oltre l'80% di coloro che chiamano sono uomini e questo è un dato costante nel corso degli anni. La quota di donne, che chiamano in qualità di parenti è, invece, intorno al 70% (Public Health Agency of Sweden 2015b). I dati di Swelogs mostrano che quasi una persona su cinque in Svezia riferisce di avere una persona cara che ha o ha avuto problemi con il gioco d'azzardo. Tra questi, uomini e donne erano equamente distribuiti (Svensson 2013).

In molte forme di gioco, l'assenza di giocatrici potrebbe essere dovuta alla mancanza di progressi verso l'uguaglianza di genere. Un'altra interpretazione potrebbe essere che la scena del gioco d'azzardo è un'arena per un contraccolpo al proposito di raggiungere l'uguaglianza di genere; un riflesso delle insicurezze degli uomini; cioè, poiché la mascolinità è in fase di transizione, alcuni uomini hanno la necessità di rafforzare il comportamento tradizionale in alcune aree.

### **Donne che varcano i confini del gioco d'azzardo**

Anna dice che giocare a poker è una parte importante della sua vita poiché le dà un'identità che è "più che essere una donna, una madre e un'insegnante. È più simile alla mia identità di James Bond, se capisci cosa intendo?" Suggestisce

anche che il poker è un'attività ricreativa in cui è consentito invecchiare mentre lo sport e altre attività del tempo libero hanno una "data di scadenza". Il poker è un modo per prendersi il proprio tempo, lontano dai doveri familiari. Anna esprime il suo gioco d'azzardo come un modo per sfidare il suo ruolo di genere sia nel dare nuovi significati all'essere una donna sia entrando in domini maschili ed estendendo l'ambito di ciò che una donna può e dovrebbe fare.

Uno studio qualitativo australiano ha rilevato che alcune donne giocavano d'azzardo per essere considerate fuori dalle aspettative e dalle norme di genere; queste, tuttavia, non erano le loro motivazioni principali (Victorian Gambling Study 2012). Eaves (2009) ha sostenuto che le giocatrici di poker come Annie Duke sono "femministe della terza ondata". Altri ricercatori hanno affermato che quando le donne giocano a poker non sono esplicitamente oppresse da una retribuzione inferiore o dalla mancanza di promozione: il gioco non le discrimina (Abarbanel e Bernhard 2012). Dato che la fortuna è anche tra gli avversari, alcuni giochi possono essere percepiti come una meritocrazia senza "soffitti di cristallo", metafora delle barriere che impediscono alle donne l'avanzamento professionale. Anche se un minor numero di donne gioca a giochi di strategia o in siti connotati come maschili, le donne che infrangono le norme e si impegnano in spazi con codici maschili possono sperimentare che il gioco d'azzardo in quei domini contribuisce a sentimenti di empowerment e soddisfazione nel cambiare la percezione delle proprie capacità (Abarbanel e Bernhard 2012; Eaves 2009).

La mia tesi "Gioco d'azzardo e genere. Una prospettiva di salute pubblica" basata sui dati di Swelogs, ha mostrato che gli uomini e le donne che giocano regolarmente hanno la stessa probabilità di avere problemi (Svensson 2013). Esistevano pochissime differenze tra uomini e donne esaminando le diverse caratteristiche del gioco problematico come nei singoli item del PGSI (Problem Gambling Severity Index). Nell'ambito di un pubblico casuale, non sono state trovate differenze. Il fatto che le donne e gli uomini che giocano regolarmente avessero la stessa probabilità di essere giocatori problematici e che ci fossero pochissime differenze tra i sessi quando si analizzano separatamente gli elementi PGSI può essere sorprendente, perché la maggior parte delle donne che giocano regolarmente lo fa in un ambito non associato a un rischio generico. Altre ricerche hanno scoperto che i giocatori maschi non solo giocano più spesso, ma scommettono anche più soldi delle donne (Statens folkhälsoinstitut 2010).

I punti in comune tra i sessi sono sostenuti dai risultati di altri studi in cui essere maschi non era più significativamente predittivo per il gioco problematico dopo il controllo del comportamento di gioco (Ross et al., 2010; Statens folkhälsoinstitut, 2010). Un fattore potrebbe essere che le donne sono più vulnerabili ai danni causati dal gioco d'azzardo poiché le donne hanno generalmente redditi inferiori rispetto agli uomini, il che le rende più sensibili alle perdite finanziarie. Questa spiegazione è supportata dal fatto che la domanda PGSI più avallata dalle donne che giocano regolarmente è: "Hai scommesso più di quan-

to ti permetti?" Inoltre, le donne che giocano regolarmente hanno dichiarato più spesso degli uomini che il gioco d'azzardo aveva causato loro problemi finanziari.

Un rapporto del Institute for Evaluation of Labour Market and Education Policy ha rilevato che le differenze di reddito di genere in Svezia non sono diminuite in 30 anni (Angelov et al. 2013). L'autunno 2014 ha rappresentato la prima volta in nove anni in cui il bilancio dello Stato ha effettivamente ridotto il divario. Avere una famiglia è un fattore negativo per l'economia delle donne: a 15 anni dal primo figlio, il divario di reddito tra una donna e il suo partner maschile aumenta del 35% (Angelov et al. 2013). Un altro segno di disuguaglianza di genere in Svezia è che la violenza contro le donne rimane ancora un vincolo costante sulle opportunità e sulla vita di donne e ragazze, sia nella sfera privata che in quella pubblica (OMS 2012; Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali 2014).

Il limitato accesso delle donne al denaro e alle responsabilità si riflette sugli atteggiamenti nei confronti del gioco d'azzardo in uomini e donne. Secondo un sondaggio condotto da Svenska Spel, uomini e donne classificano l'importanza del mercato e dei giochi futuri in modo diverso; mentre gli uomini sottolineano l'importanza dell'entità del premio, le donne sottolineano che i giochi dovrebbero essere, in primo luogo, più economici. Inoltre, gli uomini vogliono che i giochi siano veloci, diano loro una grande varietà di scelta e opportunità di giocare contro altri giocatori, mentre le donne vogliono che i giochi siano facili da imparare e vogliono giocare con gli altri (Svenska Spel 2015). Il sondaggio rivela anche che i modelli di gioco d'azzardo dei giovani sono più "conservatori", riguardo al genere, rispetto agli adulti.

Questo capitolo evidenzia che la scena del gioco d'azzardo in Svezia è ancora fortemente di genere. Anche l'uguaglianza di genere è lungi dall'essere realizzata. C'è un'enorme quantità di marketing aggressivo che sta sfruttando gli stereotipi di genere. Allo stesso tempo, i giochi da casinò online sono principalmente rivolti alle donne. Anche se ci sono indicazioni che le donne si trovino nei guai a causa del gioco d'azzardo, il gioco d'azzardo sembra essere, in un prevedibile futuro, molto conservatore per gli aspetti di genere. Nel frattempo, donne come Anna continueranno a sfidare le norme di genere e a partecipare al gioco d'azzardo come un'attività di svago importante e significativa.

## **Bibliografia**

- Abarbanel, B. L., & Bernhard, B. J. (2012). Chicks with decks. The female lived experience in poker. *International Gambling Studies*, 12(3), 367–385.
- Angelov, N., Johansson, P., & Lindahl, E. (2013). *Det envisa könsgapet i inkomster och löner. Hur mycket kan förklaras av skillnader i familjeansvar?* Uppsala: Institutet for arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).
- Backhans, M., Lundberg, M., & Månsdotter, A. (2007). Does increased gender equality lead to convergence of health outcomes? A study of Swedish municipalities. *Social Science and Medicine*, 64, 1892–1903.

- Campbell, H. (2000). The glass Phallus. Pub(lic) masculinity and drinking in rural New Zealand. *Rural Society*, (65), 562–581.
- Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H., Forsberg, L. (2010). Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 1–12.
- Carlbring, P., Degerman, N., Jonsson, J., Andersson, G. (2012) Internet-based treatment of pathological gambling with a three-year follow-up. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(4), 321–334.
- Casey, E. (2006). Domesticating gambling: gender caring and the UK national lottery. *Leisure Studies*, 25(1), 3–16.
- Eaves, M. H. (2009). Gender and reality TV. An examination of the poker phenomenon. In D. K. Phillips & W. A. Wilson (Eds) *Gambling and Gender*. New York: Peter Lang Publishing.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2014) *Violence against Women: An EU-wide Survey*. Main results. Publications Office of the European Union; Luxembourg. Retrieved 2015-09-30 from [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14\\_en.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf)
- Government Office of Sweden (2015). *Feminist Foreign Policy*. Retrieved 2015-09-30 from <http://www.government.se/government-policy/feminist-foreign-policy/>
- Hammarström, A. (2007). A tool for developing gender research in medicine. Examples from the medical literature on work life. *Gender Medicine*, 4(Suppl. B), 123–132.
- Hensing, G. (2008). Bruk av narkotika. Är det maskulint? In S. Andrèasson (Ed.), *Narkotikan i Sverige. Metoder för förebyggande arbete. R 2008:23*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Hing, N., & Breen, H. (2001). Profiling luck. An empirical study of gambling and problem gambling amongst female club members. *Journal of Gambling Studies*, 17(1), 47–69.
- Holdsworth, L., Hing, N., & Breen, H. (2012). Exploring women's problem gambling: a review of the literature. *International Gambling Studies*, 12(2), 199–213.
- LaPlante, D. A., Kleschinsky, J. H., LaBrie, R. A., Nelson, S. E., & Shaffer, H. J. (2009). Sitting at the virtual poker table: a prospective epidemiological study of actual internet poker gambling behavior. *Computers in Human Behavior*, 25(3), 711–717.
- Lyons, A. C., & Willott, S. A. (2008) Alcohol consumption, gender identities and women's changing social positions. *Sex Roles*, 29(9–10), 694–712.
- Public Health Agency of Sweden (2015a) *Health on Equal Terms*. Retrieved 2015-09-30 from <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/spelvanor/>
- Public Health Agency of Sweden (2015b). *Helpline Report 2014*. Retrieved 2015-09-30 from <http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/projektwebbar/spelprevention/publikationer/Stodlinjen-arsrapport-2014.pdf>
- Rönnerberg, S., Volberg, R., Abbott, M., Moore, L., Andrén, A., Munck, I., et al. (2000). *Spel och spelberoende i Sverige* (Rapport No. R 2000: 21). Stockholm.
- Ross, D., Barr, G., Collins, P., Dellis, A., Hofmeyer, A., Kincaid, H. et al. (2010). *Summary of Basic Data from the National Urban Prevalence Study of Gambling Behaviour (NUPSGB)*. Cape Town: The Research Division of the National Responsible Gambling Programme.
- Svensson, J., Romild, U., Månsdotter, A., Nordenmark, M. (2011). Gendered gambling domains and changes in Sweden. *International Gambling Studies*, 11(2): 193–211.
- Svensson, J. (2013). *Gambling and gender: A public health perspective*. Östersund: Mid Sweden University, 2013 (Mid Sweden University doctoral thesis: 149).
- Svensson, J., Romild, U. & Shepherdson, E. (2013). The concerned significant others of people with gambling problems in a national representative sample in Sweden – a 1 year follow-up study. *BMC Public Health*, 13, 1087.
- Statens folkhälsoinstitut (2010). *Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2008/2009. Huvudresultat*

- från SWELOGS befolkningsstudie (Rapport No. R 2010:23). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2012). *Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2009/2010. R 2012:04*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statistics Sweden (2012). *Mäns hushållsarbete ökar. Men kvinnor gör fortfarande mest hemma*. Örebro: Statistics Sweden.
- Stevens, M., & Young, M. (2010). Who plays what? Participation profiles in chance versus skill-based games. *Journal of Gambling Studies*, 26(1), 89–103.
- Svenska Spel (2015). *Survey on Customers*. Not published. Personal communication 2015-09-22.
- Swedish Gambling Authority (2014) Retrieved 2015-09-30 from <http://www.lotteriinspektionen.se/en/About-us1/Statistics/>.
- Victorian Gambling Study (2012). *Qualitative component. Report of findings from qualitative interviews*. Melbourne: Victorian Government.
- Volberg, R. A. (2003). Has there been a “feminization” of problem gambling in the United States? *eGambling: The Electronic Journal of Gambling Issues*, 8, 1–10.
- Westfelt, L. (2003). *Kasinoetablering, spelvanor och spelproblem. Situationen före och efter etableringen av statliga kasinon i Sundsvall och Malmö*. SoRAD. Forskningsrapport 16.
- WHO (2012). Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. *Fact Sheet Number 239*. Retrieved 2013-2018, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/index.html>
- Williams, R. J., Volberg R.A., & Stevens, R. (2012). *The population prevalence of problem gambling. Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends*. Canada: Ontario Problem Gambling Research Centre.
- Winn, J., & Heeter, C. (2009). Gaming, gender, and time. Who makes time to play? *Sex Roles*, 61, 1–13.
- World Economic Forum (2015). *Global Gender Gap Report 2014*. (Internet, retrieved 2015-09-12, updated 2017-02-16).

**EFFICACIA DELL'AUTOESCLUSIONE****Le esperienze delle giocatrici in tre casinò svizzeri**

*Anna-Maria Sani e Coralie Zumwald*

**Introduzione**

L'esclusione volontaria è un accordo tra il giocatore e il casinò, in cui il giocatore non vi andrà per un certo periodo di tempo, e il casinò stesso ha la responsabilità di assicurare che il giocatore rispetti l'accordo. Lo scopo principale dell'esclusione volontaria è impedire l'accesso fisico alla struttura al fine di riprendere il controllo sul proprio comportamento di gioco (Ly, 2010).

Diversi studi hanno dimostrato come questo servizio sia utilizzato principalmente dai giocatori che soddisfano la definizione di giocatori patologici (Ladouceur et al., 2000; Ladouceur et al., 2007; Nelson et al., 2010; Nowatzki e Williams, 2002). Hayer e Meyer (2010) sottolineano che in Europa i giocatori d'azzardo hanno in media sei anni di problemi di gioco prima di ricorrere all'esclusione volontaria. Secondo LaBrie et al. (2007) il numero di persone che si iscrivono a programmi di autoesclusione può servire da barometro per la concentrazione del gioco d'azzardo problematico in un'area. Nowatzki e Williams (2002) identificano il giocatore che si autoesclude in Nord America come maschio, di circa 46 anni di età e che ha accumulato debiti significativi. Secondo LaBrie et al. (2007) le ragioni principali dell'autoesclusione sono i problemi finanziari (75%) e la mancanza di autocontrollo (88%). In uno studio di Ladouceur et al. (2000), i dati hanno mostrato che il 76% si era autoescluso per la prima volta, due terzi erano stati autoesclusi per 12 mesi o meno e un quarto per un massimo di cinque anni.

Il valore dell'autoesclusione è ancora dibattuto ed è probabile che sia strettamente collegato al modo in cui l'esclusione viene proposta e attuata. Alcuni studi ne hanno messo in dubbio l'utilità, rilevando che può anche avere un effetto negativo (Vanchai, 2013; citando Blaszczyński et al., 2007) poiché sposta la responsabilità dal giocatore al casinò (Kelly e Igelman, 2009) e l'individuo autoescluso può continuare a giocare d'azzardo in altre sedi durante il periodo di esclusione. In uno studio canadese, la metà di coloro che erano entrati in un programma di autoesclusione ha giocato durante il periodo di esclusione in altri casinò, tramite Internet o in altre strutture di gioco diverse dai casinò (Ladouceur et al., 2000). Solo il 30% non ha giocato affatto durante questo periodo. Vanchai (2013) ha rilevato che il monitoraggio di coloro che si autoescludono non è attuato in modo efficace e molti continuano a giocare anche nello stesso casinò in cui hanno richiesto l'esclusione, rendendo inefficaci tali programmi di esclusione volontaria.

Nelson et al. (2010), tuttavia, sottolineano che, anche se l'81% dei giocatori autoesclusi nei casinò nello stato del Missouri ha continuato a giocare durante il periodo di esclusione, le attività di gioco d'azzardo sono diminuite e i soggetti le cui attività di gioco erano considerate patologiche sono diminuiti dal 79% a 15%. Anche Blaszczynski et al. (2007) considerano l'esclusione volontaria importante per i giocatori che non richiedono un aiuto professionale. L'esclusione volontaria, proprio perché richiesta su base volontaria, è il primo passo necessario verso il riconoscimento e la limitazione dei problemi di gioco (Prochaska e DiClemente, 2005). Tremblay et al. (2008) hanno rilevato che tra il 73,6% e il 99,1% dei partecipanti al loro studio hanno valutato il loro programma di esclusione volontaria come "soddisfacente" o "molto soddisfacente". Inoltre, è stata osservata una diminuzione della quantità di tempo e denaro dedicata al gioco d'azzardo e dell'intensità delle conseguenze negative che incidono sulla vita sociale e familiare, sul posto di lavoro, sulle preoccupazioni finanziarie, sulla depressione, sull'ansia e sull'uso di alcol. È stata anche rilevata una diminuzione del numero di criteri soddisfatti del DSM-IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - 4a edizione). In Missouri, coloro che hanno partecipato al programma di esclusione volontaria hanno migliorato le loro relazioni, l'autostima e la salute emotiva (Nelson et al., 2010). Ad oggi, tuttavia, pochissimi studi hanno esaminato gli effetti dell'esclusione volontaria su lunghi periodi di tempo (Ladouceur et al., 2007).

Attualmente, ci sono 21 casinò in funzione in Svizzera. La legge federale del 1998 sui giochi e sulle strutture di gioco d'azzardo regola gli sforzi di prevenzione, inclusa l'esclusione volontaria. I periodi di esclusione sono validi per almeno un anno e questo vale per tutti i casinò svizzeri, per cui l'ingresso è effettivamente vietato a coloro che hanno aderito a un programma di esclusione del gioco d'azzardo. Per legge, l'esclusione deve essere revocata non appena le condizioni che hanno portato alla richiesta non esistono più (art. 22 Legge sulle Case da Gioco). A questo punto l'interessato, per poter accedere ai casinò svizzeri, può fare richiesta scritta di riammissione e sottoporsi a un colloquio con un consulente qualificato, presentando la relativa documentazione finanziaria.

I giocatori hanno il diritto di richiedere l'esclusione volontaria più volte nel corso della loro vita. In effetti, alcuni giocatori chiedono nuovamente l'esclusione volontaria dopo essere stati riammessi. È quindi legittimo chiedersi se la richiesta di rinnovata esclusione possa essere considerata una ricaduta. Alcuni giocatori si vergognano della loro scelta e tentano di mantenerla segreta. In tali casi, la ripetuta richiesta di esclusione volontaria ha connotazioni socialmente negative ed è vista come un'indicazione del mancato sviluppo del controllo sul proprio comportamento di gioco. Il concetto di ricaduta ha tuttavia diverse sfaccettature. Per alcuni, tornare al gioco anche una volta costituisce già una ricaduta (Gamblers Anonymous), mentre per altri solo il ritorno alle vecchie abitudini di gioco è considerato una ricaduta. Ladouceur et al. (2003) definisce la ricaduta come il ripristino di un ciclo di gioco, in cui vi è una chiara perdita di controllo sulla situazione del gioco. Può essere temporanea e dovrebbe esse-



re vista come parte del normale processo di riabilitazione. La prefazione di Cungi al libro di Marlatt e Donovan (2008) inizia con "La ricaduta è la regola, non l'eccezione", in cui si mostra che il tasso di ricaduta tra le persone che soffrono di gioco d'azzardo patologico è simile al tasso di ricaduta (92%) osservato nel campo delle dipendenze da sostanze. Altre ricerche stimano il tasso di ricaduta dei giocatori patologici, dopo un periodo di sospensione delle attività di gioco, al 75% (Hodgins et al., 2007).

Un'analisi approfondita dell'efficacia dell'esclusione volontaria applicata in Svizzera è necessaria soprattutto perché il contesto giuridico è diverso da quello riscontrato in altri Paesi. Sulla base delle interviste di riammissione effettuate nei casinò ticinesi, risulta evidente come nei confronti delle donne sia emerso un approccio all'esclusione molto diverso rispetto agli uomini, molto più orientato ad approfondire le loro intime percezioni della situazione del gioco e delle emozioni a essa collegate. Questa opinione è supportata da un recente studio svizzero in cui sono state esaminate le particolarità e le differenze nelle donne nel gruppo dei giocatori d'azzardo che richiedevano un supporto terapeutico specializzato (Box 12.1).

### **Scopo dello studio**

Il presente studio si propone quindi di valutare l'esclusione volontaria per le donne che giocano d'azzardo, presentando un'analisi quantitativa dei tre casinò in Ticino. Questo studio mira specificamente a comprendere la relazione esistente tra esclusione volontaria e comportamento di gioco come misurato dal DSM-IV e in particolare avanza l'ipotesi che l'evidenza del gioco d'azzardo patologico diminuisca quando vengono richieste più esclusioni.

### **Esclusione volontaria in Ticino**

Il Canton Ticino è situato nel sud della Svizzera. Secondo il South Oaks Gambling Screen, all'interno dei tre casinò in Ticino, il 77,5% dei giocatori non manifesta problemi di gioco, mentre il 16,2% rientra nella categoria dei giocatori problematici e il 6,3% nella categoria dei probabili giocatori patologici (Lisi e Soldini, 2013). Lo stesso studio ha evidenziato che la proporzione di giocatori non problematici era più alta tra le femmine (82,6%) rispetto ai maschi (75,7%). Nel 2014, nei tre casinò sono state presentate 228 richieste di esclusioni volontarie e 72 esclusioni imposte.

Durante l'orario di apertura del casinò, ogni giocatore ha il diritto di richiedere l'esclusione in qualsiasi momento. Questi giocatori vengono quindi accompagnati in un ufficio separato, dove il gestore della sala da gioco completa il modulo di richiesta di esclusione e il questionario DSM-IV. Alcune persone richiedono l'esclusione tramite lettera. In questo caso, il casinò invia ai richiedenti i moduli appropriati da compilare. Il modulo di richiesta di esclusione, così come quello di rinnovata esclusione, raccoglie informazioni sui dettagli socio-

demografici, i motivi della richiesta, il comportamento di gioco e le informazioni finanziarie.

Il manuale diagnostico americano, alla sua quarta edizione (DSM-IV), colloca il gioco d'azzardo patologico tra i disturbi non classificati altrove, cioè tra quei disturbi caratterizzati dall'incapacità di resistere a un impulso, a un desiderio irresistibile o alla tentazione di commettere un atto, anche se pericoloso. Esistono dieci criteri diagnostici. Da tre a quattro risposte positive indicano la presenza di un problema di gioco, mentre cinque o più risposte positive indicano un caso di gioco d'azzardo patologico (Capitanucci e Carlevaro, 2004).

La riammissione può essere richiesta una volta trascorso almeno un anno dalla data di esclusione. Il cliente viene convocato per un colloquio con un esperto esterno che valuta la situazione finanziaria e il rischio di ricaduta. Durante detto colloquio, l'esperto completa un modulo e scrive un rapporto che elenca i fattori di rischio presenti e non presenti, del cliente. Il colloquio di riammissione dura un'ora. Contestualmente, il cliente viene informato del rischio di ricadute e delle normative sul gioco d'azzardo.

















## **Campione**

Le partecipanti al presente studio erano 86 giocatrici d'azzardo che hanno chiesto e ottenuto la riammissione ai tre casinò in Ticino (Mendrisio, Lugano e Locarno) tra il 2007 e il 2014. I dati per lo studio sono stati ottenuti da moduli di richiesta di esclusione volontaria e dai questionari diagnostici DSM-IV forniti durante le richieste di esclusione. I dati sono stati raccolti consultando gli archivi dei tre casinò in Ticino e accedendo al sistema di raccolta dati dei casinò svizzeri e ai singoli file dei clienti.

I partecipanti sono stati assegnati a quattro categorie, in base alla loro storia di gioco e ai dati disponibili (vedi Figura 12.1):

1. Giocatrici che hanno richiesto un'unica esclusione volontaria e successivamente hanno ricevuto una riammissione (N = 59; 68,6%);
2. Giocatrici d'azzardo che inizialmente hanno richiesto un'esclusione volontaria, hanno ricevuto una riammissione e successivamente hanno richiesto una seconda esclusione (N = 16; 18,6%);
3. Giocatrici d'azzardo che avevano richiesto più esclusioni volontarie in passato, hanno ricevuto una riammissione e successivamente hanno richiesto un'esclusione aggiuntiva (N = 4; 4,6%);
4. Giocatrici d'azzardo che hanno richiesto più esclusioni volontarie in passato, hanno ricevuto una riammissione e successivamente non hanno presentato ulteriori richieste di esclusioni aggiuntive (N = 7; 8,2%).

**FIGURA 12.1** Ripartizione delle categorie di giocatori nei dati raccolti (N rappresenta il numero di giocatori)

Categoria	N	%	Storia di gioco d'azzardo			
1	59	68.6				
2	16	18.6				
3	4	4.6	  			
4	7	8.2	  			



= autoesclusione

prima



dopo



= riammissione

Riammissione

2007-2014

## Risultati

I soggetti più rappresentati nei dati per fascia di età erano quelli appartenenti ai 41-50 anni (38%) e 51-60 anni (24%). Per quanto riguarda la nazionalità, la presenza di giocatrici italiane è stata leggermente superiore a quella delle svizzere (42% contro 40%). Le residenti in Ticino rappresentavano il 69% del campione, il 49% delle partecipanti era sposata, il 19% divorziata e il 15% single.

Il 72% delle partecipanti aveva figli e di questi il 30% aveva figli di età inferiore ai 18 anni. La professione più rappresentata era quella dei lavoratori non dirigenti (27%) seguita da quella dei lavoratori autonomi (20%). Quelli che erano beneficiari di indennità compensative e i pensionati rappresentavano il 19%. La categoria di reddito mensile più rappresentata nel set di dati era compresa tra 2.000 e 4.000 CHF/EUR (44%), mentre il 28% aveva un reddito mensile da 0 a 2.000 CHF/EUR.

Al momento della richiesta di esclusione volontaria, l'87% delle partecipanti preferiva le slot machine, il 9% la roulette e il blackjack e il 4% giocava a entrambi. La maggior parte delle partecipanti frequentava i casinò una o due volte la settimana (49%) e il 19% da tre a quattro volte la settimana. Un numero considerevole ha giocato più di cinque volte la settimana (17%). La maggior parte giocava da tre a quattro ore per visita (43%), il 24% fino a due ore e il 22% da cinque a sette ore. Il 52% ha chiesto l'esclusione volontaria per motivi preventivi, il 36% ha deciso di fare la richiesta dopo aver perso troppi soldi e il

10,5% per aver dedicato troppo tempo al gioco d'azzardo. Il 9% ha chiesto l'esclusione per gioco d'azzardo incontrollato, il 5,8% per problemi familiari e il 5% per problemi finanziari.

Il sessantadue per cento ha continuato a giocare durante il periodo di esclusione, la maggior parte dei quali lo ha fatto al casinò di Campione, che è un'enclave italiana situata nel territorio ticinese e, come tale, non ha l'obbligo di controllare i giocatori esclusi in Svizzera .

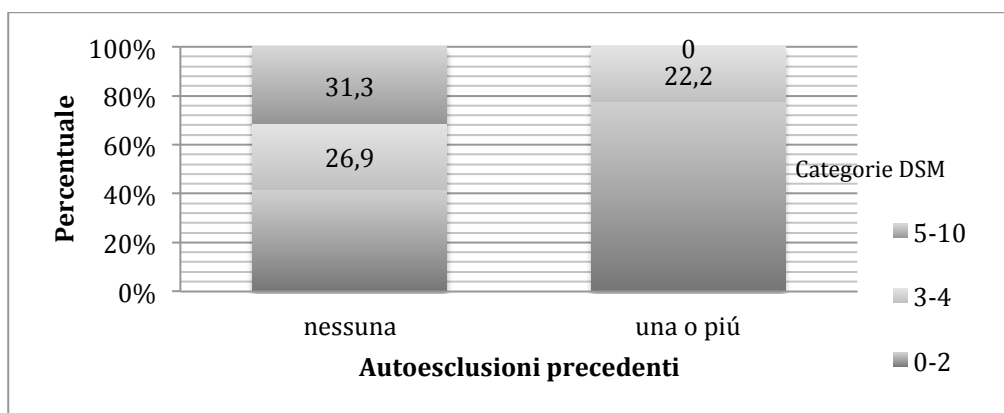
Durante i colloqui di riammissione è emerso che più della metà delle giocatrici utilizzava il gioco d'azzardo come mezzo per sfuggire ai problemi quotidiani ed esistenziali. Il 23% aveva chiesto una nuova esclusione dopo essere stato riammesso. L'ottantacinque per cento ha chiesto una successiva esclusione dopo sette mesi dalla riammissione e il 10% entro tre mesi dalla riammissione.

Al momento della richiesta di esclusione volontaria dopo la riammissione, sono state riscontrate alterazioni nelle abitudini e nelle motivazioni del gioco d'azzardo. Ad esempio, non c'erano più individui che frequentavano i casinò più di cinque volte a settimana e metà giocava solo fino a due ore per visita, il 30% da 3 a 4 ore e solo l'1% da 5 a 7 ore per visita. La percentuale di coloro che hanno chiesto la revoca dell'esclusione volontaria per motivi preventivi sale al 70%.

Per verificare se i criteri di gioco patologico diminuiscono con il maggiore numero di esclusioni richieste, abbiamo confrontato le categorie 1 e 2 con le categorie 3 e 4, prendendo in considerazione l'esclusione prima dei dati di riammissione.

I dati mostrati in Fig 12.2 supportano l'ipotesi che l'autoesclusione sia correlata al comportamento di gioco, come evidenziato dalla maggior proporzione di coloro il cui comportamento di gioco non è classificato come problematico, tra coloro che hanno avuto una o più esclusioni volontarie (78% contro 42%). Il numero di coloro il cui gioco è classificato come problematico è rimasto più o meno invariato (22% vs. 27%), mentre una significativa influenza si nota nella categoria del gioco patologico. Nessuno di coloro che aveva richiesto una o più esclusioni volontarie rientra in questa categoria, mentre il 31% di coloro che non avevano richiesto esclusioni volontarie è classificato come giocatore patologico.

Per confermare questo risultato, abbiamo confrontato i dati di esclusione degli stessi individui, prima e dopo la riammissione (categorie 2 e 3, nella Figura 12.2). In questo caso, al momento della rinnovata richiesta di esclusione dopo la riammissione, la categoria dei giocatori sociali è passata dal 25% al 71%. I giocatori d'azzardo problematici sono diminuiti dal 40% al 12% e quelli patologici dal 35% al 18% (dati non mostrati).



**FIGURA 12.2** Dati DSM-IV al momento dell'esclusione dei giocatori senza precedenti esclusioni volontarie e di quelli con una o più precedenti esclusioni volontarie

## Discussione

Questo studio ha indagato la relazione tra autoesclusione e comportamento di gioco valutato utilizzando il DSM-IV. Una prima differenza rispetto a studi precedenti che descrivono le realtà del gioco d'azzardo (Ladouceur et al., 2000; Nelson et al., 2010; Nowatzki e Williams, 2002) si riscontra nel fatto che il programma di esclusione volontaria è stato utilizzato da un numero significativo di giocatori d'azzardo sociali anche nel Canton Ticino e quindi non classificati come danneggiati dal gioco d'azzardo. Meno di un terzo sono considerati giocatori d'azzardo patologici. È probabile che la qualità delle informazioni fornite ai clienti sui programmi di esclusione, da parte dei casinò svizzeri, svolga un ruolo importante. Va ricordato che, per la legge svizzera, i casinò sono tenuti a mettere in atto un efficace sistema di prevenzione del gioco patologico. Se le misure di riconoscimento precoce non vengono applicate correttamente, potrebbe intervenire un organo federale di controllo, multando le case da gioco non allineate come è già avvenuto negli ultimi anni. Questo sicuramente fornisce un buon incentivo per assicurare efficaci programmi di prevenzione. Infatti, anche se il perdere troppi soldi gioca un ruolo importante nei nostri dati, come è evidenziato in altri studi (vedi Nowatzki e Williams, 2002; LaBrie et al., 2007), la motivazione principale per le richieste di esclusione nel presente studio è di natura preventiva. L'esclusione volontaria non deve quindi essere vista come l'ultima risorsa, come rilevato da Hayer e Meyer (2010), ma come una reazione a un campanello d'allarme che chiaramente suona. La stessa non sembra essere associata a un fallimento personale, nonostante quasi i due terzi abbiano giocato durante il periodo di esclusione, ma fa piuttosto parte di un processo attraverso il quale il controllo viene ripreso.

Il profilo degli individui sin qui analizzati differisce dal giocatore medio in quanto le donne partecipanti a questo studio prediligevano quasi esclusivamente le slot machine e giocavano come mezzo di fuga dai problemi quotidiani ed esistenziali. Un profilo simile è stato riscontrato nei giocatori che hanno

richiesto un supporto terapeutico specialistico in uno studio condotto a Losanna, Svizzera (Box 12.1). Mentre il gioco d'azzardo era un'attività quasi esclusivamente maschile orientata ai giochi strategici, con la distribuzione capillare di slot machine è diventato anche un problema per le donne (Volberg, 2003). Inoltre, molti altri autori hanno anche scoperto che le donne vedono il gioco d'azzardo come un modo per distrarsi dalle difficoltà della vita quotidiana e per sfuggire alle emozioni negative, alla solitudine e all'isolamento sociale (Andronicos et al., 2015).

Circa un quarto delle giocatrici d'azzardo ha rinnovato la richiesta di esclusione dopo la riammissione, l'85% lo ha fatto entro sette mesi. Ciò indica la possibile efficacia del colloquio di riammissione in termini di sensibilizzazione. Il giocatore viene informato delle probabili ricadute e si suggerisce di effettuare ulteriori richieste di esclusione se si ripresentano segnali negativi sull'incapacità di controllare il proprio comportamento di gioco.

I nostri risultati confermano anche la nostra ipotesi, dimostrando che l'incidenza del gioco problematico e patologico è inferiore tra coloro che hanno richiesto una o più esclusioni volontarie rispetto a quelli che si autoescludono per la prima volta. L'incidenza dei criteri diagnostici diminuisce progressivamente dopo ogni riammissione. Le esclusioni ripetute nel tempo, quindi, potrebbero avere una funzione protettiva contro la ricaduta - intesa come un ritorno alle precedenti abitudini di gioco - e potrebbero aiutare a sviluppare un migliore autocontrollo e consapevolezza del proprio comportamento di gioco. Va quindi considerato come un atto di coraggio e responsabilità individuale.

Questi risultati dovrebbero motivare i casinò ad aumentare gli sforzi per promuovere l'esclusione volontaria come mezzo per mantenere e ripristinare il gioco d'azzardo controllato. Inoltre, questi risultati dovrebbero essere enfatizzati durante i colloqui di riammissione, al fine di promuovere l'esclusione volontaria con una prospettiva positiva piuttosto che di fallimento e per motivare ulteriormente le persone a fare uso di queste misure. In particolare, l'esperienza dei consulenti IRGA4 ha sottolineato la necessità di utilizzare un approccio diverso per quanto riguarda i colloqui di esclusione e di riammissione per le donne rispetto agli uomini. Per le donne è importante prendersi il tempo necessario per ascoltare i bisogni del loro mondo interiore ed emotivo, aumentando così la fiducia e l'efficacia degli sforzi per promuovere la consapevolezza. Anche Prever (2014) sottolinea questo aspetto e rimarca ulteriormente l'importanza per le donne di interagire con le consulenti femminili e di esplorare liberamente i propri sentimenti e le frustrazioni senza vergogna o giudizio.

Al fine di avere un quadro completo dell'efficacia dell'esclusione volontaria e per poter ottimizzare ulteriormente la procedura, sarebbe utile includere in tali analisi la categoria degli individui autoesclusi che non chiedono la riammissione, nonché la categoria dei soggetti che, pur essendo caratterizzati da un gioco d'azzardo eccessivo, non richiedono l'esclusione volontaria. Inoltre, sarebbe auspicabile estendere questa ricerca ad altri contesti di gioco, a livello

nazionale e internazionale, allo scopo di confermare questi risultati ed evidenziare le differenze che possono esistere in altri contesti. Il modo in cui vengono applicati i programmi di esclusione volontaria sembra avere un impatto significativo sull'efficacia delle misure. L'identificazione dei fattori chiave che incidono sulla loro efficacia è fondamentale per migliorare la qualità delle misure preventive che mirano a controllare il gioco d'azzardo eccessivo.

## **Ringraziamenti**

Vorremmo ringraziare le giocatrici che abbiamo incontrato per questo studio - Gianni Boris Pezzatti, Alexander Tomei, Selena Lopreno - per i loro commenti critici e Curtis Gautschi per la traduzione in inglese.

## **Note**

1 Federazione svizzera dei casinò, [www.switzerlandcasinos.ch](http://www.switzerlandcasinos.ch)

2 [www.admin.ch](http://www.admin.ch)

3 L'esclusione volontaria comporta la registrazione dei dati del cliente in un sistema informatico collegando tutti i casinò. Ogni cliente deve presentare un documento d'identità per accedere ai casinò svizzeri. È quindi improbabile che chiunque sia soggetto a esclusione possa facilmente accedervi, poiché le persone escluse vengono immediatamente identificate dal sistema informatico al momento dell'ingresso al casinò.

4 [www.irga.ch](http://www.irga.ch)

### **Box 12.1**

#### **Le caratteristiche delle donne che richiedono aiuto terapeutico a Losanna (Svizzera)**

In Svizzera, la prevalenza del gioco d'azzardo problematico e del gioco d'azzardo patologico nell'ultimo anno è stimata rispettivamente allo 0,8% e allo 0,5% della popolazione (Bondolfi, Osiek e Ferrero, 2000; Bondolfi, Jermann, Ferrero, Zullino e Osiek, 2008). Tra i soggetti con questi disturbi, il 27% sono donne e il 73% uomini (Bondolfi et al. 2000).

Questa distribuzione di maschi e femmine si riscontra anche tra le persone che cercano aiuto presso i servizi specialistici. I dati sulle attività di un programma specializzato nel gioco d'azzardo eccessivo presso l'Ospedale Universitario del Canton Vaud (Centro per il gioco d'azzardo eccessivo, CHUV) indicano che dei 480 pazienti consultati tra il 2001 e il 2013 con comportamento di gioco eccessivo, il 26% erano donne.

Rispetto ai pazienti di sesso maschile, presentano caratteristiche particolari in termini di profili socio-demografici e clinici. Le donne tendono ad essere più anziane al momento della prima visita (47,3 anni in media rispetto ai 39,5 anni degli uomini). La loro situazione sociale appare più sfavorevole: solo il 51,6% è

occupato rispetto al 66,1% degli uomini, e il loro reddito mensile medio è notevolmente inferiore (3.000 CHF contro 4.500 CHF per gli uomini), anche se non è stata trovata alcuna differenza misurabile nel livello di istruzione. Relativamente ai tipi di gioco d'azzardo problematici, i cosiddetti giochi "strategici" – tipo i giochi da tavolo (8,2% delle donne contro 20,0% degli uomini) o scommesse sulle corse dei cavalli (4,2% donne contro 14,2% uomini) – erano utilizzati meno frequentemente dei cosiddetti giochi "orientati alla fuga", come le slot machine o le lotterie elettroniche, dove non sono state riscontrate significative differenze rispetto al genere. Ciò suggerisce che gli uomini giocano a tipi di gioco più diversificati rispetto alle donne. Per quanto riguarda i disturbi concomitanti, le donne riferiscono una maggiore incidenza di storie di disturbi psichiatrici (70,2% contro 51,0% per gli uomini) e depressione (43,5% contro 18,4% per gli uomini). Allo stesso modo, all'inizio del processo di trattamento, le donne mostrano più spesso fattori di crisi emotiva (39,1%) rispetto agli uomini (25,2%) e meno spesso problemi familiari (18,3%) rispetto agli uomini (44,3%). Infine, lo sviluppo di disturbi sembra essere accelerato nelle donne poiché l'intervallo di tempo tra le prime attività regolari di gioco e il primo consulto è più breve (7,8 anni per le donne contro 10,7 anni per gli uomini). Il tempo però che intercorre tra l'inizio del gioco compulsivo e la prima visita è simile (5,4 anni per le donne e 5,2 anni per gli uomini).

## Bibliografia

- Andronicos, M., Beauchamp, G., DiMambro, M., Robert, M., Besson, J. & Séguin, M. (2015). Do male and female gamblers have the same burden of adversity over their life course? *Journal of Gambling Studies*, 15 (2): 224–238.
- Bondolfi, G., Osiek, C. & Ferrero, F. (2000). Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (6): 473–475.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Ferrero, F., Zullino, D. & Osiek, C. (2008). Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117 (3): 236–239.
- Brodbeck, J., Durrenberger, S. & Znoj, H. (2009). Prevalence rates of at risk, problematic and pathological gambling in Switzerland. *The European Journal of Psychiatry*, 23 (2): 67–75.
- Blaszczynski, A., Ladouceur, R. & Nower, L. (2007). Self-exclusion: a proposed gateway to treatment model. *International Gambling Studies*, 7 (1): 59–71.
- Capitanucci, D. & Carlevaro, T. (2004). *Annotated Guide to Diagnostic and Therapeutic Tools in Pathological Gambling Disorder*. Bellinzona: Hans Dubois.
- Costes J.-M., Eroukmanoff, V., Richard, J.-B. & Tovar, M.-L. (2015). Les jeu de hasard et d'argent en France en 2014. *Les notes de l'Observatoire des jeux*, 6 avril 2015.
- Cox, B.J., Yu, N., Afifi, T.O. & Ladouceur, R. (2005). A national survey of gambling problems in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50: 213–217.
- Hayer, T. & Meyer, G. (2010). Self-exclusion as a harm minimization strategy: evidence for the casino sector from selected European countries. *Journal of Gambling Behavior*, 27 (4): 685–700
- Hodgins, D.C., Currie, S.R., el-Guebaly, N. & Diskin, K.M. (2007). Does providing extended relapse prevention bibliotherapy to problem gamblers improve outcomes? *Journal of Gambling Studies*, 23: 41–45.
- Ipsos Reid Public Affairs & Gemini Research (2008). *British Columbia Problem Gambling Prevalence*



- Study*. Submitted to the Gaming Policy and Enforcement Branch, Ministry of Public Safety and Solicitor General. <https://www.gaming.gov.bc.ca/reports/docs/rpt-rg-prevalence-study-2008.pdf>
- Kairouz, S., Nadeau, L., Tovar, M.-L. & Pousset, M. (2014). Comparaison du jeu de hasard et d'argent dans la population générale en France et au Québec. Concordia University, OFDT, *Université de Montréal, the étude du jeu*. <Http://www.concordia.ca/fr/recherche/chairejeu.html>
- Kelly, J.M. & Igelman, A. (2009). Compulsive gambling litigation: casinos and the duty of care. *Gaming Law Review and Economics*, 13 (5): 249-253.
- LaBrie, R.A., Nelson, S.E., LaPlante, D.A., Peller, A.J., Caro, G. & Shaffer, H.J. (2007). Missouri self-excluders casino: distribution across time and space. *Journal of Gambling Studies*, 23: 231-243.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Giroux, I., Ferland, F. & Leblond, J. (2000). Analysis of a casino's self-exclusion program. *Journal of Gambling Studies*, 16 (4): 453-460.
- Ladouceur, R., Sylvain, C. & Gosselin, P. (2007). Self-exclusion program: a longitudinal evaluation study. *Journal of Gambling Studies*, 23: 85-94.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C. & Doucet, C. (2003). *The Excessive Gambling. Winning Gambling*. Translation by T. Carlevaro and D. Capitanucci. Torino: Science Center Publisher.
- Lisi, A. & Soldini, E. (2013). *Gambling in Ticino. Analysis of Cantonal Gambling Habits*. Lugano: SUPSI (University of Applied Sciences of Italian Switzerland).
- Ly, C. (2010). *Research Report. Investigating the Use and Effectiveness of Tasmanian Gambling (Self Exclusion Program)*. Tasmanian Department of Health and Human Services.
- Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (2008). Prévention de la rechute. Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives. *Médecine et Hygiène, Suisse*.
- Nelson, S.E., Kleschinsky, J.H., LaBrie, R.A., Kaplan, S. & Shaffer, H.J. (2010). One decade of self-exclusion: Missouri casino self-excluders four to ten years after enrollment. *Journal of Gambling Studies*, 26: 129-144.
- Nowatzki, N.R. & Williams, R.J. (2002). Casino self-exclusion programs: a review of the issues. *International Gambling Studies*, 2: 3-26.
- Prever, F. (2014). Il gioco al femminile. In G Bellio & M Croce (Eds), *Manuale sul gioco d'azzardo*, pp. 100-113. Milano: FrancoAngeli.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (2005). The transtheoretical approach. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd edn), pp. 147-172. New York: Oxford University Press.
- Stewart, R.M. & Brown, R.I.F. (1988). An outcome study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 152: 284-288.
- Storer, J., Abbott, M. & Stubbs, J. (2009). Access or adaptation? A meta-analysis of surveys of problem gambling prevalence in Australia and New Zealand with respect to concentration of electronic gaming machines. *International Gambling Studies*, 9 (3): 225-244.
- Tremblay, N., Boutin, C. & Ladouceur, R. (2008). Improved self-exclusion program: preliminary results. *Journal of Gambling Studies*, 24: 505-518.
- Vanchai, A. (2013). Problem gambling prevention: before, during, and after measures. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11: 568-582.
- Volberg, R.A. (2003). Has there been a "feminization" of gambling and problem gambling in the United States? *Journal of Gambling Issues*, 8, doi: 10.4309/jgi.2003.8.7
- Williams, R.J., Volberg, R.A. & Stevens R.M. (2012). *The Population Prevalence of Problem Gambling: Methodological Influences, Standardized Rates, Jurisdictional Differences, and Worldwide Trends*. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care.



## LA "RE-FEMMINILIZZAZIONE" DEL GIOCO D'AZZARDO

### Approfondimenti sociali, culturali e storici sul comportamento femminile nel gioco d'azzardo in Gran Bretagna

*Heather Wardle*

*Con l'avvento del chip dei computer, chi può dire quali nuovi metodi di gioco d'azzardo verranno introdotti, per interessare e attrarre persone che non giocano ormai moltissimo nei modi tradizionali? Sto pensando in particolare alle donne, la maggior parte delle quali scommette solo sul bingo... Agli operatori di gioco intraprendenti, esse sembrano offrire un bersaglio molto ampio a cui sparare, con qualche innovativa idea di gioco d'azzardo basata sui chip del computer. (Lord Spens, Discorso alla Camera dei Lord. Hansard, 1978)*

#### **Introduzione**

I dibattiti sul ruolo del gioco d'azzardo nella vita quotidiana, in particolare nella vita delle donne, sono comuni. I media sollevano preoccupazioni circa l'espansione e l'impatto del gioco d'azzardo sulle persone vulnerabili e, il più delle volte, le donne sono incluse in questo gruppo (Wardle, 2015). Negli anni '70 vi era preoccupazione per l'impatto del gioco d'azzardo computerizzato sulle donne. Lord Spens potrebbe sentirsi giustificato, se fosse vissuto abbastanza da essere odierno testimone dell'enorme quantità di pubblicità televisiva di prodotti di gioco d'azzardo online destinati alle donne britanniche. Spesso si presume che le donne abbiano preferenze innate per giochi come il bingo e le lotterie. I diversi tassi di partecipazione tra uomini e donne ad attività quali scommesse o giochi da tavolo nei casinò, sono spesso citati come prove a sostegno di queste preferenze. La presunta "innata" preferenza femminile per i giochi d'azzardo è centrale per un concetto importante sul cambiamento del comportamento delle donne nel gioco d'azzardo: quello della "femminilizzazione" del gioco d'azzardo. Questo concetto ha preso piede dopo la sua inclusione nell'Australian Productivity Commission Report (APC, 1999). Per questa Commissione, la "femminilizzazione" del gioco d'azzardo significava che più donne giocavano, più donne sviluppavano problemi di gioco e cercavano quindi aiuto per questi. Le preoccupazioni sulla "femminilizzazione" del gioco d'azzardo hanno una forte discendenza storica. L'articolazione di queste preoccupazioni da parte della Commissione per la Produttività è l'ultima di una lunga serie di retoriche sul comportamento delle donne nel gioco d'azzardo.

Dopo questa articolazione, alcuni accademici hanno cercato di esaminare il processo di "femminilizzazione" e lo hanno associato a un maggiore accesso e alla disponibilità di macchine da gioco elettroniche (Volberg, 2003; Holdsworth, Hing & Breen, 2012). Il ragionamento sostiene che le donne preferisco-

no il gioco basato sulle macchine, perché si tratta di un gioco di fortuna. Man mano che l'accesso a queste macchine viene incrementato e gli atteggiamenti nei confronti del gioco d'azzardo automatico diventano più normalizzati, il gioco d'azzardo femminile aumenta, in funzione della preferenza femminile per questa forma di azzardo (Holdworth, Hing & Breen, 2012).

Quanto sopra visualizza la relazione tra la disponibilità del gioco e l'utilizzo dello stesso in un modo abbastanza semplice e lineare. Tuttavia, non si può ipotizzare unicamente una relazione lineare tra accesso e diffusione (LaPlante e Shaffer, 2007); potrebbero esserci altri processi e meccanismi che modellano questo rapporto. Questo capitolo esplora quanto sia ampia l'evidenza della "femminilizzazione" del gioco d'azzardo in Gran Bretagna, esaminando le determinanti socioculturali che favoriscono il comportamento di gioco femminile. In questo modo, si suggerisce che il comportamento femminile nel gioco d'azzardo sia influenzato da una varietà di contesti che modellano le attività in cui alcune donne si sentono o meno a proprio agio. Tutto ciò fa emergere l'evidenza che alcune donne si impegnano maggiormente nel gioco d'azzardo quale contesto e barriera sociale per l'accesso al cambiamento. Se inseriti in un contesto storico, questi cambiamenti rappresentano probabilmente un ritorno di interesse per il gioco d'azzardo tra le donne e potrebbero essere visti come parte di un modello ciclico piuttosto che come un fenomeno completamente nuovo.

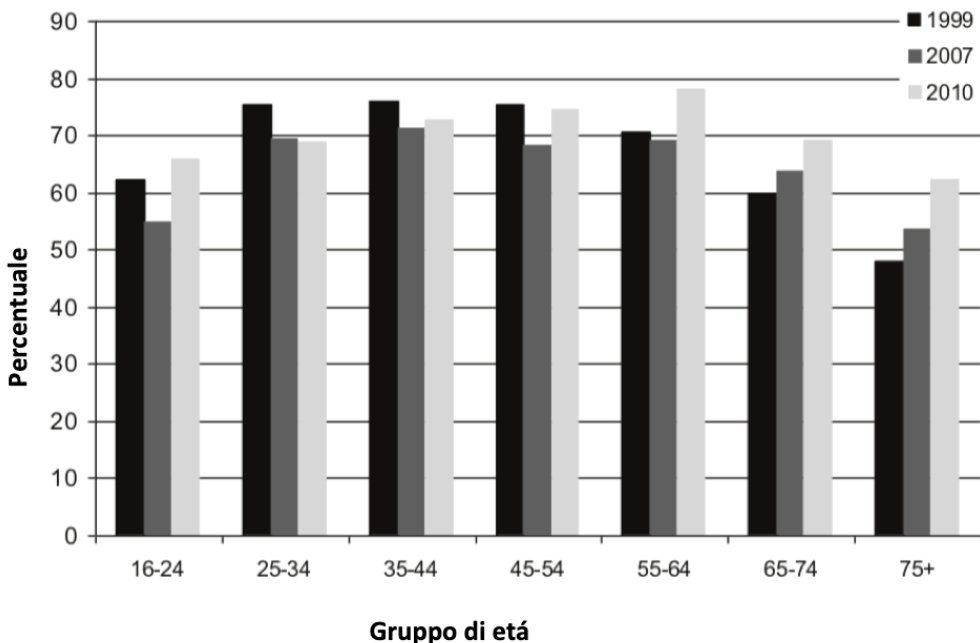
### **Cambiare il comportamento femminile di gioco?**

Un principio fondamentale della "femminilizzazione" del gioco d'azzardo sta nel fatto che sempre più donne giocano. In effetti, il British Gambling Prevalence Survey (BGPS), che ha misurato la variazione di genere nella partecipazione al gioco d'azzardo tra il 1999 e il 2010, ha mostrato un aumento della presenza femminile (un aumento relativamente modesto ma statisticamente significativo dal 68% nel 1999 al 71% nel 2010). Questi aumenti sono stati sproporzionatamente maggiori tra le donne anziane (vedi Figura 13.1).

