

УДК 616.89-008.442.36-055.2:616.891.7

*В.И. Пономарёв¹, В.З. Варибрус²***КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭРОГЕННЫХ ЗОН, КОПУЛЯТИВНЫХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И ПАРТНЕРСКИХ ЦИКЛОВ ПРИ СОЧЕТАННОМ РАССТРОЙСТВЕ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ (В ФОРМЕ НАРУШЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ТАКТИЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ) И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН**¹Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, ²ХМАПО

Ключевые слова: сочетанная (коморбидная) патология, расстройство психосексуального развития, нарушение сексуального тактильного предпочтения, алкогольная зависимость, женщины

В современной аддиктологии под коморбидизирующими факторами понимают причинные структурирующие факторы коморбидизации, порождающие коморбидность на том или ином этапе болезни [1]. Доказательное выделение коморбидизирующих факторов (КФ) и создание на основе такого выделения предиспозиционного коморбидизирующего профиля (ПКП) при сочетанной патологии является актуальной научно-прикладной зада-

чей, так как позволяет прогнозировать направление и темп генерализации коморбидности и выстраивать соответствующие терапевтические алгоритмы.

Целью проведенного нами исследования являлось доказательное выделение дизонтогенетических (психосексуальных) коморбидизирующих факторов при формировании сочетанных (ассоциированных, коморбидных) форм алкогольной зависимости у женщин.

Материал и методы исследования

В исследовании принимали участие 46 женщин с сочетанной алкогольной зависимостью и расстройством психосексуального развития в форме нарушения тактильного сексуального предпочтения (F10.2., F66.2. по критериям МКБ-10), находившихся на лечении в ХОНД, ХОКНБ, жителей г. Харькова и Харьковской области. Средний возраст пациенток составил 23,5 лет (min 21 – max – 26 лет). Все пациентки состояли в браке. Общим сквозным признаком являлось наличие у них проблемных отношений с брачным сексуальным партнером. Во всех случаях были обследованы также мужья пациенток. Группу сравнения составили 30 супружеских пар, в которых женщины страдали алкогольной зависимостью (F10.20), но не имели признаков нарушения тактильных сексуальных предпочтений.

Применяемые методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-сексопатологический, статистический.

Оценка аддиктивного статуса испытуемых в группах сравнения проводилась с помощью стандартного AUDIT скринингового теста [2].

При изучении мотивов потребления алко-

голя и разработки мотивационного профиля личности испытуемых использовалась «Методика шкалирования оценки МПА», разработанная В.Ю. Завьяловым [3]. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю осуществлялась в соответствии с глоссарием Е.В. Чередниченко – В.Б. Альшутлера [4].

Стандартное сексопатологическое обследование дополнялось следующими методами:

Эффективность важнейших эрогенных зон и сочетаемость их эрогенных показателей (ЭП) у партнеров изучали по методике В.И. Здравомыслова [5]. Обследование проводили в два этапа.

На первом этапе, используя перечень эрогенных зон, приведенных в Стандартной карте сексологического обследования, устанавливали раздельно у мужа и жены главные для них эрогенные зоны. Степень отношения женщин и мужчин к стимуляции той или иной зоны по В.И. Здравомыслову [5] градуируется по шкале, в которой 0 означает индифферентное отношение, т.е. отсутствие гратуальных (приятных) ощущений; +1 – наличие приятных, но не возбуждающих ощущений; +2 – наличие очень приятных и

частично возбуждающих ощущений; +3 - наличие сильно возбуждающих ощущений, А-1 - наличие слабо выраженных неприятных ощущений, В-2 - наличие выраженных неприятных ощущений, С-3 - наличие сильно выраженных неприятных ощущений и резко отрицательных эмоций. Эрогенные зоны по В.И. Здравомыслову с максимальным эрогенным показателем (+3) считали главными.

На втором этапе выявляли наличие или отсутствие соответствия эрогенных зон партнеров по топическому критерию. Совпадение главных генитально расположенных эрогенных зон у партнеров квалифицировали как эрогенную нормотопию, все остальные варианты сочетаний главных эрогенных зон - как эрогенную дистопию.

Топическую адекватность и функциональность эрогенных зон у супругов оценивали по критериям М.В. Екимова [6]. Обследование проводили в три этапа.