Quando la sola lotteria nazionale è stata esclusa dalle considerazioni statistiche, si sono rilevati aumenti nella partecipazione al gioco anche tra le giovani donne; nel 2010 le donne più giovani erano sempre più impegnate in una serie di altre attività di gioco e registravano i maggiori aumenti nella frequenza. C'è stato anche un piccolo, ma statisticamente significativo, aumento delle donne che partecipano ai giochi di "strategia" (vedi Wardle, 2015). Questo crea un'immagine delle donne sempre più impegnate nel gioco d'azzardo all'inizio del XXI secolo in Gran Bretagna. Forse tutto ciò non è sorprendente. Il panorama del gioco in Gran Bretagna è cambiato enormemente negli ultimi dieci anni con il gioco d'azzardo considerato dal governo come un'attività ricreativa valida, il gioco online liberamente consentito e promosso e l'aumento della pubblicità, del marketing e della sponsorizzazione del gioco d'azzardo stesso.

Guardando questo breve lasso di tempo, sembrerebbe che più donne stiano giocando. Tuttavia, questo potenzialmente trascura un punto importante: se stiamo valutando se più donne giocano d'azzardo, dobbiamo definire il nostro periodo di tempo per il confronto. Quando si effettuano tali confronti, esiste una tendenza da parte dei responsabili politici, delle autorità di regolamentazione e dei ricercatori (me compresa) a concentrarsi solo sul recente passato. Questo tratta il comportamento di gioco femminile in modo astorico. Esistono, tuttavia, molte prove storiche sul coinvolgimento delle donne nel gambling, sia come consumatrici che come fornitrici di giochi. Questo contesto storico dovrebbe essere preso in considerazione quando si esaminano i processi di cambiamento nell'azzardo al femminile.

**FIGURE 13.1** Prevalenza di gioco d'azzardo femminile nell'anno passato, per età e anno di sondaggio Fonte: British Gambling Prevalence Survey (Wardle et al., 2011)



### Prospettive storiche

La Gran Bretagna è fortunata in quanto esistono numerose fonti storiche sul comportamento del gioco d'azzardo britannico, che includono studi condotti nel 1947, 1951 e 1977<sup>2</sup>. Queste fonti aiutano a costruire un quadro del comportamento di gioco in Gran Bretagna a partire dalla seconda guerra mondiale e ci consentono altresì, di risalire a tendenze nel comportamento attuale nel contesto del cambiamento sociale e politico.

L'indagine del 1951 sulle scommesse<sup>3</sup> mirava a esaminare la prevalenza del coinvolgimento in tutte le forme di gioco d'azzardo disponibili, legalmente o

illegalmente, a quel tempo (Kemsley e Ginsburg, 1951). Nel 1951, pochissime forme di attività di gioco d'azzardo erano legalmente disponibili per la gente comune. Non c'era la lotteria nazionale, né i gratta e vinci, né i casinò legali o le sale bingo, i bookmaker legali erano disponibili solo per le scommesse in corso o fuori corso a credito (anche se c'erano molte attività non legali). Tuttavia, le scommesse sul calcio esistevano e, secondo la maggior parte dei resoconti (Clapson, 1992), erano estremamente popolari e le corse di cani erano diventate un nuovo fenomeno urbano.

In breve, con alcune eccezioni, c'era poca offerta formale, organizzata e commerciale di gioco d'azzardo. Il gioco d'azzardo tendeva a essere informale, privato e illegale. Nonostante ciò, i risultati dello studio del 1951 sono sorprendenti, in quanto hanno stimato che circa il 66% delle donne aveva giocato d'azzardo nell'ultimo anno, con oltre il 38% di loro che aveva scommesso sui cavalli, essendo questa l'attività più popolare sia per gli uomini che per le donne. Ciò è particolarmente degno di nota in quanto il gioco d'azzardo era molto meno disponibile (legalmente) nel 1951 rispetto al 2010 e tuttavia le stime di gioco d'azzardo dell'anno precedente non sono molto dissimili. Alcune attività, come il bingo, sono state escluse dallo studio del 1951, il che significa che si tratta di stime probabilmente prudenti, in particolare se riferite a donne (Kemsley e Ginsburg, 1951).

Tra le varie forme di gioco d'azzardo informali (e illegali), disponibili nell'immediato dopoguerra, i bookmaker di strada sono i più rinomati. Supportati da reti informali di agenti o "corridori" (per raccogliere scommesse e distribuire le vincite) e operanti in luoghi informali come le stanze sul retro delle case e i pub locali, erano una caratteristica comune della maggior parte dei quartieri urbani nella prima parte del XX secolo. I registri della polizia relativamente alle retate sui bookmaker di strada mostrano che una buona percentuale di uomini e donne veniva registrata come presente in questi locali (Clapson, 1992). Il Survey of Betting del 1951 ha mostrato che, delle donne che scommettono, più di un terzo (35%) scommette con un bookmaker di strada e pone un'ulteriore terza scommessa con un "amico". Ciò che significa scommettere con un "amico" non è chiaro e potrebbe variare da una scommessa privata con un amico, al chiedere a un amico di piazzare una scommessa, o anche un agente del bookmaker visto come 'amico'. Downs (2009) ha evidenziato l'organizzazione di eventi informali di bingo (o "housey housey") in un arco di tempo simile e ha osservato che questo era un passatempo popolare, in particolare nelle aree urbane povere, ed era particolarmente frequentato dalle donne.

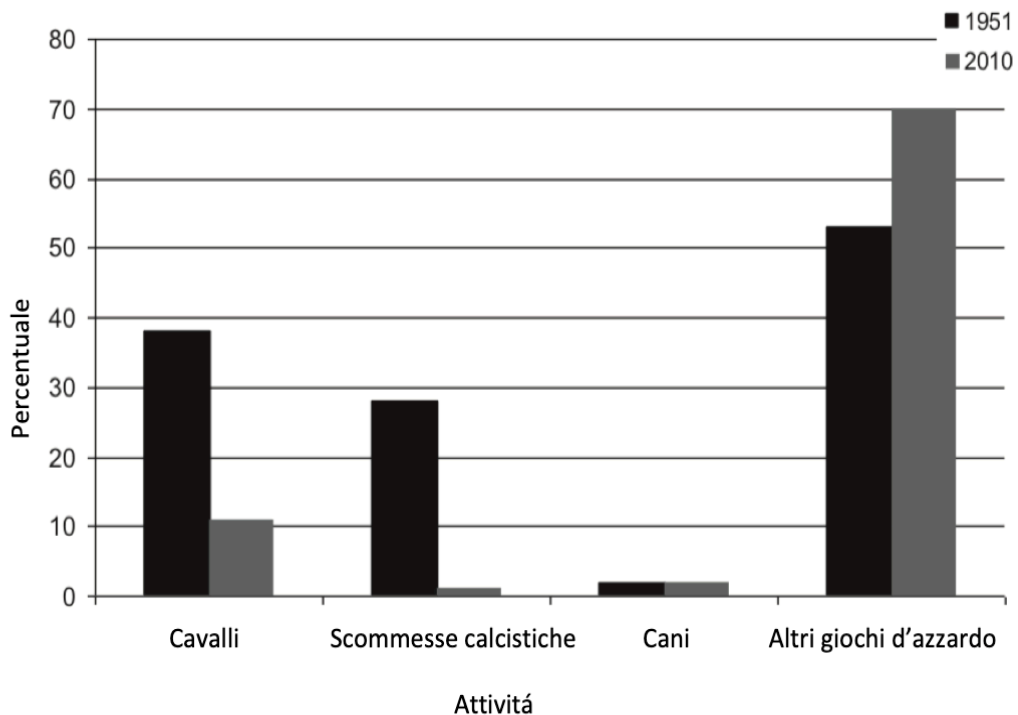
È chiaro da questa breve panoramica che la maggior parte delle donne nella metà del XX secolo aveva una qualche forma di propensione all'azzardo. Anche quando la maggior parte delle forme di gioco legale erano precluse a molte donne, sia per l'accesso (cioè, quando un ippodromo o una pista per cani erano nelle loro vicinanze) o per le risorse economiche (poiché le scommesse a credito erano l'unica forma di scommessa fuori-corso legalmente disponibile a quel tempo), le donne si sono mantenute impegnate in modo informale nel gioco

d'azzardo attraverso una serie di risorse private ed erano in parecchie a farlo. Nel 1951, il 38% delle donne aveva scommesso sui cavalli, il 28% aveva scommesso sul calcio e il 54% aveva giocato d'azzardo attraverso altre modalità, siano esse scommesse su boxe, biliardo, corse in barca, corse di piccioni, corse su pista, calcio, Irish Sweepstakes (Lotteria Irlandese) o le riffe. Queste stime possono essere confrontate con quelle osservate nel BGPS 2010 (vedi Figura 13.2).

Ciò che è notevole non è necessariamente l'aumento del numero di donne che prendono parte ad altre forme di gioco d'azzardo; vista l'introduzione della Lotteria Nazionale, questo era da prevedere. Inoltre, l'andamento più sorprendente è il calo della popolarità delle scommesse femminili sui cavalli e sulle squadre di calcio. Quest'ultimo dato può essere interpretato abbastanza facilmente: si presume generalmente che le scommesse sulle partite di calcio abbiano preso il posto di una inevasa richiesta per una lotteria (Forrest & Perez, 2014), e i commentatori ne hanno notato il notevole declino di fronte all'introduzione della Lotteria Nazionale.

**FIGURA 13.2** Partecipazione femminile, nell'anno passato, in attività comparabili, per anno di ricerca

Source: British Gambling Prevalence Survey & 1951 Survey of Betting (Wardle et al., 2011 and Kemsley & Ginsburg, 1951)



Tuttavia, è molto più difficile prevedere tali effetti di sostituzione anche nelle corse dei cavalli. Non è un'attività strutturata in modo simile. Inoltre, l'ippica come evento, o meglio la sua disponibilità come evento su cui scommettere, è aumentata dall'introduzione della Lotteria Nazionale. Nel 2010 c'erano più opportunità di scommettere su una corsa di cavalli che nel 1951. Eppure nel 1951, a una valutazione rispetto all'anno precedente, quasi due donne su cinque avevano scommesso su una corsa di cavalli, mentre nel 2010 solo una donna su dieci ha dichiarato la stessa cosa. Secondo il sondaggio del 1951, scommettere su gare importanti come il Derby e il Grand National era estremamente popolare: nel complesso il 31% delle donne nel 1951 piazzò una scommessa sul Derby e il 21% fece una scommessa sul Grand National (Kemsley & Ginsburg, 1951). Questi dati non sono disponibili per il 2010, ma dati i tassi di prevalenza molto più bassi delle scommesse ippiche complessive, è probabile che siano molto inferiori a questi. Se negli anni '50 le scommesse sulle corse di cavalli erano particolarmente popolari tra le donne, e le evidenze attuali suggeriscono che ora non sono più così popolari, questo solleva le domande: cosa è cambiato? e perché?

L'esame dei cambiamenti della legislazione e della regolamentazione delle scommesse fornisce alcune informazioni. L'introduzione del Betting and Gaming Act 1960 ha istituito nuove disposizioni per lo sviluppo del bookmaking legale commerciale. Le agenzie di scommesse furono introdotte nel maggio 1961 e nel 1962 si stima che esistessero oltre 13.000 agenzie a livello nazionale (Clapson, 1992). L'introduzione di queste ricevitorie pose fine al fenomeno dei bookmaker di strada e con esso (in gran parte) terminò la fornitura informale e, in definitiva, privata di servizi di scommesse, spostando questo business in qualcosa che era legale, formalizzato, regolamentato (a diversi livelli) ma, in definitiva, pubblico. Come ha notato Cassidy (2014), questi nuovi luoghi pubblici hanno assunto caratteristiche maschili distinte che sono evidenti fino a oggi. Il lavoro di Cassidy, e quello di altri, suggerisce una serie di meccanismi che hanno influenzato questa mascolinizzazione.

In primo luogo, le sale scommesse originate dalla legge del 1960 furono istituite per fornire un unico servizio: un servizio di scommesse, né più né meno. La legislazione che disciplina l'istituzione di questi luoghi è stata appositamente sviluppata in modo che gli interni fossero austeri, il che si sperava avrebbe impedito il bighellonare. Nel corso degli anni sono cambiate le disposizioni sugli interni degli uffici dei bookmaker, dall'introduzione di sedili, televisori, alla fornitura di bevande analcoliche. Ma inizialmente sono stati progettati per essere spazi poco attraenti in cui le persone non avrebbero voluto trascorrere il loro tempo. Durante i dibattiti della metà del XX secolo sul gioco d'azzardo, i commentatori hanno suggerito che le sale scommesse nelle strade principali rappresentassero un particolare rischio per le donne in quanto avrebbero potuto facilmente interrompere i loro acquisti per scommettere (Clapson, 1992). Ciò è stato considerato particolarmente indesiderabile. Sebbene non concepiti come un meccanismo di per sé preventivo del gioco d'azzardo femminile, i limiti po-



sti ai primi bookmaker riguardo i loro arredi interni quasi certamente sono serviti a scoraggiare in modo sproporzionato alcune di loro dall'usare questi nuovi spazi.

Un secondo meccanismo riguarda la reputazione e gli atteggiamenti. Sebbene sia chiaro dai dati precedenti che la maggior parte delle donne giocasse, c'era tra alcuni commentatori una particolare tensione verso il ripudio morale, riservata specialmente alle giocatrici. Queste erano considerate particolarmente pericolose, a causa dell'influenza che potevano avere sui loro figli, per il loro ruolo di caregiver e per il loro ruolo nella gestione del reddito familiare. Queste argomentazioni pervadono la letteratura della National Anti-Gambling League (particolarmente prolifica all'inizio del XX secolo) e quella di altri. Mentre alcune persone erano in sintonia con la situazione delle donne, la loro simpatia tendeva a essere inespressa nella dialettica del ripudio morale e del disprezzo per il gioco d'azzardo. Ad esempio, nel 1907 Lady Bell osservò che mentre il gioco d'azzardo tra casalinghe era "orribilmente indesiderabile", era "comprensibile date le circostanze della loro vita quotidiana" (citato in Clapson, 1992).

Le testimonianze contenute nel rapporto e negli archivi di Mass Observation del 1948 mostrano una complessa gamma di opinioni sul gioco tra le donne stesse. In primo luogo, l'atteggiamento delle donne nei confronti del gioco d'azzardo era molto più probabile che fosse negativo rispetto a quello degli uomini. Tuttavia, è stato anche notato che la maggior parte di coloro che si sono dichiarate contrarie al gioco d'azzardo avevano scommesso. Non era certo la prima volta che si verificava una disparità tra ciò che le persone dicevano e ciò che facevano. Un'eccezionale intervista con la moglie di un proprietario di piste per cani ha evidenziato ciò. La signora ha descritto come circa la metà delle persone che frequentavano il cinodromo, nelle tribune migliori (leggi "più costose") fossero donne e che le donne scommettevano "parecchio ma con piccole cifre". Nonostante questa osservazione, affermava che "beh, nel complesso direi che le donne disapprovano il gioco d'azzardo" (Mass Observation, 1947). Un uomo intervistato ha riassunto la situazione come segue: "Penso che a tutte le donne piaccia un po' svolazzare, anche se fingono che non sia così" (Mass Observation, 1947).

Ciò evidenzia un secondo tema riguardante il gioco d'azzardo femminile: nonostante la maggior parte delle donne partecipi in qualche modo, tra le stesse permane la sensazione di giudicare e essere giudicate da altre donne per il loro comportamento di gioco.

"Bene, è una così totale perdita di tempo e denaro, ci sono cose di gran lunga migliori da fare. Sapevo che la signora C sprecava i suoi soldi in scommesse su squadre di calcio e cavalli, ma non avevo idea che la cosa fosse così universale. Non le porta da nessuna parte."

(Mass Observation, 1947)

Alcune delle donne intervistate chiaramente non volevano essere giudicate in questo modo, una di loro diceva: "mia madre non avrebbe mai permesso il

gioco d'azzardo in casa" e questo aveva influenzato la sua opinione sul gioco da allora (Mass Observation, 1947). Tuttavia, era anche chiaro che c'erano gruppi di donne che prestavano meno attenzione a ciò che pensavano gli altri e i ricercatori hanno descritto come gruppi di donne socializzassero intorno alle scommesse e alle attività di gioco d'azzardo. Questo comprendeva sia scommettere sulle corse dei cani, che giocare a carte per soldi o giocare sulle partite di calcio. Alcune donne hanno anche guardato con disprezzo coloro che non giocavano d'azzardo, con un'intervistata che ha affermato (relativamente alle scommesse sul calcio), "Penso che la maggior parte delle persone lo faccia, sono solo le persone noiose che non lo fanno" (Mass Observation, 1947). Vi era la sensazione che fosse un comportamento moderno scommettere e giocare d'azzardo.

Ciò dimostra la diversità di opinioni tra le donne stesse rispetto al gambling e il complesso rapporto che questo aveva con il comportamento in generale. Detto questo, forse non sorprende che lo "spettro" del gioco femminile fosse qualcosa che ha dominato i dibattiti sul gioco d'azzardo nella società britannica. Ciò che colpisce è quanto poco sia cambiata la relativa retorica, che intorno al gioco d'azzardo femminile è ancora incentrata su tematiche comuni: fondamentalmente che non sia un'attività desiderabile per una donna, che più donne che giocano d'azzardo sono qualcosa di preoccupante e che le donne che giocano possono trascurare i loro altri doveri femminili di assistenza, cioè gestire la famiglia e accudire i bambini. Questa retorica replica quella che abbondava all'inizio e alla metà del XX secolo ma, come mostrato, vi era una discordanza tra la retorica stessa e la pratica. Nella prima metà del XX secolo, la maggior parte delle donne giocava e l'attività più popolare era scommettere sulle corse dei cavalli. Con il passaggio delle scommesse da un'attività più informale e privata al suo essere un'attività sempre più svolta in spazi pubblici, più visibili e formali, è probabile che le preoccupazioni delle donne per la loro reputazione si siano esacerbate. Il recente lavoro di Cassidy (2014) fornisce alcune informazioni illuminanti su questo tema. Questo studio include interviste approfondite alle donne rispetto i cambiamenti nel comportamento femminile verso le scommesse, generati dall'attuazione della legge del 1960. Una delle partecipanti alla ricerca di Cassidy ha riassunto sinteticamente le preoccupazioni sulla reputazione, descrivendo i suoi sentimenti quando ha visitato una delle nuove agenzie di scommesse:

"So che non vorrei che mia madre mi vedesse qui. In qualche modo sembrava diverso. Ovviamente ero abituata a richiedere qualcuno a domicilio per le mie scommesse."

(Cassidy, 2014: 178)

Questa citazione esprime la sensazione che questi spazi pubblici più visibili non fossero i luoghi in cui potevano essere viste donne rispettabili. Il "corridoio" o l'agente che visitava la casa privata per ritirare la scommessa era visto come qualcosa di molto diverso dal varcare la soglia di un luogo pubblico do-

ve le donne e la loro attività erano più visibili agli altri e quindi più suscettibili di giudizio. Questi meccanismi correlati, di maggiore visibilità e preoccupazione per la propria reputazione, hanno probabilmente influenzato alcune donne impedendo loro di effettuare scommesse dagli anni '60 in poi.

Infine, un ulteriore problema che potenzialmente ha agito da meccanismo per limitare il coinvolgimento delle donne nelle scommesse dopo il 1960, è stata la sicurezza. Corney e Davis (2011) nel loro recente lavoro qualitativo con le donne che giocano su Internet, hanno notato che quest'ultimo ha fornito alle donne uno spazio per giocare che fosse sia privato che sicuro. "Sicurezza" non era un concetto univoco: in alcuni casi era chiaro che significasse "anonimo", e in altri casi significava "sicurezza personale", in quanto l'attività poteva essere svolta nella sicurezza della propria casa. Il lavoro di Cassidy (2014) fa luce anche sulla questione della sicurezza personale. Le sue osservazioni sul tempo trascorso lavorando nei negozi di bookmaker londinesi hanno registrato episodi di risse, aggressioni e abusi verbali; il suo lavoro ha anche dimostrato le particolari dinamiche della comunità all'interno dei bookmaker dove, a volte, gli scommettitori regolari sono intervenuti quando si percepiva che le persone si comportavano in modo inaccettabile. Tuttavia, la continua mascolinizzazione delle sale scommesse presenta un'immagine di uno spazio che può influenzare il senso di sicurezza di alcune persone. Se le donne (e altri) apprezzano il senso di sicurezza, come implica il lavoro di Corney e Davis (2011), e questo alimenta il processo decisionale sull'opportunità o meno di scommettere all'interno dei bookmaker, forse non sorprende che le donne si siano ritirate da questi spazi nel periodo seguito alla legge del 1960.

Questo cambiamento è stato abbondantemente chiaro verso la metà degli anni '70, quando si stimava che meno del 2% delle donne scommettesse almeno una volta al mese su corse di cavalli o cani. La differenza tra questo studio e lo studio del 1951 è netta. Nel 1977, la differenza nel comportamento delle scommesse tra uomini e donne era sufficiente agli autori per affermare che:

“il profilo delle scommesse sulle corse è molto diverso da quello dei partecipanti al totocalcio o dei potenziali partecipanti alla lotteria: le scommesse sulle corse sono in gran parte limitate agli uomini.”

(Hoinville et al, 1977; 25)

Come Svensson et al. (2011) affermano, è probabile che i modelli di coinvolgimento maschile e femminile nel gioco d'azzardo e le tipologie di gioco preferite siano determinati socialmente. Qui, i resoconti dei cambiamenti sociali, politici e culturali nel modo in cui è stato fornito un tipo di gioco d'azzardo hanno generato una serie di meccanismi che sono serviti a impedire alle donne di partecipare a un'attività precedentemente popolare.

Quello che è successo nell'ambiente delle scommesse è in netto contrasto con quello che è successo nell'industria del bingo, dopo l'introduzione della Legge del 1960. Downs (2009; 2010) ha tracciato la storia del bingo e in particolare dello sviluppo del bingo commerciale. Una prima forma di bingo chiamata

"housey housey" era particolarmente popolare tra le truppe durante la seconda guerra mondiale e Downs afferma che il bingo sembra essere iniziato tra gli uomini in servizio militare dalla fine del XIX secolo. Il bingo ha forti radici nel passato come attività popolare tra gli uomini, ma, come ha notato Downs (2009), è stata la preoccupazione per l'impatto del bingo sulle donne che ha attratto la censura morale. Downs afferma che la retorica sulla commercializzazione del bingo si è concentrata in particolare sui problemi del coinvolgimento (indesiderabile) delle donne al gioco d'azzardo. Nel caso delle scommesse, le preoccupazioni sulla reputazione e gli atteggiamenti negativi nei confronti dell'impegno femminile (potenzialmente) sono serviti a frenare il comportamento di gioco nelle donne. Perché allora una simile protesta morale non ha provocato lo stesso effetto e impatto per il bingo?

Una spiegazione è data nell'esplorazione di Downs (2009) della storia commerciale di Mecca Bingo, la quale delinea la strategia aziendale della Mecca di trasformare le sale da ballo preesistenti in spazi di intrattenimento multifunzionali. Ciò ha introdotto il gioco d'azzardo in uno spazio preesistente che le donne avevano già frequentato e conosciuto. Anche altri luoghi, come i cinema, che erano familiari e socialmente accettabili per loro, ospitavano il bingo. Pertanto, gli spazi in cui si svolgevano queste attività non erano spazi maschili ma luoghi con cui le donne avevano già familiarità. Downs (2009) delinea anche la strategia promozionale di Mecca come luogo glamour facilmente raggiungibile, con donne ambiziose e di alto profilo, come Diana Dors, assunte per promuovere nuovi club. Ciò potrebbe essere servito a contrastare alcune delle censure morali contro il bingo e, per alcuni, ha evidenziato il valore ambizioso dell'attività. Inoltre, questi erano spazi per il tempo libero, creati come luoghi in cui le persone desideravano trascorrere del tempo (anche se, chiaramente, c'era una grande varietà di tipi di club di bingo). Mentre le agenzie di scommesse erano progettate per essere spazi in cui, una volta piazzata la propria scommessa si andava via, i club di bingo volevano creare uno spazio in cui la persona rimanesse e, naturalmente, a causa della natura del gioco, il club era un luogo in cui ci si doveva trattenere.

Pertanto, forse una differenza cruciale riguarda la natura pubblica e privata dell'attività di scommesse e bingo. Il bingo era un gioco che poteva essere giocato solo in presenza di altri. La legge del 1960 non ha trasferito il comportamento dagli spazi privati a quelli pubblici. Le donne che giocavano al bingo prima del 1960 avevano già rifiutato la censura morale ed erano coinvolte apertamente in questa attività. Il semplice fatto di entrare a far parte o giocare in un club ufficiale è stato probabilmente un cambiamento molto più piccolo di quello che si è verificato per le scommesse.

Le sale da bingo erano anche viste come spazi sicuri, in cui le donne potevano riunirsi e trascorrere il tempo senza attirare indebita attenzione. L'analisi di Dixey (1996) nei primi anni '80 ha evidenziato il bingo come un tema chiave: "È l'unico posto in cui puoi andare da sola senza un accompagnatore maschio," e

non si pone il "oh, cosa ci fa qui da sola?" (Dixey, 1996: 142) oppure "puoi ridere e sei al sicuro con le persone" (Dixey, 1996: 145).

Questa breve analisi evidenzia una serie di meccanismi e di contesti che hanno plasmato il comportamento di gioco femminile. Il modo in cui il gioco d'azzardo commerciale è emerso dal 1960 in poi è stato influenzato dai comportamenti e dai valori di coloro che hanno creato le regole e che risultavano evidenti nella Legge del 1960. Quanto sopra, combinato con le decisioni prese da coloro che erano in prima persona coinvolti nel gioco commerciale stesso, hanno dato origine al tipo di gioco commerciale fornito dal 1960 in poi. In una recente conversazione (personale) con uno dei più importanti leader del bingo, egli stesso riferiva che non necessariamente le donne preferiscono il gioco del bingo, rispetto agli uomini, ma che sia l'ambiente così creato che risulta più attraente per le donne. Lo stesso potrebbe valere, al contrario, per i bookmaker.

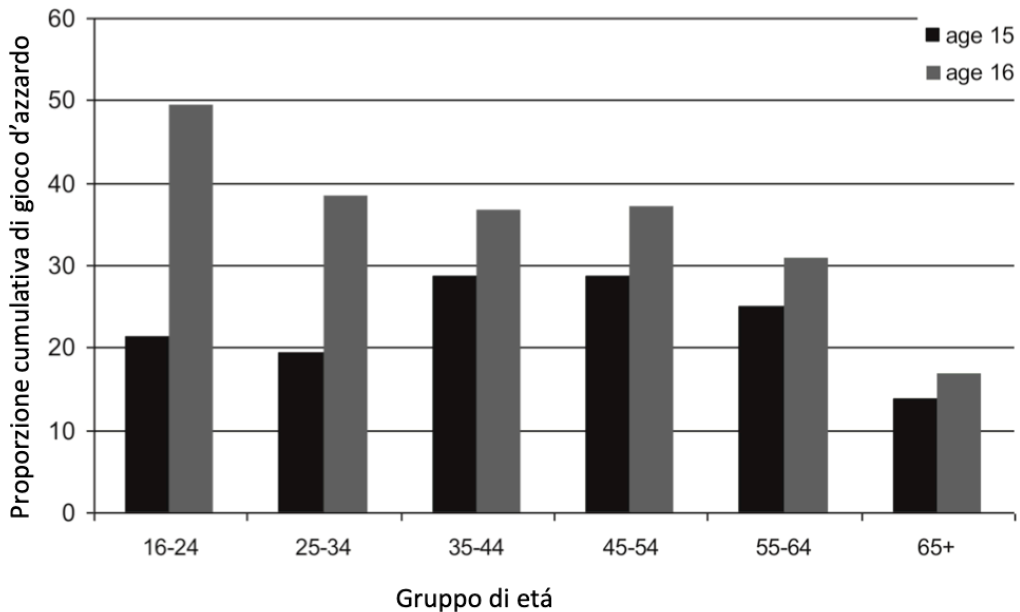
### **Cambiare la società, cambiare il comportamento?**

Questo capitolo sostiene che le preferenze e i comportamenti di gioco d'azzardo sono determinati socialmente e quindi suscettibili di cambiare seguendo il mutamento della società. Quali sono, quindi, le implicazioni per la comprensione del comportamento di gioco femminile nel 21° secolo? È probabile che alcuni dei temi tracciati in questo capitolo siano ancora estremamente attuali. Un modo per svelare i contesti sociali è andare oltre l'esplorazione delle tendenze nel tempo per tutte le donne ed esplorare come varia il comportamento di gioco nelle diverse coorti di età femminili. L'esame di diverse coorti di età è particolarmente utile in quanto i risultati possono essere correlati alle circostanze più ampie in cui vive quella coorte.

Utilizzando i dati BGPS 2010, Wardle (2015) ha usato tecniche di analisi della sopravvivenza per indagare le differenze nell'età della prima esperienza di gioco tra le diverse coorti di donne. Erano evidenti due modelli chiari. Il primo era che le coorti di età più giovane (quelle di età compresa tra 16 e 24 anni) avevano iniziato a giocare d'azzardo in età più giovane rispetto ad altre coorti di età. All'età di 16 anni, il 50% delle donne di età compresa tra 16 e 24 anni aveva già giocato d'azzardo rispetto al 39% delle donne di età compresa tra 25 e 34 anni e al 17% di quelle di età pari o superiore a 65 anni. Un secondo tema era che tra le coorti di età più giovane, l'età dei 16 anni ha segnato un chiaro punto di svolta nel comportamento di gioco. Erano le donne di età compresa tra 35 e 64 anni che, fino all'età di 15 anni, avevano percentuali più alte di pregressa esperienza di gioco d'azzardo, ma erano le donne di età compresa tra 16 e 24 anni che rappresentavano percentuali notevolmente maggiori di quelle che iniziavano a giocare dall'età di 16 anni (vedere Figura 13.3).

**FIGURA 13.3** Percentuale di donne che hanno giocato almeno una volta entro i 15 e 16 anni, per gruppo di età.

Fonte: British Gambling Prevalence Survey 2010 (Wardle et al., 2011)



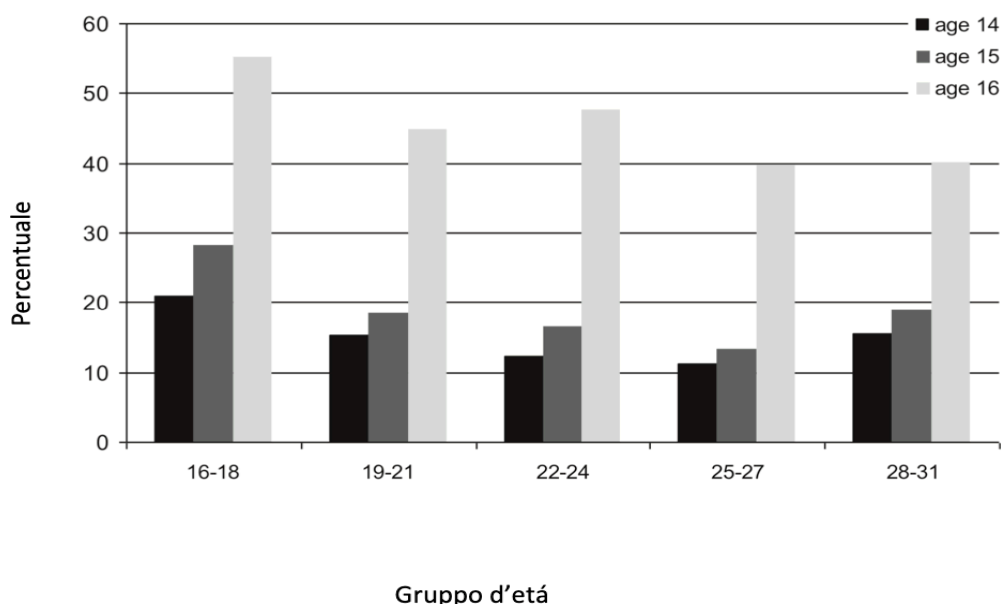
La differenza tra queste coorti è stata l'introduzione della Lotteria Nazionale e dei suoi prodotti correlati. Per le donne anziane, l'età di 16 anni non era un'età così cruciale in termini di accesso legale ai prodotti del gioco d'azzardo e probabilmente c'erano meno opportunità a loro disposizione. Per le persone di età compresa tra 16 e 24 anni nel 2010, compiere 16 anni è stata una pietra miliare in termini legali per il coinvolgimento nella Lotteria Nazionale, l'acquisto di gratta e vinci e la partecipazione alle scommesse sul calcio.

Tuttavia, se l'avvento della Lotteria Nazionale fosse l'unico responsabile di questi cambiamenti, ci si aspetterebbe di vedere questo modello tra tutte le coorti che hanno compiuto 16 anni dall'introduzione della Lotteria Nazionale nel 1994. Tutti gli intervistati al BGPS 2010 che avevano 31 anni o più giovani al momento dell'intervista avevano compiuto 16 anni dopo che la Lotteria Nazionale era stata introdotta nel 1994. Se la Lotteria Nazionale è stata la principale causa di differenze nell'età del primo gioco d'azzardo, ci si aspetterebbe di vedere modelli simili per tutte le donne di età pari o inferiore a 31 anni. Non è così. In effetti, sembra esserci un ulteriore effetto di coorte in atto. Mentre le donne di età compresa tra 25 e 31 anni avevano maggiori probabilità di giocare entro i 16 anni rispetto a tutte le coorti di età avanzata, una parte minore aveva giocato entro i 16 anni (40%) rispetto a quelle tra i 16 e 24 anni (50%). Pertanto, anche all'interno della coorte che è cresciuta con la Lotteria Nazionale come prodotto disponibile, la coorte di donne più giovani sta iniziando a giocare a un'età ancora più giovane. Anche se potrebbe essere che la Lotteria Nazionale sia più radicata come rito di passaggio tra le donne più giovani rispetto al pas-

sato, è probabile che ci siano altri effetti in atto, ad esempio la maggiore abbondanza di opportunità di gioco e pubblicità nella Gran Bretagna moderna. Questo modello di esordio precoce del gioco d'azzardo è stato ancora più marcato tra le persone di età pari o inferiore a 21 anni, con giovani donne di età compresa tra 16 e 21 anni che hanno iniziato a giocare a un'età ancora più giovane rispetto ad altre coorti di età (vedi Figura 13.4).

**FIGURA 13.4** Percentuale di donne di età compresa tra 16 e 31 anni che hanno giocato d'azzardo almeno una volta a ciascuna età, per coorte di età.

Fonte: British Gambling Prevalence Survey 2010 (Wardle et al., 2011)



Le donne nella fascia di età compresa tra 16 e 21 anni sono particolarmente interessanti, poiché sono passate dalla giovinezza alla giovane età adulta nel periodo successivo alla piena attuazione del Gambling Act 2005. Il Gambling Act 2005 ha cercato di riposizionare il gioco d'azzardo come una valida attività ludica e ricreativa. Comprende una nuova etica negli obiettivi di licenza onde consentire la richiesta per luoghi di gioco fisico e un'ampia pubblicità al gioco d'azzardo stesso. È quindi possibile che alcune persone di questa coorte di età più giovane, in particolare le giovanissime (cioè quelle di 16 anni) possano essere state influenzate da questo cambiamento di contesto all'inizio del loro gioco. Questa coorte ha anche sperimentato la giovane età adulta all'interno di un ambiente tecnologico ampiamente modificato (denominati "Digital Natives"; vedere Prensky, 2001; Helsper & Enyon, 2009). L'industria dell'azzardo si è dimostrata particolarmente abile nell'integrare e trarre vantaggio dai cambiamenti tecnologici. Pertanto, questi modelli potrebbero anche riflettere cambiamenti più ampi nel tempo libero, nello svago e nel consumo tra i "nativi digitali".

## Conclusioni

Quando si considerano i modi in cui il comportamento femminile del gioco d'azzardo è cambiato e se ci sono evidenze per una "femminilizzazione" del gioco, il contesto storico è di vitale importanza. Per considerare solo i dati dell'ultimo decennio (cioè la serie BGPS) mancano molte informazioni sui modi in cui i comportamenti di gioco delle donne sono variati in circostanze diverse. Comprendere il contesto significa comprendere i contesti storici e gli attuali contesti sociali che modellano i comportamenti. Attingendo alla visione storica del precedente comportamento di gioco, il crescente interesse per l'azzardo tra le donne britanniche potrebbe essere visto non come la "femminilizzazione" del gioco, ma come la "ri-femminilizzazione del gioco". Ciò conferma come le donne siano sempre state interessate e coinvolte nel gioco d'azzardo, ma che le loro preferenze e partecipazione siano aumentate e diminuite poiché l'adesione al gioco è stata modellata da un sistema strutturale che supportava la partecipazione a determinati giochi e limitava quella ad altri.

Come notato da Corney e Davis (2010), Internet è stato spesso citato come promozione del gioco d'azzardo femminile. Sebbene sia necessario più lavoro per esaminare questa relazione, ciò potrebbe essere visto come parte di uno schema ciclico in cui la privacy una volta offerta dal bookmaker di strada viene replicata in una modalità diversa. Certamente Corney e Davis (2010) vedevano l'anonimato e la privacy come temi chiave nel gioco d'azzardo femminile su Internet. Ciò potrebbe offrire un ulteriore supporto al concetto di "ri-femminilizzazione", riconoscendo che il gioco d'azzardo online offre un accesso più privato ad attività precedentemente popolari in un ambiente di mutevoli atteggiamenti nei confronti del gambling.

Capire se più donne giocano d'azzardo richiede maggiore attenzione alle tendenze e agli sviluppi sociali più ampi per comprendere e interpretare questi modelli. In questo contesto, un maggiore interesse per le forme strategiche del gioco d'azzardo e l'evidente aumento della profondità e dell'ampiezza del gioco tra le donne più anziane e quelle più giovani possono essere visti come parte di un processo ciclico di "ri-femminilizzazione". In questo contesto, è quasi sorprendente che il numero delle donne che stanno giocando d'azzardo oggi non sia anche superiore.

## Note

1) L'uso del termine "femminilizzazione" qui significa semplicemente più donne che fanno qualcosa. Non si riferisce a domini più ampi di identità e genere, di cui è stata presa pochissima considerazione nella ricerca sul gioco d'azzardo. Nonostante ciò, il termine "femminilizzazione" del gioco d'azzardo ha guadagnato popolarità tra gli studiosi di gambling. Il suo utilizzo in questo capitolo riflette questa concettualizzazione più ristretta, come attribuita dall'APC e adottata dai ricercatori del gioco d'azzardo.



2) Nel 1947, la Mass Observation intraprese un esame sia quantitativo che qualitativo del comportamento di gioco e nel 1951 l'Ufficio Centrale di Statistica intraprese un'indagine sulle scommesse. Nel 1977, un'ulteriore indagine sul comportamento del gioco d'azzardo fu intrapresa come parte di un rapporto dalla Commissione Reale che indagava sul potenziale impatto di una Lotteria Nazionale (Kemsley & Ginsburg, 1951; Hoinville, Collins & Smith, 1977; Mass Observation, 1948).

3) Questo è stato un sondaggio rappresentativo a livello nazionale degli adulti di età pari o superiore a 16 anni che vivono in Gran Bretagna.

4) Solo nell'ultimo decennio, il numero di corse di cavalli organizzate in Gran Bretagna è aumentato, passando da 1.270 nel 2003 a 1.464 nel 2013. C'è stata anche una crescita nel numero di piste disponibili per tutte le stagioni, introduzione di eventi serali invernali e quelli domenicali sono stati introdotti nel 1995, passando da 24 all'anno nel 1995 a 147 nel 2008.

5) Il rapporto Mass Observation includeva prove da casi di studio in varie aree della Gran Bretagna. Gli investigatori non solo hanno esaminato le persone che vivono in queste aree, ma hanno anche condotto osservazioni presso ippodromi e sale bingo (informali) e condotto interviste approfondite con la popolazione locale. Sebbene il rapporto stesso non parli specificamente dell'atteggiamento delle donne nei confronti del gioco d'azzardo, esso include citazioni selezionate di donne ed alcune delle trascrizioni dal vivo sono disponibili presso gli archivi di Mass Observation.

6) L'analisi di sopravvivenza è una tecnica che tiene conto del fatto che le coorti più giovani non hanno avuto tante opportunità di sperimentare un evento come le coorti di età avanzata. Un classico esempio è quello dell'età del primo rapporto sessuale. Una semplice tabulazione incrociata dell'età del primo rapporto sessuale per fascia di età mostra tipicamente che i giovani fanno sesso in giovane età. Ma questa analisi non tiene conto del fatto che molte delle persone di età compresa tra 16 e 24 anni non hanno ancora fatto sesso e potrebbero continuare a non farlo, mentre la maggior parte delle persone anziane lo ha fatto. Questo distorce i risultati (c.f. Robinson et al., 2011). Lo stesso principio è in vigore per l'età della prima esperienza di gioco e le tecniche di analisi della sopravvivenza vengono utilizzate per tenere conto della percentuale di persone che non hanno ancora sperimentato l'evento (chiamate "osservazioni censurate"). Nell'analisi viene calcolata una funzione di sopravvivenza, che è la proporzione cumulativa di persone che giocano d'azzardo entro una data età. Questo può essere presentato per diversi gruppi di età. Si può anche indicare l'età media della prima volta che si è giocato. Questa è l'età in cui la proporzione cumulativa del gioco d'azzardo è pari a 0,5.

## Bibliografia

- Australian Productivity Commission (1999) *Australia's Gambling Industries. Report No 10*. Canberra: AusInfo. Available at: <http://www.pc.gov.au/projects/inquiry/gambling/docs/report>. Accessed 25 April 2014.
- Cassidy, R. (2014). 'A place for men to come and do their thing': constructing masculinities in betting shops in London. *British Journal of Sociology*, 65(1): 170–191.
- Clapson, M. (1992) *A bit of a flutter. Popular gambling in English society c.1820–1961*, Manchester: Manchester University Press.
- Corney, R., Davis, J. (2010). The attractions and risks of Internet gambling for women: a qualitative study. *Journal of Gambling Issues*, 24: 121–139.
- Dixey, R. (1996) 'Bingo in Britain: an analysis of gender and class' in McMillan, J. (ed.). *Gambling cultures: studies in history and interpretation*. London: Routledge.
- Downs, C. (2009) *A social, economic and cultural history of bingo (1906–2005): the role of gambling in the lives of working women*. Saarbrücken: VDM Verlag.
- Downs, C. (2010) Mecca and the birth of commercial bingo 1958–70: a case study. *Business History*, 52(7): 1086–1106.
- Forrest, D. & Perez, L (2014) 'Football pools' in Vaughan Williams, L., Siegel, D. (eds.) *Oxford Handbook of the Economics of Gambling*. Oxford: Oxford University Press.
- Hansard (1978). *House of Lords Debate 13 December 1978 vol. 397 cc560–602*. Available at: <http://hansard.millbanksystems.com/lords/1978/dec/13/gambling-need-for-a-national-council>. Accessed 17 June 2014.
- Helsper, E.J. & Eynon, R. (2009) Digital natives: where is the evidence? *British Educational Research Journal*, 36(3): 503–520.
- Hoinville, G., Collins, M. and Smith, D. (1977) *National Lottery survey*. London: SCPR.
- Holdsworth, H., Hing, N. & Breen, H. (2012) Exploring women's problem gambling: a review of the literature. *International Gambling Studies*, 12(2): 199–213.
- Kemsley, W.F.F. & Ginsburg, D. (1951) *Consumer expenditure series: betting in Britain*. London: Central Statistics Office.
- LaPlante, D.A. & Shaffer, H.J. (2007). Understanding the influence of gambling opportunities: expanding exposure models to include adaptation. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4): 616–623.
- Mass Observation (1947) *Gambling and women*. Mass Observation Archive: 86/110/E. Mass Observation (1948) *Mass gambling*. Mass Observation: File report 2560.
- Prensky, M. (2001) Digital natives, digital immigrants. *On the Horizon*, 9(5): 1–6.
- Robinson, C., Nardone, A., Mercer, C. & Johnson, A.M. (2011) 'Sexual health' in Craig, R. & Mindell, J. (eds) *Health survey for England 2010*. Leeds: Information Centre for Health and Social Care.
- Svensson, J., Romild, J., Nordenmark, M. & Månsdotter, A. (2011) Gendered gambling domains and changes in Sweden. *International Gambling Studies*, 11(2): 193–211.
- Volberg, R.A. (2003) Has there been a 'feminization' of gambling and problem gambling in the U.S? *Gambling: The Electronic Journal of Gambling Issues*, 8: 1–33.
- Wardle, H. (2015) *Female gambling behaviour: a case study of realist description*. Glasgow: University of Glasgow.

**SUPERARE LE BARRIERE****Un'esplorazione relazionale sul trattamento delle donne con gioco d'azzardo problematico in un servizio del National Health Service nel Regno Unito**

*Angela Mooney e Anna Kaufman*

**Introduzione**

Questo capitolo fornirà una prospettiva del Regno Unito sul trattamento psicologico delle donne che hanno cercato aiuto per il problema di gioco d'azzardo presso la National Problem Gambling Clinic (NPGC). Questo centro multidisciplinare è l'unico ambulatorio del Servizio Sanitario Nazionale (NHS) che tratta esclusivamente il gioco d'azzardo problematico nel Regno Unito. Il capitolo si baserà sulle esperienze delle due autrici del lavoro clinico con le donne che giocano d'azzardo e include un caso di studio, dati dall'ambulatorio, un rationale e un quadro per l'utilizzo della psicoterapia psicodinamica. Descriverà anche i risultati di una delle ricerche di dottorato delle autrici che ha studiato l'esperienza del trattamento per le giocatrici problematiche. Ci auguriamo che condividendo alcune delle sfide che abbiamo riscontrato nel coinvolgere le donne nel servizio (sia nel contesto clinico che di ricerca), possiamo aiutare i professionisti ad abbattere alcune delle barriere al trattamento. Questo capitolo discute i risultati del trattamento della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) insieme a un rationale per l'uso della terapia psicodinamica per le giocatrici problematiche.

**Dalla pratica basata sull'evidenza all'evidenza basata sulla pratica: la storia finora...**

Il trattamento delle donne che giocano d'azzardo presso l'NPGC si è evoluto negli ultimi otto anni rispetto alla sua fondazione. L'ambulatorio offre interventi di gruppo e individuali per soggetti a partire dai 16 anni, con un focus sul trattamento a breve e medio termine. I pazienti possono acquisire una comprensione delle componenti teoriche del loro comportamento di gioco mentre apprendono anche abilità pratiche nei cambiamenti comportamentali richiesti per astenersi dal gioco, utilizzando il protocollo basato sul manuale CBT. Nell'ambulatorio le donne erano originariamente trattate in modo simile agli uomini, utilizzando questo approccio CBT psico-educativo. Tuttavia, ci sono state difficoltà nel coinvolgerle utilizzando questo modello.

In risposta a queste sfide, il percorso di trattamento presso l'NPGC ha utilizzato nuove strade, tra cui: la priorità delle donne in lista d'attesa; la sperimentazione della terapia di gruppo per sole donne, l'implementazione di modelli alternativi rivolti a questa popolazione. Considerati gli esiti per il trattamento della dipendenza che mostrano risultati migliori quando le donne frequentano

un gruppo di genere (Greenfield et al., 2007), un gruppo CBT di sole donne è stato sperimentato in due diverse occasioni. Tuttavia, persistevano difficoltà nel coinvolgere le donne nel trattamento, in parte a causa della lunga lista di attesa per la presa in carico. Si è anche scoperto che questo particolare modello per il trattamento di gruppo non forniva alle donne uno spazio adeguato per esplorare e discutere le loro difficoltà.

Su questa base è stato sperimentato, per le donne, un protocollo psicodinamico, già specificamente formulato da una delle autrici (AM) per il servizio. I risultati sembrano mostrare un cambiamento positivo, evidenziando che tutte le donne che si sono impegnate nel trattamento sono rimaste fino alla fine della terapia, si sono astenute dal gioco d'azzardo e, soprattutto, hanno affermato di aver acquisito una comprensione delle motivazioni inconsce sottostanti che le avevano portate a giocare.

Quando è emerso che un certo numero di donne si erano rivolte contemporaneamente al servizio, è stato sviluppato un protocollo di gruppo psicodinamico. L'obiettivo era valutare se questa volta ci sarebbe stata una differenza nei tassi di coinvolgimento o di abbandono. I tassi di partecipazione per il gruppo sono stati monitorati e l'astinenza dal gioco è stata misurata alla fine della terapia di gruppo e sei mesi dopo. Il protocollo ha utilizzato temi psicodinamici comuni, emersi durante la sperimentazione della terapia psicodinamica individuale per le donne, sia nella sua elaborazione teorica che nella formulazione. La terapia sperimentale ha evidenziato che tutte le donne che hanno iniziato il gruppo hanno completato il trattamento, con tutte loro tranne una hanno raggiunto l'astinenza entro la fine dello stesso. Tuttavia, per le donne in lista d'attesa si è comunque riscontrato un forte tasso di abbandono dal momento dell'invio all'inizio del trattamento. Sono necessarie ulteriori ricerche per capire quali fattori vi contribuiscano.

### **Limitazioni della terapia CBT per le donne**

Le donne raramente varcano le porte dell'NPGC, a meno che non accompagnino o sostengano un familiare maschio in cerca di cure. Nel 2012-2013, l'ambulatorio ha ricevuto 736 invii per i diversi cicli di trattamento, di cui solo 47 erano donne. Ciò equivale al 7-8% di tutti gli invii da parte dei curanti. Questa cifra è rimasta stabile dal 2009 ed è significativamente inferiore rispetto alla crescita stimata del 17% delle donne con gioco d'azzardo problematico all'interno della popolazione che gioca d'azzardo (Wardle et al., 2011). Queste cifre sembrano essere in contrasto con la tendenza osservata altrove nella cura della salute mentale, dove le donne hanno maggiori probabilità di cercare un trattamento rispetto agli uomini. Nel 2007 l'NHS ha pubblicato statistiche che riportavano che il 29% delle donne era in cura per disturbi di salute mentale rispetto al 17% degli uomini in cerca di trattamento, nonostante prevalenze di malattia simili (Halliwell, Main & Richardson, 2007). È stato anche riscontrato che le donne avevano meno probabilità rispetto agli uomini di partecipare a

una eventuale valutazione offerta (69,4% contro l'80,6%). Inoltre, le donne che hanno partecipato alla valutazione e sono state inviate per il trattamento avevano meno probabilità rispetto agli uomini di avere una dimissione "programmata" (40% rispetto al 63,8%). Sebbene il set di dati sia il più ampio nel Regno Unito, non è abbastanza grande da mostrare una significatività statistica; tuttavia, sembra che ci siano alcune tendenze, che suggeriscono e giustificano un esame più approfondito delle giocatrici problematiche in trattamento.

Le strutture comportamentali, sostenute dalla teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 1971), propongono che il gioco d'azzardo sia un comportamento appreso e che lo stimolo dell'evento in un ambiente di gioco, come luci lampeggianti, ruote che girano o musica ipnotica, funga da rinforzo. Si pensa che questo rinforzo contribuisca all'esperienza di eccitazione dell'individuo e all'esperienza biologica di una maggiore eccitazione autonoma. In questo modo, l'individuo cerca un'esperienza piacevole attraverso quanto appreso in termini di risposte e ricompense. Si ritiene inoltre che la cognizione svolga un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento del gioco d'azzardo problematico. I teorici cognitivisti sostengono che la persistenza del gioco d'azzardo sia favorita da un pensiero irrealistico o irrazionale (Sharpe & Tarrier, 1993). Si pensa che i giocatori che interpretano erroneamente le cause di vincite e perdite, sviluppino un sistema di convinzioni secondo cui avranno successo nel gioco d'azzardo, diventando più suscettibili al gioco problematico.

I dati empirici (Blaszczynski & Nower, 2002; Rigbye & Griffiths, 2011) indicano che il gioco d'azzardo problematico è trattabile. Tuttavia ci sono pochi studi che confrontano gli effetti degli interventi terapeutici e attualmente non ci sono linee guida NICE per uno standard di "best practice" (miglior terapia). Come modello basato sull'evidenza, la CBT è ampiamente riconosciuta come intervento efficace per il trattamento di individui con dipendenze da gioco (Dowling, Smith & Thomas, 2006) con l'ulteriore vantaggio di poter essere facilmente somministrata e rinforzata con prescrizioni da seguire a casa, e per questi motivi, è stato il primo modello ad essere applicato presso l'NPGC. Presso l'ambulatorio il programma di otto sessioni viene utilizzato per responsabilizzare le persone attraverso l'uso di strumenti psico-educativi e la modifica del comportamento, per incoraggiare l'astinenza dal gioco. Abilità utili come l'auto-esclusione e l'utilizzo di ricompense positive, quando vengono raggiunti gli obiettivi comportamentali, aiutano i pazienti a gestire i loro impulsi e pensieri di gioco. Il programma viene fornito in combinazione con sessioni di mindfulness e rinforzo motivazionale. Mentre i dati sui risultati preliminari dell'NPGC sono promettenti (il 68% dei pazienti che completano il programma non gioca d'azzardo alla fine del trattamento), a un esame più attento risulta evidente che le donne abbiano tassi di abbandono più elevati rispetto agli uomini e dimostrano uno scarso coinvolgimento in questo modello. Uno degli autori (AK) ha quindi cercato di comprendere l'esperienza di trattamento per le donne prese in carico presso l'NPGC.

I risultati della ricerca hanno mostrato che le relazioni sono fondamentali per le donne. Sono state condotte interviste aperte con otto donne che erano state trattate con CBT presso l'ambulatorio e analizzate tramite l'Analisi Fenomenologica Interpretativa (Interpretative Phenomenological Analysis-IPA). Sebbene non vi sia spazio per approfondire, in questo libro, i risultati di questa ricerca, sono emersi i temi di perdita, conflitto e relazioni. Le partecipanti avevano tutte familiarità con un senso opprimente di vuoto o solitudine, derivante da rapporti danneggiati della prima infanzia o perdite e lutti più recenti. Il gioco d'azzardo sembrava riempire questa falla, consentendo loro di riacquistare un temporaneo senso di controllo, ma la prospettiva della terapia minacciava di rimuovere questa stampella, lasciando uno spazio vuoto. Nelle loro narrazioni sono emersi molti conflitti relativi alla ricerca di aiuto. Alcune di questi erano lotte interne legate alle complesse esperienze personali nel relazionarsi con sé stesse e con gli altri. Tuttavia, molti impedimenti pratici sono stati anche identificati come barriere al trattamento - come la distanza e le liste di attesa - che impediscono alle donne di accedere prontamente al supporto durante il momento del bisogno.

Le donne presentano un senso di ambivalenza e scissione (Klein, 1946), comunicando il loro confuso desiderio di "sbarazzarsi" del proprio problema di gioco, e, allo stesso tempo, considerandolo una parte di loro, segnalando la paura verso il successo del trattamento stesso. Infine, le partecipanti hanno trasmesso il significato del non sentirsi capite all'interno e all'esterno del contesto terapeutico, nel momento in cui hanno descritto il loro sentirsi anormali, diverse e isolate ed evidenziando la necessità di un'esperienza di trattamento più personalizzata. Per alcune donne, sembra che non venga prestata sufficiente attenzione alla relazione terapeutica. C'era una certa preoccupazione espressa da tutte le partecipanti riguardo al fatto di essere costrette in una "scatola", in quanto gli aspetti del trattamento non sembravano loro pertinenti. Queste critiche comuni alla CBT come un approccio prescrittivo, teoricamente pesante e tecnico, per il trattamento di disturbi con criteri diagnostici specifici, sono emerse chiaramente dai dati. Nel complesso la ricerca ha evidenziato il ruolo centrale che la relazione terapeutica deve svolgere nel creare un'esperienza relazionale riparativa in cui la fiducia è un elemento chiave.

Alcune partecipanti hanno valutato positivamente gli elementi del modello. Questi includevano la terapia del "fare" in una relazione di aiuto funzionante. L'aspetto educativo della terapia è stato percepito positivamente dalla maggior parte delle partecipanti, tuttavia alcune donne descrivono di essere state "istruite" e "guidate" dal terapeuta, vedendosi come "alunne" o "studentesse", suggerendo che non fosse un'esperienza completamente collaborativa. I risultati generali hanno suggerito che la CBT potrebbe non essere il modello ottimale per facilitare l'elaborazione emotiva per quelle partecipanti che hanno mostrato alti livelli di evitamento delle proprie difficoltà. Si sostiene quindi che un intervento breve di CBT, regolato da un protocollo, non sia sufficiente o abba-

stanza personalizzato per soddisfare le esigenze individuali di alcune donne che iniziano il trattamento.

### **Sta emergendo un quadro diverso delle donne ed "è complicato"**

Coerentemente con altri risultati, è stato riscontrato che le donne che si presentano per il trattamento presso l'NPGC hanno molte peculiarità differenti da quelle dei giocatori d'azzardo problematici. Rispetto ai pazienti maschi, le donne hanno maggiori probabilità di essere di etnia asiatica (33% vs 16%), più probabilità di essere divorziate, separate o vedove (15% rispetto al 7%) e maggiori probabilità di essere disoccupate (41% vs 31%). L'età di inizio del gioco d'azzardo problematico è di 32 anni per le femmine rispetto a 22 per i maschi; tuttavia, uomini e donne hanno un'età più simile al momento del trattamento, il che sostiene l'idea dell'effetto telescopico.

I dati dell'ambulatorio hanno anche mostrato che le donne avevano una preferenza per diversi tipi di gioco d'azzardo: le donne che si erano presentate per il trattamento avevano più probabilità degli uomini di giocare online utilizzando un computer o di aver giocato a bingo (14% vs 5%) negli ultimi 30 giorni; gli uomini avevano molte più probabilità di aver piazzato scommesse sportive presso i bookmaker (55% contro 28%), o altrove (16% contro 3%) e avevano maggiori probabilità di giocare sui terminali di scommesse a quota fissa (FOBT) (59% contro il 16%).

Il quadro delle donne con problemi di gioco è ulteriormente complicato, dal momento che un'alta percentuale di giocatrici problematiche che chiedono aiuto all'ambulatorio riferisce depressione, ansia e altri problemi di salute mentale. Questo è in aggiunta a segnalazioni di abusi sessuali infantili, violenza domestica e problemi di attaccamento infantile come la perdita di una persona cara. L'analisi dei profili delle donne che si sono presentate per il trattamento presso NPGC tra marzo 2012 e aprile 2013 ha rivelato che, delle donne giunte per un aggravamento del loro gioco problematico, il 66% era "estremamente infastidito" dal gioco stesso rispetto al 39% dei maschi. Le donne avevano molte più probabilità di ottenere un punteggio grave su un indice di depressione PHQ-9 (50% rispetto al 20%) e un punteggio per l'ansia in un intervallo di gravità alla GAD-7 nel 44% rispetto al 25% dei casi maschili. Avevano anche un Indice di Gravità del Gioco d'Azzardo Patologico (PGSI) più alto: 22 rispetto a 19.

Diventa evidente che occorre fare attenzione quando si cerca di classificare le donne con problemi in questa area. Non si dovrebbe presumere che il loro comportamento di gioco o le loro presentazioni cliniche siano "uguali" a quelli dei pazienti maschi, o viceversa. Una combinazione dei risultati della ricerca di cui sopra e l'esperienza di entrambe le autrici nel lavorare clinicamente con donne con problemi di questo tipo, hanno evidenziato l'importanza di un'esperienza di trattamento individualizzata e su misura che riconosca ogni donna come unica, piuttosto che incasellarla in un gruppo con altre giocatrici proble-

matiche. Si raccomanda un'esplorazione approfondita e sensibile dei fattori socioculturali, inserendo le narrazioni delle donne nel contesto e tenendo conto della visione del mondo della paziente. Si suggerisce che ciò possa essere ottenuto attraverso una forte alleanza terapeutica e un approccio relazionale al trattamento.

### **Guardando alla donna moderna**

La ricerca sulla psicologia della salute condotta da Denton e Walters (1999) ha evidenziato che la donna moderna fa quella che viene chiamata "giornata doppia". Nell'arena della salute questi risultati suggeriscono che le donne rimangono vittime della disuguaglianza sociale e che questo ha un impatto sui loro meccanismi di adattamento. Ad esempio, oggi le donne lavorano più che in passato; eppure, continuano a svolgere un ruolo importante nella cura della famiglia. Molte gestiscono anche le finanze familiari e altre responsabilità domestiche. Lo sviluppo del femminismo - in particolare negli ultimi 30 anni - ha portato a maggiori opportunità lavorative per le donne; tuttavia, dall'esperienza di lavoro delle autrici con le donne, risulta che esse continuano a portare e *racchiudere in sé* gran parte del pensiero emotivo, come era loro richiesto nel passato, ma con molto meno tempo per farlo. Questo fattore della pentola a pressione con tempo limitato nell'affrontare lo stress è considerato importante per capire che potrebbero esserci cambiamenti sofisticati nella moderna psiche femminile, una psiche che deve negoziare nuove costruzioni del sé. La ricerca condotta utilizzando pazienti NPGC (AK) propone che le donne combattano con il modo in cui negoziano la loro identità e la loro comprensione del Sé. Le partecipanti hanno anche discusso di altre battaglie esistenziali legate alla solitudine e al senso di non appartenenza. Le autrici sostengono che questi concetti sono intrecciati tra loro e importanti per comprendere le sottostanti motivazioni inconse delle donne giocatrici.

Bisogna anche considerare la costruzione sociale di ciò che significa essere donna. Il termine donna e femmina sembrano essere vagamente interscambiabili nella letteratura sul gioco d'azzardo con un limitato razionale rispetto alla sua identità e differenza. Le autrici di questo capitolo affermano che la terminologia è pertinente e talvolta critica. Per il termine *donna* vengono riconosciute delle differenze di sesso biologiche, diverse dalla costruzione sociale del genere femminile. Il lavoro sulla neurobiologia interpersonale discusso da Arlene Montgomery (2013) evidenzia le differenze sessuali nel modo in cui uomini e donne elaborano le emozioni, affermando che in media le donne possiedono un'amigdala più grande degli uomini. Pertanto l'area del cervello che elabora il significato delle esperienze emotive e della memoria è generalmente più sviluppata nelle donne. Questo deve essere considerato vitale sia nella terapia personalizzata che in quella basata su modelli generali. Le donne hanno quindi dimostrato di essere molto più emotivamente centrate sulla comprensione e nell'elaborazione delle proprie difficoltà.



Secondo la nostra esperienza, per queste donne ammettere di avere un problema con il gioco d'azzardo e chiedere aiuto ad altri, compreso il loro terapeuta, è un compito terrificante, poiché implica l'ammissione del fallimento del loro impegnativo doppio ruolo di persona accudente e di donna indipendente. Se il ruolo dell'*identità* deve essere correlato a questo concetto, suggeriamo che la richiesta di trattamento neghi di per sé l'immagine archetipica (Jung, 1982) di ciò che significa per loro l'essere donna. Questo non è solo fonte di vergogna, ma implica anche il dover affrontare i sentimenti e le emozioni dolorose che ne derivano. Le donne devono affrontare lo stesso problema che hanno evitato o da cui sono fuggite attraverso il gioco d'azzardo, ma senza la consueta risorsa per affrontarlo. Ulteriore elemento di confusione, molte di queste donne indossano una "maschera" protettiva, fingendo che tutto vada bene, riluttanti o timorose nel fare affidamento sull'aiuto di altri. Abbiamo visto che molte di loro hanno uno stile di attaccamento ansioso, riportano abbandoni precoci, abusi o separazioni e perdite, quali i lutti. Il loro comportamento di gioco fornisce un sollievo dalla realtà e un mezzo per affrontare e mascherare il proprio dolore. Questo sembra consentire loro di "combattere" in un ambiente altrimenti intollerabile, fornendo una via di fuga e persino offrendo un nuovo senso di identità. La segretezza e l'inganno diventano una parte necessaria della loro esistenza, ma anche l'apertura e la fiducia negli altri è una parte necessaria dell'incontro terapeutico. Senza un modello sano per relazionarsi con gli altri, questo diventa un compito arduo e contraddittorio. Noi sosteniamo che il dolore e la perdita dovrebbero essere affrontati in terapia, collegandoli ai propri comportamenti inconsci ripetitivo-compulsivi. Secondo la nostra esperienza, le donne possono provare non solo la paura del fallimento, ma anche la paura del successo del trattamento, poiché questo può rappresentare la rinuncia al loro unico attaccamento stabile: il gioco d'azzardo. Queste comprensioni si prestano a un modello di trattamento che si concentra sull'importanza della relazione terapeutica, scoprendo le pulsioni e i comportamenti inconsci, portandoli dolcemente alla consapevolezza cosciente. Fornire una base sicura (Bowlby, 1977) in cui esplorare le difficoltà può offrire alle donne un conforto estremamente necessario per progredire verso sicurezza e resilienza.

### **Guardando al futuro: trattamento psicodinamico relazionale**

La terapia psicodinamica relazionale include una comprensione più contemporanea della condizione umana rispetto a quella del pensiero psicoanalitico tradizionale del passato. Ciò non significa negare le sue prime basi analitiche come elemento critico nel pensare a un paziente. I temi comuni che emergono con i giocatori problematici ruotano attorno a molti di questi temi analitici. Problemi di deprivazione emotiva (Winnicott, 1965), abbandono nella prima infanzia (Klein, 1923), genitorialità emotivamente incoerente (Freud, 1914; Kohut, 1978) e lutto e perdita (Bowlby, 1960; 1973) sono alcuni dei temi comuni che emergono dal racconto dei pazienti rispetto al loro problema con il gioco d'azzardo.

La formulazione del nuovo percorso di trattamento psicodinamico presso l'N-PGC è stata fortemente influenzata da un approccio pluralistico. Questo si basava sui principi della Counseling Psychology, in cui la costruzione sociale dell'individuo e l'intersoggettività della diade cliente-terapeuta costituiscono l'essenza del suo Codice Etico (British Psychological Society, 2009). Sia la letteratura psicoanalitica tradizionale sui giocatori problematici (Simmel, 1920; Freud, 1945; Lindner, 1950; Bergler, 1957; Rosenthal, 1997) sia il pensiero psicoanalitico contemporaneo (Stolorow & Atwood, 1997; Stern, Sander, Nahum, Harrison, Lyons-Ruth, Morgan, Bruschiweilerstern & Tronick, 1998; Boston Change Process Study Group, 2003; Gallese, Eagle e Migoni 2007;) sono stati utilizzati come basi pluralistiche da avere in mente per sviluppare un protocollo unico per il servizio. Quest'ultimo si è concentrato sulla componente relazionale della terapia come elemento critico. Il lavoro clinico dell'autrice (AM) ha evidenziato che questi pazienti avevano un forte attaccamento al gioco d'azzardo come entità antropomorfa. Questo doveva essere strappato loro e sostituito da una relazione con il terapeuta.

Ciò non poteva essere realizzato utilizzando un approccio di stile di ascolto a lungo termine, poiché queste donne avevano un disperato bisogno di cercare di capire perché non potevano "lasciar andare" il gioco d'azzardo. Sono state utilizzate interpretazioni relazionali attentamente considerate, ma stimolanti, per aiutare le pazienti a comprendere meglio il loro desiderio di giocare. La tecnica ha anche attinto dalla letteratura sul trattamento psicoanalitico a breve termine (Malan, 1979; Holmes, 1994; Safran, 2002), accanto agli scritti contemporanei sul lavoro intersoggettivo (Lyons-Ruth, 1999; Frosh, 2002; Benjamin, 2004), sempre tenendo presente il contesto socioculturale del paziente (Butler, 1990; Altman, 2000).

La terapia psicodinamica contemporanea si basa fortemente sull'uso di interpretazioni di transfert e controtransfert (Klein, 1952; Beebe & Lachmann, 2003). Tuttavia, si può sostenere che non tutti i pazienti hanno la forza dell'Io per reggere interpretazioni difficili. Per alcune pazienti, specialmente quelle che possono avere forti meccanismi di difesa, questo può rivelarsi troppo, se restituito in modo maldestro dal terapeuta. Tuttavia, se il terapeuta è sensibile e in sintonia con il paziente, le interpretazioni fatte al momento giusto forniranno intuizioni ben accette. Le difficoltà iniziali della vita della paziente possono essere considerate, per la prima volta nella loro vita, da una prospettiva diversa, facendo crollare l'eccitazione che il gioco d'azzardo suscita.

Un'altra comune definizione fuorviante della terapia psicodinamica è che non è adatta ai pazienti con traumi. Non è questo il caso. È più probabile che la responsabilità fosse dei limiti del terapeuta stesso. Una mancanza di comprensione dei processi interni del terapeuta o una supervisione insufficiente potrebbero essere state le ragioni più probabili. Affinché la tecnica funzioni, ogni paziente deve essere considerato individualmente, applicando la formulazione e la tecnica, modulate sulla sintonizzazione del terapeuta con il paziente nell'interazione momento per momento con lui. Ciò evidenzia l'importanza di

coltivare l'autoconsapevolezza del professionista, in particolare quando si lavora con pazienti complessi ed emotivamente vulnerabili che possono avere difficoltà interpersonali. Sebbene sia importante aiutare i nostri pazienti a passare da una posizione preriflessiva a una riflessiva per abbracciare nuove possibilità, le autrici sostengono che questo è un processo altrettanto importante e continuo per noi, in cui impegnarci come terapeuti

### **Prestare attenzione alla metodologia: formulare i criteri per il trattamento psicodinamico a medio termine**

Un fattore importante quando si lavora in modo relazionale con le giocatrici problematiche è la tensione che doveva essere mantenuta tra formulazione e tecnica. Ad esempio, una donna ad alto funzionamento cognitivo con sintomi di Disturbo Borderline di Personalità potrebbe non rispondere bene alle interpretazioni in stile kleiniano (1952), non importa quanto la formulazione teorica delle sue difficoltà si riferisca a questo modo di lavorare. La tecnica aveva bisogno di riconoscere ed entrare in empatia con le sue ferite emotive, fornendo una base sicura, pur essendo in grado di contenere e affrontare le sue sfide e i suoi agiti nel contesto terapeutico. Al contrario, una paziente con una storia di abuso infantile potrebbe non trovare nuove intuizioni solo dall'empatia e dall'ascolto, senza riflettere le pulsioni inconsce che spingono il suo desiderio a ripetere modelli di comportamento distruttivi. Ciò ha portato all'elaborazione di un protocollo che ha soddisfatto una serie di diverse esigenze dei pazienti.

#### **Un caso esempio**

Qui presentiamo il caso di una paziente che abbiamo anonimizzato come Sandra. Sandra ha ricevuto otto sedute di terapia CBT e successivamente le è stato offerto un intervento psicoterapeutico a medio termine presso l'NPGC a causa della sua difficoltà ad astenersi dal gioco d'azzardo durante la terapia. Il caso di studio fornisce un esempio di una donna che soddisfa i criteri per il trattamento a medio termine.

Sandra è una donna europea, bianca, ad alto funzionamento, di 38 anni, con due bambini piccoli. Ha lavorato part-time in una scuola e ha vissuto con il suo compagno in un piccolo appartamento. Si lamentava spesso di sentire di non avere spazio ed era infelice di non poter dare ai bambini la stanza di cui avevano bisogno per giocare. Giocava d'azzardo in modo problematico da quando aveva 33 anni, principalmente online e, tra una volta e l'altra, giocava sul suo laptop a Candy Crush<sup>1</sup>. Sandra ha anche ricordato i primi momenti, di quando da giovane, si giocava con le macchine frutta. Inoltre, aveva avuto problemi con lo shopping compulsivo e il mangiare consolatorio.

Sandra ha ricevuto, da manuale, una terapia di otto sessioni di CBT; tuttavia, questo trattamento non era sufficiente a contenere il suo bisogno di discutere i fattori di stress emotivi che la vita comportava. Si sentiva frustrata dai compiti

che le era stato chiesto di completare e dalla terapia i cui tempi erano dettati dall'agenda. Arrivava alle sessioni con il desiderio di "scaricare" e desiderava spazio per esplorare i suoi sentimenti. Sembrava sentirsi fuori controllo quando sentiva di non avere la libertà di discutere ciò che voleva durante le sessioni. Inoltre si è sentita incapace di completare i compiti assegnati e ha giocato d'azzardo durante questo primo ciclo di trattamento. Dopo aver completato la terapia cognitivo comportamentale (CBT) stava ancora giocando d'azzardo, incapace di immaginare una vita senza gioco. A causa della sua difficoltà a impegnarsi con le sue sessioni di CBT, Sandra è stata indirizzata ad una terapia psicodinamica. Ha soddisfatto i criteri principali per il trattamento a breve e medio termine e ha avuto una motivazione per comprendere i fattori scatenanti alla base del suo problema con il gioco d'azzardo.

La prima infanzia di Sandra è stata influenzata dagli abusi sessuali da parte di uno zio, quando è andata in vacanza con la famiglia dall'età di 6 anni. Aveva una memoria limitata dell'abuso - un modo comune di sopravvivere alla confusione che deriva dagli abusi sessuali infantili e, nel caso di Sandra, aggravata dall'uso di sostanze illegali da giovane. Sandra è stata comunque in grado di discutere la vergogna e la confusione risultanti dagli abusi. Sandra è stata anche in grado di considerare la sua promiscuità della sua gioventù e come l'abuso possa aver contribuito a ciò come risultato dell'essere stata costretta ad essere sessualmente consapevole fin dalla giovane età. Sandra aveva anche subito due aborti quando aveva vent'anni. I sentimenti di perdita e vergogna che ciò ha innescato sono stati discussi in diverse occasioni durante la sua terapia. Sandra ha riferito di avere una madre controllante e un padre "delinquente" che ha descritto come qualcuno che "non è mai veramente cresciuto". Parlava con affetto di suo padre, prestandogli soldi quando il problema con il gioco d'azzardo del padre si traduceva in grandi perdite. Il suo rapporto con la madre sembrava essere invischiate e di conseguenza difficile. Sandra era facilmente frustrata nei suoi confronti, ma le parlava telefonicamente ogni giorno o la vedeva.

Nel corso del tempo, Sandra è stata in grado di parlare delle sue difficoltà quotidiane, dei suoi primi traumi di vita, della frustrazione con i genitori e delle difficili relazioni con gli uomini, incluso il partner attuale. Nel corso della terapia questi fattori sono stati discussi e sono state trovate connessioni tra i propri comportamenti compulsivi passati e presenti. La relazione tra Sandra e la sua terapeuta (AM) è stata una parte fondamentale del trattamento. La terapia ha assunto nel tempo forme diverse, seduta per seduta. La terapeuta e la paziente attendevano con impazienza le loro sessioni. Avevano sviluppato una relazione. Questa relazione era stimolante, premurosa, frustrante e, cosa più importante, emotivamente comunicativa. Le conversazioni erano diverse, ma i principi fondamentali della tecnica psicodinamica sono rimasti. Questa paziente aveva bisogno di una figura di attaccamento coerente con cui potesse sperimentare le abilità di relazione e separazione, mentre le venivano offerte riflessioni che collegavano i suoi comportamenti distruttivi ripetitivi alle emozioni

simili che il gioco d'azzardo aveva innescato in lei. Sandra ha ricevuto 16 sessioni di trattamento. L'enfasi sulla conclusione della terapia è stata posta nell'ultimo terzo trattamento, analizzando i sentimenti che ne sono derivati. A distanza di un anno dalla fine del trattamento Sandra è tuttora astinente da comportamenti di dipendenza e compulsivi.

## **Conclusioni**

Il nostro lavoro clinico e la nostra ricerca hanno rivelato che le donne che giocano in modo problematico possono avere un atteggiamento confuso o ambivalente nel cercare aiuto, colorato dalla vergogna, dai problemi di attaccamento e dalla costruzione di una teoria del genere femminile. L'era post-femminista continua a mantenere una cultura in cui le donne hanno bisogno di mascherare le loro vulnerabilità per minimizzare i sentimenti di fallimento. I nostri risultati evidenziano che le questioni relative all'identità e al sé sembrano un tema dominante nel motivo per cui le donne giocano. La fantasia di essere qualcun altro, qualcuno indipendente, ricco, di successo, con un tocco di re Mida, mantiene inarrestabile il ciclo del gioco d'azzardo per queste donne, che si trovano incapaci a rinunciarvi. Questi risultati hanno una serie di implicazioni per il trattamento delle giocatrici problematiche che affronteremo con diverse raccomandazioni.

In primo luogo, il trattamento per questa popolazione dovrebbe essere reso accessibile e dedicato. Le opzioni di trattamento del gioco d'azzardo problematico dovrebbero essere prontamente disponibili per ridurre lo stigma e minimizzare i sentimenti di vergogna. I professionisti, inclusi i medici di base, dovrebbero essere informati ed istruiti sul problema del gioco e del trattamento. Le donne devono essere valutate e trattate rapidamente in un luogo comodo. L'uso di helpline, terapia a distanza e consulenza online o in rete può essere utile per alcune donne per superare problemi di accessibilità pratica come tempo, distanza e costi. In secondo luogo, abbiamo scoperto che un breve intervento CBT da manuale ha una serie di limitazioni e non soddisfa i bisogni individuali delle donne. Sugeriamo che le donne possano beneficiare di un trattamento relazionale focalizzato sull'emotività che consentirà loro di comprendere i sentimenti di impotenza e vulnerabilità nascosti. Soprattutto, consentirà loro di triangolare la narrativa dei primi anni di vita e le attuali difficoltà emotive con il bisogno compulsivo di giocare. Infine, abbiamo trovato che una forte alleanza terapeutica è essenziale per lavorare con questa popolazione, in particolare per coloro che presentano comorbidità o storie più complesse tra cui traumi, abbandono e lutto. La relazione terapeutica può essere uno strumento di guarigione per le persone che hanno subito danni primari nel loro sistema di attaccamento, fornendo così un'esperienza emotiva correttiva (Alexander e French, 1946).

È questo approccio relazionale e psicodinamico che ha dimostrato di abbattere le barriere della vergogna, della sofferenza e del genere, verso una rinnovata identità femminile.

## Nota

1 Candy Crush - un videogioco puzzle sviluppato da King per Facebook (2011).

## Bibliografia

- Alexander, F. & French, T. (1946). The principle of corrective emotional experience. *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*, 66-70.
- Altman, N. (2000). Black and white thinking: A psychoanalyst reconsiders race. *Psychoanalytic Dialogues*, 10(4), 589–605.
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. Morristown, New Jersey: General Learning Press.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (2003). The relational turn in psychoanalysis: A dyadic systems view from infant research. *Contemporary Psychoanalysis*, 39(3), 379–409.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalysis Quarterly*, 73: 5–46.
- Bergler, E. (1957). *The Psychology of Gambling*. New York: International Universities Press.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling, *Addiction*, 97, 487–499.
- Boston Change Process Study Group (2003). The ‘Something More’ than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 693–729
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic Study of The Child*, 15(1), 9–52. Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Vol. 2: Separation*. Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture. *The British Journal of Psychiatry*, 130(5), 421–431.
- British Psychological Society ([BPS], 2009). *Code of Ethics and Conduct*. BPS: Leicester.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.
- Denton, M. & Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1221–1235.
- Dowling, N., Smith, D. & Thomas, T. (2006). Treatment of female pathological gambling: Efficacy of a cognitive-behavioural approach. *Journal of Gambling Studies*, 22, 355–372.
- Freud, S. (1914). On narcissism: An introduction. Cited in Strachey, J. (2001). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume 14 (1914–1916): On the History of the Psycho-analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*. London: Vintage.
- Freud, S. (1945). Dostoevsky and parricide. *The International Journal of Psychoanalysis*, 26, 1. Frosh, S. (2002). The Other. *American Imago*, 59(4), 389–407.
- Gallese, V., Eagle, M.N. & Migoni, P. (2007). Intentional attunement, mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 131–176.
- Greenfield S.F., Brooks A.J., Gordon S.M., Green C.A., Kropp F., McHugh M.K., Lincoln M., Hien D. & Miele G.M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 1–21.
- Halliwell, E., Main, L., & Richardson, C. (2007). The fundamental facts, latest facts and figures on mental health, Mental Health Foundation, retrieved from [http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/fundamental\\_facts\\_2007.pdf](http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/fundamental_facts_2007.pdf)

view=Standard

Holmes, J. (1994). Brief dynamic psychotherapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 1(1), 9–15.

Jung, C.G. (1982). *Aspects of the Feminine* (Vol. 6). London: Routledge.

Klein, M. (1923). The development of a child. *International Journal of Psychoanalysis*, 4, 419–

474. Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99–110. Klein, M. (1952). The origins of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 33.

Kohut, H. & Wolf, E.S. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 413–425.

Lindner, R.M. (1950). The psychodynamics of gambling. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 269, 93–107.

Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organisation. *Psychoanalytic Enquiry*, 19, 576–617.

Malan, D.H. (1979). *Individual Psychotherapy And The Science Of Psychodynamics*. London: Butterworths.

Montgomery, A. (2013). *Neurobiology Essentials for Clinicians: What Every Therapist Needs to Know* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: WW Norton & Company.

Rigbye, J. & Griffiths, M. (2011). Problem gambling treatment within the British National Health System. *International Journal of Mental Health Addiction*, 9, 276–281.

Rosenthal, R.J. (1997). *The Gambler* as case history and literary twin: Dostoevsky's false beauty and the poetics of perversity. *Psychoanalytic Review*, 84(4), 593.

Safran, J.D. (2002). Brief relational psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(2), 171–195.

Sharpe, L. & Tarrier, N. (1993). Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, 162, 407–412.

Simmel, E. (1920). Psycho-analysis of the gambler. *The International Journal of Psycho-analysis*, 1, 352.

Stern, D.N., Sander, L.W., Nahum, J.P., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Bruschweilerstern, N. & Tronick, E.Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'Something More' than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903–921.

Stolorow, R.D. & Atwood, J.E. (1997). Deconstructing the myth of the neutral analyst: An alternative from intersubjective systems theory. *Psychoanalytic Quarterly*, 66, 431–449.

Wardle, H., Moody, A., Spence, S., Orford, J., Volberg, R., Jotangia, D., Griffiths, M., Hussey, D. & Dobbie, F. (2011). British Gambling Prevalence Survey. National Centre for Social Research: Retrieved on January 26 2015 from <http://www.gamblingcommission.gov.uk/PDF/British%20Gambling%20Prevalence%20Survey%202010.pdf>

Winnicott, D.W. (1965). The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the Theory of Emotional Development. *The International Psycho-Analytical Library*, 64, 1–276. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.





## 'FARE I SOLDI SENZA FATICA'

L'auto narrazione e il significato nelle pratiche  
di gioco d'azzardo "da casa" delle donne*Emma Casey***Introduzione**

Questo capitolo esplora la relazione tra il gioco d'azzardo e la vita e le esperienze quotidiane delle donne. Il contributo parte dalla premessa che, nonostante il crescente corpus di letteratura e ricerca sulle scienze sociali abbia sempre più esaminato le esperienze particolari e specifiche delle donne giocatrici, permane una significativa carenza di ricerca impegnata nello studio del ruolo mutevole del gioco d'azzardo in relazione con le routine e i rituali della vita quotidiana delle donne. In particolare, nonostante un aumento quantitativo negli ultimi anni delle differenze di genere nei modelli di gioco, rimane pochissima ricerca che valuti come il gioco d'azzardo potrebbe avere un impatto sulle relazioni interpersonali delle donne, ad esempio, o come esso si integri o si scontri con ruoli e responsabilità di genere. In questo capitolo sostengo che uno dei modi in cui questa carenza potrebbe essere affrontata è attraverso un cambiamento metodologico, lontano dall'attuale focus dominante negli studi sui resoconti positivisti delle giocatrici 'problematiche' o 'patologiche', e verso racconti soggettivi, innovativi, a valenza fortemente qualitativa, ricchi delle esperienze di gioco delle donne. Questo capitolo si basa quindi sulla ricerca che si impegna a promuovere l'uso di approcci epistemologici femministi allo studio del gioco d'azzardo. Segue il lavoro di ricercatori femministi (come Oakley, 1981) che hanno a lungo sostenuto l'importanza dei metodi di ricerca che enfatizzano in primo luogo il ruolo attivo e riflessivo del partecipante all'interno dell'indagine; in secondo luogo, la necessità di ascoltare e celebrare i diversi racconti biografici individuali delle partecipanti (come Gabb, 2008 e Gabb e Singh, 2015); e infine esaminare i fenomeni sociali (in questo caso il gioco d'azzardo) nel contesto più ampio delle vite e delle esperienze personali delle donne e riconoscere che queste possono intersecarsi con altre pratiche di identità come la classe, la razza e la sessualità.

La ricerca discussa in questo capitolo faceva parte di un progetto finanziato dall'Economic and Social Research Council del Regno Unito dal titolo *Gambling and Households* dove l'autrice era la principale ricercatrice. Uno degli obiettivi basilari del progetto era quello di contribuire all'argomento della ricerca scientifica sociale originale, non solo delle donne e del gioco d'azzardo, ma in particolare per esaminare i modi in cui il gioco d'azzardo è radicato ed eradicato nei rituali e nella routine quotidiana delle donne. Una delle sfide era esplorare modi nuovi e innovativi per rivelare i dettagli di queste esperienze al fine di far progredire gli approcci metodologici offerti dai precedenti ricercato-

ri sul gambling. A tal fine, la ricerca è stata condotta in collaborazione con Mass Observation Archive, un'organizzazione che ha una lunga storia nella raccolta di dati qualitativi dettagliati su questioni di importanza culturale, sociale e politica contemporanea. In questo capitolo, spiego più dettagliatamente la logica per l'adozione di questo metodo e sostengo che è parallelo agli ideali delle metodologie di ricerca femminista. Il capitolo offrirà quindi un resoconto critico dei dati, utilizzando un'estensione del resoconto del teorico culturale Pierre Bourdieu del "capitale culturale" e dell'"habitus" e concluderà indicando il "capitale emotivo" come un potenziale avanzamento teorico delle idee centrali di Bourdieu. (Bourdieu, 2010).

### **Spostamenti spaziali: dallo spettacolare al normale**

Vorrei iniziare affrontando di petto una delle potenziali incongruenze del capitolo nel contesto di una raccolta che ha a che fare con il gioco d'azzardo "problematico". Parte della logica alla base del focus sulle forme ordinarie, quotidiane e domestiche di gioco d'azzardo deriva dai cambiamenti spaziali e demografici nella pratica del gioco d'azzardo negli ultimi anni e dal particolare impatto che ciò ha avuto sulla partecipazione delle donne al gambling. Nel Regno Unito, uno dei fattori più significativi che hanno contribuito alla trasformazione delle esperienze di gioco delle donne è stato il lancio nel 1994 della Lotteria Nazionale. Questo è diventato il primo gioco d'azzardo nel Regno Unito ad avere all'incirca lo stesso numero di giocatori uomini e donne. Con l'eccezione del bingo, tutte le altre forme di gioco d'azzardo erano praticate prevalentemente da uomini. Ho esaminato in dettaglio le caratteristiche peculiari del gioco della Lotteria Nazionale e cosa lo rendeva così ben accolto dalle donne (Casey, 2008a). È sufficiente dire che la Lotteria Nazionale ha rappresentato un importante passaggio dagli spazi "spettacolari" e pubblici (piste per cani, corse di cavalli, casinò, sale scommesse) agli spazi di gioco casalinghi, comuni e familiari. Le donne hanno la stessa probabilità degli uomini di giocare d'azzardo quando l'opportunità di farlo si manifesta in casa - online per esempio - o dove l'opportunità di giocare d'azzardo si prospetta nello stesso luogo in cui si assolvono dei compiti domestici. I biglietti della lotteria vengono solitamente acquistati al supermercato, in edicole, distributori di benzina, uffici postali e in altri spazi "quotidiani".

Nonostante questi cambiamenti chiave spaziali e demografici e la riformulazione del gioco d'azzardo come pratica usuale domestica, particolarmente prevalente nella vita delle donne, agli stessi è stata data sorprendentemente poca attenzione accademica o pensiero critico. Uno degli obiettivi della ricerca era quello di incorporare una serie di teorie sociali per aiutare a dare un senso a questi cambiamenti, sebbene il progetto di ricerca qui discusso non cerchi di dimostrare che il gioco d'azzardo in qualche modo offra esperienze "positive", né faccia supposizioni a priori sul fatto che sia "problematico". Qui faccio eco al mio impegno a produrre ricerche che sostengano un approccio alternativo allo

studio di genere e del gioco d'azzardo: ovvero che si concentri sulle pratiche di gioco regolari, comuni e domestiche piuttosto che sulla minoranza di donne che sono patologiche. Questo non per negare l'importanza della ricerca sulla dipendenza da gioco, ma solo per sottolineare che questo non dovrebbe mettere in ombra l'importanza di approcci qualitativi alternativi che offrono racconti soggettivi e qualitativi della pratica quotidiana del gioco d'azzardo di genere. Ritengo che entrambi gli approcci siano essenziali se vogliamo ottenere un resoconto completo delle esperienze di gioco nelle donne. Inoltre, poiché la ricerca era impegnata a fornire un resoconto femminista del gioco d'azzardo, uno degli obiettivi era anche quello di evitare di posizionare il "genere" come pratica di identità omogenea, invece di esaminare come potrebbe intersecarsi con altre identità.

### **"Osservatori di massa" del gioco d'azzardo**

L'archivio di Mass Observation è stato scelto come metodologia di ricerca che, in primo luogo, consentirebbe un resoconto profondo e soggettivo delle esperienze di gioco d'azzardo individuali delle donne e, in secondo luogo, offrirebbe una prospettiva innovativa considerando le intersezioni delle pratiche identitarie chiave (in particolare la classe) e per individuare come queste intersezioni formino il comportamento di gioco. Gli antropologi Charles Madge e Tom Harrisson fondarono l'Archivio nel 1937, con l'intenzione di introdurre uno strumento per esplorare le principali attività quotidiane tradizionali e popolari delle "masse". Contrari all'enfasi sugli approcci "scientifici" positivisti che hanno dominato il pensiero sociale europeo per tutto l'inizio del XX secolo, i fondatori dell'Archivio si sono impegnati a scoprire nuovi modi per rivelare i dettagli soggettivi delle pratiche e delle routine usuali. I ricercatori che lavorano per l'Archivio emanano regolarmente "Direttive" ai volontari che scrivono per loro. Le direttive sono varie ma generalmente riflettono questioni culturali di importanza contemporanea, come il bere nei pub, l'evacuazione durante la Seconda guerra mondiale e la morte della principessa Diana. Tuttavia, ciò che è affascinante da una prospettiva femminista è il numero di direttive dedicate alla ricerca di aspetti della vita quotidiana e personale delle donne che sono spesso trascurati dalle scienze sociali tradizionali. Gli esempi includono esperienze di fecondazione in vitro (IVF), mestruazioni, lavori domestici e preparazione del cibo. Spesso gli argomenti sono moralmente sensibili e/o tabù. L'opportunità unica, offerta da Mass Observation, per i partecipanti alla ricerca, di inviare privatamente risposte scritte a mano a domande aperte pone Mass Observation nella posizione ideale per la ricerca sul gambling, in particolare data la sensibilità che circonda il tema del gioco e che spesso può rendere problematico, soprattutto per le donne, parlare apertamente della propria partecipazione; come ho sostenuto altrove, i confini che circondano ciò che costituisce un comportamento di gioco "appropriato" sono spesso più rigidi per le donne di quanto non lo siano per gli uomini (Casey, 2008b).

Data la sua storia già descritta, ci sono sorprendentemente poche direttive sul gioco d'azzardo. Due eccezioni degne di nota sono uno studio del 1947 sul gioco d'azzardo e la povertà secondaria e una direttiva del 1996 sul gioco della lotteria nazionale. La mia ricerca ha commissionato il primo studio in assoluto sul gioco d'azzardo nelle famiglie e nelle sfere domestiche ed è stata la prima a dare la priorità a un resoconto basato sul genere nella pratica del gioco in questi contesti. Il tasso di risposta alla direttiva è stato buono, in particolare rispetto al tasso solitamente ottenuto mediante approcci metodologici qualitativi più convenzionali. Il 50% di coloro che sono stati invitati a rispondere alla direttiva lo ha fatto, fornendo 214 risposte molto dettagliate. La Direttiva poneva domande pertinenti agli obiettivi più ampi del progetto, vale a dire porre interrogazioni sulle esperienze personali, individuali e biografiche del gioco d'azzardo e indagare su come venivano prese le decisioni di spesa personale. Le risposte sono state abbondanti, dettagliate e "disordinate" e contenevano molti dettagli e auto-riflessioni, in particolare sulle famiglie e le relazioni interpersonali. Molto di ciò è dovuto alla natura dell'Archivio che gli Osservatori spesso vedono come un modo per contestualizzare le loro esperienze culturali all'interno di contesti familiari più ampi (vedi Smart, 2007). Una delle sfide metodologiche in linea con gli approcci femministi era quindi quella di dare un senso ai dati senza analizzare eccessivamente e spogliare le storie personali e le esperienze individuali nel processo.

Una delle cose più sorprendenti emerse dai dati di Mass Observation è stata la complessità delle esperienze di gioco delle donne. Il gioco d'azzardo è stato variamente descritto all'interno di contesti sociali, economici e culturali più ampi e le donne osservatrici si riferivano abitualmente al loro gioco d'azzardo insieme non solo alla loro identità di genere ma anche alla loro identità di classe. Altri autori hanno notato come i resoconti di Mass Observers siano spesso ricchi di informazioni sulle posizioni di classe sociale (ad esempio Savage, 2007) e questa non ha fatto eccezione. Il gioco d'azzardo è stato costantemente posizionato in termini di classe, come spiegherò di seguito. Ciò si collega alla recente pletora di lavoro sociologico che esplora le particolarità delle esperienze di classe delle donne (come Lawler, 2005; Mackenzie, 2014). In particolare, fa luce sui problemi a sviluppare racconti di genere e gioco d'azzardo che non tengano conto di altre posizioni soggettive come la classe. Per le donne che hanno partecipato a questa ricerca, le esperienze quotidiane di gioco d'azzardo erano legate tanto alla propria classe quanto al proprio genere. Al fine di scoprire un quadro teorico adatto a dare un senso alle intersezioni di genere e classe e per esaminare come queste siano mappate nelle pratiche di gioco, mi rivolgo all'opera del teorico culturale Pierre Bourdieu, il cui lavoro è stato ampiamente utilizzato anche dalle ricercatrici femministe, incuriosita dal potenziale del suo lavoro volto a dare un senso alle pratiche culturali (ad esempio Skeggs, 1997). Bourdieu sostiene che i giudizi secondo il proprio gusto piuttosto che il solo rango economico sono atti di posizionamento sociale. Dimostra come le persone sono "vive" negli spazi sociali e sostiene che occupano posi-

zioni all'interno di questi spazi e articolano il "capitale" attraverso le loro pratiche culturali quotidiane. In contrasto con la convenzionale definizione marxista del capitale come meramente economico, Bourdieu individua il capitale come "culturale". Descrive i capitali come risorse per acquisire un "habitus" o una posizione di "status" o "valore" all'interno di quello spazio. Per Bourdieu, in ultima analisi, i capitali riproducono forme sociali di dominio tra cui genere e classe. In quanto pratica culturale di classe e di genere, le esperienze di gioco d'azzardo delle donne, che prendono parte a questa ricerca, possono essere comprese applicando le teorie di Bourdieu. Nella prossima sezione fornisco una discussione sui dati estratti facendo uso del quadro teorico di Bourdieu.

### **Capitale economico e buone madri**

Per cominciare, le narrazioni del capitale economico erano prevalenti nei dati. Da questo punto di vista, è interessante considerare i modelli di gioco d'azzardo delle donne sullo sfondo dell'austerità economica nel Regno Unito. A fronte di donne che devono fare i conti con le esigenze di gestione di un bilancio familiare che viene costantemente ristretto inasprito, esiste una lunga storia di donne alla ricerca di modi nuovi e innovativi per rendere più facile la gestione dell'ansia e dello stress di fare quadrare il bilancio. Come hanno dimostrato altri studi femministi, per le donne della classe lavoratrice, la routine quotidiana della gestione della casa e del budget è aggravata da sentimenti di colpa per non essere in grado di fornire le risorse ritenute necessarie per dimostrare una genitorialità "buona" (vedere ad esempio Chin, 2001). Per le donne partecipanti alla mia ricerca, il gioco d'azzardo è stato spesso descritto come un tentativo di sfuggire a difficili circostanze finanziarie della famiglia. Questo è stato particolarmente vero per le partecipanti, per le quali la responsabilità della gestione della famiglia e del bilancio familiare era spesso esclusivamente di loro pertinenza (vedere anche Pugh, 2004). Alison, un'amministratrice di 29 anni, ha osservato:

Penso di essere più propensa a scommettere se ho meno soldi... Logicamente so che è completamente stupido, ma suppongo che sia solo perché ho più bisogno di vincere.

Le donne che hanno preso parte alla ricerca erano anche più propense degli uomini a inquadrare il loro gioco d'azzardo come un serio tentativo di migliorare la ricchezza della famiglia.

Di recente, io e il mio partner abbiamo iniziato a partecipare alla Lotteria Nazionale per pura disperazione: siamo bloccati e io non lavoro, quindi tiriamo avanti. E se, e se, e se??? Il nostro argomento di conversazione preferito è cosa faremmo con i soldi. Sappiamo quale casa compreremmo, quale macchina compreremmo, ecc.

## Capitale sociale e "appartenenza"

Parallelamente alle donne che descrivevano i modi in cui la loro pratica del gioco d'azzardo era collegata alla mancanza di capitale economico, i loro resoconti del gioco d'azzardo erano intrecciati anche con i resoconti del "capitale sociale". L'esplorazione del capitale sociale aiuta a far luce sulle differenze tra i modelli di gioco d'azzardo per donne e uomini. Il capitale sociale si riferisce nel suo concetto più ampio a contatti, connessioni e reti sociali che vengono utilizzati per negoziare un percorso attraverso i processi quotidiani. Il capitale sociale può essere particolarmente utile nella negoziazione di situazioni potenzialmente difficili o complesse. Il gioco d'azzardo, ad esempio, è spesso considerato meno pericoloso per coloro che hanno accesso ad alti livelli di capitale sociale e sono in grado, ad esempio, di giocare d'azzardo come parte di un gruppo. Storicamente, nel Regno Unito, era più probabile che le donne giocassero d'azzardo da sole, a casa, piuttosto che in gruppo, e per gli uomini era più probabile giocare d'azzardo con altri, come parte di un'attività sociale più ampia. Nei resoconti di Mass Observer, gli uomini erano più propensi ad articolare il loro gioco nel contesto del gioco d'azzardo con altri uomini e, soprattutto, a fare uso dei loro contatti, connessioni e reti sociali - il loro capitale sociale - al fine di negoziare i confini di "gioco d'azzardo sicuro" e "accettabile". Così un giocatore d'azzardo descrive come il suo capitale sociale ha avuto un impatto positivo sulle sue esperienze di gioco:

Nella mia esperienza di scommesse, con i bookmaker o in pista con gli amici, il fatto che tu abbia persone intorno a te funge da misura di sicurezza: i tuoi amici ti impediranno di fare qualcosa di veramente stupido o sottovalutare quello che stai facendo. Ma quando scommetti a casa, da solo, davanti a un computer, non esiste una misura di sicurezza del genere.

Al contrario, le giocatrici tendevano a giocare da sole e spesso a casa. Ad esempio, sebbene alcune delle donne facessero parte di associazioni nate in ambito lavorativo per giocare alla Lotteria, le stesse erano molto meno propense degli uomini a descrivere situazioni in cui giocavano socialmente con altri. Quelle con livelli inferiori di capitale sociale potrebbero essere viste come più vulnerabili, il che si evidenzia specialmente in termini di valutazione di quelle donne con bassi livelli di capitale sociale che giocano da sole. Nel seguente estratto, un'osservatrice ha descritto come a volte ha usato programmi televisivi sul gioco d'azzardo per cercare una rete sociale:

C'era qualcosa che ho fatto un paio di volte... c'era un programma in TV a tarda notte in cui gli spettatori potevano telefonare... Non mi aspettavo di vincere, ma l'ho fatto solo per divertimento... penso forse l'illusorio senso di comunità, l'impressione che il presentatore fosse una sorta di... amico... hanno contribuito a creare un senso di comunione e di appartenenza.

In breve, il capitale sociale è stato fortemente orientato, nelle narrazioni degli osservatori, in base al genere, in particolare in termini di modi in cui il capitale sociale ha avuto un impatto sulle scelte e le esperienze di gioco.

### **Capitale culturale e gerarchie di "valore"**

Un'ultima forma di capitale che vorrei discutere in questo capitolo è il "capitale culturale" e il relativo concetto di "habitus". Ho scritto altrove rispetto alle forti relazioni tra gioco d'azzardo, genere e nozioni di "cultura" (Casey, 2010). Qui voglio rivisitare alcuni di questi dibattiti all'interno del contesto dei dati di Mass Observation e in particolare come le esperienze di gioco d'azzardo siano esperienze di genere. Bourdieu sostiene che nelle società di consumo tardo-moderne, i beni culturali sono utilizzati per significare "valore" o "capitale culturale". Bourdieu descrive una gerarchia di status con le persone della classe media che mantengono il controllo sui confini di ciò che costituisce valore e "buon gusto". I sociologi, negli ultimi anni, hanno dato molta importanza al lavoro di Bourdieu, in particolare utilizzandolo per descrivere i vari modi in cui le donne della classe lavoratrice vengono abitualmente derise per la loro mancanza di valore culturale, così percepita. Il gioco d'azzardo è stato a lungo visto come un indicatore culturale della classe sociale. Skeggs, ad esempio, nel suo famoso studio sul sé e la classe, cita un sondaggio in cui giocare alla lotteria nazionale britannica è visto come un indicatore di classe (Skeggs, 2004). Il gioco d'azzardo è spesso posizionato come parte dello sfondo della vita della classe lavoratrice, e in particolare come pratica culturale che detiene poco o nulla in termini di valore. Secondo i racconti degli osservatori, gli artefatti del gioco d'azzardo erano regolarmente oggetto di derisione:

La nipote di mio marito ha attualmente una relazione con un giovane la cui famiglia aveva fatto i soldi col gioco d'azzardo, in una sala giochi in una località balneare. La famiglia aveva ampliato i propri affari con una sala per degustazione di pesce ... ma è perfettamente chiaro da dove provengono i loro soldi. Il loro ristorante è pieno di slot machine "frutta" e altri accessori di cattivo gusto ... ecco come fare i soldi senza fatica.

Come dimostra la suddetta citazione, le narrazioni del gioco d'azzardo sono intrecciate con resoconti di valore basate sul genere e la classe. Bourdieu sostiene che la cultura opera come una forma di moneta, come un mezzo per esibirsi e distinguersi tra classi sociali. La gerarchia del gusto e del valore che essa descrive è onnipresente nei racconti di Mass Observer, relativamente al gioco d'azzardo e, in particolare, alla stigmatizzazione e alla stretta osservazione delle donne della classe lavoratrice etichettate (come nella citazione sopra) quali utilizzatrici del gioco d'azzardo, "immeritata" strada verso la ricchezza, o quali "orribili" giocatrici, prive di valore. Tyler (2013) descrive l'importanza di esaminare gli effetti delle forme rappresentazionali di marginalità e disuguaglianza nel suo studio sulle miserabili esperienze quotidiane di classe e di genere. Collegato a questo, al momento in cui scrivo, molti giornali britannici hanno

dedicato la loro copertina al "Giorno delle donne" del Royal Ascot, uno storico evento annuale presso l'ippodromo di Ascot, concentrando l'attenzione sull'aspetto delle donne che frequentano le corse:

In questi giorni ... i recinti e gli stand del Royal Ascot stanno diventando sempre più popolari con una specie molto meno illustre di frequentatori. Una rapida occhiata attraverso le terrazze rivela un mare di carne e tatuaggi inguardabili di donne in abiti scadenti e pacchiani.

(Evans, 2011)

Qui il focus è sulla stigmatizzazione e stretta osservazione delle donne che sono "fuori luogo" e che "agiscono in modo sbagliato". Come ha anche sottolineato Lawler (2005), il corpo diventa luogo per la costruzione e la riproduzione di indicatori di classe e genere. Ciò si collega al famoso concetto di "habitus" di Bourdieu. Per Bourdieu, l'habitus si riferisce ai modi in cui le gerarchie strutturali (ad esempio le disuguaglianze) sono mappate sui siti della cultura. È attraverso la cultura delle azioni quotidiane, come il gioco d'azzardo, che gli atti di osservazione e di valutazione degli altri sono resi più visibili e dove le relazioni di potere vengono riprodotte e normalizzate. Per le donne di cui abbiamo discusso in questo capitolo, l'habitus è stato creato tramite valutazioni culturali e simboliche delle giocatrici.