На первом этапе устанавливали отдельно у сексуальных партнеров наличие/отсутствие эрогенной зоны (зон), её генитальное/внегенитальное расположение и степень участия в реальном коитусе; адекватность ощущений в реальном

партнерском сексе, эксплуатируемость эрогенной зоны и её роль в достижении коитального оргазма, а также связанность эрогенной зоны с механизмами оргазма.

На втором этапе проводили оценку топической адекватности и функционального состояния эрогенных зон отдельно у пациентки и её сексуального партнера. Топическая и функциональная адекватность эрогенных зон квалифицировалась при наличии зрелых генитальных адекватных эрогенных зон; топическая и функциональная неадекватность эрогенных зон квалифицировалась в случаях отсутствия зрелых эрогенных зон; топическая неадекватность при функциональной адекватности эрогенных зон устанавливалась при наличии зрелых внегенитальных эрогенных зон; топическая адекватность, сочетающаяся с функциональной неадекватностью эрогенных зон определялась при наличии зрелых генитальных неадекватных эрогенных зон.

На третьем этапе проводили оценку эрогенного соответствия в паре.

Структурный анализ стадий и составляющих копулятивного цикла в парах проводили по критериям, предложенных Васильченко Г.С. [7].

Результаты исследования и их обсуждение

Нарушение психосексуального развития (ПСР) в виде атопии (отсутствия) зрелых эрогенных зон было установлено у 12 (26,08%) пациенток основной группы (1-й тип нарушения сексуального тактильного предпочтения - НСТП).

Нарушение ПСР в виде гетеротопии (внегенитальной локализации) функционально зрелых эрогенных зон было выявлено у 18 (39,13%) пациенток основной группы (2-й тип НСТП).

Нарушение ПСР в виде эктопии зрелых генитальных эрогенных зон было установлено у 16 (34,78%) пациенток (3-й тип НСТП).

В группе сравнения у всех женщин эрогенные зоны были топически и функционально адекватны ($p < 0,01$).

Структурный анализ состояния стадий индивидуальных копулятивных циклов супругов в актуальном браке по критериям Г.С. Васильченко [7] позволил установить следующее:

Мужские циклы с момента установления сексуальных отношений в паре и до установления в парах акумуляции, характеризовались как коитальные, сохраняемые, континуальные и полные.

Циклы всех жен с алкогольной зависимостью

в основной группе с момента установления сексуальных отношений с брачным партнером и до установления в парах акумуляции характеризовались как коитальные, нарушенные и искаженные, континуальные и неполные (отсутствовало большинство облигатных стадий цикла). В период установления в парах акумуляции и на момент обследования, циклы всех супругов характеризовались как тотально редуцированные, т.е. отсутствующие.

У всех жен первым признаком нарушения индивидуального копулятивного цикла являлась коитальная аноргазмия. При этом половое влечение к мужьям было выражено, что указывало на изначальную сохранность психической стадии во всех циклах ($p < 0,01$).

Нарушение сенсорно-ирритативной стадий устанавливалось у всех пациенток с первым и вторым типом НСТП и проявлялось в спаде сексуального возбуждения в ответ на адекватные действия сексуального партнера. Ласки гениталий в прекоитальном периоде, производимые супругом были безразличны у всех пациенток с первым и вторым типом НСТП и частично приятны у пациенток с третьим типом НСТП. При

изучении фрикционного периода в женских циклах было обнаружено отсутствие фрикционной активности у всех жен (отсутствие контрфрикций) и отсутствие феномена нарастающего сексуального возбуждения, характерного для нормативного течения данной стадии. Вне зависимости от продолжительности фрикционного периода, сексуальное возбуждение критически снижалось (исчезало) у всех женщин в парах с первым типом НСТП и литически снижалось у женщин со вторым и третьим типами НСТП, что и предопределяло развитие критической редукции (выпадение) стадии оргазма во всех женских циклах.

Редукция оргастической стадии на клиническом уровне проявлялась коитальной аноргазмией. Нарушение оргазма являлось относительным. Это означало отсутствие оргазма во время близости при возможности его наступления вне полового акта.

Резидуально-ирритативная стадия характеризовалась как частично редуцированная во всех циклах у пациенток при первом типе НСТП и как пролонгированная при втором и третьем типах НСТП: сексуальное возбуждение сохранялось у них до 1,5 часов после окончания полового цикла у мужа.