## **Conclusione**

In questo capitolo ho sostenuto che è essenziale per i sociologi esplorare la vulnerabilità morale dei giocatori e in particolare esaminare la costruzione dell'identità di giocatore in relazione alle posizioni di genere. Ho sostenuto che l'unicità del gioco d'azzardo come una peculiare forma istituzionalizzata di cultura della classe lavoratrice rende importante considerare le intersezioni tra genere e classe per coloro che giocano. Qui c'è molto margine per un lavoro futuro: in particolare, se vogliamo considerare i limiti dell'approccio di Bourdieu, che tende a trascurare l'importanza dell'emozione come forma di investimento negli altri, e quei valori d'uso quotidiani che non sono convertibili in termini di danaro, come il prendersi cura degli altri. Questa ricerca apre la strada a studi sul gioco d'azzardo al femminile che mettano al centro i resoconti di genere sul gioco d'azzardo e rispondano alle interconnessioni tra le decisioni di gioco e le realtà vissute dal genere. Il ruolo della famiglia, le relazioni interpersonali e i cambiamenti negli spazi del gioco d'azzardo sono solo alcune possibilità qui esaminate, insieme a una rinnovata sociologia del gioco che svela le identità di genere rispetto al gambling. Il gioco d'azzardo è un modo utile per esplorare il "fare" di genere attraverso la costruzione di narrazioni sul gioco stesso. In questo capitolo ho sostenuto che attraverso attività quotidiane popolari e culturali, come il gioco d'azzardo, le posizioni di genere e di classe vengono prodotte, riprodotte e legate tra loro.



## Bibliografia

- Bourdieu, P. (2010) *Distinction*. London: Routledge.
- Casey, E. (2008a) *Women, Pleasure and the Gambling Experience*. Hampshire: Ashgate.
- Casey, E. (2008b) Working Class Women, Gambling and the Dream of Happiness. *Feminist Review*, 89, 122–137.
- Casey, E. (2010) Struggle and Protest or Passivity and Control? The Formation of Class Identity in Two Contemporary Cultural Practices. *European Journal of Cultural Studies*, 13(2), 225–241.
- Chin, E. (2001) *Purchasing Power: Black Kids and American Consumer Culture*. Minnesota: University of Minnesota Press.
- Evans, R. (2011) Kate's Mum and Another Royal Day Out. *The Daily Mail*, 17 June.
- Gabb, J. (2008) *Researching Intimacy in Families*. Basingstoke: Palgrave.
- Gabb, J. and Singh, R. (2015) The Uses of Emotion Maps in Research and Clinical Practice with Families and Couples: Methodological Innovation and Critical Inquiry. *Family Process*, 54(1).
- Lawler, S. (2005) Disgusted Subjects: The Making of Middle-Class Identities. *Sociological Review*, 53, 429–446.
- Mckenzie, L. (2014) *Getting By: Estates, Class and Culture in Austerity Britain*. London: Policy Press.
- Oakley, A. (1981). Interviewing Women: a Contradiction in Terms. In H. Roberts (Ed.), *Doing Feminist Research*. London: Routledge.
- Pugh, A.J. (2004) Windfall Child Rearing: Low-Income Care and Consumption. *Journal of Consumer Culture*, 4, 229–249.
- Savage, M. (2007). Changing Social Class Identities in Post-War Britain: Perspectives from Mass-Observation. *Sociological Research Online*, 12(3).
- Smart, C. (2007) *Personal Life*. London: Polity.
- Skeggs, B. (1997). *Formations of Class and Gender*. London: Sage.
- Skeggs, B. (2004) *Class, Self, Culture*. London: Routledge.
- Tyler, I. (2013) *Revolting Subjects: Social Abjection and Resistance in Neoliberal Britain*. London: Zed Books.



*Liz Karter*

La psicologia di ciò che ci rende umani è più o meno la stessa indipendentemente dalla nostra posizione geografica, ed è ciò che ci rende umani la causa dei problemi di gioco nelle donne; il nostro bisogno di attaccamento e la nostra capacità di sentire il dolore della separazione e della perdita. E' dal 2001 che pratico come psicoterapeuta, esclusivamente nell'area del gioco problematico, specializzandomi nel trattamento delle donne. Secondo i risultati della mia pratica clinica ciò che, essenzialmente, guida la dipendenza nelle donne sono i tentativi di auto-medicare livelli intollerabili di stress, depressione e ansia.

A livello superficiale, i problemi della dipendenza dal gioco che si presentano possono confondere quei professionisti che non hanno familiarità con il trattamento della dipendenza da gioco, facendo loro pensare che il problema della giocatrice verta esclusivamente intorno all'ossessione per il denaro, al fraintendimento sulle probabilità di vincita, o all'essere un'appassionata di emozioni, una che ama correre dei rischi. Invece, è vero il contrario. Le donne che si rivolgono a me per un aiuto potrebbero all'inizio essere preoccupate per il denaro, poiché nella fase di avvicinamento al trattamento non ci sono più soldi, sono stressate, depresse e fortemente ansiose per il livello di caos finanziario e dei debiti. Infatti, spesso parleranno della speranza di una vittoria abbastanza grande da tirarle fuori dai pasticci e riportarle al punto di partenza, il che può sembrare il segno di un'errata comprensione delle probabilità. In verità, se c'è un aspetto dell'essere umano che tiene tutti noi aggrappati per troppo tempo a molte situazioni, questa, ovviamente, è la speranza. È - per quanto minuscola - in un certo senso, una speranza realistica, perché, ovviamente, le giocatrici potrebbero fare una vincita che, in teoria, sarebbe in grado di ripagare il debito crescente. In effetti, non accadrà perché per tutto il tempo in cui rimangono dipendenti dal gioco d'azzardo, l'unico valore associato ai soldi di una vittoria è comprare ciò che bramano: più tempo dedicato al gioco d'azzardo. Quando le donne cercano un trattamento, potrebbero non essere consapevoli che c'è qualcosa dietro il loro inseguire le perdite. Le conseguenze finanziarie del loro gioco d'azzardo sono la principale preoccupazione e spesso anche quella di amici e familiari colpiti dalla costante crisi economica che la donna, con questo tipo di problema, porta loro. È probabile che al momento della ricerca di cure abbia già implorato, rubato o preso in prestito e, quasi certamente, intessuto una rete di bugie per nascondere il suo problema con il gioco o per ottenere denaro per comprare "l'evasione" che disperatamente desidera. Rapporti appesi a un filo, ultimum emessi, è probabile che la donna con un problema di gambling voglia concentrarsi sul debito e immaginare che, se riesce a gestirlo, smetterà naturalmente di giocare.

Ora, bloccata in un ciclo distruttivo di rincorsa delle perdite, è naturale che lei pensi che il suo problema principale sia il debito, ma è vitale che il professionista capisca e aiuti le giocatrici problematiche a capire che quello è solo lo strato superficiale: la conseguenza del suo problema con il gioco d'azzardo.

Scendiamo ad un livello più profondo della rincorsa delle perdite e dell'ossessione per il denaro e analizziamo ciò che troveremo probabilmente.

Il coinvolgimento nel gioco d'azzardo, per le donne che sviluppano questo problema, non riguarda il desiderio di dedicarsi al gioco per il divertimento dell'attività stessa. In effetti, la maggior parte delle donne che tratto parla di quanto non ami più il gioco e molte di quanto non lo abbiano mai amato: "Non mi è mai realmente piaciuto il gioco, pensavo fosse noioso, in effetti, ma mi manca. Mi manca l'evasione, immagino" (Simona, giocatrice d'azzardo online in recupero, 42 anni). Simona parla dell'evasione e quell'evasione, la "zona", la "bolla", per quanto possa essere descritta dalle donne, illustra cosa sia il gioco d'azzardo che crea dipendenza. Quando sono impegnate nell'attività di gioco d'azzardo, loro, come Simona, sono in grado di sentirsi come se fossero in un mondo tutto loro, non turbate dai pensieri e dai sentimenti che le facevano sentire stressate, depresse o ansiose.

La dipendenza dal gioco nelle donne ha conseguenze autodistruttive e dannose, allo stesso modo delle conseguenze di comportamenti autolesionistici come il tagliarsi, ma in modo simile ai comportamenti autolesionistici, che in realtà sono un tentativo di auto-lenire, così è la dipendenza dal gioco. Tratto spesso donne con comorbilità di autolesionismo e disturbi alimentari, anoressia o bulimia, e in questi casi è stato riscontrato che tutti i comportamenti hanno lo stesso scopo, ovvero prendere il controllo di pensieri e sentimenti che sono stati travolgenti. Spesso ho anche riscontrato che la causa alla base di tutti i comportamenti è la stessa, essendo riscontrabile in aree come:

- Traumi della prima infanzia, come abusi di natura sessuale, fisica, emotiva o psicologica, violenza domestica vissuta da adulti.
- Situazioni del presente che causano un alto grado di stress o ansia di fondo, come relazioni altamente disfunzionali, il fatto che allevino i figli da sole, una vita professionale altamente sotto pressione.

L'effetto di auto-cura attraverso il gioco d'azzardo è ottenuto dalle donne scegliendo prodotti di gioco che richiedono un basso livello di abilità e hanno un alto livello di assorbimento, come una slot machine o il gioco d'azzardo su Internet. È la capacità di totale coinvolgimento e di fuga, che inizialmente crea dipendenza e, sebbene le donne possano parlare del fatto di sentirsi bene se vincono al gioco scelto, di solito viene segnalato come di minore importanza rispetto al senso di evasione, che diventa la sensazione fortemente ricercata. Questo è significativamente diverso per gli uomini che scommettono su attività di gioco in rapida evoluzione come giochi da tavolo da casinò, scommesse sportive, e hanno molte più probabilità di dichiarare di diventare maggiormente dipendenti da una vittoria.

Il risultato dell'essere completamente assorbita dalla forma di gioco prescelta è che la donna interessata probabilmente rimarrà e giocherà finché tutti i soldi saranno persi. Le donne spesso mi parlano di come, quando giocavano d'azzardo, speravano di perdere, perché, finché non avessero avuto più neanche un soldo per giocare, sentivano che non era in loro potere andarsene. Ciò dimostra quanto sia forte la sensazione di entrare in un altro mondo in cui si perde ogni connessione con il pensiero razionale insieme ai sentimenti di stress, depressione e ansia che stava cercando di eliminare giocando.

Dopo aver perso tutti i soldi, c'è un ritorno immediato alla realtà, dove attendono tutti i sentimenti e le situazioni intollerabili di partenza. Questi sono ora moltiplicati e amplificati dalle conseguenze dell'ultimo episodio di gioco d'azzardo. Più debiti, più bugie, sensi di colpa strazianti, vergogna e depressione significano che presto avrà voglia di giocare di nuovo per sfuggire al proprio miserabile mondo interiore ed esteriore e, in questo modo, il ciclo si ripete.

Ho iniziato dicendo che la nostra psicologia umana di base è la stessa indipendentemente dalla posizione geografica e, per i fattori scatenanti della dipendenza da gioco nelle donne, ho scoperto che si stanno dimostrando gli stessi indipendentemente dalle variabili sociodemografiche. Cinque anni fa avrei visto nel mio studio prevalentemente donne provenienti da un contesto più svantaggiato; tipicamente madri single con un reddito basso o sussidi statali che usavano l'evasione col gioco d'azzardo come automedicazione per i loro problemi di salute mentale: stress, depressione e ansia. Giocavano prevalentemente alle slot machine tradizionali nelle sale giochi o nelle sale bingo. Dal momento della proliferazione del gioco d'azzardo in Internet, oltre l'80% delle donne che tratto per la dipendenza dal gioco d'azzardo gioca alle slot machine o al bingo su Internet. È interessante notare che durante il periodo della mia pratica ho visto solo due donne che si sono presentate con dipendenze da bingo giocato in sala. Sarà interessante notare se questo modello cambia man mano che le sale bingo introducono giochi di bingo digitali, che consentono un gioco più veloce e forniscono meno pause dal gioco e per l'interazione con gli altri. Molte delle mie clienti che hanno avuto problemi con le slot machine o con il gioco d'azzardo online, ma sono in grado di utilizzare il bingo tradizionale in modo ricreativo, esprimono la preoccupazione che potrebbero diventare dipendenti dai giochi digitali. I tradizionali giochi di bingo nelle sale bingo offrono socializzazione, pause regolari dal gioco e tendono ad attrarre donne che sono generalmente più socievoli e quindi in una migliore condizione di salute mentale. Ho costantemente riscontrato che le donne che sviluppano dipendenza dal gioco provengono da contesti familiari meno sani e hanno reti di supporto scarse o si sentono incapaci di accedere a questo supporto a causa delle difficoltà nell'esprimersi emotivamente.

Il gioco d'azzardo su Internet ha ormai superato il divario sociale al punto che è altrettanto probabile che io veda nel mio studio professioniste della classe media. Prima della disponibilità del gioco d'azzardo online, era improbabile che queste donne entrassero in una sala giochi per giocare a una slot machine o

per trascorrere una serata in una sala da bingo. Ora questi prodotti sono prontamente disponibili sul loro tablet, a casa loro, in borsa e in ufficio. La donna professionista può sembrare in apparenza molto diversa dalla donna del contesto più svantaggiato, ma ho scoperto che ciò che spinge verso la sua dipendenza dal gioco, a livello psicologico ed emotivo, è lo stesso. Ancora una volta, torniamo ai problemi di salute mentale come stress, depressione e ansia; nella donna professionista sono causati da superlavoro e dal sentirsi sopraffatte in ufficio e a casa. Spinta a raggiungere e ad avere successo nel mondo del lavoro e nella vita familiare e con la sensazione di non riuscire a soddisfare i propri standard in entrambi i settori, anche lei si autocura focalizzandosi totalmente sul gioco d'azzardo. Quando molte di queste donne hanno redditi indipendenti e, prima di sviluppare un problema di gioco d'azzardo, provenivano da contesti benestanti, ci troviamo davanti a persone e comportamenti che evidenziano come la dipendenza da gioco nelle donne non abbia origine nel desiderio di migliorare una situazione finanziaria difficile.

Quando ho cercato di identificare da quali giochi d'azzardo su Internet le donne hanno più probabilità di sviluppare dipendenza, ho scoperto che il gioco in sé non conta tanto quanto l'esperienza che ne deriva. Ho scoperto che all'interno del mio gruppo di clienti, molte donne che giocano alle slot machine online riferiscono di averlo fatto perché i giochi sembravano loro familiari, forse avendoli giocati prima in sale giochi reali sia a livello sociale sia essendone dipendenti. Lo stesso vale per i giochi di bingo online. Come discusso in questo capitolo, è la sensazione di assorbimento e completa concentrazione che inizialmente si desidera e alla fine diventa l'esperienza agognata. Ho scoperto che le donne, nelle prime fasi del recupero, sono spesso vulnerabili alla possibilità di sostituire la loro dipendenza dal gioco d'azzardo con qualsiasi attività disponibile online che sia abbastanza coinvolgente da tenerle impegnate mentalmente, senza essere eccessivamente stimolante. Esempi di questo potrebbero essere Facebook, eBay e giocare a The Sims.

Per le donne, il maggiore pericolo di sviluppare una dipendenza dai prodotti di gioco d'azzardo digitali rispetto a quello fisico è dimostrato dal ritorno al tradizionale gioco del bingo in sala, con il quale relativamente poche donne hanno sviluppato problemi. Le sale da bingo ora offrono anche giochi di bingo digitale, che si muovono rapidamente, consentono meno pause rispetto al gioco tradizionale e mantengono la concentrazione assoluta del giocatore che è in grado di giocare a molti più giochi contemporaneamente rispetto al gioco tradizionale. Molte delle mie clienti hanno espresso le proprie preoccupazioni sulla natura additiva dei giochi di bingo digitale e ora sto iniziando a vedere donne, che si presentano per il trattamento, che hanno sviluppato una dipendenza dai giochi digitali, quando, per molti anni, hanno giocato al bingo tradizionale e sono rimaste a un livello di gioco sano, sociale e ricreativo.

Quando si tenta di identificare cosa crei l'attrazione iniziale a provare un prodotto di gioco d'azzardo online, quel primo tentativo che porta all'esperienza di entrare in un'altra zona che poi conduce a un desiderio struggente, io ritor-

neri alla psicologia umana di base e al nostro bisogno di attaccamento. Spesso le donne, durante il trattamento, rivelano che inizialmente ciò che le ha attratte a provare i giochi online erano annunci pubblicitari che promuovevano l'aspetto sociale del sito di gioco.

L'opportunità di chattare con altre donne in un ambiente online sicuro attira le donne, troppo esauste alla fine della giornata lavorativa per uscire, le madri single troppo limitate dall'assistenza all'infanzia per uscire di casa e quelle troppo timorose di incontrarsi faccia a faccia con altri a causa di problemi di fiducia o di salute mentale più gravi.

Durante il periodo 2014-2015, il 35% delle donne trattate all'interno del mio studio ha avuto un problema di salute mentale diagnosticato come Disturbo Affettivo Bipolare, Disturbo Ossessivo Compulsivo e Disturbo Post Traumatico da Stress. Tra le mie pazienti, la solitudine e l'isolamento sono rimasti fattori contributivi significativi che hanno portato al gioco d'azzardo che crea dipendenza. Essere sposate o vivere con un compagno di vita e/o avere figli o una famiglia allargata non sono stati necessariamente fattori protettivi contro il sentirsi isolati e soli. Ciò che è essenziale per il recupero di una paziente, e la proteggerà dalle ricadute, è che senta di avere il supporto giusto per sé e le capacità di vita e relazionali per accedervi.

I metodi di trattamento che utilizzo combinano tecniche scientificamente provate, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e l'analisi transazionale (TA), insieme a strategie collaudate che ho trovato preziose, non solo per fermare il comportamento di gioco ma per identificarne le cause sottostanti e lavorare per un recupero gratificante e permanente. Delle donne che completano il programma di trattamento concordato, il 95% è ancora stabile al follow-up, un anno dopo la chiusura del trattamento. Lo scopo del programma di trattamento a lungo termine è quello di rivolgersi al problema del gioco d'azzardo in un modo che affronti la dipendenza a tutti i livelli precedentemente descritti:

1. Gestione dei problemi di dipendenza, così come si presentano, e le relative crisi.
2. Identificazione dei particolari fattori scatenanti psicologici, emotivi e situazionali.
3. Sostenere i cambiamenti necessari.

Ho scoperto che le prime quattro settimane in cui ci si libera dal gioco che crea dipendenza sono, per le donne le più difficili da negoziare, sperimentando molte di loro, specialmente entro la prima settimana, sintomi di astinenza tra cui una maggiore voglia di gioco. Senza l'effetto auto-calmante del gioco, la depressione, l'ansia e lo stress aumentano. Molte donne riferiscono sintomi fisici di astinenza durante questo periodo, inclusi problemi di sonno, mal di testa e problemi di stomaco, mancanza di appetito, eccesso di cibo e nausea. Se una donna tendeva a usare alcol, cibo, droghe o comportamenti autolesionistici come strategia alternativa di coping, questi comportamenti possono ripresentarsi, così come anche, nei casi più estremi, ideazione suicidaria. Una parte vi-

tale del trattamento durante questo periodo è incoraggiare la donna a occuparsi dei debiti e a portare le finanze in uno stato gestibile; questo spesso serve ad abbassare in misura significativa il suo stress e l'ansia.

Una volta raggiunto con successo un periodo di alcune settimane libero dal gioco, è possibile identificarne più facilmente i fattori scatenanti. Senza il gioco d'azzardo in cui fuggire, lei diventa nuovamente consapevole dei particolari pensieri e sentimenti che trova più fastidiosi e dolorosi. Questi pensieri e sentimenti, che lei sente come intollerabili, saranno correlati alle situazioni che l'hanno spinta originariamente a giocare, siano essi problemi di relazione, questioni lavorative, o forse eventi accaduti nei primi anni di vita, ad esempio traumi legati ad un abuso. Ciò che adesso la preoccuperà ulteriormente sono i pensieri e sentimenti relativi alla sua dipendenza dal gioco e al suo comportamento da dipendente. Come abbiamo discusso, pensieri e sentimenti intollerabili l'hanno spinta per la prima volta a giocare d'azzardo come strategia auto lenitiva, e quindi ha un senso che, nel momento in cui non gioca più e diviene pienamente consapevole delle bugie e manipolazioni di cui era capace nella sua disperazione, e di come ha ferito e trascurato coloro che amava, i livelli di rimpianto, vergogna e senso di colpa che sperimenta siano sconfinati e dolorosi. Questo è spesso un punto critico in cui potrebbe facilmente ricadere nel gambling per evitare di sperimentare la realtà e le conseguenze del suo problema di gioco. È fondamentale per il successo del trattamento che in momenti come questo, sia aiutata a venire a patti con ciò che è successo e impari ad essere compassionevole verso se stessa.

Una volta identificati i fattori scatenanti psicologici ed emotivi, è possibile, quindi, lavorare per apportare cambiamenti e aggiustamenti in quelle aree che sono problematiche e che possono presentare un rischio di ricaduta. La mia esperienza è stata che quasi sempre le aree che richiedono il maggior cambiamento, e sono le più difficili da cambiare per lei, riguardano le sue relazioni e il suo modo di mettersi in rapporto con gli altri e con sé stessa. Eppure quel cambiamento è essenziale per la sua guarigione a lungo termine.

Le donne dipendenti dal gioco d'azzardo si presentano in superficie come egoiste, egocentriche, incostanti e inaffidabili, ma quei comportamenti sono le conseguenze della dipendenza. Sotto la superficie, la causa della dipendenza, come sappiamo, è lo stress, la depressione e l'ansia. Nelle donne che giocano in modo problematico, i fattori scatenanti sono la sperimentazione nella propria vita di tre dei sei driver dell'Analisi Transazionale:

- Piacere agli Altri.
- Essere Perfetto.
- Essere Forte.

Tutti e tre questi driver sono collegati tra loro formare una trappola. Lei deve Piacere agli Altri a tutti i costi. Poiché deve Essere Perfetta, non lo fa mai abbastanza bene per soddisfare i propri standard. Deve Essere Forte e quindi, quando la pressione di tentare di essere all'altezza di questi primi due fattori la



lascia sopraffatta e non sta bene, non deve permettere a sé stessa di sentire tutto ciò o, figuriamoci, di parlarne, poiché questo significherebbe ammettere una debolezza. Sente che la fuga offerta dal gioco le dà una via d'uscita. Se non permette a se stessa di pensare o di sentire, potrebbe essere in grado di continuare a Piacere agli Altri, cercando di Essere Perfetta. Fa l'associazione molto malsana che Essere Forte richiede di rimanere inconsapevole del proprio autentico sé e della realtà della propria vita.

Il lavoro terapeutico volto a stimolare la salute, il valore e l'efficacia del vivere una vita priva di questi Driver è essenziale per evitare ricadute. Piacere agli Altri ed Essere Perfetta, semmai, sono rafforzati dal senso di colpa del suo comportamento di gioco.

Ho trovato un grande valore nelle donne che, avendo superato la parte più difficile della prima fase di recupero, frequentano gruppi terapeutici. All'interno dei gruppi che conduco, le donne hanno costantemente rivelato di avere e saper mostrare empatia e compassione per gli altri membri del gruppo: sentimenti che non mostrano verso sé stesse, ma che imparano a fare, a quanto sembra, come risultato diretto dell'esperienza di altre donne in situazioni simili. Comprendere le ragioni della dipendenza dal gioco d'azzardo che insorge negli altri consente loro di iniziare a permettersi di comprendere le ragioni della propria, di cui potrebbero averne in precedenza bloccato l'accettazione. È il senso di colpa che le spinge a considerare come "scuse" le ragioni del gioco suggerite in terapia.

Comprendere veramente le ragioni per cui è nata la dipendenza porta non solo alla compassione per sé stessi, al perdonarsi e all'interruzione del circolo vizioso del senso di colpa (che porta a ulteriore gambling), ma a identificare ciò che deve cambiato per poter rimanere in una condizione di recupero gratificante e duratura.



**DONNE E GIOCO D'AZZARDO****Una prospettiva britannica**

*Amanda Roberts, Ruth Champion e Susanne Irving*

**Donne e gioco d'azzardo nel Regno Unito**

Il gioco d'azzardo è stato a lungo un comportamento socialmente accettabile nel Regno Unito e in molte altre giurisdizioni, ma era in gran parte di dominio maschile. Negli ultimi anni, l'ambiente del gioco d'azzardo è cambiato in modo sostanziale, con una serie di forme di gioco che sono rapidamente diventate più accessibili, fisicamente e socialmente. Tradizionalmente, il gioco d'azzardo è stato associato a prodotti disponibili principalmente attraverso punti vendita dedicati (ad esempio, casinò, negozi di scommesse, sale bingo), ma sempre più opportunità di gioco sono diventate disponibili in ambienti in cui il gioco d'azzardo non è l'attività primaria (ad esempio, supermercati, pub, club sociali, online). C'è stata una rapida crescita nelle forme di gioco d'azzardo da remoto, attraverso Internet e la crescente diffusione delle tecnologie di telefonia mobile. Il gioco online può spaziare dalla roulette, al poker o alle slot machine nei casinò online, alle lotterie o alle scommesse sportive e altri giochi d'azzardo per potenziali profitti tramite i social media.

Questo cambiamento relativamente rapido nella gamma e nell'accessibilità dei prodotti di gioco d'azzardo è stato accompagnato parallelamente da cambiamenti nella partecipazione e nei danni per la popolazione. Un'area di particolare interesse, che è stata oggetto di poche ricerche, è il comportamento del gioco d'azzardo e il relativo impatto tra le donne nel Regno Unito. Il British Gambling Prevalence Survey del 2010 (Wardle et al., 2011) ha evidenziato un aumento della partecipazione al gioco d'azzardo tra le donne che, relativamente all'ultimo anno di gioco, era aumentata dal 65% nel 2007 (e 68% nel 1999) al 71% nel 2010. Alcune attività di gioco d'azzardo sono rimaste molto più popolari tra gli uomini (Es., giocare a poker in un pub o in un club, spread betting finanziario, scommesse sportive, scommesse sul calcio, terminali di scommesse a quota fissa e giochi da casinò erano cinque o più volte più probabili tra i maschi, mentre le scommesse su corse di cani, eventi non sportivi e scommesse private erano due volte più popolari tra gli uomini). Tuttavia, diverse forme di gioco d'azzardo erano meno appetibili per i maschi in termini di partecipazione - in particolare la Lotteria Nazionale (56% delle donne, 61% dei maschi), altre lotterie (entrambi il 25%), slot machine (16% dei maschi, 10% dei femmine) e scommesse online escluse lotterie, bingo, scommesse sul calcio, giochi da casinò e slot machine online (15% dei maschi, 11% delle femmine). In altre attività di gioco d'azzardo, la partecipazione è stata lievemente (gratta e vinci - 23% dei maschi, 25% delle femmine) o sostanzialmente (bingo - 6% dei maschi, 12% delle femmine) più frequente tra le donne. Quando è stato esaminato il gioco

d'azzardo su più attività, sia nel complesso che tra i giocatori dell'ultimo anno, una percentuale simile di giocatrici d'azzardo ha partecipato a due (complessivamente 18% dei maschi, 20% delle femmine), tre (12% dei maschi, 11% delle femmine) o più attività di gioco d'azzardo. Solo tra coloro che giocavano a sette, otto o più prodotti c'erano significativamente più maschi (complessivamente l'8% dei maschi e il 2% delle femmine). Risultati sostanzialmente simili (anche se con percentuali complessivamente inferiori) erano evidenti quando si considerava solo il gioco d'azzardo nella settimana precedente. Pertanto, nel complesso, sembra che la partecipazione al gioco d'azzardo nel Regno Unito sia ora relativamente simile tra maschi e femmine, con alcune differenze nella modalità di gioco utilizzata.

Il British Gambling Prevalence Survey (Wardle et al., 2011) è stato utilizzato anche per valutare i tassi di gioco d'azzardo problematico nella popolazione generale utilizzando sia uno strumento basato sul DSM-IV sia il più ampiamente utilizzato Problem Gambling Severity Index (PGSI; Ferris & Wynne, 2001). Utilizzando entrambi gli strumenti, è stato riscontrato un aumento piccolo, ma non statisticamente significativo, del gioco d'azzardo problematico nella popolazione generale (utilizzando il PGSI, lo 0,7% della popolazione è stato classificato come giocatore problematico; era lo 0,5% nel 2007). Il gioco d'azzardo problematico femminile è aumentato dallo 0,1% allo 0,2% nello stesso periodo, con un ulteriore 0,8% di donne classificate come giocatrici a rischio moderato e il 3,4% come giocatrici a basso rischio. Questi aumenti combinati della partecipazione al gioco, del rischio e del danno tra le giocatrici d'azzardo sono di particolare interesse perché sembrano essere associati ai recenti cambiamenti nell'accessibilità al gioco stesso. Fino a quando differenti forme di gioco d'azzardo non lo hanno reso più accessibile, la maggior parte dei resoconti dei danni del gambling ricevuti dalle donne, erano il risultato del gioco eccessivo dei loro cari (vedi ad esempio Bunkle, 2009).

L'attuale conoscenza del gioco d'azzardo femminile deriva in gran parte da indagini sulla popolazione come il British Gambling Prevalence Survey 2010. A livello internazionale sembra che il divario di genere nel gioco d'azzardo e in quello problematico si sia annullato, forse a causa di una maggiore accessibilità e normalizzazione del gioco stesso (ad esempio, Abbott, Romild, & Volberg, 2014; Abbott, et al., 2016). La ricerca che esamina specificatamente i comportamenti, le motivazioni e l'impatto del gioco d'azzardo femminile rimane relativamente rara (ad esempio, Bunkle, 2009; Corney & Davis, 2010; Holdsworth, Hing & Breen, 2012; Nixon et al., 2013; Trevorrow & Moore, 1998). Altre ricerche hanno descritto le differenze di genere nei campioni clinici di giocatori problematici (ad esempio, Crisp et al., 2000; Potenza, et al., 2001). La necessità di comprendere meglio i fattori di rischio e di protezione è stata da tempo riconosciuta (Shaffer et al., 2004) ed è stata spesso al centro della ricerca sul gioco d'azzardo femminile (ad esempio, Corney & Davis, 2010; Nixon et al., 2013; Trevorrow & Moore, 1998); resta, tuttavia, da notare che si tratta di scarsa e

limitata validità evidence based, in particolare per quanto riguarda le giocatrici d'azzardo nel Regno Unito.

A livello internazionale, la conoscenza del gioco d'azzardo femminile è cresciuta lentamente, con alcuni fattori di rischio come la ricerca di intensità e l'impulsività identificate come particolarmente importanti per le donne che giocano (Nower, Derevensky & Gupta, 2004). Altre ricerche hanno sottolineato che la solitudine sia associata al gioco problematico al contrario del gioco d'azzardo femminile in generale (Clarke et al., 2006; Trevorrow & Moore, 1998). Clarke et al. (2006) hanno suggerito che ragioni sociali, ambientali e culturali fossero importanti per iniziare a giocare d'azzardo e che ragioni personali (in particolare solitudine, isolamento e disagio emotivo) fossero importanti per continuare e aumentare il gioco d'azzardo. Nonostante ciò, la visione generalmente accettata delle differenze di genere percepite in relazione al gioco d'azzardo riguarda la motivazione; in particolare, il fatto che gli uomini tendano a giocare d'azzardo per l'eccitazione, mentre le donne giochino principalmente per scappare (Lesieur & Blume, 1991) e che le donne tendano a preferire un gioco d'azzardo più privato basato sul caso (ad esempio, Svensson & Romild, 2014). Questa combinazione di gambling più privato e orientato alla fuga, insieme a forme di gioco con un contatto faccia a faccia minimo, può, forse, aggiungere un ulteriore elemento di rischio in quanto avviene fuori dalla vista di familiari e amici e in una forma che tende a essere "continuativa", permettendo un rapido re-impegno nell'arco di un periodo breve (vedi ad esempio, Dickerson, 1993; Griffiths, 1999). Recentemente Svensson e Romild (2014) hanno dimostrato, in un campione svedese di giocatori regolari, che controllata l'età e più ambiti di gioco, gli uomini avevano maggiori probabilità di giocare in più ambiti, le donne, che giocavano d'azzardo regolarmente, avevano maggiori probabilità di essere giocatrici problematiche. Tuttavia, la ricerca non è di univoca interpretazione (p. Es., Trevorrow & Moore, 1998), ed è spesso tratta da campioni clinici (Crisp et al., 2000), e quindi a volte trascura di considerare che le motivazioni delle persone al gioco d'azzardo sono diverse in contesti e tempi differenti (Clarke et al., 2006). In generale la mancanza del riconoscimento che il problema del gioco d'azzardo colpisce anche le donne e la probabilità che il gioco d'azzardo femminile sia più privato e forse nascosto, può a volte rendere difficile per le donne il discuterne con la famiglia e gli amici. La conoscenza del gioco d'azzardo e del gioco problematico tra le donne rimane limitata e molte donne non sono consapevoli delle possibilità di trattamento a loro disposizione.

Oltre ai problemi legati al gioco, la ricerca suggerisce che le donne che giocano d'azzardo in maniera problematica e sono in cerca di aiuto, possono avere depressione o un disturbo d'ansia come comorbidità, o anche, probabilmente, riportare una storia di trauma (ad esempio, Boughton e Falenchuk, 2007). Diversi studi hanno anche dimostrato che esiste un'alta incidenza di traumi/abusi infantili nei gruppi per il gioco problematico (ad esempio, Afifi et al., 2010; Bland et al., 1993; Petry & Steinberg, 2005). Una recente meta-analisi di Dowling et al. (2014) ha rivelato che il 38% dei giocatori problematici riferisce di es-

sere stato vittima di violenza interpersonale nell'infanzia e nell'età adulta. Il gioco d'azzardo problematico è spesso anche comorbile con altri disturbi comportamentali e psicologici, che possono esacerbare o essere esacerbati dallo stesso. Tali disturbi includono l'uso di alcol e sostanze, che hanno dimostrato di essere altamente comorbili con il gioco d'azzardo problematico (Grant, Kushner & Kim, 2002; Potenza et al. 2002). Studi precedenti hanno dimostrato che dal 4% al 18% degli adulti dipendenti dal gioco d'azzardo riferiscono problemi con l'alcol (Black & Moyer, 1998; Lesieur & Rosenthal, 1991). Inoltre, alcuni studi hanno riscontrato in modo affidabile che il gioco d'azzardo problematico è collegato a una ridotta stabilità familiare (Gupta & Derevensky, 1997; Dowling, Smith & Thomas, 2009); cattiva salute generale e una serie di disturbi di salute mentale tra cui dipendenza da droghe, alcol e nicotina (Cowlshaw & Hakes, 2015; Griffiths et al., 2010; Shaffer & Korn, 2002); debiti, bancarotta e perdita del posto di lavoro (Ladouceur et al., 1994); e, nei casi acuti, ideazione e comportamento suicidari (Ledgerwood & Petry, 2004).

Interventi trattamentali di successo richiedono una migliore comprensione delle caratteristiche dei giocatori problematici, dei fattori di rischio per l'iniziazione (possibilmente in termini di "Modello di Percorsi") alle loro abitudini di gioco e la consapevolezza dei fattori che possono influenzarli positivamente o negativamente, affinché il viaggio di un individuo attraverso il trattamento e verso il recupero, abbia successo.

Blaszczynski e Nower (2002) hanno notato che non esisteva un unico modello concettuale che contenesse la vasta gamma di fattori psicologici, biologici e ambientali coinvolti nello sviluppo del gioco d'azzardo problematico. Pertanto, hanno proposto il "Modello di Percorsi", un tentativo ambizioso di incorporare queste caratteristiche in un modello descrittivo, che potrebbe essere utilizzato per dare informazioni sugli approcci di trattamento e prevenzione. Ciò si basa sull'assunto esplicito che non è possibile utilizzare un unico modello per descrivere e comprendere come alcuni giocatori passino dal gioco sociale a quello problematico. Il modello è stato molto influente, è citato frequentemente e le valutazioni sono state generalmente a supporto dello stesso (ad esempio, Ledgerwood & Petry, 2010; Lorains, Cowlshaw & Thomas, 2011). Il Modello di Percorsi propone di identificare tre sottogruppi di giocatori d'azzardo che manifestano un controllo alterato sul proprio comportamento. Questi gruppi sono (a) giocatori problematici condizionati dal comportamento, (b) giocatori problematici emotivamente vulnerabili e (c) giocatori problematici antisociali e impulsivi. Questo modello integra le attuali conoscenze empiriche riguardanti i fattori biologici, di personalità, di sviluppo, cognitivi, della teoria dell'apprendimento e ambientali in un quadro coerente ed è utile per guidare lo screening e il trattamento. I giocatori d'azzardo condizionati dal comportamento sono caratterizzati dall'assenza di qualsiasi psicopatologia premorboza (cioè, si ritiene che i loro problemi di gioco sorgano attraverso i processi di apprendimento di base e i loro cambiamenti biologici associati); l'esposizione ripetuta all'eccitazione fisiologica (tramite rinforzo e condizionamento classico) può

portare allo sviluppo di comportamento abituale, e quindi alla rincorsa delle perdite e al gioco d'azzardo problematico. Gli stessi processi sono rilevanti per i giocatori d'azzardo emotivamente vulnerabili; tuttavia, si presentano anche con una fragilità emotiva premorboza, forse a causa di depressione o ansia, una capacità di far fronte o risolvere i problemi non adeguata, o eventi di vita stressanti negativi. I giocatori problematici impulsivi antisociali si presentano con una combinazione dei primi due percorsi, oltre ad aspetti di impulsività e disturbo antisociale di personalità che sono evidenti in una serie di comportamenti disadattivi e hanno effetti ad ampio raggio sul funzionamento psicosociale del giocatore. Una premessa preliminare potrebbe essere che le giocatrici d'azzardo possono essere meglio descritte dai primi due percorsi e, se corretto, ciò ha implicazioni per l'erogazione del trattamento, poiché tradizionalmente la maggior parte dei giocatori problematici che cercano aiuto sono maschi, e forse distribuiti in modo più uniforme tra i tre percorsi. Indipendentemente da ciò, coloro che cercano aiuto per il gambling sono stati tradizionalmente uomini e i servizi si sono sviluppati con questo orientamento (Piquette & Norman, 2013).

In effetti, nel Regno Unito le strutture di trattamento per riabilitare i giocatori problematici sono, in generale, molto limitate. La terapia psicologica basata sulla CBT è disponibile presso la National Problem Gambling Clinic di Londra e, sebbene molti giocatori d'azzardo al di fuori di Londra potrebbero non avere la possibilità finanziaria per viaggiare fino alla capitale per un corso di CBT di più settimane, l'ambulatorio offre una forma a distanza di CBT che si è dimostrata efficace. La principale fonte di aiuto per i giocatori problematici rimane Gamblers Anonymous (GA) in termini di accessibilità e disponibilità. GA fornisce una cornice di auto-aiuto e supporto in 12 passi basato su quella degli Alcolisti Anonimi. GA è stata tradizionalmente riservata agli uomini (Davis, 2009). Mentre alcuni studi dal Nord America suggeriscono un cambiamento della cultura e dell'equilibrio di genere nei programmi di GA (Ferentzy et al., 2006), le osservazioni dal nord dell'Inghilterra (Rogers, 2015), supportate da alcuni dati dal resto del Regno Unito, suggeriscono che GA rimane appannaggio degli uomini e che le donne partecipano quasi esclusivamente come partner di uomini con problemi. Il recente arrivo nel Regno Unito di un formato di gruppo GA "preferito dalle donne" (di fatto un gruppo di sole donne) forse indica un modo utile per procedere per almeno alcune delle circa 60.000 donne nel Regno Unito che hanno problemi legati al gioco d'azzardo. GamCare fornisce consulenza online, telefonica e faccia a faccia, e la Gordon Moody Association fornisce terapie residenziali agli uomini in un contesto di comunità terapeutica e ha recentemente offerto trattamenti residenziali brevi per le donne, entrambi discussi in seguito. Tuttavia, la realtà è che il numero di giocatori che cercano aiuto è basso (Slutske, 2006), e quelli che cercano aiuto spesso lo fanno solo dopo aver toccato il "fondo", il che è tipico di una crisi.

## **GamCare: supportare le donne nell'affrontare l'indicibile attraverso la terapia online**

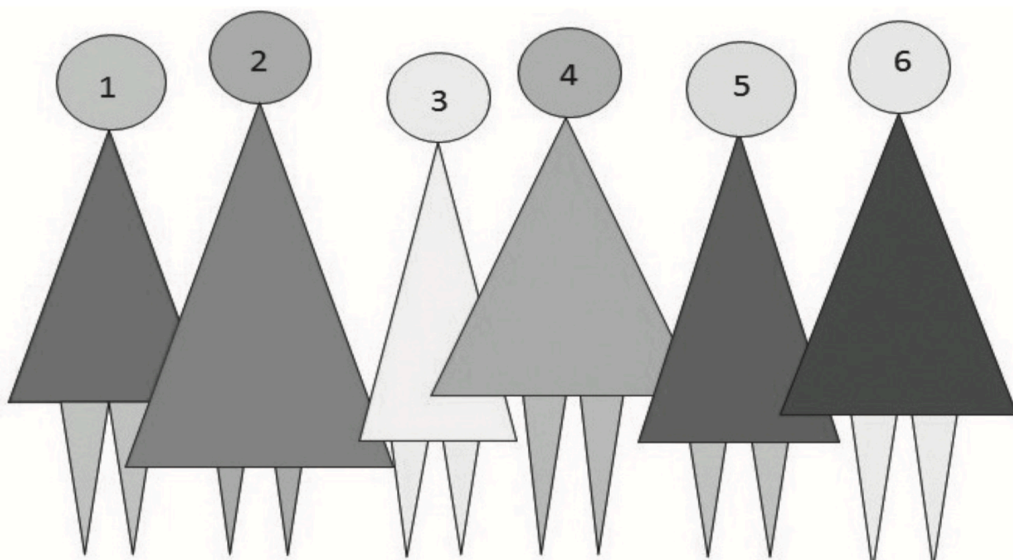
GamCare (fondata nel 1997) è un ente di beneficenza nazionale leader per fornire informazioni, avvisi, supporto e consulenza gratuita per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo problematico. GamCare ha tradizionalmente offerto consulenza faccia a faccia mentre il servizio di consulenza online è stato lanciato nel settembre 2007 con l'obiettivo di raggiungere gruppi di clienti tradizionalmente più difficili da contattare. L'aspettativa era che il servizio sarebbe stato particolarmente apprezzato dalle donne che avevano figli piccoli e da coloro che non potevano partecipare a un servizio di persona a causa della propria collocazione ambientale o per motivi di salute.

Le pazienti di GamCare hanno citato molte ragioni per cui la terapia faccia a faccia non era un'opzione utilizzabile: problemi di assistenza all'infanzia, difficoltà con i trasporti pubblici, orari di lavoro impegnativi e comorbidità (soprattutto agorafobia, ansia e depressione). Hanno quindi accolto con favore l'opportunità di ricevere la terapia online. Sono tante le giocatrici d'azzardo e provengono da tutti le estrazioni sociali (vedi Figura 17.1). Tuttavia, nell'esperienza degli psicoterapeuti al GamCare e in linea con le esperienze dei clienti visti al GMA (vedi sopra), la ragione principale per cui le donne possono preferire la consulenza online è il senso di vergogna. Molte donne che hanno provato la terapia faccia a faccia hanno avuto paura di essere derise e giudicate; ad esempio, coloro che hanno figli sono spesso preoccupate di essere percepite come madri al di sotto degli standard. Le donne spesso potranno parlare con il loro medico di famiglia dei problemi causati o amplificati dal loro gioco d'azzardo senza fare riferimento alla questione del gioco. La prima volta che lo esplorano è spesso online. È anche evidente che numerose donne che giocano d'azzardo in modo problematico non solo lottano con la vergogna a causa del gioco, ma anche con la vergogna amplificata da precedenti traumi e abbandono. Una cliente di GamCare non aveva comunicato alcun problema di abuso in un anno di terapia faccia a faccia, ma la sua storia di abusi sessuali è stata rivelata nella terapia online. (N.B. Una differenza fondamentale tra il lavoro online e offline è la velocità della rivelazione: le donne sono spesso pronte a condividere il loro trauma entro le prime sessioni, se non già alla valutazione.)

Nei primi anni in GamCare, le sessioni di terapia erano principalmente offerte tramite una chat di testo istantanea poiché le connessioni lente a banda larga ostacolavano le sessioni di webcam. Quando le donne sono state invitate a fornire un feedback sulle loro esperienze di consulenza online, hanno espresso numerose ragioni per cui questa modalità di comunicazione stava funzionando per loro. I temi più eclatanti erano che la terapia online rendeva "più facile avere una voce", "un maggiore senso di controllo", "uno spazio per esprimere emozioni" e uno spazio per "non sentirsi giudicati". Un "senso di controllo" è particolarmente importante per le donne che si sentono controllate dagli altri e per quelle il cui equilibrio tra lavoro e vita privata è una lotta. Molte donne hanno anche avuto esperienze negative con figure autoritarie e il lavoro online



cambia il rapporto di potere percepito tra consulente e cliente. A molte donne è stato insegnato a soffocare certe emozioni, a ignorare sentimenti difficili come la rabbia e possono incanalare queste emozioni attraverso il gioco d'azzardo. Se alle donne viene reinsegnato a elaborare ed esprimere le proprie emozioni in un modo diverso, spesso scoprono che la voglia di giocare si attenua. Di conseguenza, interagire con qualcuno online dove una sessione può essere terminata premendo semplicemente un pulsante può sembrare meno rischioso che trovarsi in una stanza con uno sconosciuto. Se le donne hanno un'esperienza sufficientemente positiva nella consulenza online, possono sentirsi pronte a estendere questa esperienza e ad avere ulteriori terapie dal vivo. (Tuttavia, uno dei consulenti ha lavorato anche con giocatrici d'azzardo talmente traumatizzate che non avrebbero mai preso in considerazione l'idea di consultare uno specialista faccia a faccia, anche se fosse stato facilmente accessibile). Con i progressi della tecnologia, GamCare negli ultimi anni si è aggiornata con l'utilizzo della webcam come modalità preferita di comunicazione online. Tuttavia, se le donne scelgono di farlo, possono comunque scegliere di lavorare tramite chat di testo istantanea o scambi di posta elettronica. Suler (2004) spiega le potenziali ragioni per la preferenza per la chat di testo.



**FIGURA 17.1** Le giocatrici d'azzardo provengono da tutti i ceti sociali

1 è vittima di abusi nell'infanzia. Ha scoperto che il gioco d'azzardo la aiuta a bloccare temporaneamente i flashback. I suoi debiti crescenti sembrano un male minore rispetto al suo autolesionismo. Quando gioca d'azzardo non si taglia così spesso.

2 è la donna che non può immaginare la vita senza il gioco d'azzardo. I ricordi d'infanzia felici erano associati alle sale giochi del mare. L'unico modo per passare un po' di tempo con la madre è unirsi a lei per una sessione di bingo e un gioco con le macchinette.

3 è la madre devota e impegnata. Il gioco d'azzardo sul suo cellulare le consente di concentrare in pochi minuti il tempo di cui ha tanto bisogno mentre si prende cura del suo partner e dei

bambini. La famiglia è tutta nella stessa stanza, ignara che la mamma è temporaneamente fuggita in un mondo eccitante, libero da faccende domestiche e routine quotidiana.

4 è la donna d'affari di successo che inizialmente ha giocato d'azzardo per rilassarsi dopo il lavoro. Alcune mattine ora si sveglia con la testa sul portatile dopo una sessione notturna di gioco.

5 è la donna che si sente trascurata dal proprio partner. Il gioco d'azzardo sembra un modo semplice per guadagnare qualche soldo extra per sé. Alla fine, vuole sapere se il suo partner la ama più dei soldi o del lavoro.

6 potrebbe essere la tua vicina, collega di lavoro, migliore amica o parente. Potrebbe giocare d'azzardo offline o online o in entrambi i modi. Può essere single, sposata o vedova, eterosessuale o gay, beneficiaria di sussidi, una persona ambiziosa o pensionata. Chiunque essa sia, sarà spesso l'ultima persona che ti aspetti abbia un problema con il gioco d'azzardo perché è sempre stata una persona che tiene duro.

Suler (2004) ha esaminato "l'effetto disinibizione", un effetto che può essere osservato tra molti utenti online, principalmente sulla comunicazione asincrona basata su testo. Molti fattori che possono influenzare il comportamento in questa modalità di comunicazione (ad esempio un senso di anonimato e invisibilità e introiezioni solipsistiche) non si applicano allo stesso modo quando si utilizza una webcam. La webcam cambia il rapporto tra le parti online perché tutte sono visibili e possono essere ascoltate. Su questa premessa, è stato previsto che la maggior parte delle donne traumatizzate che si fanno avanti per la terapia non avrebbero voluto lavorare con una webcam, ma questo non è stato il caso di GamCare.

Nella maggior parte dei casi, le donne erano pronte a lavorare con una webcam e condividere liberamente l'azzardo, i traumi e gli abusi. Le donne hanno spesso espresso la loro sorpresa per il livello e la portata della loro rivelazione. L'effetto di disinibizione ha come vantaggio il fatto che una grande quantità di materiale può essere vagliato in un breve lasso di tempo, il che è particolarmente utile nella terapia a breve termine. D'altra parte, il ritmo può essere una sfida, in modo che le donne non si sentano troppo esposte e vulnerabili alla fine della sessione, in quanto ciò potrebbe portare a una ricaduta.

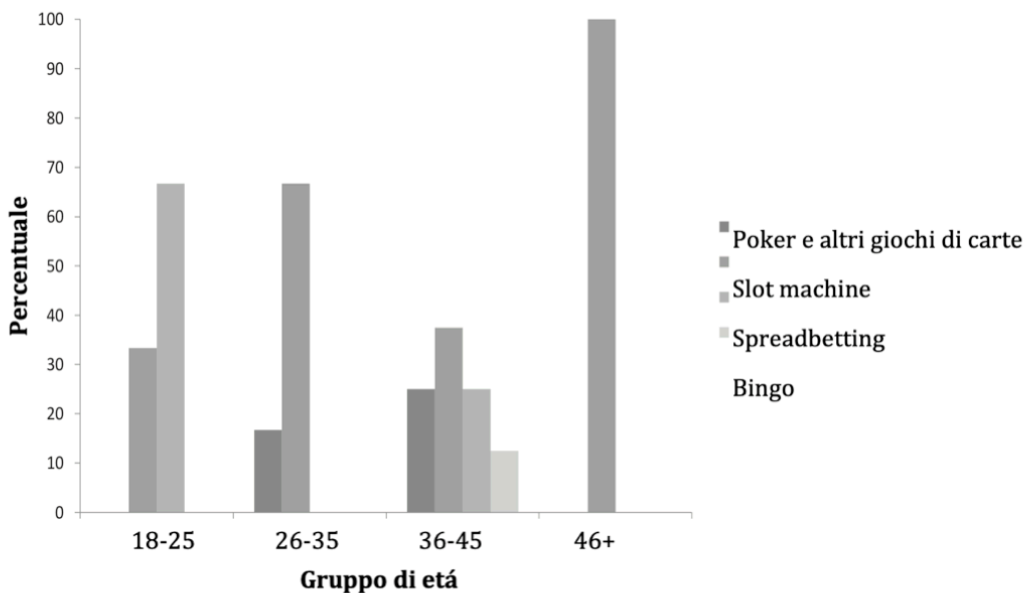
Anche se ora sono più visibili, le giocatrici d'azzardo si sentono ancora più sicure nel dare voce alla loro storia online: "Mi sento OK a condividere questo argomento perché non siamo nella stessa stanza" è un commento che si sente spesso. Come accennato in precedenza, la questione del controllo e del potere sembra essere una considerazione importante per le giocatrici che si sono spesso sentite prive di potere e fuori controllo nelle proprie vite. Dopotutto, è più facile premere un pulsante e "sparire" quando si lavora online che alzarsi dalla sedia e andarsene in una sessione faccia a faccia. Una cliente online ha ammesso in una e-mail dopo una sessione, che aveva chiesto di terminare una sessione in anticipo a causa dei sentimenti difficili che la sessione stessa aveva suscitato. La chiave è avere la possibilità di scomparire rapidamente e in modo relativamente indolore. Si presume spesso che anche le donne che scelgono di ricevere aiuto online stiano giocando d'azzardo online. Il gioco online attira sicuramente molte giocatrici e le clienti di GamCare non fanno eccezione. Sulla base

delle informazioni di auto-segnalazione all'inizio del trattamento, nel 2016, il 73% erano esclusivamente giocatrici d'azzardo online, il 23% sia online che offline e il 4% offline. Dopotutto, essere online significa che possono comprimere il gioco d'azzardo il più possibile, pur essendo almeno fisicamente presenti per la loro famiglia (sebbene molte donne condividano il senso di colpa per essere emotivamente assenti mentre giocano).

Il gioco d'azzardo online può dare alle donne un senso di potere e controllo nelle relazioni; alcune donne riferiscono di aver giocato d'azzardo anche quando il loro partner era nella stessa stanza. Tuttavia, altre giocatrici trovano il gioco online "falso" e "irreale" e sono coinvolte in altre forme di gioco, in particolare il gioco con le macchinette. È stato spesso stabilito che la macchinetta può rappresentare l'unica costante nella vita di una donna, "un amico o un amante che potrebbe deluderti, ma almeno sai qual è il tuo posto". A differenza di molti giocatori d'azzardo maschi, le donne spesso sono già consapevoli che il loro gioco d'azzardo in ultima analisi non riguarda la vittoria o l'entusiasmo, ma un modo per affrontare altri problemi della vita. Sia offline che online, il gioco d'azzardo svolge funzioni come:

- fuga e distrazione da sentimenti difficili, traumi e vita quotidiana;
- ritagliare un po' di "tempo per sé" in una pianificazione fitta e affollata;
- comunicare rabbia e frustrazione;
- rivivere cicli emotivi familiari (gioco d'azzardo come amante o carnefice).

**FIGURA 17.2** Attività di gioco d'azzardo scelte dalle giocatrici che hanno avuto accesso al trattamento online nel 2016 presso GamCare



Inoltre, è necessaria la consapevolezza che la consulenza online potrebbe non essere appropriata per le donne che sono isolate e conducono tutte le loro relazioni online. La consulenza online potrebbe essere l'unico modo per raggiungerle inizialmente, ma devono essere incoraggiate a costruire una rete di supporto offline. Inoltre, le donne nel Regno Unito sono state tradizionalmente sottorappresentate nei gruppi di psico-educazione, quindi offrire un gruppo di psico-educazione online può aiutare le giocatrici d'azzardo a impegnarsi in questa forma di terapia. Il gruppo di psico-educazione online gestito da GamCare è stato rilanciato nel gennaio 2015 e le dimensioni del campione sono troppo piccole per trarre conclusioni definitive. Tuttavia, mentre le donne possono sentirsi a disagio in un gruppo misto faccia a faccia se sono in minoranza, le stesse erano pienamente coinvolte nel gruppo virtuale e hanno preso l'iniziativa di sostenere le loro controparti maschili. Di nuovo, c'è l'aspetto della sicurezza di poter lavorare da un ambiente di tua scelta, ma c'è anche la questione del potere: sullo schermo, tutti occupano lo stesso spazio ed è più difficile per un membro dominare il gruppo.

Nonostante i punti già menzionati, molte giocatrici d'azzardo nel Regno Unito non affrontano mai una consulenza. Tra il 1° settembre 2013 e il 30 settembre 2015, 208 donne hanno inizialmente presentato domanda di consulenza online, ma il 74% ha abbandonato prima della valutazione. Tuttavia, una volta confermata la valutazione, il 92% ha partecipato e l'84% ha iniziato una consulenza. Uno dei motivi per cui le donne non possono mai accedere alla consulenza è la loro sfiducia nei confronti degli altri, specialmente di coloro che hanno autorità. Sono state spesso deluse da genitori, insegnanti, servizi sociali, medici e polizia, e questa sfiducia si estende al consulente. Inoltre, le giocatrici sono spesso viste come forti e responsabili dagli altri, nascondendo il loro dolore e le loro paure dietro una maschera (vedi Figura 17.3). Può essere difficile per queste donne lasciar cadere la maschera e chiedere aiuto esterno. Tuttavia, se sono disposte a chiedere aiuto, sembrano essere più propense a scegliere il percorso online. (Le donne attualmente rappresentano un terzo di tutti i clienti online contro circa il 6% dei clienti offline di GamCare.)

**FIGURA 17.3** Le giocatrici d'azzardo sono spesso viste dagli altri come forti e responsabili: è difficile lasciare cadere la maschera e chiedere aiuto



In conclusione, la consulenza online può essere un modo efficace per raggiungere le giocatrici d'azzardo nel Regno Unito. Le dimensioni del gioco d'azzardo problematico misurate dal Problem Gambling Severity Index (PGSI; Ferris & Wynne, 2001) e la vastità di angoscia rilevata sul CORE10 (Barkham et al., 2013) hanno mostrato una riduzione significativamente evidente.<sup>1</sup> Coloro che riescono a impegnarsi spesso fanno progressi significativi in un breve lasso di tempo. I problemi delle giocatrici d'azzardo sono sovente molto complessi e spesso trarrebbero beneficio da un trattamento più lungo. Tuttavia, a causa di problemi di fiducia, potrebbero non essere pronte a chiedere ulteriori consulenze. Un approccio olistico è imperativo: l'approccio terapeutico utilizzato è importante almeno quanto il metodo di consegna.

### **Servizi femminili presso la Gordon Moody Association**

Gordon Moody Association (GMA), un ente di beneficenza con sede nel Regno Unito, fornisce consulenza, istruzione e supporto terapeutico innovativo e di

alta qualità ai giocatori problematici e alle persone colpite dal gioco problematico, attraverso servizi residenziali, online e di sensibilizzazione e lo fa da oltre 40 anni. In questo periodo, l'ente di beneficenza ha sviluppato un programma di trattamento unico su misura per soddisfare le esigenze specifiche di questo gruppo di clienti in un contesto residenziale, dove sono supportati da una comunità terapeutica all'interno della quale vanno a vivere. Un programma per le giocatrici problematiche è stato introdotto per la prima volta da GMA nel 2002, quando l'ente ha tentato di replicare il programma offerto presso il centro residenziale maschile e ha trovato rapidamente una serie di difficoltà nel tentativo di adattare il loro approccio per soddisfare le esigenze molto diverse delle donne in trattamento.

Il primo scoglio per il GMA era comprendere le barriere e gli ostacoli che impediscono alle donne di accedere all'aiuto di cui hanno così disperatamente bisogno. Molte donne che contattano GMA per chiedere aiuto scoprono di essere sopraffatte dal ciclo caotico che il gioco d'azzardo spesso causa. Sebbene questo sia simile alle esperienze degli uomini, molte donne si sentono incapaci di informare le persone intorno a loro. Spesso piene di vergogna, la loro preoccupazione principale, indipendentemente dall'intensità della situazione, rimane il giudizio degli altri. Per molte donne al GMA, lottare da sole è preferibile che essere sottoposte ai giudizi degli altri; essere etichettata come "giocatrice problematica" o, peggio ancora, "cattiva madre" e considerata negligente. Inoltre, molte delle donne lottano con la paura di "lasciarsi andare", non essendo più la "roccia" o la forza invincibile che tiene insieme la famiglia. Al GMA, alcune donne credono di non avere il diritto di riconoscere i propri sentimenti; i bisogni emotivi e pratici degli altri sono molto più importanti dei loro. Il fallimento è incapsulato nell'ammissione di un'incapacità di far fronte ai problemi; ammettere la sconfitta e prestare attenzione ai bisogni interni sarebbe considerato un atto di egoismo grossolano. Inoltre, l'egoismo è molto spesso un'etichetta che le donne applicano a se stesse al GMA, per le cose che hanno fatto come conseguenza del gioco d'azzardo patologico. Le donne sono raramente in grado di vedere la loro situazione come conseguenza di eventi e stress della vita. È fin troppo comune osservare che le donne hanno interiorizzato i propri sentimenti a tal punto da pensare di non meritare aiuto.

GMA riferisce che le donne tendono a mantenere il loro senso di responsabilità verso coloro che le circondano quando sono ancora alle prese con la dipendenza dal gioco. Questo è potenzialmente ciò che precede in primo luogo la discesa nella dipendenza; anche nel mezzo dei propri problemi, le donne continueranno a funzionare in modo da soddisfare i bisogni di tutti gli altri a proprie spese. Un tale ruolo di "dover far fronte" può essere un fattore che contribuisce al loro crescente bisogno di giocare, il che aiuta molte di loro ad affrontare la crescente pressione che sentono per tenere tutto insieme, nonostante il tumulto interiore che stanno vivendo.

Durante i sette anni (2002-2009) di gestione della prima unità residenziale femminile, GMA è stata in comunicazione con innumerevoli donne, molte del-

le quali erano in uno stato disperato e avevano bisogno di aiuto. Per la maggior parte di loro, tuttavia, gli ostacoli che hanno dovuto affrontare per prendersi una pausa e occuparsi dei propri bisogni erano insormontabili. Inoltre, gli ulteriori ostacoli pratici dell'assistenza dei bambini e altri impegni di cura hanno reso inaccessibile alla maggior parte delle donne un programma residenziale a lungo termine. GMA ha dovuto creare qualcosa di più accessibile e pratico per le esigenze delle donne. Combinare il trattamento di uomini e donne presso la struttura di trattamento residenziale non era più un'opzione valida. GMA aveva tentato di farlo all'inizio del 2002 e il numero non proporzionato di donne rispetto agli uomini (donne in minoranza) all'interno della struttura è servito ad aumentare l'isolamento provato dalle stesse. Le donne non si sentivano comprese o incluse; piuttosto sentivano di essere giudicate ed escluse dal gruppo di cui stavano cercando di far parte: un processo notevolmente distruttivo, non riparatore. Come sappiamo, le donne e gli uomini tendono, per la maggior parte, a giocare d'azzardo in modo abbastanza diverso e c'era poca comprensione del comportamento reciproco all'interno della comunità di trattamento; gli uomini consideravano il loro gioco d'azzardo superiore, più serio e più importante di quello delle loro controparti femminili. Inoltre, in un ambiente residenziale misto si sono sviluppate alcune relazioni disfunzionali che sono servite a far deragliare il processo terapeutico per coloro che erano coinvolti. Non solo i problemi di co-dipendenza rendevano inefficace il processo terapeutico, ma venne a mancare il lavoro clinico sull'onestà, poiché ciascun genere si sentiva incapace di rivelare informazioni importanti per il rischio di turbare l'altro. L'atmosfera della comunità divenne poco accomodante e poco collaborativa e GMA prese la decisione di non perpetuare, nel futuro, un percorso di trattamento comune per uomini e donne.

Nel 2015 GMA è stata felicissima di essere ancora una volta in grado di aprire le porte alle donne con un programma che era stato specificamente adattato alle loro esigenze. GMA offre ora un programma che si estende su un periodo di 12 settimane ed è un compromesso tra appuntamenti in stile residenziale e ambulatoriale: una combinazione di residenziale sotto forma di due brevi ritiri, intervallati da sessioni settimanali individuali, che possono essere sia faccia-a-faccia, sia sessioni online o telefoniche. Le donne scelgono il loro consulente e il metodo di applicazione del trattamento durante il primo soggiorno residenziale. Il trattamento residenziale offre un'intensa esperienza di terapia combinata con il supporto tra pari che è difficile ricreare in altri ambienti. Questo approccio innovativo consente alle donne di beneficiare di un trattamento residenziale pur avendo la comodità di sessioni settimanali in stile ambulatoriale per adattarsi alla loro vita. In questo modo possono assecondare i propri bisogni e affrontare i loro problemi di gioco in modo flessibile, il che evita loro di dover scegliere tra sé stesse e tutti gli altri. Il primo ritiro è di quattro giorni e il secondo è di tre, periodi di assenza che sono più facili da spiegare come una 'breve pausa o corso' se le donne non sono ancora in grado di essere oneste con

tutti coloro che gravitano intorno, aiutandole così a evitare il problema di affrontare le opinioni potenzialmente negative di altre persone.

GMA ha avuto la fortuna di trovare un bellissimo rifugio rurale che fornisce un ambiente protettivo lontano dalle pressioni del "mondo reale". L'ambiente della casa di campagna offre pace e tranquillità assoluta, è appartato e remoto senza accesso a televisione, radio o Internet. Non ci sono distrazioni esterne, il che aiuta a creare uno spazio che facilita l'auto-riflessione e favorisce una comunicazione mirata. Alle donne viene fornito cibo gustoso e nutriente e i terreni e l'area circostante sono pittoreschi. Con tutti questi elementi, le donne si trovano in una situazione in cui possono concentrarsi su se stesse sia a livello fisico che emotivo.

Al momento della pubblicazione, GMA ha gestito tre coorti di donne ed è stata soddisfatta di quanto velocemente i gruppi si siano uniti e siano stati in grado di iniziare a condividere le esperienze personali; ogni gruppo ha legato e le alleanze terapeutiche sono sorte con immediatezza. La GMA ha riflettuto su quanto inestimabile sia stata la comunità terapeutica per le "scoperte" emotive che ha facilitato. È chiaro che le donne ora si sentono sicure nel parlare di emozioni e azioni senza temere il giudizio che sono state abituate ad aspettarsi dagli altri. Inoltre, avere un'affinità con altre donne con le quali trovano cose in comune, consente a ciascuna donna di vedere sé stessa da una prospettiva diversa. Le donne non hanno altra scelta che rivalutare sé stesse e riflettere; dopotutto, se a loro piace la donna seduta accanto a loro e questa si è comportata allo stesso modo, spesso è abbastanza difficile continuare ad auto criticarsi per la stessa azione. Attraverso questo processo, GMA ha visto ogni donna fare un passo indietro rispetto ai propri comportamenti problematici e vedere per la prima volta che la dipendenza dal gioco è la causa scatenante. Le donne hanno una affinità e i comportamenti e le esperienze comuni danno loro un senso di controllo; in questo modo possono iniziare a porre rimedio alle loro azioni ed esperienze. Non solo sono in grado di vedere se stesse attraverso gli occhi delle altre, ma a volte possono persino trovare il lato umoristico di alcune delle cose che hanno fatto. La capacità di riderci su può togliere il potere agli eventi che sono stati una grande fonte di ansia per loro.

Sentirsi isolate e sole è un problema molto comune espresso dalle donne nel mezzo della loro dipendenza. Il programma di trattamento residenziale è in grado di colmare il divario lasciato aperto dall'isolamento e dalla solitudine e molte donne diventano buone amiche. Molte rimangono in contatto l'una con l'altra e diventano un elemento fisso una nella vita dell'altra. Inoltre, il più delle volte il risultato del convivere con una dipendenza può essere un cattivo stato di salute, a causa dello stress, del non mangiare correttamente e del trascurare i propri bisogni. Durante il soggiorno residenziale, le donne iniziano molto rapidamente a sentire i benefici derivanti dal prendersi cura di se stesse a livello fisico. Le persone potrebbero non vedere sempre l'importanza di questo nella ripresa, ma è fondamentale per un recupero di successo a lungo termine. Se una persona si sente e sembra in buona salute, è più probabile che inizi a va-



lutare l'importanza di prendersi cura di se stessa emotivamente. Se si sente forte fisicamente, è più probabile che sia psicologicamente rafforzata per affrontare gli ostacoli quotidiani che derivano da qualsiasi stile di vita. Essere in un ambiente in cui viene fornito cibo sano è un modo eccellente per consolidare la necessità di prendersi cura di sé. Essere in grado di rilassarsi e fare un bagno la sera, qualcosa di molto semplice, può essere di grande aiuto per ricordare come l'auto-accudimento cambi il modo in cui ci si sente riguardo a tutto ciò che è esterno a noi.

Il lavoro svolto durante il ritiro iniziale si concentra sull'aiutare le donne a comprendere i loro processi di pensiero, le origini e la loro gestione. Affrontando alcuni dei loro problemi immediati in un luogo sicuro, viene aperta la strada al lavoro per il trattamento che si svolge nelle settimane successive. Le donne sono quindi in grado di impegnarsi rapidamente nelle sessioni individuali settimanali e il processo di identificazione delle cause alla base della dipendenza avviene più facilmente. Il secondo ritiro consente loro di riflettere su ciò che hanno imparato e assicurarsi di avere tutti gli strumenti di cui hanno bisogno per creare uno stile di vita positivo per sé stesse, senza il gioco d'azzardo. Finora, a quasi due anni dall'inizio del nuovo programma, GMA sembra aver progettato un approccio che consenta alle donne di rivolgersi e di impegnarsi con il servizio, riconoscendo ed evitando gli ostacoli descritti in precedenza in questo capitolo. GMA è ancora nella fase pilota e continua ad imparare e ad adattarsi ad ogni nuovo gruppo di donne che si registrano. I primi segnali indicano che il programma è una piattaforma di successo che consente alle donne di intraprendere un viaggio proficuo e gratificante verso il recupero.

## **Ringraziamenti**

Grazie al dottor Jason Landon, Auckland University of Technology, Nuova Zelanda, che sta intraprendendo un progetto di ricerca congiunto che esplora la partecipazione delle donne al gioco d'azzardo e i danni correlati, i cui risultati forniranno le basi per lo sviluppo di un programma di ricerca su prevenzione, screening e intervento per i danni legati al gioco d'azzardo per le donne, sia a livello nazionale che internazionale.

## **Note**

1 PGSI: punteggi medi all'inizio del trattamento = 21; alla fine del trattamento = 3. CORE 10: punteggi medi all'inizio del trattamento = 19; alla fine del trattamento = 3.

2 PGSI: punteggi medi all'inizio del trattamento = 22; alla fine del trattamento = 14. CORE 10: punteggi medi all'inizio del trattamento = 25; al termine del trattamento = 18.

N.B. Sebbene le clienti siano ancora classificate come giocatrici problematiche; c'è l'indicazione di un possibile migliore livello di controllo.

## Bibliografia

- Abbott, M. W., Romild, U., & Volberg, R. A. (2014). Gambling and problem gambling in Sweden: Changes between 1998 and 2009. *Journal of Gambling Studies, 30*, 985–999.
- Abbott, M., Stone, C. A., Billi, R., & Yeung, K. (2016). Gambling and problem gambling in Victoria, Australia: Changes over 5 years. *Journal of Gambling Studies, 32*, 47–78.
- Afifi, T. O., Brownridge, D. A., MacMillan, H., & Sareen, J. (2010). The relationship of gambling to intimate partner violence and child maltreatment in a nationally representative sample. *Journal of Psychiatric Research, 44*, 331–337.
- Barkham, M., Bewick, B., Mullin, T., Gilbody, S., Connell, J., Cahill, J., & Evans, C. (2013). The CORE-10: A short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies. *Counselling and Psychotherapy Research, 13*, 3–13.
- Black, D. W., & Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services, 49*, 1434–1439.
- Bland, R. C., Newman, S. C., Orn, H., & Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *The Canadian Journal of Psychiatry, 38*, 108–112.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction, 97*, 487–499.
- Boughton, R., & Falenchuk, O. (2007). Vulnerability and comorbidity factors of female problem gambling. *Journal of Gambling Studies, 23*, 323–334.
- Bunkle, P. (2009). Women and gambling: What can be learned from the New Zealand experience? A women's study approach. *Women's Study Journal, 23*, 36–45.
- Clarke, D., Tse, S., Abbott, M., Townsend, S., Kingi, P., & Manaia, W. (2006). Key indicators of the transition from social to problem gambling. *International Journal of Mental Health and Addiction, 4*, 247–264.
- Corney, R., & Davis, J. (2010). The attractions and risks of Internet gambling for women: A qualitative study. *Journal of Gambling Issues, 24*, 121–139.
- Cowlishaw, S., & Hakes, J. K. (2015). Pathological and problem gambling in substance use treatment: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The American Journal on Addictions, 24*, 467–474.
- Crisp, B. R., Thomas, S. A., Jackson, A. C., Thomason, N., Smith, S., Borrell, J., & Holt, T. A. (2000). Sex differences in the treatment needs and outcomes of problem gamblers. *Research on Social Work Practice, 10*, 229–242.
- Davis, D. (2009) *Taking Back Your Life. Women and Problem Gambling*. Minnesota Hazelden.
- Dickerson, M. (1993). Internal and external determinants of persistent gambling: Problems in generalizing from one form to another. In W. R. Eadington and J. Cornelius (Eds.), *Gambling Behavior and Problem Gambling*. Reno: Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming.
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2009). The family functioning of female pathological gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction, 7*, 29–44.
- Dowling, N., Suomi, A., Jackson, A., Lavis, T., Patford, J., Cockman, S., Thomas, S., Bellringer, M., Koziol-McLain, J., Battersby, M., Harvey, P., & Abbott, M. (2014). Problem gambling and intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence and Abuse (Online): A review journal, 1*–19.
- Ferentzy, P., Skinner, W., & Antze, P. (2006). Rediscovering the Twelve Steps: Recent changes in Gamblers Anonymous. *Journal of Groups in Addiction and Recovery, 1*, 59–74.
- Ferris, J., & Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final Report*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Grant, J., Kushner, M., & Kim, S. (2002). Pathological gambling and alcohol use disorder. *Alcohol Research and Health, 26*, 143–150.
- Griffiths, M. D. (1999). Gambling technologies: Prospects for problem gambling. *Journal of Gambling Studies, 15*, 265–283.

- Griffiths, M., Wardle, H., Orford, J., Sproston, K., & Erens, B. (2010). Gambling, alcohol, consumption, cigarette smoking and health: Findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey. *Addiction Research & Theory, 18*, 208–223.
- Gupta, R., & Derevensky, J. (1997). Familial and social influences on juvenile gambling behavior. *Journal of Gambling Studies, 13*, 179–192.
- Holdsworth, L., Hing, N., & Breen, H. (2012). Exploring women's problem gambling: a review of the literature. *International Gambling Studies, 12*, 199–213.
- Ladd, G. T., Molina, C. A., Kerins, G. J., & Petry, N. M. (2003). Gambling participation and problems among older adults. *Journal of Psychiatry and Neurology, 16*, 172–177.
- Ladouceur, R., Boisvert, J. M., Pépin, M., Loranger, M., & Sylvain, C. (1994). Social cost of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies, 10*, 399–409.
- Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2004). Gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*, 711–714.
- Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2010). Subtyping pathological gamblers based on impulsivity, depression, and anxiety. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*, 680.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1991). When lady luck loses: Women and compulsive gambling. In: N. van den Burgh (Ed.), *Feminist Perspectives on Treating Addictions*. New York: Springer.
- Lesieur, H. R., & Rosenthal, R. J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association task force on DSM-IV committee on disorders of impulse control not elsewhere classified). *Journal of Gambling Studies, 7*, 5–39.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction, 106*, 490–498.
- Nixon, G., Evans, K., Kalischuk, R.G., Solowoniuk, J., McCallum, K., & Hagen, B. (2013). Female gambling, trauma and the not good enough self: An interpretative phenomenological analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction, 11*, 214–231.
- Nower, L., Derevensky, J. L., & Gupta, R. (2004). The relationship of impulsivity, sensation seeking, coping, and substance use in youth gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors, 18*(1), 49–55.
- Petry, N. M., & Steinberg, K. L. (2005). Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*, 226–229.
- Piquette, N., & Norman, E. (2013). An All-Female Problem-Gambling Counseling Treatment: Perceptions of effectiveness. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 8*, 51–75.
- Potenza, M., Fiellin, D., Heninger, G., Rounsaville, B., & Mazure, C. (2002). Gambling: An addictive behavior with health and primary care implications. *Journal of General Internal Medicine, 17*, 721–732.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1500–1505.
- Rogers, J. (2015). *Anonymous Steps: Gender and GA*. Paper presented at Women and Problem Gambling: The Hidden Addiction conference, 24–26 June, Lincoln, UK.
- Shaffer, H. J., & Korn, D. A. (2002). Gambling and related mental disorders: A public health analysis. *Annual Review of Public Health, 23*, 171–212.
- Shaffer, H. J., LaBrie, R. A., LaPlante, D. A., Nelson, S. E., & Stanton, M. V. (2004). The road less travelled: Moving from distribution to determinants in the study of gambling epidemiology. *The Canadian Journal of Psychiatry, 49*, 504–516.
- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two US national surveys. *American Journal of Psychiatry, 163*, 297–302.
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & Behavior, 7*, 321–326.
- Svensson, J., & Romild, U. (2014). Problem gambling features and gendered gambling domains

amongst regular gamblers in a Swedish population-based study. *Sex Roles*, 70, 240–254.

Trevorrow, K., & Moore, S. (1998). The association between loneliness, social isolation and women's electronic gaming machine gambling. *Journal of Gambling Studies*, 14, 263–284.

Wardle, H., Moody, A., Spence, S., Orford, J., Volberg, R., Jotangia, D., Griffiths, M., Hussey, D., & Dobbie, F. (2011). *British Gambling Prevalence Survey 2010*. Prepared for The Gambling Commission. London: National Centre for Social Research.

Parte 5

# *Oceania*



## UNA RASSEGNA DELLA RICERCA SUL PROBLEMA DEL GIOCO D'AZZARDO TRA LE DONNE AUSTRALIANE

*Nerilee Hing, Elaine Nuske e Helen Breen*

### **Introduzione**

L'Australia è conosciuta come una nazione di giocatori d'azzardo, dato che riflette le sue politiche relativamente liberali di gioco d'azzardo e l'accettazione culturale del gioco stesso come attività di svago normalizzata (Hing, 2009; Productivity Commission, 1999). Quasi i due terzi degli australiani adulti partecipano a qualche forma di gioco d'azzardo ogni anno, con le donne che ora superano gli uomini tra i giocatori d'azzardo che giocano di persona, tradizionalmente, sebbene la situazione sia invertita tra i giocatori d'azzardo online (Hing et al., 2014a). Analogamente a molti altri paesi, atteggiamenti sociali più liberalizzati nei confronti del gioco d'azzardo e una maggiore indipendenza finanziaria e sociale delle donne hanno incoraggiato una femminilizzazione del gioco d'azzardo. Tuttavia, è la proliferazione di opportunità di giocare alle macchinette (macchine da gioco elettroniche - EGM) in tutta la periferia australiana che ha probabilmente avuto l'influenza più determinante sul gioco d'azzardo femminile e sul gioco problematico in questo Paese.

Le EGM, o "pokies" (n.d.t. = slot machine, in Australia e Nuova Zelanda), sono state una caratteristica del gioco d'azzardo australiano per molti decenni. Inizialmente funzionanti illegalmente sin dalla fine del 1800, le macchine da gioco furono legalizzate per la prima volta in Australia in club senza scopo di lucro autorizzati nel Nuovo Galles del Sud (NSW) nel 1957. Aiutando a promuovere gli interessi condivisi dei membri del club (ad es. Sport, scambio di servizi, interessi lavorativi, etnici e religiosi), le donne sono state coinvolte nelle attività del club prima come volontarie e poi come patrocinanti. I profitti delle macchine da gioco hanno consentito l'espansione del settore e la costruzione di luoghi confortevoli e ben arredati che offrono cibo, bevande, intrattenimento, strutture sportive, aree per bambini, sale riunioni e giochi d'azzardo, fornendo così un'alternativa più femminile agli hotel suburbani. Alla fine degli anni '90, i club del NSW gestivano quasi il 10% delle macchine da gioco ad "alta intensità" del mondo (Productivity Commission, 1999), portando il gioco d'azzardo EGM a pochi chilometri dalle case e dai luoghi di lavoro della maggior parte dei residenti del NSW.

Dagli anni '90, la loro espansione in hotel e club in quasi tutte le giurisdizioni australiane ha fornito accesso al gioco d'azzardo EGM ad ogni periferia e città. Oggi, 5.340 club, hotel e casinò in tutta l'Australia gestiscono circa 200.000 EGM, circa cinque volte di più, pro capite, rispetto agli Stati Uniti (Australasian Gaming Council, 2015). I prodotti della lotteria, le scommesse su corse e sportive, i giochi da casinò, il keno (n.d.t. una specie di bingo/lotteria) e il bin-

go sono disponibili nei luoghi tradizionali e online, con nuovi prodotti e tecnologie di gioco che plasmano il gioco d'azzardo femminile. Tuttavia, le EGM sono la principale fonte di problemi di gioco per le donne australiane e il fulcro della maggior parte delle indagini correlate. Lo studio sui comportamenti, le motivazioni, i problemi di gioco, la ricerca di aiuto, il trattamento e il supporto delle donne legati al gioco d'azzardo, riceve quindi la massima enfasi in questa revisione sulla ricerca australiana rispetto al problema del gioco d'azzardo femminile.

### **Il comportamento di gioco delle donne australiane**

Il comportamento di gioco è fortemente frammentato in base al genere e le donne australiane tendono ad iniziare a giocare più tardi nella vita e a partecipare a una gamma più ristretta di attività di gioco rispetto alla loro controparte maschile (Delfabbro, 2012; Queensland Government, 2012). Un'analisi di genere dei dati sulla prevalenza fornito da Victoria Australia (N = 15.000) ha rivelato che le forme di gioco più popolari tra i due generi erano rispettivamente giochi tipo lotteria, EGM e scommesse sulle corse (Hing, Russell, Tolchard & Nower, 2015a). Tuttavia, la percentuale di donne che si è impegnata in queste attività era inferiore a quella maschile e l'impegno è stato meno frequente. Le donne avevano una probabilità significativamente inferiore di partecipare a giochi d'azzardo basati sulle abilità, compresi i giochi da tavolo, le scommesse sportive e il gioco d'azzardo privato. Questa preferenza delle donne per forme di gioco d'azzardo non strategiche, basate sul caso, è stata osservata in diversi studi australiani (Hallebone, 1999; Hing & Breen, 2001a, 2001b; Quirk, 1996; Scannell, Quirk, Smith, Maddern & Dickerson, 2000; Thomas & Moore, 2001; Trevorrow & Moore, 1998). Studi di prevalenza in altre giurisdizioni australiane hanno anche scoperto che le donne hanno meno probabilità degli uomini di giocare d'azzardo alla maggior parte delle attività, ad eccezione dei prodotti della lotteria e del bingo; per quanto riguarda le EGM la possibilità è la medesima, o forse solo marginalmente inferiore (ACIL Allen Consulting, 2014; Queensland Government 2012; Centro di ricerca sociale, 2013; Sproston, Hing & Palankay, 2012).

Mentre i tassi di partecipazione e la frequenza del gioco d'azzardo EGM differiscono poco tra donne e uomini australiani, la ricerca ha scoperto che i loro stili di gioco variano. Le donne tendono a giocare alle EGM in cui si possono giocare somme inferiori, a puntare meno denaro su un numero inferiore di linee, a fare scommesse individuali più basse e ad avere una spesa inferiore per le EGM, coerente con una strategia di massimizzazione del tempo di gioco (Hing & Breen, 2001a, 2001b; Hing et al., 2015a). Inoltre, le giocatrici EGM regolari (almeno settimanalmente) hanno maggiori probabilità di giocare con le EGM da sole e hanno sessioni di gioco più lunghe, rispetto ai normali giocatori di EGM maschi (Hing & Breen, 2001b). Gli studi suggeriscono che le EGM sono popolari sia tra le donne più giovani che tra le donne anziane, ma che le donne



più giovani si impegnano in una più ampia gamma di attività di gioco d'azzardo (ACIL Allen Consulting, 2014; Hing et al., 2015a; Queensland Government, 2012; Social Research Center, 2013; Sproston et al., 2012). Pertanto, le donne anziane sono particolarmente attratte dalle EGM all'interno della selezione dei prodotti di gioco disponibili.

La propensione delle donne per le EGM è stata rilevata in numerosi studi a seguito della loro diffusa espansione in Australia a partire dagli anni '90 (ad esempio, Hing & Breen, 2001a, 2001b; Quirk, 1996; Scannell et al., 2000; Thomas & Moore, 2001). L'attrazione delle donne per il gioco d'azzardo EGM può essere spiegata in parte dal fatto che sono situate in luoghi relativamente a misura di donna, il che riflette l'influenza dell'accessibilità sociale sulla partecipazione al gioco (Hing & Haw, 2009), con le donne che apprezzano la sicurezza e l'estetica del luogo in modo più marcato rispetto agli uomini (Thomas, Sullivan & Allen, 2009). La ricerca qualitativa indica che le giocatrici d'azzardo EGM apprezzano la capacità di socializzare, di appartenere a un gruppo di comunità amichevole e rilassato in un luogo socialmente accettabile, di solito scevro da molestie (Brown & Coventry, 1997). Anche l'accessibilità fisica è elevata, data l'ubicazione delle EGM in contesti periferici sparsi, e la disponibilità di mezzi pubblici e / o autobus di cortesia forniti dalle sale gioco rivolte alle comunità locali femminili (Surgey, 2000). Le EGM hanno anche un basso costo di accesso al gioco che può adattarsi meglio ai redditi più bassi della media delle donne, non richiedono alcuna abilità ma solo poca concentrazione per giocare, il che aumenta la loro attrattiva come mezzo per allontanarsi dalle esigenze quotidiane. Pertanto, le donne migranti, le donne aborigene e quelle provenienti da contesti culturalmente diversi possono partecipare utilizzando il gioco d'azzardo EGM come un modo per evitare i loro obblighi culturali e per impegnarsi in un'attività in cui parlare inglese non è così importante (Breen, Hing, Gordon & Buultjens, 2012; Hallebone, 1999; Trevorrow & Moore, 1998).

### **Motivazioni al gioco d'azzardo tra le donne australiane**

I confronti di genere rivelano che le donne australiane tendono ad avere motivazioni intrinseche per il gioco d'azzardo, come la regolazione dell'umore, il divertimento e il relax, mentre gli uomini più probabilmente giocano per ragioni estrinseche, tra cui vincere soldi, battere le probabilità, testare le proprie abilità e superare gli altri (Delfabbro, 2012). La ricerca australiana sulle ragioni femminili per il gioco d'azzardo si è concentrata in modo schiacciante su coloro che hanno problemi di gioco. Un risultato predominante in numerosi studi è l'uso da parte delle donne delle EGM per sfuggire a stati d'animo negativi. Diversi studi hanno notato l'uso femminile dell'EGM come una forma di coping evitante o basato sulle emozioni (Thomas, 1998; Thomas & Moore, 2003), per combattere la solitudine e l'isolamento (Brown & Coventry, 1997; Thomas & Moore, 2001; Trevorrow & Moore, 1998), l'ansia, la depressione e lo stress

(Pierce, Wentzel & Loughnan, 1997; Surgey, 2000). Ciò è coerente con la scelta delle donne di una forma di gioco che richiede poca attenzione durante lo svolgimento e può indurre un senso di dissociazione, e con la tendenza delle stesse a giocare sulle EGM in modi che prolungano il tempo di gioco (Hing & Breen, 2001a, 2001b). Le sale EGM possono fornire un'oasi per le donne che riferiscono di preferire di essere lasciate sole quando giocano (Livingstone, Woolley, Zazryn, Bakacs & Shami, 2008; Pierce et al., 1997). Nei gruppi di donne, la cui attività sociale preferita è il gioco EGM, è probabile che alcune sviluppino problemi di gioco. Trevorrow e Moore (1998), confrontando donne che giocano alle EGM con donne non giocatrici, hanno trovato un piccolo sottogruppo di giocatrici problematiche e hanno suggerito che erano più sole del resto del campione. Laddove il gioco d'azzardo è usuale per un gruppo, i problemi di gioco possono sorgere più spesso per coloro che vivono la solitudine. Saugeres, Thomas, Moore e Bates (2012) notano che anche gli uomini usano le EGM come fuga, ma che i tipi di stress, responsabilità e problemi, da cui maschi e femmine cercano di sfuggire, differiscono. Le donne del loro studio cercavano in vario modo una tregua da partner violenti, relazioni difficili, responsabilità familiari, isolamento sociale, dolore emotivo e preoccupazioni, e hanno giocato alle EGM per ottenere un sollievo temporaneo da una realtà difficile e per avere un po' di tempo per sé stesse.

Giocare alle EGM per sfuggire ai problemi della vita è una motivazione che sembra distinguere le giocatrici problematiche da quelle non problematiche (Crisp et al., 2004; Scannell et al., 2000) e le prime dagli uomini con gioco problematico (Pierce et al. al., 1997; Thomas & Moore, 2001). Ad esempio, le donne sembrano più inclini a sviluppare problemi con il gioco d'azzardo quando affrontano importanti cambiamenti di vita, specialmente quando tali cambiamenti si traducono in isolamento sociale, solitudine e angoscia personale. Dalle interviste con 20 giocatrici EGM, dieci delle quali si sono identificate come giocatrici ricreative e dieci che avevano ricevuto aiuto per problemi di gioco, Holdsworth, Nuske & Breen (2011) hanno scoperto che queste ultime giocavano per sfuggire al vuoto nelle loro vite, mentre il gruppo con gioco ricreativo giocava principalmente per divertimento. La ricerca quantitativa ha trovato che le interazioni tra stati d'animo disforici (solitudine, noia, ansia, depressione) e capacità di evitamento predicevano in modo significativo il problema del gioco d'azzardo nelle donne, mentre solo la solitudine e lo stress erano predittori significativi per gli uomini (Thomas & Moore 2003). È stato anche rilevato che, tra le donne australiane indigene, le motivazioni per il gioco d'azzardo basate sulla fuga distinguono le giocatrici problematiche da altre giocatrici (Hing, Breen, Gordon & Russell, 2014c). Altre ricerche australiane hanno scoperto che le donne hanno maggior probabilità degli uomini di avere disturbi mentali in comorbilità prima di sviluppare il gioco d'azzardo problematico, a causa dell'età più avanzata in cui esso insorge nelle donne (Haw, Holdsworth & Nisbet, 2013). I disturbi mentali comorbili nella popolazione femminile possono

aumentare il rischio di GAP se si usano le EGM come meccanismo per far fronte ai problemi quotidiani.

### **Gioco d'azzardo problematico tra le donne australiane**

L'attuale tasso di gioco problematico in Australia è dello 0,6% nella popolazione adulta, con un altro 3,7% di giocatori a rischio moderato (Gainsbury et al., 2014a). I tassi di gioco problematico tra le donne sono circa la metà o i tre quarti di quelli degli uomini (Hare, 2009; Queensland Government, 2012; Sproston et al., 2012). Una nuova analisi dei dati di uno studio sulla prevalenza nel Victoria Australia ha indicato che predittori significativi di gioco d'azzardo moderato/problematico tra le donne consistevano in un'età compresa tra 18 e 24 anni, parlare a casa una lingua diversa dall'inglese, vivere con coinquilini, essere disoccupate o non nella forza lavoro, e giocare d'azzardo alle EGM (Hing et al., 2015a). Un altro fattore predittivo per il gioco d'azzardo erano gli "altri" motivi, tra cui sfuggire alla noia, alleviare lo stress e distogliere la mente dalle cose. È interessante notare che i fattori di rischio per i maschi erano quasi identici, sebbene le donne anziane che giocavano alle EGM fossero maggiormente a rischio di gioco problematico rispetto alle loro controparti maschili. L'azzardo può diventare un problema per le donne sole e anziane quando i loro ruoli tradizionali femminili si riducono poiché i loro figli lasciano la casa o la famiglia e gli amici muoiono (Holdsworth, Nuske & Breen, 2013). Questa fase della vita più avanzata, con i suoi principali cambiamenti, può produrre sentimenti di perdita e un rinnovato bisogno di interazione sociale, incluso, per alcune, il gioco d'azzardo (McMillen, Marshall, Murphy, Lorenzen & Waugh, 2004). Tuttavia, come osserva Hallebone (1999), la libertà e l'amicizia ricercate attraverso il gioco d'azzardo possono produrre un paradosso per le donne con problemi di gioco. Essere sopraffatte da problemi e avere gravi debiti finanziari riduce l'autonomia delle donne e la loro capacità di socializzare e godersi la vita.

Le donne australiane hanno avuto problemi con il gioco d'azzardo quasi esclusivamente con le EGM nelle sale da gioco (Delfabbro, 2008). Tuttavia, questo potrebbe cambiare con la crescente popolarità del gioco online che potrebbe attrarre alcune donne grazie all'anonimato, alla privacy e alla comodità che offre, poiché queste caratteristiche possono anche minare l'autocontrollo e, quindi, aumentare i rischi di gioco problematico (Hing et al., 2015b). Attualmente, in Australia, gli uomini hanno quasi il doppio delle probabilità delle donne di dedicarsi al gioco d'azzardo su Internet e di sperimentare problemi di gioco associati (Hing et al., 2014a; Hing, Russell, Gainsbury & Blaszczynski, 2015c). È interessante notare che le EGM e il bingo, che sono particolarmente popolari tra le donne australiane, non possono essere legalmente offerti online ai residenti australiani, sebbene siano facilmente accessibili attraverso siti non regolamentati. In Australia, solo le lotterie e le scommesse sono legalmente disponibili online.

## **Ricerca di aiuto, trattamento e sostegno delle donne australiane**

Una ricerca australiana ha rivelato che i tassi di ricerca di aiuto per il gioco d'azzardo problematico sono bassi, ma che le donne hanno una maggiore o uguale probabilità degli uomini di cercare aiuto, professionale e non, relativamente al gioco d'azzardo problematico, così come nella maggior parte dei tipi di auto-aiuto (Gainsbury , Hing & Suhonen, 2014b; Hing, Nuske & Gainsbury, 2012; Hing, Russell, Tolchard & Nower, 2014b). Coerentemente con la tendenza delle donne a sviluppare problemi di gioco più tardivamente nella vita (Haw et al., 2013), un'analisi di genere su 170 chiamate alle help line per il gioco problematico in Australia, ha rilevato che le donne che chiamano hanno una probabilità significativamente maggiore di avere più di 50 anni, mentre i maschi che telefonano sono più probabilmente di età inferiore a 30 anni (Rodda, Hing & Lubman, 2014). Le donne che chiamano hanno la stessa probabilità degli uomini di giocare regolarmente alle EGM, ma meno probabilità di scommettere regolarmente su corse o gare sportive, sottolineando ancora una volta che le EGM sono la principale fonte di problemi di gioco per le donne australiane. In effetti, i dati del servizio di assistenza per il gioco d'azzardo indicano che il 93% delle clienti nel NSW e l'87% delle loro controparti del Queensland segnalano le EGM come forma di gioco preferita (Productivity Commission, 2010).

Un altro studio australiano ha indicato che le barriere alla ricerca di aiuto possono variare in base al genere. Rodda et al. (2015) hanno scoperto che i maschi erano più propensi a celarsi dietro l'orgoglio e la negazione dei problemi quali deterrenti a chiamare una linea di assistenza per il gioco d'azzardo, mentre Rockloff e Schofield (2004) hanno scoperto che gli uomini erano più preoccupati delle donne per lo stigma e gli atteggiamenti nei confronti della ricerca di cure. Al contrario, un altro studio ha rilevato che le donne erano più propense degli uomini a confermare il senso di vergogna quale barriera per sé stesse o per la loro famiglia (Hing et al., 2012). Allo stesso modo, Thomas (1995) ha anche scoperto che le donne erano dissuase nella ricerca di aiuto dal senso di colpa per non essere all'altezza degli ideali moderni, insieme alle eventuali conseguenze percepite di un ingresso in terapia, come l'allontanamento dei bambini o lesioni da parte di mariti violenti. Lo stesso studio ha anche scoperto che le donne tendevano a entrare in trattamento prima degli uomini a causa di un maggiore stress sviluppato a fronte di livelli pur inferiori di debito, che spesso dovevano essere resi alla famiglia e agli amici piuttosto che agli istituti di credito (Thomas, 1995). I dati del servizio di assistenza indicano anche che le donne tendono a farsi curare immediatamente dopo aver sviluppato problemi con il gioco d'azzardo, al contrario degli uomini (Productivity Commission, 2010). Nel complesso, tuttavia, il più grande studio australiano sulla ricerca di aiuto per il gioco d'azzardo problematico ha rilevato poche differenze di genere in altri aspetti della ricerca di aiuto e nella maggior parte delle motivazioni e degli ostacoli alla sua accettazione (Hing et al., 2012).

I risultati della ricerca qualitativa possono fornire ulteriori informazioni sulla ricerca di aiuto. Utilizzando una metodologia femminista, Brown e Coventry (1997) hanno studiato la misura in cui le donne di Victoria in Australia hanno sviluppato problemi di gioco, come hanno avuto accesso al supporto e quali servizi ritenevano necessari per assisterle. Hanno riscontrato alti tassi di accesso ai servizi di supporto, ma solo in tempi di crisi. Una ricerca australiana non di genere ha anche scoperto che la ricerca di aiuto per il gioco d'azzardo problematico è mossa dalla crisi, sia essa determinata da un tentativo di suicidio, da accuse giudiziarie, da arresti, dall'imminente rovina finanziaria o da conflitti relazionali (Delfabbro, 2012). Allo stesso modo, la ricerca di Kimberley (2005) che utilizza i focus group e le interviste in profondità con 21 giocatrici d'azzardo problematiche di età superiore a 45 anni, più sei membri della famiglia, ha rivelato che le partecipanti, nel momento di crisi, hanno avuto accesso solamente al supporto o all'aiuto formale per il gioco d'azzardo. Di solito chi accedeva ai servizi di assistenza trovava sollievo e iniziava a muoversi verso la risoluzione dei problemi. Alcune partecipanti si erano rivolte in prima battuta a familiari e amici, mentre altre si erano rivolte subito ai servizi di assistenza professionale. Sembravano esserci strategie di richiesta di assistenza differenti utilizzate nelle diverse fasi del gioco d'azzardo di ciascuna. Utilizzando un modello graduale di progressione rispetto al gioco d'azzardo problematico, le strategie di supporto sono passate dalla semplice offerta di informazioni (fase abituale), al fare appello all'onestà delle donne (fase riservata), all'affrontare le resistenze (fase incantata), all'offrire supporto (fase turbolenta), consulenza e supporto finanziario (fase attenuata) e poi consulenza, gruppi di sostegno, migliore utilizzo del tempo e offerte di informazioni sui programmi ricreativi (fase di mantenimento). Le donne intervistate avevano opinioni contrastanti sull'efficacia di questi interventi.

I focus group sono stati usati da Surgey (2000) per esplorare e documentare il punto di vista di 30 donne su ciò che le avrebbe aiutate a gestire i problemi di gioco. Lo studio ha scoperto che le definizioni del gioco d'azzardo problematico potrebbero essere più pratiche e significative per le donne, e che le donne avevano bisogno di un "desiderio di cambiare". Le partecipanti hanno raccontato di aver sperimentato un senso di "atemporalità" durante lunghe sessioni di gioco all'EGM e descritto alcune misure che le avrebbero aiutate durante quel periodo. Queste includevano "carte promemoria" (NdT: le carte promemoria o jogger card sono utilizzate dai giocatori d'azzardo in trattamento per annotare durata temporale di ogni sessione di gioco e somma investita) che potevano essere messe in borsa, esposte nei bagni, incluse agli scontrini dei bancomat o persino sulle magliette, come promemoria della durata del proprio gioco. Inoltre, hanno richiesto fortemente richiesto degli "spazi femminili" per potersi dedicare ad attività ricreative alternative.

Anche fattori culturali possono influenzare la ricerca di aiuto. Uno studio piccolo ma interessante fornisce intuizioni multiculturali su ciò che ostacola la ricerca di aiuto per le donne che giocano d'azzardo. Chui e O'Connor (2006)

hanno utilizzato le storie di vita di due donne migranti (una vietnamita, l'altra greca) a Brisbane, in Australia, per esplorare le loro esperienze di gioco d'azzardo e di ricerca di aiuto. Nessuna delle due donne voleva chiedere aiuto al di fuori della propria famiglia a causa di problemi di vergogna, segretezza e orgoglio. Hanno trovato molto utili le informazioni finanziarie e l'assistenza pratica per l'infanzia. Le donne non erano a conoscenza di specifici servizi per la cura del gioco d'azzardo problematico, ma volevano un aiuto culturalmente specifico rispetto al gambling. Chui e O'Connor (2006) hanno considerato che le donne migranti possono soffrire di depressione, solitudine e isolamento. I servizi di assistenza per il gioco d'azzardo devono lavorare a stretto contatto con i familiari delle clienti, specie se migranti.

Le comorbilità possono anche influenzare la ricerca di aiuto per il GAP. Il gioco tende ad esacerbare problemi di comorbilità e altre questioni complesse per le donne, ma può anche accadere il contrario. Interviste effettuate con 10 giocatrici di EGM a scopo ricreativo, e 10 in cerca di aiuto per problemi di gioco d'azzardo hanno rivelato varie differenze nelle comorbilità e in altri bisogni complessi (Holdsworth et al., 2013). Sebbene alcune giocatrici d'azzardo a scopo ricreativo abbiano sperimentato problemi complessi in passato (come la rottura del rapporto col partner), nessuno ha identificato alcun problema di comorbilità attuale. Al contrario, tutte le donne che avevano cercato aiuto per il gioco d'azzardo hanno riportato una vasta gamma di problemi di comorbilità e complessi stati di bisogno, tra cui malattie mentali (depressione, disturbo bipolare, disturbi d'ansia, anoressia), abuso di sostanze (principalmente alcol), rottura di rapporti coi partner, difficoltà finanziarie, problemi di lavoro e criminalità (Holdsworth et al., 2013). La gravità dei loro problemi aggiuntivi sembrava mascherare i problemi di gioco. Inoltre, le partecipanti hanno spiegato che il gioco d'azzardo a volte sembrava alleviare il peso degli altri loro problemi. La ricaduta è stata anche identificata come più problematica per le donne con problemi più numerosi e più complessi. Man mano che ogni singola difficoltà viene rivelata, essa tende ad esacerbare o aggiungere complessità a problemi e preoccupazioni precedenti (Thomas & Moore, 2001). Pertanto, è importante identificare la varietà di problemi, i bisogni complessi e i temi sottostanti per ogni individuo in modo che le preoccupazioni relative al gioco d'azzardo possano essere affrontate in modo olistico e appropriato.

Considerando specificatamente il trattamento del GAP per le donne, Sagris e Wentzel (1997) hanno riportato i risultati di due gruppi di trattamento che miravano a ridurre lo stigma e ad avviare un cambiamento comportamentale. Sono state utilizzate strategie cognitivo-comportamentali femministe, come sfidare credenze, esplorare ruoli e miti, utilizzare l'aiuto reciproco per incoraggiare l'auto-aiuto e fare pressioni per il cambiamento delle politiche. Il risultato è stato una riduzione dello stigma, della vergogna e della solitudine, come riportato dai membri del gruppo.

## Riepilogo e implicazioni

Le donne australiane tendono a preferire forme di gioco basate sul caso e non strategiche come i prodotti della lotteria, il bingo e le EGM. Il gioco alle EGM e al bingo in luoghi socialmente e fisicamente accessibili attrae le donne che desiderano un po' di tempo per sé stesse o per l'interazione sociale. Sebbene esse tendano a giocare in luoghi tradizionali, una maggiore disponibilità di giochi d'azzardo online potrebbe essere allettante per talune, a causa della comodità, della privacy e dell'anonimato. Ciò potrebbe incoraggiare alcune donne a diversificare il proprio gioco d'azzardo includendo forme che in precedenza erano state socialmente dominate dai maschi e/o ad estendere le loro attività di gioco d'azzardo tradizionale per includere i loro equivalenti online. Una tendenza recente è l'utilizzo diffuso da parte delle donne dei giochi sociali da casinò; tuttavia, non è noto se questi possano fornire una via d'ingresso o un'alternativa al gioco d'azzardo monetario. È quindi necessaria una costante continua per monitorare i cambiamenti nel comportamento di gioco delle donne australiane mentre i prodotti e le tecnologie continuano a svilupparsi.

Le donne australiane sono particolarmente attratte dalle EGM per la loro capacità di soddisfare determinati bisogni intrinseci, tra cui la regolazione dell'umore, il divertimento e il relax. Giocare con EGM può fornire una via di fuga da stati d'animo negativi e un mezzo per far fronte a circostanze di vita difficili. Questi risultati suggeriscono che la disponibilità di attività ricreative per le donne in spazi sociali sicuri può essere un'alternativa vantaggiosa al gioco d'azzardo EGM, per aiutare a ridurre la solitudine, le difficoltà, lo stress e la noia che sembrano motivare il gioco problematico delle donne. Dato che le donne australiane con questo problema tendono ad essere più giovani o più anziane (piuttosto che di mezza età), queste alternative sociali devono soddisfare ogni fascia di età. Molte giocatrici problematiche anziane sembrano essere "abitanti di nidi vuoti", persone i cui familiari hanno lasciato la casa o sono morti. Tuttavia, vi è una conoscenza limitata delle giovani donne che giocano d'azzardo in Australia. Per coloro che hanno questo tipo di problema, potrebbe essere necessario incoraggiarne il coinvolgimento nella vita della comunità per diversificare i modi di affrontare la disoccupazione e il tempo libero, tematiche evidentemente comuni in questa coorte. Tuttavia, a meno che non si sviluppi una comprensione più dettagliata di questo gruppo più giovane, le implicazioni di eventuali problemi di gioco lungo tutta la vita potrebbero essere devastanti per loro, le loro famiglie e le comunità.