На изменение качественных параметров копуляции все женщины с первым типом НСТП реагировали фиксацией сексуального стереотипа, а женщины с вторым и третьим типами НСТП – редукцией половой активности ($p < 0,01$).

По мере нарастания эрогенного несоответствия в парах нарушалась психическая стадия во всех женских циклах. Ее нарушение проявлялось в гиполибидемии. На изменения сложившегося сексуального стереотипа, и прежде всего, на его редукцию, мужа реагировали однотипно: интенсифицировали прекоитальные ласки, пытались пролонгировать половой акт, осуществляли повторный половой акт, однако, все их усилия оказывались безрезультатными.

Ретроспективно было установлено, что редукция сексуального стереотипа, инициированная женами, вызывала напряженность межличностных отношений в парах. Мужья вербализовали свои подозрения о наличии у жен внебрачного партнера, обвиняли жен в «холодности», «отсутствии любви». Все перечисленное значительно ухудшало межличностные отношения супругов ($p < 0,01$). Вследствие ухудшения межличностных отношений сексуальные отношения в парах редуцировались до акумуляции.

Достоверно установлено, что невозможность

полноценного удовлетворения со значимым партнером сексуальной потребности и угроза разрыва брачных отношений являлись для всех пациенток сильными психотравмирующими факторами. Во всех случаях женщины для снятия психоэмоционального напряжения, связанного с особенностями их сексуального функционирования и сексуального взаимодействия с партнером регулярно употребляли спиртные напитки изначально по мотивам атаракции, а по мере формирования алкогольной зависимости – по патологическим мотивам.

Феноменология нарушения стадий индивидуальных женских копулятивных циклов на момент исследования была представлена такими патосексуальными феноменами как алибидемия (*alibidemia relativa* – ALR) и относительная аноргазмия (*anorgasmia relativa* – AORm).

Структурный анализ партнерских копулятивных циклов супругов позволил установить следующее:

Партнерские циклы всех супругов с самого начала брака характеризовались как рассогласованные (прежде всего, из-за редукции оргастической стадии во всех женских циклах).

Рассогласованность партнерских копулятивных циклов расценивалась как признак сексуальной дезадаптации во всех изученных случаях. Состояние акумуляции – отсутствия партнерского копулятивного цикла на момент исследования было установлено во всех парах ($p < 0,01$). Акумуляция квалифицировалась как вторичная, т.е. сложившаяся после периода наличия в паре копулятивного цикла и также расценивалась как признак сексуальной дезадаптации. Акумуляция во всех случаях устанавливалась по инициативе женщин и была обусловлена ухудшением межличностных отношений между супругами ($p < 0,01$).

Обобщая данные структурного анализа состояния стадий копулятивных циклов супругов и их соответствия, можно заключить, что во всех изученных нами супружеских парах имело место сочетанное нарушение стадий и искажение стадийности женских копулятивных циклов (при первичном поражении оргастической стадии), а также рассогласованность партнерских копулятивных циклов.

Нарушения в женских копулятивных циклах были представлены исключительно тормозными сексопатологическими феноменами ($p < 0,01$).

Искажения проявлялись в нарушении стадийности: редукции оргастической и искажении фрикционной стадии во всех, редукции или про-

лонгации резидуально-ирритативной стадий в большинстве циклов, а так же в неполноте самих циклов ($p < 0,01$). Во всех случаях нарушения в женских копулятивных циклах предшествовали развитию алкогольной зависимости.

В группе сравнения копулятивный цикл в супружеских парах изначально характеризовался как сохраненный и согласованный ($p < 0,01$) и нарушался по мере формирования алкогольной зависимости.

Проведенный структурный анализ составляющих копулятивных циклов по Васильченко Г.С. [7] позволил установить нарушение психической составляющей копулятивного цикла у всех жен из-за наличия у них алкогольной зависимости. Составляющие копулятивного цикла у всех мужей на момент исследования были сохранены.

У всех пациенток и их мужей в группах сравнения было установлено наличие правильного полового самосознания и гетеросексуальной ориентации, а также их соответствие. Соматосексуальное развитие у всех супругов было своевременным. Все мужчины относились к маскулинному, а женщины – к фемининному типам. Акцентуаций и трансформаций полоролевого стереотипа ни у кого выявлено не было. Психосексуальное развитие у всех мужей было своевременным, гармоничным и завершенным, у всех жен – нарушенным ($p < 0,01$).