Le donne hanno un basso tasso di ricerca di aiuto per i problemi di gioco e, come gli uomini, lo fanno prevalentemente nei momenti di crisi. La riluttanza a cercare aiuto deriva spesso dalla vergogna associata al fallimento dei loro ruoli di genere all'interno della famiglia e le donne possono anche soffrire di forti sensi di colpa per aver preso a prestito denaro da familiari e amici. Sebbene si possano compiere sforzi per abbassare questi ostacoli nella ricerca di un aiuto, comprese le campagne per la riduzione dello stigma, può risultare maggiormente efficace l'offerta di trattamenti anonimi online e telefonici e un maggiore

sviluppo e promozione di risorse e strumenti di auto-aiuto. Inoltre, le misure preventive come i messaggi sulla salute pubblica e la promozione di strategie di autoregolamentazione devono essere valutate per la loro rilevanza e risonanza nelle donne che giocano, comprese le giocatrici problematiche. Ciò è particolarmente importante data la popolarità delle EGM tra le donne e la loro capacità di indurre la perdita di autocontrollo sul gioco d'azzardo. Pertanto, le strategie di autoregolamentazione per contenere il gioco d'azzardo EGM devono essere sviluppate in collaborazione con le donne per garantire la loro probabilità di diffusione ed efficacia. Di fondamentale importanza è l'implementazione di funzioni per il gioco responsabile nelle EGM, come la capacità di impostare preliminarmente dei limiti, ricevere feedback personalizzati e accedere ai registri delle proprie spese di gioco. Anche le modifiche del modello delle EGM, che permettono l'abbassamento delle somme massime scommesse, contribuirebbero a ridurre i danni legati al gioco d'azzardo tra le donne australiane.

Molte donne con problemi d'azzardo sono socialmente isolate ma affrontano problemi complessi e/o comorbidità, sebbene i percorsi causa-effetto non siano chiari. I disturbi mentali in comorbidità, in particolare tra le donne anziane, aumentano il rischio di gioco d'azzardo problematico quando giocano alle EGM come meccanismo di coping. Un'implicazione clinica di questa scoperta supporta l'esigenza dello screening di questa coorte di donne per problemi di gambling, quando si presentano ai servizi sanitari con molteplici problemi di salute. Un'opportunità di ricerca potrebbe manifestarsi dalla raccolta e dall'analisi dei risultati dello screening per indagare le relazioni tra i diversi problemi. Le comorbidità e gli eventi negativi della vita sembrano aumentare la vulnerabilità, lo stress e la probabilità di ricadute delle donne dopo il trattamento. Sono stati studiati approcci femministi al trattamento e l'adattamento del trattamento stesso e del supporto allo stadio specifico del problema del gioco d'azzardo della donna. Tuttavia, i tipi di trattamento e supporto più efficaci per le donne non sono stati ancora identificati, né i modi per incoraggiare la ricerca precoce di aiuto. Un trattamento su misura che affronta lo stigma, la vergogna e la solitudine, indaga su complesse questioni sottostanti che influenzano le loro vite, affronta le comorbidità e le incoraggia a sviluppare il desiderio di cambiare, può aiutarle a ricostruire le loro vite. Inoltre, potrebbero essere condotte ulteriori ricerche con donne provenienti da ambienti multiculturali rispetto alle loro esperienze di gioco e su come possono essere supportate se sviluppano problemi correlati. L'efficacia delle risorse della comunità e il ruolo dei servizi di aiuto, integrati all'interno delle comunità stesse, richiedono ulteriori indagini per garantire che il trattamento e il sostegno siano forniti alle donne in modo tempestivo.



## Bibliografia

- ACIL Allen Consulting (2014). *Third social and economic impact study of gambling in Tasmania: Volume 2: Tasmanian Gambling Prevalence Survey*. Hobart: Tasmanian Government Department of Treasury and Finance.
- Australasian Gaming Council (2015). *A guide to Australasia's gambling industries*. Melbourne: Australasian Gaming Council.
- Breen, H., Hing, N., Gordon, A., & Buultjens, J. (2012). Meanings of Aboriginal gambling across New South Wales, Australia. *International Gambling Studies*, 12(2), 243–256.
- Brown, S., & Coventry, L. (1997). *Queen of hearts: The needs of women with gambling problems*. Melbourne: Financial and Consumer Rights Council.
- Chui, W.H., & O'Connor, I. (2006). Understanding problem gambling in two ethnic communities in Brisbane, Queensland. *Asian Journal of Social Welfare and Development*, 16(1), 66–75.
- Crisp, B.R., Thomas, S.A., Jackson, A.C., Smith, S., Borrell, J., Ho, W.Y., et al. (2004). Not the same: A comparison of female and male clients seeking treatment from problem gambling counseling services. *Journal of Gambling Studies*, 20, 283–299.
- Delfabbro, P.H. (2008). *A review of Australian gambling research*. Melbourne: Gambling Research Australia.
- Delfabbro, P.H. (2012). *Australasian gambling review, 5th edition*. Adelaide: Independent Gambling Authority of South Australia.
- Gainsbury, S.M., Hing, N., & Suhonen, N. (2014b). Professional help-seeking for gambling problems: Awareness, barriers and motivators for treatment. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 503–519. DOI:10.1007/s10899-013-9373-x
- Gainsbury, S.M., Russell, A.M.T., Hing, N., Wood, R., Lubman, D.I., & Blaszczynski, A. (2014a). The prevalence and determinants of problem gambling in Australia: Assessing the impact of interactive gambling and new technologies. *Psychology of Addictive Behaviors*. 28(3), 769–779. DOI: 10.1037/a0036207
- Hallebone, E. (1999). Women and the new gambling culture in Australia. *Society and Leisure*, 22, 101–125.
- Hare, S. (2009). *A study of gambling in Victoria: Problem gambling from a public health perspective*. Melbourne: Victorian Department of Justice.
- Haw, J., Holdsworth, L., & Nisbet, S. (2013). *Gambling and co-morbid disorders*. Melbourne: Gambling Research Australia.
- Hing, N. (2009). *Changing fortunes: Past, present & future perspectives on the management of problem gambling by New South Wales clubs*. Saarbrücken: VDM Publishing. ISBN: 978-3-8364-8317-9.
- Hing, N. & Breen, H. (2001a). An empirical study of gaming machine play amongst female club members. *International Gambling Studies*, 1(1), 67–86.
- Hing, N. & Breen, H. (2001b). Profiling lady luck: An empirical study of gambling and problem gambling amongst female club members. *Journal of Gambling Studies*, 17(1), 47–69.
- Hing, N., & Haw, J. (2009). The development of a multi-dimensional gambling accessibility scale. *Journal of Gambling Studies*, 25(4), 569–581.
- Hing, N., Breen, H., Gordon, A., & Russell, A. (2014c). Gambling behaviour and gambling risk factors for Indigenous Australian women. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(1), 1–20. DOI:10.1007/s11469-013-9458-x
- Hing, N., Cherney, L., Gainsbury, S., Lubman, D., Wood, R., & Blaszczynski, A. (2015b). Maintaining and losing control during Internet gambling: A qualitative study of gamblers' experiences. *New Media and Society*, 17(7), 1075–1095. DOI: 10.1177/1461444814521140
- Hing, N., Gainsbury, S., Blaszczynski, A., Wood, R., Lubman, D., & Russell, A.M.T. (2014a). *Interactive gambling*. Melbourne: Gambling Research Australia. DOI: 10.13140/2.1.1381.6648.

- Hing, N., Nuske, E., & Gainsbury, S. (2012). *Gamblers at risk and their help-seeking behaviour*. Melbourne: Gambling Research Australia. DOI: 10.13140/2.1.4527.3925.
- Hing, N., Russell, A.M.T, Gainsbury, S.M., & Blaszczynski, A. (2015c). Characteristics and help-seeking behaviors of Internet gamblers based on most problematic mode of gambling. *Journal of Medical Internet Research*, 17(1), E13. DOI:10.2196/jmir.3781 URL: <http://www.jmir.org/2015/1/e13/>
- Hing, N., Russell, A.M.T., Tolchard, B., & Nower, L. (2014b). *A comparative study of men and women gamblers in Victoria*. Melbourne: Victorian Responsible Gambling Foundation. DOI: 10.13140/2.1.2430.2402.
- Hing, N., Russell, A.M.T., Tolchard, B., & Nower, L. (2015a). Risk factors for gambling problems: An analysis by gender. *Journal of Gambling Studies*. 10.1007/ s10899-015-9548-8
- Holdsworth, L., Nuske, E., & Breen, H. (2011). Only the lonely: An analysis of women's experiences of poker machine gambling. *Gambling Research*, 23(2), 17–38.
- Holdsworth, L., Nuske, E., & Breen, H. (2013). All mixed up together: Women's experiences of problem gambling, comorbidity and co-occurring complex needs. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 11, 315–328.
- Kimberley, H. (2005). *The perils of pokies*. Melbourne: Women's Information Referral Exchange Inc. (WIRE).
- Livingstone, C., Woolley, R., Zazryn, T., Bakacs, L., & Shami, R. (2008). *The relevance and role of gaming machine games and game features on the play of problem gamblers*. Adelaide: Independent Gambling Authority of South Australia.
- McMillen, J., Marshall, D., Murphy, L., Lorenzen, S., & Waugh, B. (2004). *Help-seeking by problem gamblers, friends and families: A focus on gender and cultural groups*. Canberra: ACT Gambling and Racing Commission.
- Pierce, M., Wentzel, J., & Loughnan, T. (1997). Male gamblers/female gamblers: Mapping the differences. In G. Coman, B. Evans, & R. Wootton (eds), *Responsible gambling: A future winner: Proceedings of the 8th National Association of Gambling Studies Conference* (pp. 276–287). Adelaide: NAGS.
- Productivity Commission (1999). *Australia's gambling industries: Report no. 10*, Canberra: AusInfo.
- Productivity Commission (2010). *Gambling: Report no. 50*. Canberra: Australian Government.
- Queensland Government (2012). *Queensland household gambling survey 2011–12*. Brisbane: Queensland Department of Justice and Attorney-General.
- Quirk, M. (1996). Women gambling on poker machines: A way of coping? In B. Tolchard (Ed.), *Towards 2000: The future of gambling: Proceedings of the 7th Annual Conference of the National Association for Gambling Studies* (pp. 235–247). Adelaide: NAGS.
- Rockloff, M., & Schofield, G. (2004). Factor analysis of barriers to treatment for problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20, 121–127.
- Rodda, S., Hing, N., & Lubman, D., (2014). Improved outcomes following contact with a gambling helpline: The importance of gender on barriers and facilitators. *International Gambling Studies*, 14(2), 318–329. DOI: 10.1080/14459795.2014.921721
- Sagris, A., & Wentzel, J. (1997). Catching the right wave: Running groups for women who gamble. In G. Coman, B. Evans, & R. Wootton (eds), *Responsible gambling: A future winner: Proceedings of the 8th National Association of Gambling Studies Conference* (pp. 301–311). Adelaide: NAGS.
- Saugeres, L., Thomas, A., Moore, S., & Bates, G. (2012). *Gamblers tell their stories: Life patterns of gambling*. Melbourne: Victorian Department of Justice.
- Scannell, E., Quirk, M., Smith, K., Maddern, R., & Dickerson, M. (2000). Females' coping styles and control over poker machine gambling. *Journal of Gambling Studies*, 16, 417–432.
- Social Research Centre (2013). *Gambling prevalence in South Australia*. Melbourne: Social Research Centre.
- Sproston, K., Hing, N., & Palankay, C. (2012). *Prevalence of gambling and problem gambling in New South Wales*. Sydney: NSW Office of Liquor, Gaming and Racing. DOI:

10.13140/2.1.1905.9526.Surgey, D. (2000). *Playing for time: Exploring the impacts of gambling on women*. Melbourne:

Victorian Department of Human Services. Thomas, A., & Moore, S. (2001). Do women gamble for the same reasons as men? In A. Blaszczynski et al. (Eds.) *Culture and the gambling phenomenon: Proceedings of the 7th Annual*

*Conference of the National Association for Gambling Studies* (pp. 366-377). Sydney: NAGS. Thomas, A., & Moore, S. (2003). The interactive effects of avoidance coping and dysphoric mood on problem gambling for female and male gamblers. *Journal of Gambling Issues*, 8, not paginated.

Thomas, A.C., Sullivan, G.B., & Allen, F.C.L. (2009). A theoretical model of EGM problem gambling: More than a cognitive escape. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 97–107.

Thomas, S. (1995). More than a flutter: Women and problem gambling. In J. O'Connor (ed.), *High Stakes in the nineties: Proceedings of the 6th annual conference of the National Association for Gambling Studies* (pp. 99–105). Fremantle: NAGS.

Thomas, S. (1998). Excessive poker machine gambling and anxiety disorders. *Gambling Research*, 10, 7–13.

Trevorrow, K., & Moore, S. (1998). The association between loneliness, social isolation and women's electronic gaming machine gambling. *Journal of Gambling Studies*, 14, 263–284.



## DIFFERENZE DI GENERE NEI FATTORI PROTETTIVI E DI RISCHIO PER IL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO

*Nicki A. Dowling ed Erin Oldenhof*

### **Introduzione**

Storicamente, la visione culturale prevalente del gioco d'azzardo è quella di un'attività classicamente maschile. I cambiamenti legislativi che hanno coinvolto l'espansione dell'industria del gioco, tuttavia, hanno modificato in modo significativo la cultura del gioco d'azzardo dominata dagli uomini. In Australia, l'introduzione e la proliferazione, all'inizio degli anni '90, di macchinette da gioco elettroniche (EGM) nei casinò e nei luoghi suburbani ha contribuito a ridurre il margine tra la prevalenza del gioco d'azzardo problematico maschile e femminile.<sup>1</sup> Nel 1991, le donne rappresentavano il 14% dei giocatori problematici australiani;<sup>2</sup> incrementate al 40% nel 1999.<sup>3</sup> Le stime più recenti derivanti sempre dal sondaggio nazionale sulla prevalenza del gioco d'azzardo indicano che le donne ora rappresentano il 52% dei giocatori dello scorso anno, il 27% dei giocatori a basso rischio, il 48% dei giocatori a rischio moderato e il 33% dei giocatori problematici.<sup>4</sup> Queste informazioni epidemiologiche riflettono probabilmente un fenomeno di coorte, in base al quale le donne più giovani sono esposte a maggiori opportunità di gioco.<sup>5</sup> Le spiegazioni per questo aumento delle donne nel ruolo di giocatrici problematiche si trovano generalmente nelle differenze di genere rispetto alle motivazioni e ai fattori scatenanti il gioco stesso, nei fattori sociologici e nelle caratteristiche situazionali e strutturali del gioco elettronico.<sup>1</sup> Nonostante il crescente numero di prove che indicano che il tasso di gioco d'azzardo problematico femminile è aumentato, continua a esserci un pregiudizio verso una ricerca a stampo maschile con la preoccupazione che i risultati relativi al gioco d'azzardo problematico maschile non siano generalizzabili al gioco d'azzardo problematico femminile.<sup>6,7</sup> Vi è, quindi, una chiara necessità di esplorare le differenze di genere nell'epidemiologia e le determinanti del problema "gioco d'azzardo".

### ***Fattori protettivi e di rischio per il gioco d'azzardo problematico***

La struttura della sanità pubblica si concentra tipicamente sui fattori sociali determinanti rischio e protezione associati al gioco problematico. I fattori di rischio sono condizioni antecedenti associate a un aumento della probabilità di gioco d'azzardo problematico.<sup>8-11</sup> È stata impiegata anche una definizione ampliata, in base alla quale un fattore di rischio è in grado di prevedere in modo indipendente il gioco d'azzardo problematico dopo l'aggiustamento per altre

influenze note.<sup>12</sup> Fattori di rischio che sono stati associati simultaneamente o in modo predittivo a problemi di gioco includono aspettative di gioco positive, aspettative di gioco negative,<sup>13-21</sup> impulsività<sup>14,21-23</sup> problemi di uso di alcol e sostanze,<sup>24-31</sup> inclusa dipendenza da nicotina, abuso e dipendenza da alcol e sostanze (non alcol),<sup>4,24,32-36</sup> disturbi dell'umore, incluso disturbo depressivo maggiore,<sup>4,24,33,37,38</sup> disturbi d'ansia, inclusi disturbo d'ansia generalizzato, disturbo di panico, disturbo da stress post-traumatico e fobia sociale,<sup>4,33,37,39</sup> e disturbo da deficit di attenzione e iperattività.<sup>4,40-42</sup>

Nonostante le associazioni tra molti di questi fattori di rischio e problemi di gioco siano ben consolidate, molte persone esposte a questi rischi non sviluppano mai un gioco d'azzardo problematico, suggerendo che ci sono fattori che svolgono un ruolo protettivo.<sup>43</sup> I fattori protettivi sono più spesso concettualizzati come condizioni antecedenti che sono associate a una diminuzione della probabilità di gioco d'azzardo problematico, indipendentemente dall'esposizione a fattori di rischio identificati.<sup>8-11,43,44</sup> Tali condizioni, che possono contrastare i fattori di rischio attraverso un processo di cancellazione,<sup>43</sup> implicano statisticamente un effetto principale negativo rispetto allo sviluppo del gioco d'azzardo problematico.<sup>37,43</sup> Sebbene si possa sostenere che la definizione qui riportata vede queste condizioni come l'estremità opposta dei fattori di rischio,<sup>9,12,44</sup> questo non è necessariamente vero se il fattore è correlato in modo non lineare al gioco d'azzardo problematico.<sup>9</sup> Per questo motivo, quindi, è stato affermato che questi fattori dovrebbero essere indicati come fattori compensatori, piuttosto che fattori protettivi.<sup>37,43</sup>

Relativamente alla disamina dei fattori di rischio evidence-based in relazione al gioco d'azzardo problematico, solo un piccolo numero di studi ha esaminato il ruolo dei fattori compensatori in relazione al gioco stesso. I fattori compensativi che sono stati contemporaneamente associati ai problemi di gioco d'azzardo includono la qualità di vita,<sup>45-48</sup> la competenza personale, incluso il concetto di sé, l'autocontrollo, la visione positiva e l'autoefficacia;<sup>49</sup> la competenza interpersonale e sociale, tra cui l'assertività, la fiducia, la cooperazione e la partecipazione;<sup>49-51</sup> la strategia di coping, fronteggiare i problemi in maniera efficace, attiva, pianificatrice e centrata sul compito;<sup>29,37,52</sup> la spiritualità e la partecipazione religiosa,<sup>53,54</sup> e il supporto sociale.<sup>55,56</sup>

È interessante notare come alcune prove suggeriscano che ci sono modelli specifici basati sul genere in molti dei fattori di rischio e di compensazione identi-

ficati per il gioco d'azzardo problematico. Sebbene ci siano alcuni risultati ambigui, le aspettative negative rispetto al gioco d'azzardo,<sup>14</sup> i sintomi depressivi,<sup>57-65</sup> i sintomi di ansia, inclusi il disturbo di panico e l'ansia generalizzata,<sup>57,58,65-67</sup> e le strategie di azione attive<sup>29</sup> sono spesso maggiormente associati al gioco d'azzardo problematico femminile rispetto a quello maschile. Al contrario, la ricerca indica che generalmente aspettative di gioco positive,<sup>14,17,19,20</sup> impulsività,<sup>29,68</sup> problemi di consumo di alcol,<sup>59,60,63,65,69-71</sup> problemi da uso di sostanze, inclusa la dipendenza da nicotina,<sup>29,59, 69,72</sup> qualità della vita,<sup>72</sup> pianificazione di strategie per fronteggiare i problemi,<sup>29</sup> e supporto sociale<sup>55</sup> hanno maggiori probabilità di essere associati al gioco problematico maschile rispetto a quello femminile.

Nonostante queste differenze di genere, l'evidenza limitata suggerisce che il genere spesso non riesce a moderare in modo statisticamente significativo le relazioni tra questi fattori compensativi e di rischio e il gioco problematico. Ad esempio, ci sono prove che il genere non attenua o esacerba le relazioni tra gioco d'azzardo problematico e aspettative di gioco positive,<sup>22,73</sup> aspettative di gioco negative,<sup>22</sup> impulsività,<sup>74</sup> problemi di consumo di alcol,<sup>75</sup> disturbi da uso di sostanze, inclusa la dipendenza da nicotina,<sup>74,75</sup> problemi di umore o ansia, inclusi disagio psicologico e depressione e ansia auto-riferite,<sup>75</sup> disturbo da deficit di attenzione e iperattività,<sup>42</sup> iniziative per la crescita personale inclusa l'autoefficacia,<sup>76</sup> strategie di coping orientate ad un obiettivo (coping attivo e pianificante),<sup>52</sup> o supporto sociale.<sup>56</sup>

### ***Obiettivi dello studio***

Le iniziative di prevenzione e intervento sul gioco d'azzardo mirano a contrastare i fattori di rischio e rafforzare i fattori compensativi al fine di interrompere i processi che contribuiscono al gioco problematico. Una migliore comprensione delle differenze di genere in questi fattori di rischio e di compensazione consentirà la progettazione di programmi di prevenzione e intervento più efficaci e sensibili al genere. Il presente studio mira quindi a impiegare un campione rappresentativo della popolazione australiana per: 1) esplorare le differenze di genere nella partecipazione al gioco, nel gioco regolare e nel comportamento di gioco problematico; 2) identificare le determinanti che fungono da fattori compensatori e di rischio associati al gioco d'azzardo problematico femminile e maschile; e 3) esplorare il grado in cui il genere modera la relazione tra questi determinanti e lo stato di gioco problematico.

## **Metodo**

### ***Intervistati***

Questo studio utilizza i dati della Tasmanian Gambling Prevalence Survey del 2013 nel terzo studio sull'impatto sociale ed economico (SEIS) del gioco d'azzardo in Tasmania, Australia. La popolazione oggetto di questo sondaggio CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) era costituita da residenti in Tasmania di età pari o superiore a 18 anni. Il campione di 5.000 adulti intervistati (52,6% maschi, 47,4% femmine) aveva un'età compresa tra 18 e 94 anni (M = 56,3, DS = 15,5). Erano più comunemente rappresentati da una coppia con figli a casa (27,4%) o una coppia con figli fuori casa (27,4%), ed erano occupati a tempo pieno (32,2%) o pensionati (33,3%). Quasi la metà (41,3%) ha riferito di aver frequentato la scuola secondaria come livello di istruzione superiore e il 32,2% aveva una qualifica universitaria. La maggior parte è nata in Australia (84,9%) e parlava l'inglese come lingua principale a casa (98,8%).

## **Le misure**

### ***Indagine primaria***

Agli intervistati è stata somministrata un'indagine primaria, che includeva domande relative alle caratteristiche sociodemografiche (sex, età, stato familiare, occupazione, livello di istruzione più alto raggiunto, Paese di nascita e lingua principale parlata a casa), partecipazione al gioco, frequenza del gioco e problema di gioco d'azzardo. Le misure sono state selezionate per la loro brevità e buone proprietà psicometriche.

### ***Partecipazione e frequenza di gioco d'azzardo***

La partecipazione e la frequenza del gioco d'azzardo dell'anno precedente sono state segnalate dagli intervistati in più attività di gioco: EGM, corse di cavalli o levrieri, gratta e vinci istantanei, lotterie, Keno (NdT gioco tra il bingo e la lotteria), giochi da tavolo da casinò, bingo, eventi sportivi e di altro tipo, giochi privati informali. Queste stime sono state convertite in stime di qualsiasi partecipazione al gioco d'azzardo e di qualsiasi gioco regolare (cioè almeno una volta alla settimana).

### ***Il gioco d'azzardo problematico***

Il Problem Gambling Severity Index (PGSI) a 9 items del Canadian Problem Gambling Index (CPGI)<sup>7</sup> è stato utilizzato per valutare, nell'ultimo anno, la gravità del gioco problematico degli intervistati che hanno segnalato gioco d'azzardo nei 12 mesi precedenti. In questo studio, i punteggi sono stati classificati in gioco d'azzardo non problematico (punteggio di 0), gioco d'azzardo a basso rischio (punteggio di 1-2) e gioco d'azzardo con un rischio da moderato a problematico (punteggio  $\geq 3$ ).

### ***Indagine supplementare***

È stata impiegata una strategia di "sottocampionamento" per ridurre al minimo l'onere degli intervistati e si è basata sui punteggi del gioco d'azzardo pro-



blematico in accordo con il punteggio PGSI, poiché è probabile che le strategie basate sulla frequenza del gioco sottostimino rischi moderati e giocatori problematici.<sup>78</sup> Il sondaggio supplementare comprendeva circa il 38% del campione complessivo (n = 2.309) e includeva tutti gli intervistati con punteggi PGSI > 0, tutti i giocatori d'azzardo EGM dell'anno precedente e anche un terzo selezionato casualmente composto sia da non-giocatori che da giocatori non problematici. L'indagine supplementare includeva fattori compensativi e di rischio per il gioco d'azzardo problematico, come precedentemente identificati in letteratura (vedi Tabella 19.1).

**TABELLA 19.1** Misure utilizzate come fattori di rischio e compensativi

Fattore	Test	Descrizione
Fattori di rischio		
Aspettative di gioco	Questionario sull'aspettativa di gioco; GEQ <sup>9</sup>	Sotto scale di aspettativa positiva: Piacere/Eccitazione, Auto rinforzo e Denaro Sotto scale aspettativa negativa: Iper coinvolgimento ed Impatto Emotivo
Impulsività	Scala sull'impulsività di Barratt Breve; BIS-Brief <sup>80</sup>	Misura unidimensionale di impulsività a 8 elementi, dove punteggi più alti indicano livelli più elevati di impulsività
Uso di alcool	AUDIT-Consumo; AUDIT-C <sup>81</sup>	Versione breve del test per l'identificazione dei disturbi da consumo di alcool; AUDIT <sup>82</sup> è utilizzato per identificare il bere pericoloso
Uso di Tabacco	Test di screening a singola voce <sup>83</sup>	Singola domanda sull'uso dei prodotti del tabacco negli ultimi 12 mesi
Uso di sostanze illecite	Test di screening a singola voce <sup>83</sup>	Singola domanda sull'uso di droghe illecite negli ultimi 12 mesi
Scorretto uso medicinali prescritti	Test di screening a singola voce <sup>83</sup>	Singola domanda sull'uso improprio di farmaci da prescrizione negli ultimi 12 mesi
Depressione	Questionario sulla salute fisica-2; PHQ-2 <sup>84</sup>	Sono utilizzati i primi due item del PHQ e rappresentano il fulcro del DSM per il disturbo depressivo maggiore
Ansia	Il disturbo d'ansia generalizzato-2; GAD-2 <sup>84</sup>	Sono utilizzati i primi due elementi del GAD e rappresentano il fulcro del DSM per il disturbo da ansia generalizzata
Panico	Questionario sul sistema nervoso autonomo a 2 voci; ANS <sup>85</sup>	Una positività per entrambi gli elementi indica uno screening positivo per un disturbo da panico
PTSD	The Primary Care-PTSD; PC-PTSD <sup>86</sup>	Una positività a 3 o più elementi indica uno screening positivo per PTSD.

Ansia sociale	Inventario della fobia sociale; Mini SPIN <sup>®</sup>	Questionario a 3 voci in cui un punteggio di 6 o maggiore indica un uno screening positivo per disturbo d'ansia sociale generalizzata.
ADHD	Scala di autovalutazione dell'ADHD a 6 elementi; ASRS <sup>®</sup>	I punteggi vanno da 0 a 6 e un punteggio di 4 o maggiore indica uno screening positivo per l'ADHD.
Fattori di compensazione		
Qualità di vita	Questionario breve sulla qualità di vita dell'Organizzazione mondiale della sanità; WHO-QOL-BREF: <sup>®</sup>	Misura la qualità della vita in quattro ambiti: salute fisica, salute psicologica, relazioni sociali e ambiente; le domande si riferiscono alle ultime 4 settimane.
Crescita e autonomia personale	Salute mentale positiva; PMH <sup>®</sup>	La sottoscala Crescita personale e Autonomia è una misura a 10 elementi sul livello di controllo percepito dagli intervistati sulla propria vita.
Capacità interpersonali	Salute mentale positiva; PMH <sup>®</sup>	La sottoscala delle abilità interpersonali è una Scala a 9 elementi che misura abilità interpersonali e sociali
Strategie di coping	Scala COPE breve <sup>®</sup>	Sottoscale di coping: Coping attivo, Pianificazione, religione, utilizzo del Supporto emotivo e utilizzo del Supporto strumentale

### ***Impostazione dello studio***

La Tasmanian Gambling Prevalence Survey 2013 ha utilizzato un disegno del campione stratificato non proporzionato, in modo tale che il sovracampionamento avesse luogo in quattro aree governative locali (LGA) con stato socioeconomico inferiore e quattro LGA con stato socioeconomico relativamente alto. Un disegno di indagine a doppia struttura semi-casuale (70% di rete fissa e 30% di telefoni cellulari) ha combinato un campione generato in modo casuale di numeri di telefono di rete fissa con un campione di telefoni cellulari non casuale basato su un elenco (dal momento che non sono disponibili informazioni geografiche per i numeri di telefono mobili estratti casualmente). Gli intervistati sono stati selezionati all'interno di famiglie con rete fissa utilizzando il "metodo maschio più giovane". Il campione di telefoni cellulari è stato fornito in modo casuale da una società di dati, che ha mantenuto un elenco conforme alla privacy, in maniera proporzionale alla dimensione del campione. Un totale di 77.983 chiamate è stato effettuato a 24.655 campioni registrati per ottenere 5.000 sondaggi completi e nel complesso la durata media dell'intervista è stata di 15,0 minuti. Lo studio è stato approvato dal comitato etico

della University of Melbourne's Human Research (sottocomitato etica umana delle scienze comportamentali e sociali) (progetto 1340411).

## **Risultati**

### ***Preparazione dei dati***

Gli intervistati che avevano completato meno del 30% di una misurazione sono stati esclusi dalle analisi associate alla stessa e per gli intervistati con meno del 30% di dati mancanti su ciascuna misurazione, i dati sono stati analizzati utilizzando la massimizzazione delle aspettative.<sup>79,80</sup> I dati sono stati ponderati utilizzando un approccio in due fasi che prevede il calcolo di un peso di progetto e di un peso post-stratificazione. Il peso di progetto includeva aggiustamenti tipici come il numero di occupanti della famiglia e il numero di connessioni di rete fissa per famiglia, e i pesi per gli intervistati di telefonia mobile sono stati fissati sulla media del campione di rete fissa corrispondente. I pesi post-stratificazione hanno comportato il calcolo ponderato di tutti i pesi di progetto basati su due serie di parametri di riferimento della popolazione: 1) LGA (governo locale) e resto dello Stato, per età e genere, e 2) per campione telefonico. Il sottoinsieme dei partecipanti al questionario supplementare è stato anche aggiustato per i riferimenti della popolazione (LGA, genere ed età) e punteggio PGSI.

## **Differenze di genere nella partecipazione al gioco e stime relative al gioco problematico**

### ***Partecipazione al gioco d'azzardo***

Non sono state identificate differenze di genere significative nella partecipazione complessiva al gioco d'azzardo, con le donne che rappresentavano il 50,7% dei giocatori nei 12 mesi precedenti (Tabella 19.2). Le donne, tuttavia, erano significativamente più propense degli uomini a giocare a EGM, gratta e vinci e bingo; e significativamente meno propense degli uomini a scommettere su corse di cavalli o levrieri, giochi da tavolo da casinò, eventi sportivi o di altro tipo e giochi privati informali.

### ***Gioco d'azzardo regolare***

Le donne avevano una probabilità significativamente inferiore rispetto agli uomini di partecipare al gioco su base regolare, costituendo il 43,3% dei giocatori regolari (Tabella 19.3). Le donne avevano una probabilità significativamente maggiore degli uomini di giocare regolarmente al bingo e significativamente meno probabilità degli uomini di giocare regolarmente alle corse di cavalli o levrieri e ad eventi sportivi o di altro tipo.

**TABELLA 19.2** Differenze di genere nella partecipazione al gioco d'azzardo

Attività di gioco d'azzardo	Femmine	Maschi	$\chi^2$	p-value
EGM	20.2	16.9	8.773	0.045*
Corse di cavalli o levrieri	8.0	13.2	34.785	0.000**
Biglietti gratta e vinci istantanei	23.5	17.7	25.314	0.001**
Lotterie	42.1	43.9	1.589	0.367
Keno	25.0	27.2	3.157	0.212
Giochi da tavolo da casinò	3.9	8.8	51.742	0.000**
Bingo	2.2	1.1	10.302	0.016*
Scommesse sportive e su altri eventi	1.6	7.3	95.084	0.000**
Giochi privati informali	1.2	4.1	41.921	0.000**
Qualsiasi gioco d'azzardo	60.4	62.0	1.359	0.417

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

**TABELLA 19.3** Differenze di genere nel gioco regolare

Attività di gioco d'azzardo	Femmine	Maschi	$\chi^2$	p-value
EGM	1.1	1.1	7.2287	0.140
Corse di cavalli o levrieri	0.61	2.95	53.634	0.000**
Biglietti gratta e vinci istantanei	1.83	2.09	29.099	0.002**
Lotterie	13.89	15.55	2.948	0.435
Keno	1.68	2.96	10.192	0.068
Giochi da tavolo da casinò	0.14	0.21	51.645	0.000**
Bingo	0.58	0.05	14.619	0.005**
Scommesse sportive e su altri eventi	0.16	0.62	95.176	0.000**
Giochi privati informali	0.09	0.07	43.573	0.000**
Qualsiasi gioco d'azzardo regolare	16.77	21.92	21.776	0.003**

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

### *Gioco d'azzardo problematico*

Non c'erano differenze di genere significative nella classificazione della categoria PGSI (Tabella 19.4). Le donne rappresentavano il 55,8% dei giocatori a basso rischio, il 48,5% dei giocatori a rischio moderato e il 33,0% dei giocatori problematici.

### **Elementi che causano gioco d'azzardo problematico femminile e maschile**

#### *Predittori del gioco d'azzardo problematico femminile*

Una serie di analisi di regressione logistica ordinale univariate (Tabella 19.5) ha rivelato che aspettative di gioco d'azzardo positive, fumo quotidiano, sintomi di depressione, sintomi di ansia generalizzata, sintomi di disturbo di panico, sintomi di disturbo da stress post-traumatico e sintomi di fobia sociale predicono in modo significativamente positivo lo stato di gioco problematico nelle donne. Al contrario, la qualità della salute psicofisica, la qualità dell'ambiente

di vita, la crescita personale e l'autonomia, la capacità di far fronte ai problemi attivamente e la pianificazione delle strategie per fronteggiare gli stessi, hanno predetto in modo significativamente negativo lo stato del gioco d'azzardo nelle donne.

**TABELLA 19.4** Differenze di genere nella classificazione entro categorie PGSI

Categoria PGSI	Femmine	Maschi	$\chi^2$	p-value
Assenza gioco d'azzardo / gioco d'azzardo non problematico	93.7	93.8	5.34	0.473
Gioco d'azzardo a basso rischio	4.2	3.5		
Gioco d'azzardo a rischio moderato	1.8	2.0		
Gioco d'azzardo problematico	0.3	0.7		

**TABELLA 19.5** Predittori univariati del gioco d'azzardo problematico femminile<sup>a</sup>

Fattore	OR	SE	IC 95%	p-value	
1. Aspettative di gioco positive	5.279	1.703	2.805	9.935	0.000**
2. Aspettative di gioco negative	1.517	0.342	0.975	2.359	0.064
3. Impulsività	1.080	0.044	0.997	1.169	0.059
4. Problemi di consumo di alcol	1.473	0.551	0.708	3.068	0.300
5. Fumo quotidiano	2.051	0.748	1.004	4.192	0.049*
6. Uso di droghe illecite	0.792	0.543	0.206	3.037	0.734
7. Uso di farmaci su prescrizione	1.297	0.566	0.552	3.051	0.551
8. Sintomi di depressione	1.382	0.116	1.172	1.629	0.000**
9. Sintomi di ansia generalizzata	1.258	0.101	1.075	1.471	0.004**
10. Sintomi di disturbo di panico	0.591	0.119	0.398	0.877	0.009**
11. Sintomi di PTSD	1.251	0.128	1.024	1.528	0.028*
12. Sintomi di fobia sociale	1.123	0.060	1.011	1.247	0.030*
13. Sintomi di ADHD	1.173	0.117	0.965	1.426	0.108
14. Salute fisica (QOL)	0.873	0.036	0.806	0.946	0.001**
15. Salute psicologica (QOL)	0.776	0.037	0.707	0.852	0.000**
16. Relazioni sociali (QOL)	0.955	0.045	0.871	1.047	0.324
17. Ambiente (QOL)	0.868	0.047	0.780	0.966	0.010*
18. Crescita personale e autonomia	0.678	0.112	0.491	0.938	0.019*
19. Abilità interpersonali	0.852	0.196	0.543	1.336	0.484
20. Coping attivo	0.756	0.082	0.612	0.934	0.010*
21. Pianificazione	0.797	0.087	0.644	0.987	0.037*
22. Religione	0.975	0.061	0.861	1.103	0.682
23. Supporto emotivo	0.883	0.078	0.742	1.050	0.158
24. Supporto strumentale	0.922	0.067	0.799	1.064	0.268

<sup>a</sup> Ciascuna variabile è stata inserita come predittore separato in ogni regressione parzialmente corretta per l'età

\* p <0,05, \*\* p <0,01

Un modello logistico ordinale multivariato nelle donne (Tabella 19.6), che verifica l'indipendenza dei predittori, ha rivelato che le aspettative di gioco d'azzardo positive e i sintomi di depressione predicano positivamente in modo indipendente lo stato del gioco d'azzardo problematico, mentre la qualità di vita della salute psicologica predice lo stato di gioco d'azzardo problematico in modo negativo.

***Predittori di gioco d'azzardo problematico maschile***

Una serie di analisi di regressione logistica ordinale univariate (Tabella 19.7) ha rivelato che le aspettative di gioco d'azzardo positive, le aspettative di gioco negative, l'impulsività, i sintomi di depressione, i sintomi di ansia generalizzata e i sintomi di PTSD, predicano in modo significativo lo stato di gioco problematico negli uomini. Al contrario, la qualità della salute psicologica, la qualità delle relazioni sociali, la qualità dell'ambiente, la crescita e l'autonomia personali e il supporto strumentale hanno predetto in modo significativamente negativo lo stato di gioco d'azzardo negli uomini.

Testando l'indipendenza dei predittori, un modello logistico ordinale multivariato (Tabella 19.8) ha rivelato che l'età, le aspettative di gioco positive e le aspettative di gioco negative prevedevano in modo indipendente e positivo lo stato di gioco problematico negli uomini. Solo il supporto strumentale ha previsto in modo negativo e indipendente lo stato di gioco d'azzardo problematico negli uomini.

**TABELLA 19.6** Predittori multivariati del gioco d'azzardo problematico femminile

Fattore	OR	SE	IC 95%		p-value
Età	1.000	0.009	0.983	1.017	0.977
Aspettative di gioco positive	6.628	2.490	3.175	13.839	0.000**
Fumo quotidiano	1.968	0.757	0.926	4.183	0.078
Sintomi di depressione	1.280	0.157	1.007	1.627	0.044*
Sintomi di ansia generalizzata	0.926	0.127	0.708	1.212	0.576
Sintomi di disturbo di panico	0.678	0.165	0.421	1.093	0.111
Sintomi di PTSD	0.854	0.126	0.640	1.140	0.284
Sintomi di fobia sociale	1.041	0.069	0.914	1.185	0.549
Qualità della vita rispetto alla salute fisica (QOL)	0.967	0.058	0.860	1.088	0.578
Qualità della vita rispetto alla salute psicologica (QOL)	0.763	0.077	0.626	0.931	0.008**
Qualità della vita rispetto all'ambiente (QOL)	1.168	0.095	0.997	1.369	0.055
Crescita personale e autonomia	1.555	0.455	0.877	2.759	0.131
Coping attivo	0.817	0.128	0.601	1.111	0.198
Pianificazione	0.987	0.131	0.761	1.280	0.921

\* Ciascuna variabile è stata inserita come predittore separato in ogni regressione parzialmente corretta per l'età

\* p <0,05, \*\* p <0,01

**TABELLA 19.7** Predittori univariati del gioco d'azzardo problematico maschile<sup>a</sup>

Fattore	OR	SE	IC 95%		p-value
1. Aspettative di gioco positive	6.297	2.033	0.881	0.046	0.000**
2. Aspettative di gioco negative	3.023	0.772	3.344	11.857	0.000**
3. Impulsività	1.085	0.037	1.832	4.989	0.016*
4. Problemi di uso di alcol	1.099	0.355	1.015	1.159	0.770
5. Fumo quotidiano	1.323	0.514	0.584	2.070	0.471
6. Uso di droghe illecite	0.989	0.411	0.618	2.833	0.978
7. Uso di farmaci su prescrizione	0.652	0.283	0.438	2.233	0.325
8. Sintomi di depressione	1.223	0.124	0.279	1.528	0.047*
9. Sintomi di ansia generalizzata	1.214	0.116	1.003	1.492	0.043*
10. Sintomi di disturbo di panico	0.863	0.171	1.006	1.464	0.457
11. Sintomi di PTSD	1.384	0.165	0.585	1.273	0.006**
12. Sintomi di fobia sociale	1.088	0.082	1.095	1.748	0.266
13. Sintomi di ADHD	1.138	0.116	0.938	1.262	0.206
14. Salute fisica (QOL)	0.962	0.055	0.932	1.389	0.499
15. Salute psicologica (QOL)	0.804	0.054	0.860	1.076	0.001**
16. Relazioni sociali (QOL)	0.881	0.046	0.705	0.916	0.014*
17. Ambiente (QOL)	0.838	0.065	0.795	0.975	0.024*
18. Crescita personale e autonomia	0.654	0.137	0.719	0.977	0.043*
19. Abilità interpersonali	1.109	0.328	0.434	0.986	0.726
20. Coping attivo	0.889	0.101	0.621	1.982	0.298
21. Pianificazione	0.875	0.077	0.712	1.110	0.131
22. Religione	0.917	0.069	0.735	1.041	0.250
23. Supporto emotivo	0.931	0.090	0.792	1.063	0.456
24. Supporto strumentale	0.726	0.085	0.770	1.124	0.006**

<sup>a</sup> Ciascuna variabile è stata inserita come predittore separato in ogni regressione parzialmente corretta per l'età

\* p <0,05, \*\* p <0,01

**TABELLA 19.8** Predittori multivariati del gioco d'azzardo problematico maschile

Fattore	OR	SE	IC 95%		p-value
Età	0.971	0.012	0.947	0.996	0.022*
Aspettative di gioco positive	4.969	1.651	2.591	9.531	0.000**
Aspettative di gioco negative	2.180	0.519	1.368	3.475	0.001**
Impulsività	0.997	0.049	0.906	1.097	0.956
Sintomi di depressione	0.882	0.136	0.653	1.192	0.414
Sintomi di ansia generalizzata	1.229	0.179	0.924	1.634	0.157
Sintomi di PTSD	1.004	0.176	0.712	1.417	0.982
Salute psicologica (QOL)	0.856	0.094	0.691	1.061	0.157
Relazioni sociali (QOL)	1.037	0.063	0.921	1.168	0.551
Ambiente (QOL)	1.019	0.123	0.804	1.291	0.878

Crescita personale e autonomia	1.507	0.369	0.932	2.435	0.094
Supporto strumentale	0.655	0.097	0.490	0.876	0.004**

· Ciascuna variabile è stata inserita come predittore separato in ogni regressione parzialmente corretta per l'età

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$

### *Il genere come moderatore della relazione tra fattori influenzanti e stato di gioco problematico*

Una serie di analisi di regressione ordinale che esplora il grado in cui il genere ha moderato la relazione tra ogni determinante e lo stato di gioco problematico ha rivelato che lo stesso ha moderato in modo significativo esclusivamente la relazione tra aspettative di gioco negative e stato di gioco problematico (OR = 0,490, SE = 0,172, IC 95% = 0,246–0,976,  $p = 0,042$ ). Gli uomini hanno mostrato un'associazione positiva significativamente più forte tra le aspettative di gioco negative e lo stato di gioco problematico rispetto alle donne.

### **Discussione**

Gli obiettivi di questo studio erano esplorare il ruolo del genere sulle determinanti che fungono da fattori compensatori e di rischio associati al gioco d'azzardo problematico femminile e maschile.

#### *Differenze di genere nella partecipazione al gioco d'azzardo e stima dei problemi derivanti*

Coerentemente con altri studi australiani,<sup>4</sup> non si è identificata alcuna differenza di genere nella partecipazione complessiva al gioco d'azzardo o nello sviluppo di gioco problematico, con le donne che coprono il 51% dei giocatori, il 56% di giocatori a basso rischio, il 49% a rischio moderato e il 33% di giocatori problematici. Sebbene le donne mostrassero percentuali più basse degli uomini in qualsiasi partecipazione regolare al gioco, coprono comunque una percentuale partecipativa regolare del 43%. Questi risultati confermano che, per lo meno nel contesto australiano, il margine che separa i generi è diminuito,<sup>1</sup> riflettendo potenzialmente un fenomeno di coorte dove le giovani donne sono maggiormente esposte alle opportunità di gioco.<sup>5</sup> Epidemiologicamente, questi risultati indicano la necessità di correggere il pregiudizio orientato al maschile nella letteratura di ricerca.

C'erano tuttavia considerevoli differenze di genere, nel modello di partecipazione al gioco. Mentre gli uomini erano più inclini a giocare alle corse dei cavalli o dei levrieri, ai giochi da tavolo da casinò, a puntare su eventi sportivi o altri eventi, o a partecipare a giochi privati informali, le donne erano più propense a giocare alle EGM, gratta e vinci, e bingo. Inoltre, le donne erano più inclini degli uomini a giocare al bingo regolarmente, e molto meno a scommettere su corse di cavalli o levrieri, su eventi sportivi o d'altro tipo. Questi risultati



sono coerenti con la letteratura internazionale che suggerisce che quando esiste un'ampia gamma di possibilità di gioco, le donne tendono a partecipare ad un ristretto gruppo di attività rispetto gli uomini, e danno la loro preferenza a "giochi di fortuna" come le lotterie, il bingo e le EGM.<sup>81-83</sup> Mentre la lotteria e il bingo non sono generalmente associati con i problemi correlati al gioco, le EGM sono state associate con il più alto potenziale di addiction al gioco di tutte le attività di gambling.<sup>84</sup>

### *Differenze di genere nei fattori di rischio per gioco problematico*

Uno dei più forti fattori di rischio identificati per il gioco d'azzardo problematico sia maschile che femminile è l'aspettativa di gioco positiva. Questo è anche l'unico fattore di rischio che, per entrambi i generi, soddisfa la definizione ampliata di un fattore di rischio indipendente, uno che rappresenta un dominio teoricamente indipendente.<sup>12</sup> Non sorprende che le aspettative di benefici di divertimento, miglioramento e guadagno finanziario derivanti dal gioco d'azzardo siano importanti nello sviluppo e nel mantenimento del gioco d'azzardo problematico.<sup>13-15,17-21,27</sup> Sebbene la letteratura precedente abbia rilevato che i maschi hanno maggiori probabilità di riportare aspettative di gioco positive rispetto alle femmine,<sup>17,19</sup> i risultati attuali suggeriscono che uomini e donne sono ugualmente suscettibile al potenziale di dipendenza del gioco d'azzardo. Affrontare le aspettative di gioco d'azzardo positive può quindi migliorare i risultati di prevenzione e intervento per entrambi i generi.

Al contrario, le aspettative di gioco negative sono state identificate come un fattore di rischio indipendente solo per il gioco d'azzardo problematico maschile. Questa concettualizzazione delle aspettative negative come fattore di rischio è coerente con la precedente letteratura sul gioco d'azzardo e sull'alcol.<sup>14,21-23</sup> Questa relazione è probabilmente di natura ricorrente, per cui le conseguenze negative del gioco aumentano con l'intensificarsi del comportamento di gioco, il che a sua volta rafforza le aspettative di gioco negative. La simultanea anticipazione dei risultati sia positivi che negativi derivanti dal gioco d'azzardo può, in parte, essere spiegata dalla teoria dell'assunzione di immediatezza,<sup>14,21</sup> che postula che i benefici immediati del gioco d'azzardo superano le conseguenze negative a lungo termine. Inoltre, questa incapacità di rinviare la gratificazione immediata può essere ulteriormente ostacolata dall'impulsività, che è stata anche identificata, nello studio attuale, come un fattore di rischio a sé stante per il gioco d'azzardo problematico maschile. Dato che l'impulsività è stata costantemente identificata come un fattore di rischio per il gioco d'azzardo problematico,<sup>24-31</sup> in particolare nei maschi,<sup>29,68</sup> i risultati attuali si aggiungono al crescente riconoscimento della necessità che l'impulsività venga affrontata nei programmi di prevenzione e intervento che mirano a curare i soggetti maschili con elevati livelli di questo tratto.

In termini di salute mentale, i fattori comuni a entrambi i generi erano la depressione e alcuni sintomi di ansia (ansia generalizzata e sintomi di PTSD). Unici per le donne, tuttavia, erano altri sintomi di ansia (sintomi di disturbo di panico e sintomi di fobia sociale) e la scoperta di sintomi di depressione come fattore di rischio indipendente. La comorbilità tra gioco d'azzardo problematico e disturbi internalizzanti come depressione e ansia,<sup>4,24,33,37,38</sup> in particolare per le femmine,<sup>57-60,63-66,70,85</sup> è riconosciuta da tempo. Tuttavia, è difficile determinare, attraverso la ricerca trasversale, se questi sintomi internalizzanti precedano lo sviluppo di gioco problematico<sup>86,87</sup> o siano successivi a conseguenze legate allo stesso.<sup>38</sup> In effetti, diversi studi longitudinali non sono riusciti a supportare la relazione rispetto ai sintomi di depressione antecedente,<sup>30,32,88,89</sup> così come per i sintomi di ansia,<sup>32,90</sup> e disagio psicologico<sup>36,91</sup> rispetto al gioco d'azzardo problematico. Alla luce di ciò, i sintomi internalizzanti possono essere considerati una conseguenza del gioco d'azzardo problematico o coesistere con il gioco d'azzardo problematico poiché condividono cause comuni.

#### *Differenze di genere nei fattori compensativi per il gioco d'azzardo problematico*

Gli aspetti della qualità di vita (salute psicologica e ambiente) si sono dimostrati fattori compensatori per entrambi i generi, un risultato supportato da ricerche precedenti.<sup>45-48</sup> Tuttavia, la qualità di vita in termini di salute fisica era un fattore compensatorio solamente per le donne e la qualità delle relazioni sociali era un fattore compensatorio esclusivamente per gli uomini. Sebbene la ricerca precedente dimostri che un indice composito di qualità di vita sia, allo stesso tempo, più fortemente associato con il gioco d'azzardo problematico maschile<sup>72</sup>, i risultati attuali indicano che una valutazione multiforme della qualità di vita potrebbe essere più utile per identificare i profili protettivi univoci per donne e uomini per il gioco d'azzardo problematico. Il meccanismo alla base della relazione tra qualità di vita e gioco d'azzardo problematico rimane poco chiaro poiché la qualità di vita deve ancora ricevere attenzione all'interno della limitata ricerca longitudinale disponibile.

La crescita e l'autonomia personale, caratterizzate dal livello di controllo che le persone sentono di avere nella propria vita, è stato anche un fattore compensativo comune sia per il gioco problematico maschile che femminile. I pochi studi<sup>49,76</sup> che esplorano il ruolo delle caratteristiche di salute mentale positive relative all'autoefficacia o all'autocontrollo evidenziano la loro rilevanza nello sviluppo del gioco d'azzardo problematico. I risultati precedenti, tuttavia, sono stati incoerenti, per cui queste caratteristiche hanno dimostrato rispettivamente un rischio e una relazione compensativa con il gioco problematico.<sup>49,76</sup> Questi risultati suggeriscono che le caratteristiche relative alla crescita personale,

all'efficacia, al controllo e alla competenza sono degne di ulteriore attenzione nella futura ricerca sul gioco d'azzardo.

In termini di coping (NdT strategie per fronteggiare i problemi), sia il coping attivo che il coping di pianificazione sono stati identificati come fattori compensatori solo per il gioco d'azzardo problematico femminile, indicando che per le donne, adottare misure attive per eliminare i fattori di stress e pensare a come affrontare al meglio i fattori di stress proteggono dallo sviluppare problemi legati al gioco d'azzardo. Ciò è per lo più coerente con la ricerca precedente.<sup>29,37,52</sup> e implica che le donne prive di queste capacità proattive possono reagire a situazioni negative in modo disadattivo e ricorrere al gioco d'azzardo.<sup>29</sup>

Dato quanto precede, per le donne che giocano d'azzardo in modo problematico, c'è un bisogno di impegno nella prevenzione e nell'intervento per concentrarsi sul migliorare le capacità di coping attivo e di pianificazione.

Infine, oltre alla qualità di vita (relazioni sociali), il supporto strumentale era una strategia di coping ritenuta essere un fattore compensativo indipendente esclusivamente per i maschi. Coerentemente con la ricerca precedente,<sup>45,48,55,56,72</sup> questi risultati suggeriscono che i maschi che sono soddisfatti delle loro relazioni sociali e cercano un supporto tangibile sotto forma di consigli, informazioni o assistenza hanno meno probabilità di segnalare problemi di gioco. Al contrario, le donne sembrano sostituire le attività sociali con il gioco d'azzardo<sup>45</sup> e hanno più amici di gioco, suggerendo che il gioco d'azzardo per loro rappresenta un evento sociale.<sup>55</sup>

Sebbene siano necessarie ulteriori ricerche per chiarire la natura sociale del gioco d'azzardo al femminile, i risultati di questo, e di studi precedenti, evidenziano un focus sul potenziamento delle reti di supporto sociale nelle iniziative di prevenzione e intervento per il gioco d'azzardo problematico maschile.

### *Il genere come moderatore delle relazioni tra fattori e status di gioco problematico*

Nonostante la gamma di differenze di genere fattori compensativi e di rischio per il gioco d'azzardo problematico, il genere ha solo moderato la relazione di rischio tra aspettative di gioco negative e gioco d'azzardo problematico. Sebbene non sia raro, le limitate moderazioni di genere possono essere spiegate da un numero insufficiente di donne a rischio moderato e di giocatrici problematiche per rilevare interazioni significative. Può anche essere che nelle analisi specifiche di genere dei fattori compensativi e di rischio, le differenze osservate non fossero abbastanza rilevanti da produrre interazioni di genere nel campione combinato. L'incapacità del genere di moderare statisticamente la relazione tra fattori di rischio e compensativi e lo stato del gioco d'azzardo problematico è coerente con l'ipotesi di genere come sostituto, che postula che il genere sia assimilato e identificato ai fattori comunemente associati ad esso, piuttosto che essere un fattore di rischio diretto.<sup>81,92</sup> Insieme al crescente supporto empirico

per questa ipotesi,<sup>81,92,93</sup> le limitate interazioni di genere identificate nel presente studio indicano che lo stesso da solo fornisce un contributo minimo alla previsione della gravità del gioco problematico oltre ad altri fattori demografici, economici e relativi alla salute.

### *Punti di forza e limiti dello studio*

Questo studio ha esplorato le differenze di genere nei fattori di rischio e compensativi nello sviluppo del GAP utilizzando un ampio campione rappresentativo della comunità. È uno dei primi studi a esplorare le differenze di genere nei fattori compensativi e a indagare fino a che punto il genere modera statisticamente le relazioni tra fattori compensativi e di rischio e gioco d'azzardo problematico. Nonostante questi punti di forza, è necessario considerare diversi limiti. In primo luogo, non sono stati esaminati moderatori diversi dal genere femminile per vedere se potevano mitigare o tamponare gli effetti dei fattori di rischio.<sup>8,9,12,37,43</sup> In secondo luogo, sebbene questo studio trasversale abbia fornito alcune informazioni, è necessaria una ricerca longitudinale per esplorare la relazione temporale tra questi fattori e il gioco d'azzardo problematico, in quanto sono generalmente concettualizzati come condizioni antecedenti che precedono temporalmente lo sviluppo dei problemi di gioco.<sup>10-12</sup> Questo farà anche luce sui fattori associati allo sviluppo del gioco d'azzardo problematico negli studi trasversali che non sono stati identificati in successivi studi longitudinali.<sup>30,91</sup> Infine, i risultati di questo studio sono soggetti ai limiti della metodologia di self-report, inclusa la risposta socialmente desiderabile.

### *Implicazioni per l'impegno nella prevenzione e nell'intervento*

Nonostante questi limiti, i risultati del presente studio forniscono importanti nuove informazioni sulle differenze di genere nello sviluppo del gioco d'azzardo problematico. Sebbene possa essere prematuro fornire raccomandazioni cliniche basate sul genere,<sup>81</sup> l'identificazione accurata delle differenze di genere nei fattori di rischio e in quelli compensatori può avere implicazioni per lo sviluppo di iniziative di salute pubblica più efficaci e sensibili al genere, inclusi programmi di prevenzione e intervento. I risultati suggeriscono che per entrambi i generi, queste iniziative dovrebbero mirare a contrastare aspettative di gioco positive, sintomi di depressione, sintomi di ansia generalizzata e sintomi di PTSD e rafforzare la qualità della vita, la crescita e l'autonomia personali. Al contrario, le iniziative per le donne possono concentrarsi sul contrasto al fumo, ai sintomi del disturbo di panico e della fobia sociale, oltre a rafforzare le strategie di coping attivo e di pianificazione, mentre l'attenzione per i maschi può essere rivolta alla riduzione delle aspettative di gioco negative e dell'impulsività e al miglioramento del supporto sociale strumentale. È interessante notare che questi fattori compensatori e di rischio sono simili a quelli di altri comportamenti problematici, come alcol, tabacco, uso di marijuana e delinquenza.<sup>35,94-96</sup> La somiglianza nei fattori di rischio e compensatori tra questi com-

portamenti problematici può evidenziare la necessità di sforzi di prevenzione globale che prendano di mira comportamenti problematici multipli, non solo il gioco d'azzardo problematico,<sup>30,36,89,96,97</sup> nonché l'importanza di sottoporre a screening le persone con questi profili ad alto rischio per problemi di gioco.<sup>36</sup>

## Bibliografia

5. Dowling, N.A. The cognitive-behavioral treatment of female problem gambling. In: Richard DCS, Blaszczynski A, Nower L, editors. *The Wiley-Blackwell Handbook of Disordered Gambling*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd; 2013.
6. Dickerson, M., Baron, E., Hong, S.M., Cottrell, D. Estimating the extent and degree of gambling related problems in the Australian population: A national survey. *Journal of Gambling Studies*. 1996;12(2):161-78.
7. Productivity Commission. *Australia's Gambling Industries: Final report*. Melbourne, Australia: Productivity Commission, 1999.
8. Dowling, N.A., Youssef, G.J., Jackson, A.C., Pennay, D.W., Francis, K.L., Pennay, A., et al. National estimates of Australian gambling prevalence: Findings from a dual-frame omnibus survey. *Addiction*. 2015.
9. Grant, J., Kim, S. Gender differences. In: Grant JE, Potenza MN, editors. *Pathological Gambling: A clinical guide to treatment*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc; 2004. pp. 97-109.
10. Delfabbro, P. Gender differences in Australian gambling: A critical summary of sociological and psychological research. *Australian Journal of Social Issues*. 2000;35(2):145-58.
11. Toneatto, T., Wang, J.J. Community treatment for problem gambling: Sex differences in outcome and process. *Community Mental Health Journal*. 2009;45(6):468-75.
12. Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., et al. The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program. *The American Psychologist*. 1993;48(10):1013-22.
13. Farrington, D.P., Ttofi, M.M. Protective and promotive factors in the development of offending. In: Bliesener T, Beelmann A, Stemmler M, editors. *Antisocial behavior and crime: Contributions of developmental and evaluation research to prevention and intervention*. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing; 2011. pp. 71-88.
14. Kazdin, A.E., Kraemer, H.C., Kessler, R.C., Kupfer, D.J., Offord, D.R. Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 1997;17(4):375-406.
15. Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S., Kupfer, D.J. Coming to terms with the terms of risk. *Archives Of General Psychiatry*. 1997;54(4):337-43.
16. Loxley, W., Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C., et al. *The Prevention of Substance Use, Risk and Harm in Australia: A review of the evidence*. Canberra: Population Health Division, Australian Government Department of Health and Ageing; 2004.
17. Emond, M.S., Marmurek, H.H. Gambling related cognitions mediate the association between thinking style and problem gambling severity. *Journal of Gambling Studies*. 2010;26(2):257-67.
18. Gillespie, M., Derevensky, J., Gupta, R. The utility of outcome expectancies in the prediction of adolescent gambling behaviour. *Journal of Gambling Issues*. 2007;19(June):69-86.
19. Grall-Bronnec, M., Bouju, G., Sébille-Rivain, V., Gorwood, P., Boutin, C., Vénisse, J.-L., et al. A French adaptation of the Gambling-Related Cognitions Scale (GRCS): a useful tool for assessment of irrational thoughts among gamblers. *Journal of Gambling Issues*. 2012;27.
20. Dechant, K., Ellery, M. The effect of including a monetary motive item on the gambling motives questionnaire in a sample of moderate gamblers. *Journal of Gambling Studies*. 2011;27(2):331-44.

21. Oei, T.P., Lin, J., Raylu, N. Validation of the Chinese version of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-C). *Journal of Gambling Studies*. 2007;23(3):309–22.
22. Oei, T.P., Lin, J., Raylu, N. The relationship between gambling cognitions, psychological states, and gambling: A cross-cultural study of Chinese and Caucasians in Australia. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2008;39(2):147–61.
23. Raylu, N., Oei, T.P. The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*. 2004;99(6):757–69.
24. Taylor, R.N., Parker, J.D., Keefer, K.V., Kloosterman, P.H., Summerfeldt, L.J. Are gambling related cognitions in adolescence multidimensional?: Factor structure of the Gambling Related Cognitions Scale. *Journal of Gambling Studies*. 2014;30(2):453–65.
25. Wickwire, E.M., Whelan, J.P., Meyers, A.W. Outcome expectancies and gambling behavior among urban adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2010;24(1):75–88.
26. St-Pierre, R.A., Temcheff, C.E., Gupta, R., Derevensky, J., Paskus, T.S. Predicting gambling problems from gambling outcome expectancies in college student-athletes. *Journal of Gambling Studies*. 2013;30(1):47–60.
27. Wohl, M., Anisman, H., Matherson, K., Young, M. *Personal luck, outcome expectancies, and subjective appraisals as predictors of health and readiness to seek treatment among young adults*. Canada: Ontario Problem Gambling Research Centre, 2006.
28. Johansson, A., Grant, J.E., Kim, S.W., Odlaug, B.L., Gostestam, K.G. Risk factors for problematic gambling: A critical literature review. *Journal of Gambling Studies*. 2009;25(1):67–92.
29. Liu, W., Lee, G.P., Goldweber, A., Petras, H., Storr, C.L., Ialongo, N.S., et al. Impulsivity trajectories and gambling in adolescence among urban male youth. *Addiction*. 2013;108(4):780–8.
30. Lorains, F.K., Stout, J.C., Bradshaw, J.L., Dowling, N.A., Enticott, P.G. Self-reported impulsivity and inhibitory control in problem gamblers. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2014;36(2):144–57.
31. Michalczuk, R., Bowden-Jones, H., Verdejo-Garcia, A., Clark, L. Impulsivity and cognitive distortions in pathological gamblers attending the UK National Problem Gambling Clinic: A preliminary report. *Psychological Medicine*. 2011;41(12):2625–35.
32. Myrseth, H., Pallesen, S., Molde, H., Johnsen, B.H., Lørvik, I.M. Personality factors as predictors of pathological gambling. *Personality and Individual Differences*. 2009;47(8):933–7.
33. Nower, L., Derevensky, J.L., Gupta, R. The relationship of impulsivity, sensation seeking, coping, and substance use in youth gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2004;18(1):49–55.
34. Shenassa, E.D., Paradis, A.D., Dolan, S.L., Wilhelm, C.S., Buka, S.L. Childhood impulsive behavior and problem gambling by adulthood: A 30-year prospective community-based study. *Addiction*. 2012;107(1):160–8.
35. Yücel, M., Whittle, S., Youssef, G.J., Kashyap, H., Simmons, J.G., Schwartz, O., et al. The influence of sex, temperament, risk-taking and mental health on the emergence of gambling: A longitudinal study of young people. *Int Gambler Stud*. 2015;15(1):108–23.
36. Edgerton, J.D., Melnyk, T.S., Roberts, L.W. Problem gambling and the youth-to-adulthood transition: Assessing problem gambling severity trajectories in a sample of young adults. *Journal Of Gambling Studies*. 2014;30(3):1–23.
37. Lorains, F.K., Cowlshaw, S., Thomas, S.A. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*. 2011;106(3):490–8.
38. Martins, S.S., Storr, C.L., Ialongo, N.S., Chilcoat, H.D. Mental health and gambling in urban female adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2007;40(5):463–5.
39. Wanner, B., Vitaro, F., Carbonneau, R., Tremblay, R.E. Cross-lagged links among gambling, substance use, and delinquency from mid-adolescence to young adulthood: Additive and moderating effects of common risk factors. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2009;23(1):91–104.
40. Winters, K., Stinchfield, R., Botzet, A., Anderson, N. A prospective study of youth gambling behaviors. *Psychology Of Addictive Behaviors*. 2002;16(1):3–9.
41. Dickson, L.M., Derevensky, J.L., Gupta, R. Youth gambling problems: Examining risk and

- protective factors. *Int Gambl Stud.* 2008;8(1):25–47.
42. Dussault, F., Brendgen, M., Vitaro, F., Wanner, B., Tremblay, R.E. Longitudinal links between impulsivity, gambling problems and depressive symptoms: A transactional model from adolescence to early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2011;52(2):130–8.
  43. Dowling, N.A., Brown, M. Commonalities in the psychological factors associated with problem gambling and Internet dependence. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking.* 2010;13(4):437–41.
  44. Breyer, J.L., Botzet, A.M., Winters, K.C., Stinchfield, R.D., August, G., Realmuto, G. Young adult gambling behaviors and their relationship with the persistence of ADHD. *Journal of Gambling Studies.* 2009;25(2):227–38.
  45. Clark, C., Nower, L., Walker, D.M. The relationship of ADHD symptoms to gambling behaviour in the USA: Results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Int Gambl Stud.* 2013;13(1):37–51.
  46. Waluk, O.R., Youssef, G.J., Dowling, N.A. the relationship between problem gambling and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Gambling Studies.* 2015;31(3).
  47. Lussier, I.D., Derevensky, J., Gupta, R., Vitaro, F. Risk, compensatory, protective, and vulnerability factors related to youth gambling problems. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2014;28(2):404–13.
  48. Shead, N.W., Derevensky, J.L., Gupta, R. Risk and protective factors associated with youth problem gambling. *International Journal of Adolescent Medicine and Health.* 2010;22(1):39–58.
  49. Black, D.W., Shaw, M., McCormick, B., Allen, J. Pathological gambling: Relationship to obesity, self-reported chronic medical conditions, poor lifestyle choices, and impaired quality of life. *Comprehensive Psychiatry.* 2013;54(2):97–104.
  50. Grant, J.E., Kim, S.W. Quality of life in kleptomania and pathological gambling. *Comprehensive Psychiatry.* 2005;46(1):34–7.
  51. Morasco, B.J., Vom Eigen, K.A., Petry, N.M. Severity of gambling is associated with physical and emotional health in urban primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(2):94–100.
  52. Scherrer, J.F., Xian, H., Shah, K.R., Volberg, R., Slutske, W., Eisen, S.A. Effect of genes, environment, and lifetime co-occurring disorders on health-related quality of life in problem and pathological gamblers. *Archives of General Psychiatry.* 2005;62(6):677–83.
  53. Lussier, I., Derevensky, J.L., Gupta, R., Bergevin, T., Ellenbogen, S. Youth bling behaviors: an examination of the role of resilience. *Psychology of Addictive viors.* 2007;21(2):165–73.
  54. Monacis, L., Sinatra, M., Tanucci, G., Taurino, A., de Palo, V. Toward an understanding of predictive and protective factors in gambling. *Social and Behavioral Sciences.* 2013;114:622–7.
  55. Parker, J.D.A., Taylor, R.N., Eastabrook, J.M., Schell, S.L., Wood, L.M. Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences.* 2008;45(2):174–80.
  56. Bergevin, T., Gupta, R., Derevensky, J., Kaufman, F. Adolescent gambling: Understanding the role of stress and coping. *Journal of Gambling Studies.* 2006;22(2):195–208.
  57. Clarke, D., Tse, S., Abbott, M., Townsend, S., Kingi, P., Manaia, W. Religion, spirituality and associations with problem gambling. *New Zealand Journal of Psychology.* 2006;35(2):77–83.
  58. Hoffmann, J.P. Religion, and problem gambling in the US. *Review of Religious search.* 2000;41:488–509.
  59. Afifi, T.O., Cox, B.J., Martens, P.J., Sareen, J., Enns, M.W. Demographic and social variables associated with problem gambling among men and women in Canada. *Psychiatry Res.* 2010;178(2):395–400.
  60. Weinstock, J., Petry, N.M. Pathological gambling college students' perceived social support. *Journal of College Student Development.* 2008;49(6):625–32.
  61. Blanco, C., Hasin, D.S., Petry, N., Stinson, F.S., Grant, B.F. Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine.* 2006;36(7):943–53.

62. Desai, R.A., Potenza, M.N. Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2008;43(3):173–83.
63. Diez, D., Aragay, N., Soms, M., Prat, G., Casas, M. Male and female pathological gamblers: Bet in a different way and show different mental disorders. *Spanish Journal of Psychology*. 2014;17(e101):1–7.
64. Echeburua, E., Gonzalez-Ortega, I., de Corral, P., Polo-Lopez, R. Clinical gender differences among adult pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*. 2011;27(2):215–27.
65. Grant, J.E., Chamberlain, S.R., Schreiber, L., Odlaug, B.L. Neuropsychological deficits associated with cannabis use in young adults. *Drug & Alcohol Dependence*. 2012;121(1–2):159–62.
66. Gupta, R., Derevensky, J.L. An empirical examination of Jacobs' General Theory of Addictions: Do adolescent gamblers fit the theory? *Journal of Gambling Studies*. 1998;14(1):17–49.
67. Ibanez, A., Blanco, C., Donahue, E., Lesieur, H.R., Perez de Castro, I., Fernandez- Piqueras, J., et al. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *The American Journal of Psychiatry*. 2001;158(10):1733–5.
68. Ledgerwood, D.M., Wiedemann, A.A., Moore, J., Arfken, C.L. Clinical characteristics and treatment readiness of male and female problem gamblers calling a state gambling helpline. *Addict Res Theory*. 2012;20(2):162–71.
69. Pilver, C.E., Libby, D.J., Hoff, R.A., Potenza, M.N. Problem gambling severity and the incidence of Axis I psychopathology among older adults in the general population. *Journal Of Psychiatric Research*. 2013;47(4):534–41.
70. Andronicos, M., Beauchamp, G., DiMambro, M., Robert, M., Besson, J., Séguin, M. Do male and female gamblers have the same burden of adversity over their life course? *Int Gambl Stud*. 2015;15(2):224–38.
71. Specker, S.M., Carlson, G.A., Edmonson, K.M., Johnson, P.E., Marcotte, M. Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*. 1996;12(1):67–81.
72. González-Ortega, I., Echeburúa, E., Corral, P., Polo-López, R., Alberich, S. Predictors of pathological gambling severity taking gender differences into account. *European Addiction Research*. 2013;19(3):146–54.
73. Froberg, F., Hallqvist, J., Tengstrom, A. Psychosocial health and gambling problems among men and women aged 16–24 years in the Swedish National Public Health Survey. *European Journal of Public Health*. 2013;23(3):427–33.
74. Grant, J.E., Chamberlain, S.R., Schreiber, L.R.N., Odlaug, B.L. Gender-related clinical and neurocognitive differences in individuals seeking treatment for pathological gambling. *Journal Of Psychiatric Research*. 2012;46(9):1206–11.
75. Ladd, G.T., Petry, N.M. Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2002;10(3):302–9.
76. Kim, H.S., Hodgins, D.C., Bellringer, M., Abbott, M. Gender differences among helpline callers: prospective study of gambling and psychosocial outcomes. *Journal of Gambling Studies*. 2015.
77. Smith, D., Battersby, M., Harvey, P. Does gender moderate the subjective measurement and structural paths in behavioural and cognitive aspects of gambling disorder in treatment-seeking adults? *Addictive Behaviors*. 2015;48:12–8.
78. Blanco, C., Hanania, J., Petry, N.M., Wall, M.M., Wang, S., Jin, C.J., et al. Towards a comprehensive developmental model of pathological gambling. *Addiction*. 2015;110(8):1340–51.
79. Hing, N., Russell, A., Tolchard, B., Nower, L. Risk factors for gambling problems: An analysis by gender. *Journal of Gambling Studies*. 2015.
80. Loo, J.M., Tsai, J.S., Raylu, N., Oei, T.P. Gratitude, hope, mindfulness and personal- growth initiative: Buffers or risk factors for problem gambling? *PLoS One*. 2014;9(2):e83889.
81. Ferris, J., Wynne, H. *The Canadian problem gambling index: Final report*. Canada: Canadian Centre on Substance Abuse, 2001.
82. Jackson, A.C., Wynne, H., Dowling, N.A., Tomnay, J.E., Thomas, S.A. Using the CPGI to de-



- termine problem gambling prevalence in Australia: Measurement issues. *Int J Ment Health Ad.* 2010;8(4):570–82.
83. Honaker, J., King, G. What to do about missing values in time series cross-section data. *American Journal of Political Science.* 2010;54(2):561–81.
  84. Honaker, J., King, G., Blackwell, M. Amelia II: A program for missing data. *Journal of Statistical Software.* 2011;45(7):1–47.
  85. Nelson, S.E., LaPlante, D.A., LaBrie, R.A., Shaffer, H.J. The proxy effect: Gender and gambling problem trajectories of Iowa gambling treatment program participants. *Journal of Gambling Studies.* 2006;22(2):221–40.
  86. Lesieur, H.R., Blume, S.B. *When Lady Luck Loses: Women and compulsive gambling.* 1991.
  87. Wenzel, H.G., Dahl, A.A. Female pathological gamblers—A critical review of the clinical findings. *Int J Ment Health Ad.* 2009;7(1):190–202.
  88. Dowling, N., Smith, D., Thomas, T. Electronic gaming machines: are they the ‘crack-cocaine’ of gambling? *Addiction.* 2005;100(1):33–45.
  89. Gupta, R., Derevensky, J.L. Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of Gambling Studies.* 1998;14(4):319–45.
  90. Christensen, D.R., Jackson, A.C., Dowling, N.A., Volberg, R.A., Thomas, S.A. An examination of a proposed DSM-IV pathological gambling hierarchy in a treatment seeking population: Similarities with substance dependence and evidence for three classification systems. *Journal of Gambling Studies.* 2014:1–20.
  91. Francis, K.L., Dowling, N.A., Jackson, A.C., Christensen, D.R., Wardle, H. Gambling motives: Application of the reasons for gambling questionnaire in an Australian population survey. *Journal of Gambling Studies.* 2014:1–17.
  92. Lee, G.P., Storr, C.L., Ialongo, N.S., Martins, S.S. Compounded effect of early adolescence depressive symptoms and impulsivity on late adolescence gambling: A longitudinal study. *Journal of Adolescent Health.* 2011;48(2):164–9.
  93. Scholes-Balog, K.E., Hemphill, S.A., Dowling, N.A., Toumbourou, J.W. A prospective study of adolescent risk and protective factors for problem gambling among young adults. *Journal of Adolescence.* 2014;37(2):215–24.
  94. Vitaro, F., Arseneault, L., Tremblay, R.E. Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction.* 1999;94(4):565–75.
  95. Scholes-Balog, K.E., Hemphill, S.A., Toumbourou, J.W., Dowling, N.A. Problem gambling and internalising symptoms: A longitudinal analysis of common and specific social environmental protective factors. *Addictive Behaviors.* 2015;46:86–93.
  96. LaPlante, D.A., Nelson, S.E., LaBrie, R.A., Shaffer, H.J. Men & women playing games: Gender and the gambling preferences of Iowa gambling treatment program participants. *Journal of Gambling Studies.* 2006;22(1):65–80.
  97. Granero, R., Penelo, E., Martínez-Giménez, R., Álvarez-Moya, E., Gómez-Peña, M., Aymamí, M.N., et al. Sex differences among treatment-seeking adult pathologic gamblers. *Comprehensive Psychiatry.* 2009;50(2):173–80.
  98. Bond, L., Toumbourou, J.W., Thomas, S.A., Catalano, R.F., Patton, G.C. Individual, family, school and community risk and protective factors for depressive symptoms in adolescents: A comparison of risk profiles for substance use and depressive symptoms. *Prevention Science.* 2005;6(2):73–88.
  99. Hemphill, S.A., Heerde, J.A., Herrenkohl, T.I., Patton, G.C., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F. Risk, and protective factors for adolescent substance use in Washington State, the United States and Victoria, Australia: A longitudinal study. *Journal of Adolescent Health.* 2011;49(3):312–20.
  100. Vitaro, F., Brendgen, M., Ladouceur, R., Tremblay, R.E. Gambling, delinquency, and drug use during adolescence: Mutual influences and common risk factors. *Journal of Gambling Studies.* 2001;17(3):171–90.
  101. Winters, K., Stinchfield, R., Kim, L.G. Monitoring adolescent gambling in Minnesota. *Journal of Gambling Studies.* 1995;11(2):165–83.



*Laurie Morrison*

## **Introduzione**

### *Background*

La testimonianza delle esperienze di gioco delle donne Māori è stata periodica, mancando di contesto socioculturale e, per la maggior parte della nostra storia recente, invisibile. Grant (1994) menziona brevemente le donne Māori come fantine a Otaki, ardenti giocatrici di corse di cavalli e housie (bingo) e giocatrici del lotto. Tuttavia, sappiamo che il gioco d'azzardo è diventato più diffuso e normalizzato all'interno delle comunità Māori in seguito alla sua introduzione da parte dei primi coloni europei all'inizio del diciannovesimo secolo (Dyall, 2007; Dyall, 1998). Morrison (1999) ha descritto le esperienze positive e negative di trenta donne Māori che si sono impegnate in forme tradizionali di gioco d'azzardo (giochi di carte e housie) a Rotorua. La maggior parte delle donne proveniva da contesti sociodemografici simili, whānau (famiglia) di giocatori d'azzardo che le hanno influenzate a giocare e alcune hanno continuato in età avanzata. Il gioco d'azzardo era fortemente associato a whānau e alla cultura whakapapa (genealogia e trasmissione di), connessione (trasmissione di, reti di supporto sociale), responsabilità culturali in contesti culturali, ad esempio marae (NdT: luogo sacro che serviva sia per eventi sacri che sociali nelle società polinesiane pre-cristiane), sale e case private. La redistribuzione del denaro tra whānau e membri della comunità è stata vista anche come un mezzo per sovvenzionare redditi bassi, redistribuire denaro e sostenere studi recenti dei ricercatori (vedi Morrison, 2008; Morrison e Wilson, 2015) e quello di altre popolazioni indigene (Breen et al., 2011; Momper, 2010; Hing et al., 2014a; Nagel et al., 2011).

### *Disturbo da gioco d'azzardo*

Studi e rapporti sulla prevalenza identificano in modo coerente le donne Māori come un gruppo a rischio per il gioco d'azzardo in seguito all'introduzione di pokie machine (slot machine, gioco elettronico) (Ministry of Health, 2015, Ministry of Health, 2009, Walker et al., 2012, Morrison, 2011, Morrison, 2008, Morrison e Wilson, 2013, Dyall, 2003, Dyall, 2007). I fattori di rischio sono basso stato socio-economico, avere un'età compresa tra i 25 e i 64 anni, essere disoccupate, con un'istruzione limitata, vivere in famiglie numerose ed essere una giocatrice frequente che ha maggiori probabilità di giocare per superare le avversità finanziarie e perdere la fiducia della propria famiglia (Holdsworth et al., 2013). Quest'ultima è una caratteristica comune tra le donne Māori (Morrison, 2015, Abbott et al., 2014, Dyall, 2007, Watene e Thompson, 2007) e le don-

ne indigene (Breen et al., 2011, Momper, 2010, Hing et al., 2014a, Nagel et al., 2011). Morrison e Wilson (2015) hanno scoperto che esiste la trasmissione intergenerazionale del gioco d'azzardo nelle donne Māori, con bambini che crescono in famiglie in cui il gioco è normalizzato e hanno maggiori probabilità di giocare d'azzardo rispetto a bambini provenienti da case dove il gioco d'azzardo non è contemplato (Darbyshire et al., 2001, Dyall, 2007, Momper, 2010). Inoltre, i giovani giocatori sono più suscettibili a fattori di stile di vita, associati al crimine e alla reclusione, che possono includere problemi di salute mentale, abuso da sostanze e gioco d'azzardo (Durie, 2005, Abbott et al., 2000, Morrison, 2008).

Le esperienze positive di gambling includono anche le attrazioni e gli incentivi percepiti, offerte dai luoghi di gioco e dai casinò, in particolare cibo, bevande e intrattenimento a buon mercato. Le Pokie Machine, con icone culturali e icone Disney, sono state utilizzate come meccanismi per consentire alle donne di sfuggire a situazioni familiari stressanti, ambienti di lavoro e conflitti personali irrisolti (Morrison e Boulton, 2013, Morrison, 2004, Morrison, 2011, Dyall et al., 2007, Morrison e Wilson, 2015). Ad aumentare le attrattive si aggiunge la proliferazione di sale Pokie che sono ancora concentrate in aree ad alto disagio in cui si trovano le donne Māori, rendendo quasi impossibile non giocare d'azzardo (Morrison e Wilson, 2013, Ministry of Health, 2013b, Allen + Clarke, 2015, Ministry of Health, 2015).

Il gioco d'azzardo è stato anche fortemente associato a una infanzia violenta e gli attuali ambienti domestici aumentano il rischio di crolli finanziari per la whānau (famiglia) (Ministero della Salute, 2009, Ministero della Salute, 2015). Inoltre, il gioco d'azzardo compromette la capacità delle donne Māori di prendersi cura dei propri figli e aumenta la propensione alla violenza da parte del partner (Afifi et al., 2010, Morrison e Wilson, 2015). Rispetto alle donne non Māori, è più probabile che le donne Māori abbiano subito abusi sessuali nell'infanzia e, di conseguenza, siano più vulnerabili alla violenza del partner (intimate partner violence-IPV) e ad altre violenze e ai problemi di salute mentale (Ministry of Women's Affairs, 2010, Family Violence Death Comitato di revisione, 2014, Koziol-McLain et al., 2015, Afifi et al., 2010). È necessario esaminare se i fattori strutturali radicati, come la povertà, il disagio familiare e la vita in alloggi poveri, siano influenze di rilievo (Ministry of Women's Affairs, 2010) che incidono sulla tendenza delle donne Māori a giocare in modo eccessivo (Morrison e Wilson, 2013, Morrison e Wilson, 2015).

### *Affrontare l'abuso da gioco d'azzardo*

I programmi di intervento per le donne Māori sono limitati; ciò che è disponibile è stato basato sulla replica di una cultura non Māori, che spesso serve ad aumentare l'ambivalenza delle donne Māori verso la ricerca di aiuto (Morrison e Wilson, 2013), ed emula quelli per donne indigene internazionali (Hing et al., 2014b). Morrison e Wilson (2015) hanno sottolineato l'importanza e la capacità per le donne Māori di raggiungere il loro massimo benessere, che è soddisfatto

al meglio da whānau supportive che fungono da stimoli influenti per arrestare la trasmissione intergenerazionale del comportamento di gioco d'azzardo. Pertanto, interventi efficaci incentrati sui bisogni delle donne Māori e le loro realtà devono incorporare valori culturali, credenze e pratiche Māori (Morrison e Boulton, 2013).

Il Ministero della Salute raccomanda un'offerta di servizi integrati - attraverso i settori della salute mentale e delle dipendenze, i servizi sociali, l'assistenza agli autori di reato, l'alloggio e l'istruzione, come principi fondamentali per affrontare le esigenze dei giocatori problematici Māori e dei gestori di servizi (Ministero della Salute, 2015). Collegare i giocatori d'azzardo ai servizi forniti dagli operatori di gioco e alle opportunità di istruzione aiuta a ricollegarli al loro whānau (famiglia) e la transizione di ritorno verso le loro comunità richiede la necessità di un supporto continuo. Whānau può essere un passo fondamentale verso il recupero e l'autogestione (Durie et al., 2010, Te Puni Kokiri, 2015) e la riduzione dell'abuso da gioco d'azzardo (Morrison e Wilson, 2015, Watene e Thompson, 2007, Morrison, 2006, Morrison, 2011). Le donne Māori sono la pietra angolare di 'whānau ora' (NdT salute familiare, iniziativa sanitaria rivolta alla comunità Māori) e le implicazioni dell'abuso da gioco d'azzardo devono essere una questione di priorità e di considerazione da parte dei responsabili politici e pianificatori di servizi in Nuova Zelanda (Ministry of Health, 2015, Morrison and Wilson, 2013, Morrison and Wilson, 2015).

## **Metodo**

Il paradigma di ricerca Kāupapa Māori (n.d.t. alla maniera Māori) che utilizza Pōwhiri (n.d.t. cerimonia di benvenuto), in uno studio precedente, descriveva le percezioni del gioco d'azzardo con le Pokie machine delle donne Māori (Morrison, 2008), era coerente con l'etica della ricerca di Te Ara Tika Māori (n.d.t. Guida ai valori etici Māori) (Hudson et al., 2010). Le pratiche di ricerca Māori che determinano tikanga (n.d.t. metodo corretto per fare le cose) e i processi sono sostenuti dall'inizio al momento della diffusione dei risultati, utilizzando esiti degni di nota a beneficio delle comunità Māori (Walker, 1992, Smith, 2012) e, cosa più importante, per la formazione di relazioni stabili tra le partecipanti e ricercatore / valutatore (Cram et al., 2015).

Trentacinque donne che si sono identificate come Māori e due donne delle isole del Pacifico hanno completato e accettato di partecipare alle interviste. Le partecipanti sono state reclutate attraverso organizzazioni di gioco d'azzardo problematico, ad esempio consulenti per il gioco d'azzardo e promotori di salute. Volantini e fogli informativi sono stati lasciati alle organizzazioni di gioco d'azzardo e gli informatori responsabili le hanno invitate a partecipare. Le donne sono state sottoposte a screening utilizzando il Problem Gambling Screen 3 (PGS3) (Bellringer et al., 2008). I criteri di ammissibilità includevano donne Māori e del Pacifico che erano a metà o alla fine della loro consulenza e si erano impegnate a partecipare a un programma di otto settimane. Le interviste

ste sono state condotte tra novembre 2012 e maggio 2014. Le trascrizioni sono state fornite e le donne hanno controllato le loro risposte e poi le hanno restituite in una busta pre-affrancata. Le strategie per sostenere la ritenzione in trattamento includevano valori quali l'uso di karakia (preghiera), waiata (canto) e manaaki (sostegno e cura), harakeke raranga (tessitura del lino) per facilitare l'impegno culturale e affrontare questioni spirituali e psicologiche; telefonate di promemoria; fornitura di trasporti; informazioni relativamente agli interventi di sostegno e ai servizi sociali (Morrison e Wilson, 2015).

### **Analisi dei dati**

L'analisi tematica dei dati è stata condotta utilizzando l'approccio di Braun e Clarke (2006) che implica il processamento di temi sensibili, lo sviluppo di codici e l'interpretazione delle informazioni e dei temi. L'analisi induttiva ha quindi consentito un esame più dettagliato, specifico per il percorso delle donne che affrontano il gioco d'azzardo e una codificazione specifica all'interno dell'ipotesi di ricerca (Braun e Clarke, 2006). Le trascrizioni sono state sottoposte a una serie di letture per identificare, organizzare e riportare temi e sotto temi emergenti, all'interno dei dati, in modo da dedurre le caratteristiche e le peculiarità dell'argomento di ricerca (Braun e Clark, 2013). I tre temi emergenti sono stati: esperienze infantili di gioco d'azzardo, gioco d'azzardo ed evasione, e modellamento di ruolo verso un cambiamento.

### **Risultati**

La maggior parte delle trentacinque donne Māori, che proveniva da background simili, ha iniziato a giocare d'azzardo da bambina, le loro whānau e partner giocavano e associavano il gioco a momenti divertenti, povertà, influenze e incoraggiamento al gioco, obblighi culturali e abusi infantili. Questo è descritto in *Esperienze dell'Infanzia*. I fattori scatenanti più comuni associati all'abuso da gioco d'azzardo includevano un reddito inadeguato o sovvenzioni tramite sussidi sociali, evasione da questioni infantili irrisolte, conflitti personali e conflitti nella whānau, e sono classificati sotto il tema *Gioco d'Azzardo ed Evasione*. Ciò che è cruciale nell'influenzare il cambiamento del comportamento, è illustrato in *Modellare i Ruoli verso il Cambiamento*. Le informazioni sono state tratte dalle interviste ed estrapolate dalle dimensioni della cartella di lavoro; per ulteriori informazioni vedere Morrison e Wilson (2013).

### **Esperienze d'infanzia**

#### *Le influenze della "whānau"*

Le donne Māori descrivono l'inizio del gioco d'azzardo nelle prime fasi della vita, in compagnia della "whānau", una parola che significa sorelle, fratelli e genitori, con l'attività che si svolge frequentemente all'interno della casa e presso Marae (luogo di incontro Māori). Quando il giocatore/giocatrice è in

giovane età, vincere significa ricevere premi. Il gioco d'azzardo nella loro infanzia era percepito come guardare la madre divertirsi e stare in compagnia dei giocatori della whānau nella loro casa e ambienti culturali.

“La scuola di carte era dove mia madre era sempre felice, con le zie al marae ... lei sentiva di appartenervi.”

La maggior parte delle donne ha parlato a lungo dell'essere stata influenzata dalle proprie madri o nonne nei confronti gioco d'azzardo. I padri sono stati menzionati, tuttavia, non nella stessa misura delle influenze materne: "Mia madre era più che altro una giocatrice d'azzardo, giocava costantemente e non solo per un paio d'ore, sembravano giorni". Le Pokie machine non esistevano quando giocavano. Tuttavia, due donne più giovani hanno descritto di essere state incoraggiate a usarle da kuia (nonne) quando sono diventate disponibili nel loro quartiere, "Le 'nans'(nonne) ci hanno insegnato a giocare alla pokie, 'tap tap' dai che andiamo" e "Abbiamo un sacco di pokie nelle nostre strade, nei sobborghi, sono ovunque qui nella regione". Anche le caratteristiche fisiologiche delle macchine hanno avuto un impatto: "Le adoravo, erano così carine, il ching ching delle slot, sì, era emozionante".

### **Povertà**

La risposta più significativa associata ai ricordi del gioco d'azzardo infantile è stata la povertà. La maggior parte delle donne proveniva da famiglie a basso reddito, genitori disoccupati e viveva in famiglie sovraffollate con whānau estese. Guardare la whānau vincere soldi per provvedere ai bisogni di base come il cibo è stata la motivazione per continuare a giocare e per superare la disperazione: "Il gioco ha fornito kai (cibo) per la nostra tavola, tutti erano pohara (poveri), con sussidi, che non andavano effettivamente da nessuna parte."

## **Gioco d'azzardo ed evasione**

### ***Infanzia negata***

L'abuso infantile è stato segnalato dalla maggior parte delle donne ed era associato all'abuso eccessivo di alcol e droghe da parte dei genitori, ad ambienti domestici violenti, ad abusi sessuali da parte di membri della whānau, senza alcun intervento protettivo da parte di altri membri whānau: "Papà che picchiava [mamma], picchiava noi tutto il tempo e non era mai finita; era meschino, cattivo e un grande perdente". Un'altra donna ha detto: "Ci abusava, come mai nessuno ha ascoltato la nostra voce, dov'era la mamma per noi pepi (bambini)?"

Il gioco d'azzardo è stato utilizzato per compensare l'incapacità di stabilire una relazione funzionale con le loro madri, il che ha contribuito a sentimenti di insicurezza e bassa autostima: "La mamma ha abbandonato me e i miei fratelli e sorelle" e "[io] ho cercato di legare con mia madre, ma sono sempre stata allontanata." Crescere i fratelli, mentre i genitori giocano, significa perdere la propria infanzia: "Sono stata derubata della mia infanzia, ho dovuto fare da geni-

tore a quattro fratelli e sorelle" e "non sono mai stata solo una bambina; bambini che si prendono cura di bambini, questa è stata la nostra infanzia".

### *Meccanismi di coping*

Il gioco d'azzardo è diventato una parte normale della vita quotidiana delle donne per far fronte ad ambienti domestici stressanti e violenti, a redditi limitati e a partner disoccupati e alcune si sono rassegnate al fatto che questo era anche il loro destino:

"Papà è andato in guerra e non ha mai smesso di litigare con la mamma, con noi e con tutti, beh mamma non l'ha fermato. Sposare uomini come questi padri era un annullarsi, ma hey l'abbiamo fatto e ora lo stiamo pagando, sono pigrone e così violenti fisicamente."

"Eravamo in quel tipo di spirale ... crescendo in quella spirale, e ci siamo semplicemente ricadute. E poi, quando ho avuto i miei figli, lo stavo ancora facendo."

La maggior parte delle donne ha instaurato una relazione con una macchina virtuale che ha permesso loro di addentrarsi nel mondo delle fiabe e quindi di reinventare l'infanzia per far fronte a traumatici abusi dell'infanzia e dell'età adulta:

"*Jack e il fagiolo magico* è tutto incentrato sull'infelicità infantile ... e io che cerco di salire sulla pianta di fagioli, afferrare l'oro e sentirmi felice."

Un'altra donna ha stretto una relazione con una pokie machine e lo ha ritenuto preferibile piuttosto che rimanere con il marito disoccupato e violento.

"Sei quella che mantiene la famiglia, vivi con un inetto pigrone, Jack era meglio di quel cialtrone con cui vivevo."

I debiti finanziari hanno avuto un impatto negativo sia fisico che emotivo per le donne all'interno di questo studio, che hanno riconosciuto che inseguire le perdite e nascondere i debiti di gioco ai partner era esperienza comune tra le donne e per alcune aveva portato a devastanti conseguenze di perdita e aveva messo in discussione il senso di autostima e mana (energia):

"Ho speso troppi soldi cercando di recuperare le mie perdite, mal di testa dopo mal di testa. La costante menzogna e lo spostamento di denaro per stare al passo con i conti non pagati. Mentirei se dicessi che il mio battere i tasti non mi ha causato molte lacrime. Ho perso i miei due figli a causa del CYFS (Child Youth and Family Section - servizi sociali) e mio marito ne aveva abbastanza. Avevo sempre gli strozzini alle calcagna e il mutuo è stato lasciato tutto indietro, come me."

"Beh, ho finito per rubare cibo dai negozi. Anche se non ero obbligata, avrei potuto dirlo a mia madre, ma non volevo, era troppo vergognoso."



## **Modellare i ruoli verso il cambiamento**

### ***Rimanere in contatto***

Riconoscere che il gioco d'azzardo era un problema e assumerne la responsabilità faceva parte del cambiamento del loro comportamento di gioco. In definitiva, whānau era considerato il supporto più efficace per queste donne per prevenire le ricadute e ripristinare la fiducia con partner e figli.

“Sì, ho lottato, mi tira per il gomito o [figlia] mi spinge la schiena ... continua a camminare, continua a camminare, e ora posso oltrepassarli [pokies].

Devo cambiare o perderò i miei figli per sempre. Voglio riavere la fiducia. So che i miei figli non hanno rispetto per me.”

Mio marito si è alzato dal divano e ha detto: "Ti porto a fare acquisti, ti tengo lontano da quelle macchine".

Riconnettersi con i valori culturali, le credenze e l'identità Māori, la creazione di sistemi di supporto positivi con la whānau e le loro comunità è stato considerato efficace per ricostruire relazioni compromesse e cruciale per aiutare le donne nella loro vita quotidiana e sostenere le ricadute di coloro che hanno partecipato al programma weekend NPWI:

“È stato bello aiutare mia nonna e whaea (zia) a fare l'harakeke (tessitura) nel programma. Conosco il reo [linguaggio Māori], e per tesserlo [il programma] avevo solo bisogno di un calcio nel sedere per rimandarmi alle mie radici culturali, sì.”

“[la partecipante] ci sta insegnando a giocare a golf, ci sosteniamo a vicenda in questo viaggio. Siamo andati alla banca del cibo anche per offrire il nostro aiuto, che ci terrà lontano dalle pokie machine e dal tap tap, tapping (NdT.battere sui tasti).”

## **Discussione**

### ***Infanzia e povertà***

Le donne Māori sono consistentemente sovra-rappresentate nel campo della salute e della giustizia penale e si presentano con uno svantaggio sociale e strutturale. I dati delle donne hanno illustrato che le esperienze infantili del gioco d'azzardo erano strettamente associate al divertimento e alla connessione con la whānau. L'abuso da gioco d'azzardo ha influenzato negativamente le donne Māori ed è stato collegato alla disuguaglianza sociale, all'emarginazione, alla violenza e agli effetti in corso derivanti dal processo coloniale; questo è motivo di preoccupazione. Le pratiche di gioco d'azzardo delle donne erano invischiate con la povertà e per alcune con un senso di impotenza che riverberava nelle loro vite adulte, portando a problemi di mentale, sentimenti di impotenza e disconnessione, confermando altri studi indigeni (Breen et al., 2011, Momper, 2010, Hing et al., 2014a, Nagel et al., 2011).

### *Gioco d'azzardo ed evasione*

Le avversità finanziarie a seguito del gioco d'azzardo hanno avuto un impatto sulle donne Māori e sulle loro whānau ed erano associate agli effetti residui della colonizzazione, agli ambienti domestici violenti nell'infanzia, alla violenza del partner (Afifi et al., 2010, Koziol-McLain et al., 2015), a fattori di rischio per reati e reclusione (Durie, 2005) e confermato studi precedenti dell'autrice (Morrison e Wilson, 2015, Morrison e Wilson, 2013, Morrison, 2004). Ci sono state una serie di campagne antiviolenza condotte nella comunità con successo all'insegna di: "non va bene" e ricerche a sostegno della riduzione della violenza familiare che mirano alla protezione delle donne e dei bambini Māori. È opportuno che una campagna simile venga sviluppata per le donne Māori sulla violenza collegata al problema del gioco d'azzardo e una ricerca aggiornata intrapresa da ricercatori Māori.

È evidente che l'evasione era una motivazione che spingeva le donne Māori a giocare in modo eccessivo per sfuggire fisicamente ad ambienti domestici abusivi e a partner disoccupati e violenti. L'uso delle pokie come meccanismo di coping era evidente nelle narrazioni delle donne e associato alla fuga da partner violenti e disoccupati, alla vergogna e alla rottura della fiducia (Holdsworth et al., 2013) e al riconnettersi con l'infanzia perduta (Morrison e Wilson, 2015). Questo risultato è particolarmente preoccupante per le donne Māori che sono la pietra angolare delle "whānau ora" (NdT salute familiare) (Ministero della Salute, 2015); la considerazione urgente di interventi innovativi in corso e culturalmente appropriati deve essere prioritaria e adeguatamente fornita di risorse.

### *Modellare i ruoli per il cambiamento*

Tassi costantemente alti di abuso da gioco d'azzardo tra le donne Māori suggeriscono che gli interventi attuali hanno avuto scarso o nessun effetto (Morrison, 2011, Dyal, 2010, Morrison e Wilson, 2013). Le narrazioni hanno fornito approfondimenti sull'efficacia dell'uso di simboli culturali, credenze e risorse pertinenti per comprendere e riconciliare i cambiamenti nel comportamento di gioco e adattarsi agli attuali modelli dei servizi per ridurre l'impatto del danno e alla "whānau ora" e rafforzare e ricollegare le donne con la loro identità culturale e le loro comunità (Ministero della Salute, 2015, Te Puni Kokiri, 2015). Il miglioramento dell'identità e delle connessioni è visto come fondamentale quando si considera un approccio Māori rivolto alle donne Māori.

Le donne Māori hanno bisogno di guarire con forti sistemi di supporto whānau ed essere assistite da gestori di gioco d'azzardo dotati di risorse adeguate, atte a garantire lo sviluppo di strategie innovative e creative, per dare continuità ai gruppi di sostegno delle donne. È stato dimostrato che gli interventi culturalmente specifici erano efficaci nella riduzione o cessazione del comportamento di gioco d'azzardo (Ministry of Health, 2013a, Ministry of Health, 2007, Ministry of Health, 2009, Morrison and Wilson, 2015). L'integrazione dei valori e delle convinzioni culturali Māori come l'harakeke (lino) era

una norma culturale considerata una strategia terapeutica utile per aumentare l'autostima delle donne e prevenire le ricadute (Morrison e Wilson, 2015). La perseveranza nella ricerca di interventi culturalmente appropriati è fondamentale se vogliamo sviluppare e rafforzare il pieno potenziale delle donne Māori e ridurre i danni causati dall'azzardo. Infine, le donne Māori si trovano sul versante negativo dei nostri indicatori sociali e richiedono interventi culturalmente più appropriati e ricerche specificamente focalizzate su di loro.

Questa ricerca è limitata dalla piccola dimensione del campione e, quindi, i risultati non possono essere generalizzati per includere tutte le donne indigene. Ma più specificamente, abbiamo mirato a portare in primo piano le opinioni delle donne che hanno partecipato a un intervento culturalmente specifico per affrontare l'abuso da gioco d'azzardo.

### **Bibliografia**

- Abbott, M., Bellringer, M. & Garrett, N. 2014. *New Zealand 2012 National Gambling Study: Gambling Harm and Problem Gambling: Report Number 2*. Auckland: Gambling & Addictions Research Centre, National Institute for Public Health & Mental Health Research.
- Abbott, M., Mckenna, B. & Giles, L. 2000. *Gambling and Problem Gambling Among Recently Sentenced Women Prisoners in New Zealand*. Wellington: Department of Internal Affairs.
- Afifi, T., Brownridge, D., Macmillan, H. & Sareen, J. 2010. The relationship of gambling to intimate partner violence and child maltreatment in a nationally representative sample. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 331–337.
- Allen + Clarke 2015. *Informing the 2015 gambling harm needs assessment – final report for the Ministry of Health*. Wellington: Allen + Clarke.
- Bellringer, M., Abbott, M., Coombes, R., Garrett, N. & Volberg, R. 2008. *Problem Gambling Assessment and Screening Instruments*. Phase Two Final Report: Prepared for the Ministry of Health. Wellington Ministry of Health.
- Braun, V. & Clark, V. 2013. *Successful Qualitative Research*. London, Sage Publications Ltd.
- Braun, V. & Clarke, V. 2006. Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*. *Qualitative Research in Psychology Health Research*, 3, 77–101.
- Breen, H., Hing, N. & Gordon, A. 2011. Indigenous gambling motivations, behaviour and consequences in Northern New South Wales, Australia. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 723–739.
- Cram, F., Kennedy, V., Paipa, K., Pipi, K. & Wehipeihana, N. 2015. Being culturally responsive through kaupapa Māori evaluation. In: S. Hood, R. Hopson & H Frierson. (ed.) *Continuing the Journey to Reposition Culture and Cultural Context in Evaluation Theory and Practice*. Charlotte, NC: Information Age Publishing.
- Darbyshire, P., Oster, C. & Carrig, H. 2001. The experience of pervasive loss: Children and young people living in a family where parental gambling is a problem. *Journal of Gambling Studies*, Vol. 17
- Durie, M. 2005. *Nga Tai Matatu: Tides of Māori Endurance*. Melbourne, Oxford University Press.
- Durie, M., Cooper, R., Grennell, D., Snively, S. & Tuaine, N. 2010. *Whānau Ora: Report of the Taskforce on Whānau-Centred Initiatives*. Wellington: Ministry of Social Development.
- Dyall, L. 1998. Oranga Māori: Māori health. *New Zealand Review*, 8.
- Dyall, L. 2003. Kanohi ki te kanohi: face to face: A Māori face to gambling. *New Ethicals*, 5, 11–16.
- Dyall, L. 2007. Gambling, social disorganisation and deprivation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5, 320–330.
- Dyall, L. 2010. Gambling: a poison chalice for indigenous

peoples. *Internal Journal of Mental*

*Health and Addiction*, 205–213. Dyall, L., Tse, S. & Kingi, A. 2007. Cultural icons and marketing of gambling. *International*

*Journal of Mental Health and Addiction*, 84–96. Family Violence Death Review Committee 2014. *Fourth Annual Report: January 2013 to December 2013*. Wellington, New Zealand, Health Quality & Safety Commission.