Нарушения психосексуального развития у всех жен проявлялось в искажении процесса нормативного формирования тактильных сексуальных предпочтений, т.е. процесса формирования адекватных, зрелых (оргазмозапускающих) эрогенных зон. Основной причиной искажения формирования тактильных сексуальных предпочтений являлись неадекватные формы мастурбации, практикуемые пациентками в докоитальный период.

У большинства жен в парах с первым типом НСТП ретроспективно были установлены практика миотонической мастурбации, у части – психической мастурбации. У всех жен со вторым и третьим типом НСТП были установлены особые аутогстимуляционные практики (генитальная стимуляция струей воды, предметами, иммитирующими половой член, анальная мастурбация и пр.).

Формально третья стадия (формирования сексуального либидо) третьего этапа психосексуального развития (ПСР) была завершена у всех жен основной группы: к моменту вступления в брак все они вступили в гетеросексуальные отношения, но ни в одном случае не был отмечен

опыт переживания оргастических ощущений при коитусе ($p < 0,01$). Это означает фактическую незавершенность психосексуального развития, так как нормативно психосексуальное развитие у женщин завершается формированием коитально адекватных тактильных сексуальных предпочтений (переживание оргазма при коитусе) [6].

Анализ эффективности эрогенных зон супругов и расчет их эрогенных показателей (ЭПЗ) по В.И. Здравомыслову [5] позволили установить нулевое значение интегрального эрогенного показателя стандартных эрогенных зон у всех пациенток с первым типом НСТП. Нулевое значение интегрального эрогенного показателя эрогенных зон расценивалось как признак их топической неадекватности (отсутствия – атопии). Главной эрогенной зоной у всех мужей являлась головка полового члена (ЭПЗ+3). Максимальное значение эрогенного показателя генитально расположенной зрелой (оргазмозапускающей) эрогенной зоны расценивали как признак её топической адекватности.

Несовпадение в локализации основных эрогенных зон у супругов расценивалось как топическое эрогенное несоответствие (ЭН).

Анализ топической адекватности и функционального состояния эрогенных зон по М.В. Екимову [6] позволил установить у всех пациенток с первым типом НСТП топическую и функциональную неадекватность, а у их партнеров – топическую и функциональную адекватность эрогенных зон ($p < 0,01$). У всех жен эрогенная зона: отсутствовала, в нормативном коитусе не участвовала и не способствовала достижению коитального оргазма, была прочно связана с механизмами оргазма, переживаемого в процессе осуществления особой мастурбаторной практики или эротического фантазирования ($p < 0,01$). У всех мужей основная эрогенная зона: имелась, была расположена генитально, участвовала в реальном коитальном партнерском сексе, была адекватна ощущениям в реальном партнерском сексе, эксплуатировалась в нем и способствовала достижению коитального оргазма, была прочно связана с механизмами коитального оргазма ($p < 0,01$).

У всех мужей был установлен коитально сформированный, а у всех жен – внекоитально сформированный стереотип предпочитаемых эротических ощущений ($p < 0,01$).

Топическое эрогенное несоответствие и неконгруэнтность стереотипов предпочитаемых эротических ощущений у супругов расценивалось как тотальное эрогенное несоответствие.

Главными эрогенными зонами у 12 жен со вторым типом НСТП являлись анальное отверстие (ЭПЗ+3) и ампула прямой кишки (ЭПЗ+3); у шести – соски молочных желез (ЭПЗ+3). Максимальное значение эрогенных показателей у внегенитально расположенных эрогенных зон расценивалось как признак их топической неадекватности. Главной эрогенной зоной у всех мужей являлась головка полового члена (ЭПЗ+3). Максимальное значение эрогенного показателя генитально расположенной эрогенной зоны расценивали как признак ее топической адекватности. Несовпадение в локализации основных эрогенных зон у супругов расценивалось как топическое эрогенное несоответствие.