Grant, D. 1994. *On a Roll: A History of Gambling and Lotteries in New Zealand*. Wellington, Victoria University Press.

Hing, N., Breen, H., Gordon, A. & Russell, A. 2014a. The gambling behavior of indigenous Australians. *Journal of Gambling Studies*, 32, 1525–1538.

Hing, N., Breen, H., Gordon, A. & Russell, A. 2014b. Gambling harms and gambling help seeking amongst indigenous Australians. *Journal of Gambling Studies*, 30, 737–755.

Holdsworth, L., Nuske, E., Tiyce, M. & Hing, N. 2013. Impacts of gambling problems on partners: partners' interpretations. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, 3. Hudson, M., Milne, M., Reynolds, P., Russell, K. & Smith, B. 2010. *Te ara tika Guidelines for Māori Research Ethics: A framework for researchers and ethics committee members*. Auckland,

NZ, Health Research Council. Koziol-McLain, J., Vandal, A., Nada-Raja, S., Wilson, D., Glass, N., Eden, K., Mclean, C.,

Dobbs, T. & Case, J. 2015. A web-based intervention for abused women: The New Zealand safe randomised controlled trial protocol. *BMC Public Health*. Ministry of Health 2007. *Problem Gambling Intervention Services in New Zealand: 2006 Service- user statistics*. Wellington: Ministry of Health. Ministry of Health 2009. *A Focus on Problem Gambling: Results of the 2006/07 New Zealand Health Survey*. Wellington: Ministry of Health. Ministry of Health 2013a. *New Zealand Health Survey Annual update of key findings 2012/13*.

Wellington: Ministry of Health. Ministry of Health 2013b. *Preventing and Minimising Gambling Harm: Three-year service plan*

*and levy rates for 2013/14 to 2015/16*. Wellington: Ministry of Health. Ministry of Health 2015. *Strategy to Prevent and Minimise Gambling Harm 2016/17 to 2018/19: Consultation document*. Wellington: Ministry of Health. Ministry of Women's Affairs 2010. *CEDAW Report New Zealand's seventh report on its implementation of the United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. March 2006–March 2010. Wellington: Ministry of Women's Affairs.

Momper, S. 2010. Implications of American Indian gambling for social work research and practice. *Social Work*, 55, 139–146.

Morrison, L. 1999. *The Good and the Bad Times: Māori women's experiences of gambling in Rotorua*. Master's Thesis, University of Waikato.

Morrison, L. 2004. Pokie gambling and Māori women: Friend or foe? *Journal of Gambling Issues*.

Morrison, L. 2006. Unfolding and dealing with the effects on partners and whānau members of Māori women's gambling. *eCommunity: International Journal of Mental Health & Addiction*, 1–7.

Morrison, L. 2008. *Māori women and gambling: every day is a war day!* Doctorate Doctoral Thesis, Waikato of Waikato.

Morrison, L. 2011. Māori women and gambling: A social issue for Māori communities and Whānau ora. In: T. Mcintosh. (ed.) *Māori and Social Issues*. Auckland: Nga Pae Maramatanga in collaboration with Huia Publishers.

Morrison, L. 2015. Nga pou wahine – empowering Māori women in New Zealand to address gambling misuse. *Public Seminar*. Melbourne Victorian Responsible Gambling Morrison, L. & Boulton, A. 2013 Reversing the harmful effects of gambling in Indigenous

Families: The development of the The Tu Toa Tu Maia Intervention. *Pimatisiwin: A*

*Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 11, 255–268. □ Morrison, L. & Wilson, D.

2013. Ngā pou wāhine: A framework of empowerment for Māori women and gambling misuse. *Mai Journal* 2, 91–104.
- Morrison, L. & Wilson, D. 2015. A family affair: indigenous women's gambling journey. *International Journal of Mental Health Addiction*, 13, 435–466.
- Nagel, T., Hinton, R., Thompson, V. & Spencer, N. 2011. Yarning about gambling in Indigenous communities: An Aboriginal and Islander Mental Health Initiative. *Australian Journal of Social Issues*, 46, 371–389.
- Smith, L. 2012. *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous peoples*. New York, Zed Books & Dunedin University of Otago Press.
- Te Puni Kokiri 2015. *Understanding Whānau-centred Approaches: Analysis of Phase One Whānau Ora research and monitoring results*. Wellington: Te Puni Kokiri.
- Walker, H. 1992. *Kai te ao marama, kai ro pouri tonu ranei. How Enlightened are We?* Wellington: Victoria University.
- Walker, S., Abbott, M. & Gray, R. 2012. Knowledge, views and experiences of gambling and gambling-related harms in different ethnic and socio-economic groups in New Zealand. *Australian And New Zealand Journal of Public Health*, 36, 153–159.
- Watene, N. & Thompson, K. 2007. "Whakatau Mai Ra": *The impacts of gambling for Māori communities – A national Māori collaborative approach*. Hamilton: Te Rūnanga o Kirikiriroa Trust Inc.



## VOCABOLARIO

N.b. I riferimenti alle figure sono evidenziati in *italico* e le tabelle sono evidenziate in **grassetto**

Argentina: 75

Il sostegno familiare per chi richiede un trattamento; gioco d'azzardo e spesa delle famiglie; gioco d'azzardo come attività maschile; industria del gioco d'azzardo; aumento del gioco d'azzardo femminile; cambiamento sociale e ruolo del gioco d'azzardo.

Australia: 259

Barriere alla ricerca di cure; comorbidità e tassi di ricerca di cure; macchine da gioco elettroniche (EGM) ("le slot machine") 47, 260, cultura del gioco d'azzardo; genere come moderatore nel gioco d'azzardo problematico; differenze di genere e fattori di rischio e compensativi (studio) 275, 277; differenze di genere nei fattori compensativi per il gioco d'azzardo problematico 273, 277; differenze di genere nelle attività di gioco d'azzardo; differenze di genere nei tassi di partecipazione al gioco 280; differenze di genere nei fattori di rischio per il gioco d'azzardo problematico 281, 282; partecipazione in internet al gioco d'azzardo e differenza di genere; tassi di gioco problematico tra le donne 263; tassi di ricerca di cure 264; donne e gioco d'azzardo EGM; le motivazioni delle donne al gioco d'azzardo 261.

Austria: 111

Storia di gioco d'azzardo di persone in cerca di cure 113, 112; differenze di genere nel gioco d'azzardo patologico 112, 112, 114; specifiche preferenze di genere per le attività di gioco d'azzardo 115; comorbidità psichiatriche tra giocatori d'azzardo patologici 118-9; caratteristiche socio-demografiche dei giocatori in cerca di trattamento 112, 114.

Auto-presentazione: 89.

Bourdieu, Pierre: 222, 224.

British Gambling Prevalence Survey 192-3.

Buona Madre Mito: 87

Nella società israeliana; in relazione alle donne giocatrici problematiche; costruzione sociale di; vedi anche maternità; maternità.

Canada: 45

Impostazioni contestuali per il gioco d'azzardo 47; attività di gioco d'azzardo per sesso 47; legislazione sul gioco d'azzardo 45; tassi di partecipazione per genere e al gioco d'azzardo; comportamenti legati al genere e al poker; problema di gioco d'azzardo; Québec Gambling Survey (ENHJEU-Q) 50; indagine sul gioco d'azzardo degli studenti universitari (ENHJEU) 53.

Cina: 99

Cultura del gioco; gioco d'azzardo patologico;; classe e capitale culturale 224; capitale economico; le esperienze quotidiane del gioco d'azzardo; giocatrici d'azzardo problematiche; gioco d'azzardo online; giocatori problematici.

Classe:

E capitale culturale 224; capitale economico; le esperienze quotidiane del gioco d'azzardo; e giocatrici d'azzardo problematiche 244, 245; gioco d'azzardo online 233-235; giocatori problematici.

Contesti, ruolo dei:

E esiti del gioco d'azzardo 50-1; gioco d'azzardo patologico, Sud Africa 14, 15; per le attività si poker, Canada 47-48, 47, 50-53, 54.

Disturbo da gioco d'azzardo (GD):

E comorbidità, USA 63; definito; pattern di spesa e senz'altro, USA 70; differenze di genere, USA; progressione ed esordio per le donne giocatrici; ricerca di cure da parte delle donne, USA; vedi anche gioco d'azzardo compulsivo; gioco d'azzardo patologico; problema di gioco d'azzardo.

Donne:

Preferenze per l'attività di gioco d'azzardo 116, 140-141, 200; il gioco d'azzardo come evasione 232; caratteristiche del gioco d'azzardo; importanza della ricerca specifica per genere 152, 169; maggiore partecipazione al gioco d'azzardo; giocatori di poker; fattori sociali: capitale sociale e gioco d'azzardo domestico 204-5; cambiamento sociale e ruolo del gioco d'azzardo 50-1; costruzione sociale del mito della buona madre 75, 82; costruzioni sociali della maternità 82-3; discorso sociale sul ruolo delle madri, Israele 81-2; vergogna sociale e gioco d'azzardo problematico 64, 65, 66, 70, 78, 107, 130, 192, 196, 213-14, 220-1, 226.

Femminista, approccio alla ricerca: 221,224.

Femminilizzazione del gioco d'azzardo: 191, 204

Gioco d'azzardo con macchinette 191-192; in Svezia 173; in Italia 141.

Francia: 125

Industria del gioco d'azzardo; prevalenza del gioco d'azzardo; differenze di genere nei giocatori problematici; sesso dei giocatori d'azzardo in cerca di cure (studio) 130, 131.

GamCare (Regno Unito) 243

Germania: 111

Background biografico per le giocatrici d'azzardo patologiche 112; condizione lavorativa dei giocatori in cerca di cure 115; storia di gioco d'azzardo di persone in cerca di cure 112; differenze di genere nel gioco d'azzardo patologico 112, 112; situazione di vita dei giocatori in cerca di cure 115; co-



morbidity psichiatriche tra giocatori d'azzardo patologici 118, **119**, 119; caratteristiche socio-demografiche del trattamento in cerca di giocatori d'azzardo 114-4.

Gioco d'azzardo compulsivo:

Definito 79; tassi di suicidio; vedere anche disturbo da gioco d'azzardo (GD).

Gioco d'azzardo domestico:

E capitale economico 204; gioco d'azzardo on line 201; ruolo della Lotteria Nazionale 201; capitale sociale 214-15

Gioco d'azzardo online:

Il fascino del 15, 38, 51, 52, 55, 91, 96, 105, 123, 125-133, 139, 142, 155, 170, 176, 191, 192, 204, 211, 215, 217,222, 229, 232-235, 239, 243-251, 254,55, 260, 263, 267, 307-309, 312, 314, 318; classi; in ambito domestico; preferenze sulle attività di gioco d'azzardo; incidenza di, Italia; aumento di; tassi di gioco d'azzardo online, Australia

Gioco d'azzardo patologico: 112

background biografico per le giocatrici, Germania 112, 112; in Cina 88-9; impostazioni contestuali, Sud Africa 14; trattamento della dipendenza dal gioco d'azzardo formale, Sud Africa 37, 38; differenze di genere, Austria **115**; differenze di genere, Germania **115**; differenze di genere, Spagna 157; progressione nelle donne giocatrici 58, 67; comorbidity psichiatriche tra i giocatori d'azzardo patologici 119, **119**, 119, 128, 132, 135, 241; studi sulle donne giocatrici problematiche, Israele 88; accordi di esclusione volontaria 179-180.

Gioco d'azzardo problematico:

Tra le donne australiane 259; consapevolezza di, Sud Africa 11; in Canada 45-6; differenze di genere e fattori di rischio e compensatori (studio) 274, 277-8, 281, 282; differenze di genere, Francia 125; predittori del gioco d'azzardo problematico femminile 277, 281; predittori del gioco d'azzardo problematico maschile 277, 281; vergogna sociale 77, 78, 82, 90, 120, 121, 142, 180, 186, 216, 217, 218, 233, 236, 244, 250, 264, 266, 267, 302.

Gordon Moody Association (GMA) (Regno Unito) 243.

Gran Bretagna (GB): 191

industria del bingo 199-201; British Gambling Prevalence Survey 192,3; coorti di età dei giocatori d'azzardo femminile; gioco d'azzardo femminile e sicurezza personale; femminilizzazione del gioco d'azzardo; 191-92; legislazione sul gioco d'azzardo; tassi di gioco d'azzardo tra le donne 193, 195; atteggiamenti storici delle donne nei confronti del gioco d'azzardo; modelli storici di gioco d'azzardo femminile; storica mascolinizzazione del gioco d'azzardo; scommesse ippiche 195; Lotteria nazionale; gioco d'azzardo online e sicurezza e privacy; vedere anche National Problem Gambling Clinic (NPGC) (Regno Unito); Regno Unito (UK)

“Giornata doppia” femminile: 212.

Hong Kong: 99;

Ruolo culturale del gioco d'azzardo; industria del gioco d'azzardo; Fondo Ping Wo (servizi di gioco d'azzardo problematico) 104; ricerca sulla partecipazione al gioco d'azzardo; studi su donne giocatrici problematiche; ricerca di cure da parte delle donne.

Hong Kong Jockey Club (HKJC): 99.

Identità, donna:

E dipendenza, 89-94; connessioni identitarie per le donne Maori 302; delle donne moderne 212-213; maternità 87,89,90,91,95, 307, 321; ruolo delle emozioni 212, 213

Impressioni, gestione delle: 89.

Internet, gioco d'azzardo in (*vedi anche* Gioco d'azzardo online).

Israele 88:

Industria del gioco d'azzardo; pubblico atteggiamenti nei confronti del gioco d'azzardo; discorso sociale sul ruolo delle madri; studi sulle donne giocatrici problematiche.

Italia: 139

Ostacoli alla ricerca di cure 145; preferenze per l'attività di gioco d'azzardo femminile 140-142; 128; progressione femminile verso il gioco d'azzardo problematico (effetto telescopico); progetto di gruppo basato sul genere 147; mancanza di ricerca sul gioco d'azzardo femminile; incidenza del gioco d'azzardo online; tassi di prevalenza delle giocatrici d'azzardo 142-144, 140.

Mass Observation Archive (Regno Unito) 197, 8, 205, 6, 222-4, 227.

Maternità 87,89,90,91,95, 307, 321:

E identità femminile 89, 95; istituzione di; costruzioni sociali all'interno di contesti di ricerca; maternità: e capitale economico 225; impatto del gioco d'azzardo femminile su 88; come attività femminile chiave; studi sulle donne giocatrici problematiche 90-93; vedi anche Mito della Buona Madre.

Modelli di Sviluppo del gioco d'Azzardo (Blaszczynski) 100, 102, 105

National Problem Gambling Clinic (NPGC) (UK): 207

Panoramica delle pratiche di trattamento; profilo delle donne che si presentano per il trattamento; terapia psicodinamica relazionale 207; uso della terapia cognitivo comportamentale (CBT) 70, 148, 174, 207-10, 215-7, 235, 243; donne in cerca di cure .

Nuova Zelanda: 259

Esperienze infantili e gioco d'azzardo per adulti; il gioco d'azzardo come evasione per le donne Māori 295-8, 301-7; tassi di gioco d'azzardo tra le donne Māori; programmi di intervento per donne Maori; fattori di rischio per le donne Māori; supporto whānau per le giocatrici problematiche; donne e gioco d'azzardo EGM.

Programmi di autoesclusione: 179, 184

In Svizzera 179

Regno Unito (UK): 191

Cambiamenti nella gamma di accessibilità dei prodotti di gioco d'azzardo 239-240; GamCare (terapia online, Regno Unito) 244; differenze di genere nei tassi di partecipazione al gioco; Gordon Moody Association (GMA) (Regno Unito) 249; Lotteria nazionale 222,227; tassi di partecipazione delle donne giocatrici 239; tassi di gioco problematico; strutture di trattamento 242-243; le donne che giocano e la Lotteria Nazionale 91; vedi anche Gran Bretagna (GB).

Salute:

Comorbidità e giocatori problematici, USA; comorbidità e tassi di ricerca di cure; giocatori problematici; comorbidità psichiatriche tra giocatori d'azzardo patologici 35, 68 69, 71, 114, 118-120, 119, 217, 244262, 266, 268, 286, 310;

Spagna: 157

Industria del gioco d'azzardo; differenze di genere nel gioco d'azzardo patologico; inizio del gioco d'azzardo femminile; prevalenza del gioco d'azzardo; progressione al gioco d'azzardo problematico (effetto telescopico) 67, 112, 117; comportamenti responsabili del gioco d'azzardo nelle donne spagnole (studio) **162, 163, 164.**

Stati Uniti d'America (USA): 63

Età di esordio per le donne che giocano d'azzardo problematico; comorbidità e giocatori problematici; attività di gioco d'azzardo per genere; disturbo del gioco d'azzardo e differenza di genere; pattern di spesa per il gioco d'azzardo; industria del gioco d'azzardo; senzatetto e gioco d'azzardo 70; interventi per il gioco d'azzardo problematico; ricerca di cure da parte di giocatrici problematiche.

Sud Africa: 11

Prove aneddotiche; giocatrici d'azzardo e contributi sociali; tassi di partecipazione femminile **15, 14,15**; effetti dello spostamento dato dal gioco d'azzardo sulla spesa delle famiglie; modelli di spesa per il gioco d'azzardo; industria del gioco d'azzardo 15; scommesse ippiche ; iFafi (UmChina) 12, 15, 19, 24, 26, 28, 29, 31, 32, 35, 37, 38, 42; gioco d'azzardo illegale / informale 14, 15, **16-18**; gioco d'azzardo illegale/informale e partecipazione femminile 19; incidenza delle modalità di gioco regolamentat **18** livelli di reddito e gioco d'azzardo; National Gambling Board (NGB) 14; dati demografici della partecipazione alla lotteria nazionale **15 17**; programma Nazionale di Gioco

Responsabile (NRGP) 36; gioco d'azzardo problematico e fattori socioeconomici; consapevolezza del gioco d'azzardo problematico; commissioni provinciali per il gioco d'azzardo (PGB) 41; gioco d'azzardo giovanile.

Svezia: 169

Femminilizzazione del gioco d'azzardo; industria del gioco d'azzardo; differenze di genere nel gioco d'azzardo; differenze di genere nella ricerca di cure; uguaglianza/disuguaglianza di genere; sale da poker; tassi di gioco problematico; studi sul gioco d'azzardo problematico.

Svizzera: 179

Caratteristiche delle donne in cerca di cure, Svizzera; accordi di esclusione volontaria; esclusione volontaria e giocatrici d'azzardo (studio).

Teoria dell'interazione simbolica 89

Terapia psicodinamica relazionale 207-12

Trattamento: 103

Ostacoli alla ricerca del trattamento 103, 121, 145, 172, 250, 251, 253, 264; caratteristiche delle donne in cerca di cure 149-151, 244-45, 245; Svizzera 181; effetto di disinibizione 2462; e dipendenza emotiva dal gioco d'azzardo; trattamento della dipendenza dal gioco d'azzardo formale, Sud Africa 12,14; Gamblers Anonymous (GA) 100, 180, 189; storia di gioco delle persone che richiedono un trattamento, Austria e Germania 114, 115 **114**; GamCare (terapia online, Regno Unito) 243-5; genere dei giocatori d'azzardo in cerca di cure, (studio) 130-40, **130**, **131**; programmi di intervento per donne Maori 296-7; scarsa presenza di donne giocatrici problematiche, Italia 140-1; scarsa presenza di giocatrici problematiche, Spagna 157; e valutazioni neuropsichiatriche 128; Pathways Model 252.

Uomini: 16, 18, 20,21,29,45, 46, 48, 49, 51, 52, 55, 56, 64-71, 76-78, 80, 90, 101, 111-115, 117, 118, 126, 127, 130-134, 136, 139, 140, 143, 144, 157, 158, 159, 169-176, 181, 186, 187, 188, 191, 194, 197, 199, 200, 201, 207-209, 211, 212, 216, 222, 223, 225, 226, 232, 239, 241, 243, 250, 251, 259-264, 267, 273, 279, 282, 284, 285, 286, 300

Fattori scatenanti emotivi del gioco d'azzardo; preferenze relative all'attività di gioco d'azzardo; il gioco d'azzardo come attività maschile tradizionale; caratteristiche del gioco d'azzardo; studi sul gioco d'azzardo patologico su; fattori di rinforzo positivi per il gioco d'azzardo problematico; predittori del gioco d'azzardo problematico maschile 282, 283-84; capitale sociale e pratiche di gioco d'azzardo.





## AUTRICI

**M. Neus Aymamí**, PhD. Psicologa consulente presso l'Unità gioco d'azzardo patologico e altre dipendenze comportamentali. Dipartimento di Psichiatria. Ospedale universitario di Bellvitge. Professore associato. Dipartimento di Psicologia Clinica e Psicobiologia. Scuola di Psicologia. Università di Barcellona. Più di 120 articoli pubblicati su riviste internazionali di peer review. Più di 100 presentazioni a congressi nazionali e internazionali. Oltre 6 progetti di ricerca competitivi realizzati in agenzie nazionali ed europee.

**Déborá Blanca** è una psicologa, psicoanalista argentina, ex direttrice di "Entrelazar", formatrice in prevenzione e assistenza nel gioco d'azzardo, divulgatrice a livello di media, organizzatrice e docente a convegni scientifici. È stata docente alla conferenza "Ricerca sul gioco d'azzardo patologico: una visione ibero-latinoamericana" a Madrid e docente all'ospedale Bellvitge, Barcellona. Débora è anche membro dirigente di Socilej. Ha pubblicato diversi libri, tra cui "La adicción al juego, ¿no va más ?, Tratado sobre el juego patológico. Aspectos sociales, enfoques psicológicos, tratamientos" (Blanca and Petri) e "Cuando el juego no es juego ¿es una adicción" (de Editorial Lugar).  
<http://www.deborablanca.com/>

**Henrietta Bowden-Jones** è la fondatrice e direttrice della National Problem Gambling Clinic nel Regno Unito, l'unico servizio del Servizio Sanitario Nazionale (CNWL NHS Trust) designato per il trattamento dei giocatori d'azzardo patologici e delle loro famiglie. È un medico specializzato in psichiatria delle dipendenze e un professore clinico onorario senior presso il Dipartimento di Medicina dell'Imperial College dove ha conseguito il dottorato sul tema "La compromissione della corteccia prefrontale ventromediale come predittore di recidiva precoce nella dipendenza da alcol".

Le sue cariche attuali includono: Presidente Eletto della Federazione Medica Femminile e portavoce sulle dipendenze comportamentali per il Royal College of Psychiatrist. È membro della Royal Society of Medicine Psychiatry Council. Ha diffusamente pubblicato nell'ambito delle dipendenze comportamentali su riviste di ricerca, ha curato due libri di testo e interviene regolarmente a conferenze a livello nazionale e internazionale su neuroscienze e sugli aspetti clinici delle dipendenze comportamentali.

Il suo sito web è [www.henriettabowdenjones.com](http://www.henriettabowdenjones.com) .

**Laura Brandt** è una psicologa clinica e della salute. La sua ricerca si concentra sulla diversificazione del trattamento di astinenza da oppioidi, in particolare per le donne incinte, sugli aspetti della dipendenza genere-specifici e sul disturbo del gioco d'azzardo e sulla sua associazione con l'ADHD e altre comorbidità. Lavora come ricercatrice PostDoc presso l'Università di Vienna ed è la ricercatrice principale del progetto "Catturare le esperienze di violenza tra le giocatrici e il loro legame con il gioco d'azzardo problematico" (finanziato dalla European Association for the Study of Gambling).

**Helen Breen** è collaboratrice scientifica presso la *School of Business and Tourism* della Southern Cross University, Australia. Il suo interesse di ricerca per il gio-

co d'azzardo è di lunga data e ha incluso indagini con molti sottogruppi di popolazione specifici tra cui anziani, aborigeni, turisti, membri di club, consulenti e in particolare donne. La sua ricerca è saldamente basata sui principi della salute pubblica, con una visione generale per migliorare il contesto della vita delle persone. E-mail: helen.breen@scu.edu.au

**Mélanie Bruneau** è una psichiatra consulente a Cambridge (Regno Unito). Ha completato il suo tirocinio formativo a Nantes (Francia). Ha conseguito un master in biostatistica ed epidemiologia durante il quale si è concentrata sui disturbi da gioco d'azzardo. Melanie ha un interesse speciale per le dipendenze comportamentali, e più in particolare per il gioco d'azzardo e i disturbi alimentari.

**Julie Caillon** è una psicologa presso l'Istituto Federativo di Dipendenze Comportamentali/Dipartimento di Dipendenza e Psichiatria presso l'Ospedale Universitario di Nantes. Si interessa alla questione del gioco d'azzardo patologico dal 2009. Partecipa a progetti di ricerca e sviluppo sul gioco d'azzardo. Dottoranda da 2 anni in psicologia clinica, è particolarmente interessata alla prevenzione dei problemi del gioco d'azzardo su Internet. Come terapeuta cognitivo comportamentale, lavora con pazienti che soffrono di gioco d'azzardo problematico.

**Emma Casey** è docente senior in sociologia presso la Northumbria University. I suoi libri includono *Women, Pleasure and the Gambling Experience* (2008), che è stato selezionato per il BSA Philips Abrams Memorial Prize; *Gender and Consumption*:

*Domestic Cultures and the Commercialisation of Everyday Life* (con Lydia Martens, 2007); e *Intimacies, Critical Consumption and Diverse Economies* (con Yvette Taylor, 2015). I suoi articoli sono apparsi in una serie di riviste tra cui *Families, Relationships and Societies*, *European Journal of Cultural Studies*, *Sociological Research Online*, *Feminist Theory*, *Journal of Consumer Culture*, *International Journal of Sociology and Social Policy* and *Leisure Studies*. Emma Casey è stata PI nel progetto *Gambling and Households* finanziato dall'ESRC ed è stato membro dell'Advisory Board del Progetto Bingo finanziato dall'ESRC presso l'Università del Kent.

**Gaëlle Challet-Bouju** è entrata a far parte dell'Ospedale Universitario di Nantes nel 2006, dopo un corso universitario dedicato a neuroscienze, neuropsicofarmacologia e dipendenze. Ha discusso il dottorato di ricerca nel 2014. Ha sviluppato la sua attività di ricerca incentrata sulle dipendenze comportamentali, in particolare sul gioco d'azzardo, combinando ricerca clinica, preventiva e di base. Attualmente sta lavorando sui processi cognitivi coinvolti nelle dipendenze comportamentali, sulla prevenzione dei disturbi da gioco d'azzardo online e sulle traiettorie dei soggetti con dipendenze comportamentali. È membro del team SPHERE Inserm UMR1246 (Università di Nantes e Tours, Francia).

**Ruth Champion** è una psicologa che lavora da 14 anni con giocatori d'azzardo uomini e donne per la Gordon Moody Association. La sua vasta esperienza in questo campo ha permesso di ideare un nuovo modello di trattamento per le donne; superare gli ostacoli spesso incontrati e renderlo più accessibile. In due



anni la richiesta di questo trattamento è cresciuta notevolmente e, come risultato, molte donne sono state in grado di riprendere il controllo della propria vita.

**Linda de Vries** è un'educatrice, leader aziendale, sviluppatore aziendale, autrice e responsabile della regolamentazione internazionale sui giochi di ruolo. Linda ha anche pubblicato nel campo del gioco d'azzardo. Ha una vasta gamma di esperienze di leadership nella regolamentazione del gioco d'azzardo e di auditing. I suoi ruoli includono: presidente del National Gambling board del Sud Africa (2009-2014), presidente del Western Cape Gambling board (2002-2007), nonché membro del comitato direttivo della International Association of Gaming Regulators (IAGRA) e in qualità di presidente dei regolatori del gioco d'azzardo in Africa (GRAF) (2012). E-mail: Linda.devries@oregroup.co.za

**Nicki A. Dowling** è attualmente professore associato presso la Deakin University, con una posizione onoraria presso l'Università di Melbourne. È ricercatrice nel campo del gioco d'azzardo da 18 anni, con specifici interessi di ricerca nella progettazione e valutazione di interventi sul gioco d'azzardo, i fattori di rischio e di protezione associati allo sviluppo di gioco d'azzardo problematico e la valutazione di strumenti di screening per il gioco d'azzardo. È una psicologa clinica iscritta all'albo che ha una notevole esperienza nel trattamento dei giocatori d'azzardo e di coloro che ne vengono coinvolti.

**Frida Fröberg**, PhD è psicologa presso la Public Health Agency di Svezia, Karolinska Institute, Stoccolma (Svezia).

**Belle Gavriel-Fried** è un membro senior della facoltà Bob Shapell School of Social Work dell'Università di Tel Aviv. I suoi interessi di ricerca includono la dipendenza da sostanze e comportamentali (in particolare comportamenti di gioco d'azzardo), comportamenti a rischio, percezioni della famiglia post-moderna e assistente sociale.

**Mónica Gómez-Peña**, PhD è psicologa clinica presso l'Unità Gioco d'Azzardo Patologico e altre Dipendenze Comportamentali, Dipartimento di Psichiatria. Ospedale universitario di Bellvitge. Ha pubblicato più di 120 articoli in diverse riviste internazionali peer review e capitoli di libri sulla psicologia clinica. Ha all'attivo più di 100 presentazioni a congressi nazionali e internazionali. Mónica ha realizzato oltre 6 progetti di ricerca competitivi in agenzie nazionali ed europee.

**Marie Grall-Bronnec** è una psichiatra specializzata in dipendenze. Lavora presso il Dipartimento su Dipendenze e Psichiatria dell'Ospedale Universitario di Nantes (Francia), dove dirige anche l'Unità di Ricerca Clinica BALANCE "Dipendenze Comportamentali / Disturbi Affettivi Complessi". È Professore di Dipendenze presso l'Università di Nantes. È membro del team SPHERE Inserm UMR1246 (Università di Nantes e Tours, Francia). Ha ricevuto diversi finanziamenti per svolgere ricerche sui disturbi dal gioco d'azzardo e ha pubblicato più di 60 articoli. Nel 2016 ha ricevuto il premio scientifico MILDECA (Missione interministeriale per la lotta alla droga e alle dipendenze).

**Roser Granero, PhD** è Professoressa di Metodologia delle Scienze Comportamentali presso l'Università Autònoma di Barcelona (UAB, Spagna). È anche ricercatrice presso il Gruppo CIBERobn (Istituto Carlos III, Spagna) e presso il Dipartimento di Psichiatria dell'Ospedale Universitario di Bellvitge (Barcellona, Spagna). Il suo campo di ricerca si è concentrato su progettazione, statistica e metodologia per l'analisi scientifica nelle scienze della salute.

**Morgane Guillou-Landreat** è un MD., PhD. È una psichiatra specializzata in disturbi da dipendenze. È responsabile di una rete sui disturbi da gioco d'azzardo in Bretagna (Francia). È ricercatrice presso ERCR SPURBO, presso l'Università di Brest. Si occupa di disturbi da dipendenze (dipendenza comportamentale e disturbi correlati a sostanze) e cure primarie.

**Katarina Gunnard, PhD** è psicologa clinica presso l'Ospedale Universitario Quirón Dexeus (HUQD; Barcellona, Spagna) dove coordina l'Unità per i disturbi alimentari. È anche Professoressa Associata nel Dipartimento di Psicologia presso l'Università Autònoma di Barcelona e l'Università Abat Oliba, Spagna. Ha pubblicato articoli peer review in diverse riviste internazionali e ha scritto vari capitoli in libri di testo di psicologia clinica.

**Nerilee Hing** (B.Bus Tourism, MAppSc, PhD) è professore di ricerca (Gambling Studies) alla CQUniversity, Australia. La sua ricerca si concentra sull'approvvigionamento responsabile e il consumo di giochi d'azzardo, gioco d'azzardo problematico, gioco d'azzardo tra popolazioni vulnerabili, marketing del gioco d'azzardo, gioco d'azzardo online e scommesse sportive. Nerilee ha pubblicato in modo ampio e approfondito sul gioco d'azzardo. Ha ricoperto ruoli editoriali per diverse riviste di gioco d'azzardo e conduce numerose attività professionali per formare prassi e politiche del gioco d'azzardo.

**Susanne Irving** lavora come consulente online e supervisore dal 2007. Ha istituito il servizio di consulenza online presso GamCare, un ente di beneficenza che aiuta le persone affette da problemi di gioco d'azzardo, ed è stata una dei primi professionisti nel Regno Unito a fornire consulenza online tramite chat sincrona (basato su testo) e videoconferenza (tramite webcam). Attualmente offre consulenza online individuale e di gruppo e lavora come tutor per un corso di diploma in consulenza online.

**Susana Jiménez-Murcia, PhD** è a capo dell'Unità Gioco d'Azzardo Patologico e altre Dipendenze Comportamentali. Dipartimento di Psichiatria. Ospedale Universitario di Bellvitge. Ricercatrice presso la Fundació d'Investigació Biomèdica de Bellvitge-IDIBELL e presso il Gruppo CIBERobn (Istituto di Salute Carlos III). Professore associato. Dipartimento di Scienze Cliniche. Scuola di Medicina. Università di Barcellona. Più di 150 articoli pubblicati su riviste internazionali peer review. Oltre 20 progetti di ricerca competitivi realizzati in agenzie nazionali ed europee.

**Sylvia Kairouz** è professoressa associata presso il Dipartimento di Sociologia e Antropologia della Concordia University. Ha pubblicato ampiamente su riviste di sociologia, epidemiologia sociale e salute pubblica, ed è attualmente impe-

gnata in ricerche finanziate che esaminano modelli globali multilivello di determinanti dei comportamenti di gioco d'azzardo, in collaborazione con studiosi e istituzioni chiave in Québec, Canada e a livello internazionale. È titolare di una cattedra di ricerca FRQ-SC sullo studio del gioco d'azzardo ed è a capo del Lifestyle and Addiction Research Lab presso la Concordia University.

**Liz Karter** ha oltre 16 anni di esperienza nel trattamento della dipendenza dal gioco d'azzardo, lavorando presso le principali agenzie di trattamento del Regno Unito e studi privati. Liz appare in TV e radio come terapeuta consulente, scrive articoli sulla dipendenza dal gioco d'azzardo per pubblicazioni mondiali e ha pubblicato due libri sulla dipendenza dal gioco d'azzardo nelle donne.

**Anna Kaufman** è una Psicologa qualificata in Consulenza, con un interesse speciale per il gioco d'azzardo problematico e i comportamenti di dipendenza. La ricerca di dottorato di Anna ha esaminato le sfide e gli ostacoli nel trattamento rivolto alle donne sottoposte a cure per un disturbo da gioco d'azzardo. Ha lavorato con pazienti in una serie di contesti tra cui il NHS, enti di beneficenza e il settore privato, e attualmente lavora presso un'unità specializzata in disturbi alimentari per i giovani. Anna ha anche condotto gruppi di sviluppo personale e professionale per gli studenti della City University.

**Juliette Leboucher** ha conseguito un master in Neuroscienze e Neuropsicofarmacologia presso l'Università di Bordeaux. Ha integrato il lavoro c/o l'ospedale universitario di Nantes (Francia) con l'unità di ricerca clinica BALANCE "Dipendenze Comportamentali / Disturbi Affettivi Complessi" da giugno 2012 con il ruolo di Ricercatrice Clinica Associata. È particolarmente coinvolta nella ricerca sui disturbi da gioco d'azzardo, uso problematico di videogiochi e disturbi alimentari, allo scopo di valutare i pazienti e raccogliere dati.

**Artemis Leung** si è laureata in scienze presso la Upper Iowa University (specializzazione in psicologia). Dal 2014 Artemis ha iniziato a condurre ricerche sui comportamenti di dipendenza. Ha partecipato e presentato in diverse conferenze accademiche internazionali sugli studi sul gioco d'azzardo tra cui Hong Kong, Macao, Taiwan, Singapore, Finlandia e Australia. I suoi interessi di ricerca includono la dipendenza dal gioco e la dipendenza da tecnologia tra bambini, adolescenti e donne. Attualmente lavora nell'Hong Kong Women's Association come funzionario governativo per l'educazione al gioco d'azzardo che mira a fornire sponsorizzazioni alle organizzazioni comunitarie volte ad organizzare programmi di istruzione pubblica per prevenire e alleviare i problemi legati al gioco d'azzardo.

**Valeria Locati** è una psicologa e psicoterapeuta familiare. È laureata in Psicodiagnosi e psicopatologia clinica e forense. Lavora per il Sistema Sanitario Nazionale nell'ambito del gioco d'azzardo problematico, è supervisore clinico di team di assistenza medica e sociale finanziati con fondi pubblici per la valutazione e la cura del gioco d'azzardo. Valeria è anche co-fondatrice e co-terapeuta (2010–2014) del primo gruppo terapeutico italiano per il gioco d'azzardo femminile.

**Núria Mallorquí-Bagué, PhD, CPsychol** è una borsista post dottorato presso il Dipartimento di Psichiatria dell'Ospedale Universitario di Bellvitge (Barcellona, Spagna) e il Gruppo CIBERObn (Insitut Carlos III, Spagna). È anche psicologa clinica presso l'Ospedale Universitario Quirón Dexeus (HUQD; Barcellona, Spagna). Il suo campo di ricerca si è concentrato principalmente sulla comprensione dei meccanismi psicologici e neuro-psicofisiologici alla base dei disturbi mentali e sul miglioramento delle attuali cure in psicologia clinica. Ha pubblicato articoli peer-reviewed su diverse riviste internazionali e capitoli di libri sulla psicologia clinica.

**Luz Mariela Coletti** è una psicologa (1988) e psicoanalista, Laurea Magistrale in Clinica Psicoanalitica BsAs e Direttrice di collegamento del Game Addiction Research and Assistance Center. Luz è uno dei membri fondatori della SOCI-LEJ (società scientifica ibero-latinoamericana per lo studio del gioco d'azzardo). È anche membro dello staff per la tossicodipendenza e l'alcolismo EOL (associazione mondiale di psicoanalisi). È coautrice di *The gambling addiction. No more bets...?* (2006), *Treatise on pathological gambling* (2012), *When gambling is not gambling, is it an addiction?* (2016), and author of *Addiction to the game and its subjective effects* (Virtual Course 2010).

**Eva Monson** è una borsista post-dottorato presso la Concordia University. Il suo background include l'istruzione e la formazione in varie aree, tra cui: salute mentale, stress traumatico, epidemiologia psichiatrica, comportamento di gioco d'azzardo e applicazione di statistiche di livello superiore (ad esempio, multi-livello). La sua ricerca post-dottorato con la Cattedra di Ricerca sul Gioco d'Azzardo mira a capire come la privazione sociale e ambientale, dall'individuo ai quartieri in cui risiede, influenzi il comportamento di gioco d'azzardo e i relativi danni.

**Angela Mooney** è una Psicologa Qualificata in Consulenza, specializzata in dipendenza compulsiva e terapia psicodinamica. Ha sviluppato e guidato un protocollo di trattamento psicodinamico a breve termine specializzato per uomini e donne presso la National Problem Gambling Clinic (Central and North West London NHS Trust) e gestisce questo percorso dal 2012. Angela ha oltre 10 anni di esperienza nel lavoro con le dipendenze. Oltre al suo studio privato, è anche docente presso l'Università di Roehampton.

**Laurie Morrison (PhD)**, Te Arawa, Direttrice - Consulente c/o Morrison Ltd, Rotorua, Nuova Zelanda. Laurie ha una solida reputazione per lo sviluppo di interventi specifici per donne (wāhine) che sono pertinenti, pratici e basati sui valori del tikanga (cultura) Māori per aiutare le wāhine Māori a ridurre l'uso improprio del gioco, le implicazioni sociali, gli effetti e le questioni che influenzano le relazioni, la salute e il benessere del whanau (comunità). Ha offerto interventi di qualità basati su un solido approccio accademico sviluppato durante le borse di studio di master, dottorato e post-dottorato. Questi studi hanno sviluppato una proprietà intellettuale che determina risorse e interventi incentrati sull'affrontare la prevalenza dell'abuso di gioco d'azzardo nei dei Maori e che sono evidence-based e sostenuti con integrità accademica.

**Miriam Nasarre, MsC**, ha una laurea in psicologia presso l'Università di Barcellona (UB). È un'esperta di assistenza psicologica in situazioni di crisi e di emergenza dell'Associazione di Psicologia della Catalogna e ha anche un'infarinatura di psicologia dello sport. Attualmente sta studiando per un master in Psicologia dell'Educazione. Ha lavorato come terapeuta privata e attualmente lavora come consulente in una scuola secondaria.

**Elaine Nuske** è Professoressa Associata e Coordinatrice del Corso per Assistenti sociali Presso la Charles Darwin University, Australia. La sua ricerca sul gioco d'azzardo dura da molti anni e comprende studi finanziati sul gioco d'azzardo femminile, lo stigma del gioco d'azzardo problematico, l'autoesclusione, la ricerca di aiuto per problemi di gioco, le risposte delle sale gioco ai comportamenti di gioco problematico al loro interno, l'influenza di eventi significativi della vita sul gioco d'azzardo e gli impatti del gioco d'azzardo problematico sulle persone amate.

**Erin Oldenhof** è Assistente di Ricerca presso le Università Deakin e Monash nel campo della dipendenza. Ha redatto numerose pubblicazioni, con particolare attenzione al gioco d'azzardo problematico. Lavora part-time come consulente con persone dipendenti da prescrizione di farmaci. Erin ha completato i suoi studi universitari (BA Psych (Hons)) e attualmente sta intraprendendo un dottorato in Psicologia Clinica.

**Eva Penelo, PhD** ha conseguito il dottorato in Psicologia (Programma di Psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza) nel 2009. Attualmente è Professoressa Associata dell'Unità di Metodologia per le Scienze Comportamentali della Facoltà di Psicologia presso l'Università Autonoma di Barcellona (Spagna). I suoi interessi di ricerca includono psicomètria applicata, validazione strumentale e modelli di equazioni strutturali.

**Nancy M. Petry** ha conseguito un Dottorato di Ricerca presso la Harvard University ed è Professoressa presso la Facoltà di Medicina della Università del Connecticut. La dottoressa Petry conduce ricerche sui disturbi da dipendenza e ha pubblicato oltre 300 articoli e quattro libri. Il suo lavoro è finanziato dal National Institutes of Health (NIH) e lavora come consulente per l'NIH e la Veterans Administration ed è redattrice capo per *Psychology of Addictive Behaviors*. L'American Psychiatric Association l'ha nominata membro del Gruppo di Lavoro sull'uso di Sostanze e sui Disturbi da Dipendenza correlati per il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), in cui ha guidato i cambiamenti nella diagnosi delle dipendenze comportamentali nel DSM-5.

**Fulvia Prever** è una psicologa e psicoterapeuta che lavora nell'Ambulatorio per le Dipendenze del Sistema Sanitario Nazionale a Milano, Italia. È specialista in terapia familiare e dipendenza dal gioco. Fulvia è fondatrice del gruppo di genere "Donne in gioco" dedicato alle donne con problemi di gioco d'azzardo (dal 2010) ed è direttrice scientifica fondatrice del progetto Donne & Gioco d'azzardo SUN(N)COOP. È anche membro del Direttivo di ALEA (Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio) e Presidente della Fondazione Varenna, Italia.

Fulvia è formatrice su gioco d'azzardo e dipendenza da gioco d'azzardo femminile a livello nazionale e internazionale. È autrice di numerosi articoli sulla dipendenza comportamentali e da sostanze e sul gioco d'azzardo problematico nelle donne. È ricercatrice senior del progetto "Catturare le esperienze di violenza tra le giocatrici e il loro legame con il gioco d'azzardo problematico" (finanziato dalla European Association for the Study of Gambling) insieme a L. Brandt e A. Woehr.

**Carla J. Rash** ha conseguito un Dottorato in Psicologia Clinica presso la Louisiana State University nel 2007. Attualmente è Assistant Professor nel Dipartimento di Medicina presso UConn Health. I suoi interessi di ricerca si concentrano sull'estensione e sulla valutazione dei trattamenti per le dipendenze, compresi gli interventi di gestione delle emergenze, nelle popolazioni svantaggiate e con grande divario dal punto di vista sanitario. Il suo lavoro è finanziato dal National Institute on Drug Abuse e dal National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

**Amanda Roberts** è Lettrice presso la School of Psychology, Università di Lincoln. Gli attuali interessi di ricerca includono la valutazione dei programmi di trattamento per le dipendenze sia nella comunità (gioco d'azzardo patologico) che nelle carceri. Ulteriori interessi si estendono ad argomenti che riguardano la comorbilità del gioco d'azzardo, il gioco d'azzardo in popolazioni vulnerabili e il gioco d'azzardo e la violenza interpersonale.

**Chantal Robillard** è Professoressa a Contratto presso l'Université du Québec à Montréal, direttrice del gruppo Internet e Salute del Quebec Population Health Research Network e membro del comitato editoriale della rivista *Drogues, santé et société*. In qualità di antropologa medica, ha sviluppato una competenza in materia di salute mentale globale, dipendenza e determinanti sociali della salute. I suoi interessi di ricerca si concentrano ora sullo studio dell'esperienza soggettiva del gioco d'azzardo, sull'esperienza di genere delle giocatrici di videogiochi online e sull'impatto delle tecnologie nella democratizzazione della salute pubblica.

**Juliet Russell-Roberts** è una scrittrice, tirocinante in psicoterapia integrativa transpersonale e insegnante di Kundalini Yoga. Le sue due esperienze forniscono una potente combinazione poiché entrambe sono focalizzate sul bilanciamento di mente, corpo e anima. Ha un interesse speciale per l'area della dipendenza e l'uso della psicoterapia transpersonale e del Kundalini Yoga per aiutare le persone a superare i problemi di dipendenza.

**Anna-Maria Sani** è psicoterapeuta e ha conseguito un Master in Psicologia Sociale. È a capo dell'Istituto di ricerca sul gioco d'azzardo (IRGA) e coordinatrice del Gruppo Azzardo Ticino - Prevenzione (GAT-P), entrambi in Ticino, Svizzera. Ha sviluppato il modello di misure sociali per i casinò di Locarno e Lugano, ed è responsabile della sua applicazione da dieci anni. Attualmente assiste i casinò nell'attuazione di programmi di misure sociali, nella formazione del personale e nella conduzione di colloqui di riammissione. Coordina inoltre pro-

getti di prevenzione del gioco problematico e reti di assistenza sanitarie a livello statale ticinese.

**Anne Sauvaget** è una psichiatra. Lavora presso l'Ospedale Universitario di Nantes, in Francia, in un'unità di valutazione e cura di pazienti affetti da disturbi dell'umore gravi e resistenti, nonché in psichiatria di collegamento. È specializzata in tecniche di neurostimolazione (ECT, rTMS, tDCS) e ottimizzazione farmacologica. La sua attività di ricerca si sviluppa intorno all'efficacia delle tecniche di neuro-stimolazione in psichiatria e dipendenza e nella ricerca di fattori di risposta psicologici e biologici predittivi.

**Lamprini G. Savvidou, MsC** è psicologa presso l'Università di Creta, in Grecia. Ha conseguito un Master in Psicologia, c/o la Leiden University, Paesi Bassi. I suoi argomenti di ricerca sono stati correlati alle dipendenze comportamentali e ai disturbi alimentari presso il Dipartimento di Psichiatria, Ospedale Universitario di Bellvitge, Barcellona, Spagna.

**Jessika Svensson, PhD** è una ricercatrice presso l'Agenzia di Sanità Pubblica in Svezia. La sua tesi ha esaminato il gioco d'azzardo e il genere da una prospettiva di salute pubblica. Jessika ha anche lavorato nei rifugi per donne maltrattate.

**Heather Wardle** è una ricercatrice sociale indipendente, specializzata in gioco d'azzardo e relative policy. È stata Direttrice del Progetto del British Gambling Prevalence Survey 2010 e attualmente dirige il Gambling & Place Research Hub di Geofutures. Ha conseguito un Dottorato in Sociologia presso l'Università di Glasgow, dove si è concentrata sull'esplorazione del comportamento femminile nel gioco d'azzardo.





## INDICE

<b>Introduzione</b>	7
Fulvia Prever ed Henrietta Bowden-Jones	
<b>PARTE 1 Africa</b>	<b>9</b>
1 Il gioco d'azzardo tra le donne del Sudafrica. Un'esplorazione sull'impatto del gioco d'azzardo negli ultimi vent'anni	11
<i>Linda de Vries</i>	
<b>PARTE 2 America</b>	<b>43</b>
2 Analisi comparativa di genere dei modelli di gioco d'azzardo in Canada	45
<i>Sylvia Kairouz, Eva Monson and Chantal Robillard</i>	
3 Negli Stati Uniti il disturbo da gioco d'azzardo colpisce le donne, dalle senza tetto alle benestanti	63
<i>Carla J. Rash and Nancy M. Petry</i>	
4 La donna e il gioco d'azzardo: persa tra frustrazione e vendetta	75
<i>Déborá Blanca, Luz Mariela Coletti and Juliet Russell-Roberts</i>	
<b>PARTE 3 Asia</b>	<b>85</b>
5 Madre e giocatrice. Echi di visioni socio-culturali nella percezione della maternità delle donne ebraiche israeliane con problemi di gioco	87
<i>Belle Gavriel-Fried</i>	
6 Una rassegna della letteratura. Problemi di gioco d'azzardo nella popolazione femminile di Hong Kong	99
<i>Artemis Leung</i>	
<b>PARTE 4 Europa</b>	<b>109</b>
7 Fattori che influenzano il comportamento di ricerca di trattamento nelle giocatrici patologiche. Un confronto tra i centri di trattamento in Austria e Germania	111
<i>Laura Brandt and Andrea Wöhr</i>	
8 Problemi di gioco d'azzardo nelle donne: Specificità francesi	125
<i>Mélanie Bruneau, Morgane Guillou-Landreat, Gaëlle Challet-Bouju, Juliette Leboucher, Anne Sauvaget, Julie Caillon and Marie Grall-Bronnec</i>	
9 L'azzardo al femminile nel contesto italiano. Un'esperienza clinica specifica	139
<i>Fulvia Prever and Valeria Locati</i>	
10 Genere e gioco d'azzardo responsabile in Spagna. Il Social Gambling Questionnaire for Women (SGQW-47), un nuovo strumento di screening	157
<i>Susana Jiménez-Murcia, Roser Granero, Eva Penelo, Frida Fröberg, M. Neus Aymamí, Mónica Gómez-Peña, Katarina Gunnard, Míriam Nasarre, Lamprini G. Savvidou and Nùria Mallorquí-Bagué</i>	

11 Gioco d'azzardo e genere in Svezia <i>Jessika Svensson</i>	169
12 Efficacia dell'auto esclusione. Le esperienze delle giocatrici in tre casinò svizzeri <i>Anna-Maria Sani and Coralie Zumwald</i>	179
13 La "re-femminilizzazione" del gioco d'azzardo. Approfondimenti sociali, culturali e storici sul comportamento femminile nel gioco d'azzardo in Gran Bretagna <i>Heather Wardle</i>	191
14 Superare le barriere. Un'esplorazione relazionale sul trattamento delle donne con gioco d'azzardo problematico in un servizio del National Health Service nel Regno Unito <i>Angela Mooney and Anna Kaufman</i>	207
15 'Fare i soldi senza fatica'. L'auto narrazione e il significato nelle pratiche di gioco d'azzardo "da casa" delle donne <i>Emma Casey</i>	221
16 Cambiamenti e schemi ricorrenti 2001–2015 <i>Liz Karter</i>	231
17 Donne e gioco d'azzardo. Una prospettiva britannica <i>Amanda Roberts, Ruth Champion and Susanne Irving</i>	239
<b>PARTE 5 Oceania</b>	<b>257</b>
18 Una rassegna della ricerca sul problema del gioco d'azzardo tra le donne australiane <i>Nerilee Hing, Elaine Nuske and Helen Breen</i>	259
19 Differenze di genere nei fattori protettivi e di rischio per il gioco d'azzardo problematico <i>Nicki A. Dowling and Erin Oldenhof</i>	273
20 Nga Pou Wahine. Abuso da gioco d'azzardo e donne Māori in Nuova Zelanda <i>Laurie Morrison</i>	295
<b>Vocabolario</b>	<b>307</b>
<b>Lista delle autrici</b>	<b>313</b>

*Finito di stampare nel mese di marzo 2021 presso Tipografia Galluccio, Polistena (RC).*