Анализ топической адекватности и функционального состояния (зрелость/незрелость) эрогенных зон по М.В. Екимову [6] позволил установить у всех женщин топическую неадекватность и функциональную адекватность (зрелость), а у их мужей – топическую и функциональную адекватность эрогенных зон. У всех жен эрогенная зона: имелась, была расположена внегенитально и в нормативном (генито-генитальном) коитусе не участвовала; была неадекватна ощущениям в реальном партнерском сексе, не эксплуатировалась в нем, и не способствовала достижению коитального оргазма, была прочно связана с механизмами оргазма, переживаемого в процессе осуществления особых мастурбаторных практик. Эрогенные зоны всех женщин были неадекватны по методу стимуляции и стереотипу предпочитаемых ощущений относительно нормативной коитальной стимуляции. Оргазмозапускающие зоны были неэффективными и несостоятельными в партнерском сексе, так как эксплуатировались при мастурбации и формировались в результате особой мастурбаторной техники.

У всех мужей был установлен коитально сформированный, а у всех жен внекоитально сформированный стереотип предпочитаемых эротических ощущений ($p < 0,01$). Топическое эрогенное несоответствие и неконгруэнтность стереотипов предпочитаемых эротических ощущений у супругов расценивалось как тотальное эрогенное несоответствие.

У пациенток с третьим типом НСТП было установлено следующее: главными эрогенными зонами у восьми женщин являлся клитор (ЭПЗ+3); у десяти – задний свод влагалища (ЭПЗ+3) и шейка матки (ЭПЗ+3). Главной эрогенной зоной у всех их мужей являлась головка полового члена (ЭПЗ+3). Максимальное значе-

ние эрогенного показателя у генитально расположенных эрогенных зон расценивалось как признак их топической адекватности. Совпадение в локализации основных эрогенных зон у супругов расценивалось как топическое эрогенное соответствие.

Анализ топической адекватности и функционального состояния (зрелость/незрелость) эрогенных зон по М.В. Екимову [6] позволил установить у всех супругов данных пар топическую и функциональную адекватность, а у всех жен – стимуляционную неадекватность эрогенных зон. У всех жен эрогенная зона: имелась, была расположена генитально, в нормативном коитусе участвовала; но была неадекватна ощущениям в реальном партнерском сексе, не эксплуатировалась в нем, и не способствовала достижению коитального оргазма. Главные эрогенные зоны всех женщин были неадекватны по методу стимуляции и стереотипу предпочитаемых ощущений относительно нормативной коитальной стимуляции. Оргазмозапускающие зоны были неэффективными и несостоятельными в партнерском сексе, так как эксплуатировались при мастурбации и формировались в результате особой мастурбаторной техники. У всех мужей жен с третьим типом НСТП был установлен коитально сформированный, а у всех жен внекоитально сформированный стереотип предпочитаемых эротических ощущений. Сочетание топического эрогенного соответствия и неконгруэнтность стереотипов предпочитаемых эротических ощущений у супругов расценивалось как парциальное эрогенное соответствие.

Обобщая данные изучения эффективности эрогенных зон по В.И. Здравомыслову [5] и топической адекватности и функционального состояния (зрелость/незрелость) эрогенных зон по М.В. Екимову [6], можно заключить: в процессе психосексуального развития у всех мужей основной группы были сформированы коитально адекватные, а у всех женщин – коитально неадекватные тактильные сексуальные предпочтения ($p < 0,01$). Это указывает на гармоничное и завершенное ПСР у всех мужчин и нарушенное ПСР у всех женщин основной группы.

При нормальном психосексуальном развитии характер воздействия на эрогенные зоны и предпочитаемый стереотип ощущений адекватны реальным коитальным стимулам [6].

Атопию (отсутствие) эрогенных зон, гетеротопию (внегенитальную локализацию) функционально зрелых эрогенных зон и эктопию (функциональное «выключение» зрелых гениталь-

ных эрогенных зон во время коитальной стимуляции) у пациенток с зависимостью от алкоголя мы квалифицировали, на основании критериев Екимова М.В. [6], как признаки нарушения психосексуального развития (F66.2. по критериям МКБ-10)

Выводы.

1. В изученном контингенте женщин, зависимых от алкоголя, установлено нарушение психосексуального развития в виде трех типов нарушения сексуального тактильного предпочтения: атопии (отсутствия) эрогенных зон, гетеротопии (внегенитальной локализации) функционально зрелых эрогенных зон и эктопии (функционального «выключения» зрелых генитальных эрогенных зон во время коитальной стимуляции).

2. Нарушение индивидуального психосексуального развития в форме нарушения сексуальных тактильных предпочтений является значимым дизонтогенетическим коморбидизирующим фактором ($r=0,8$, при $p<0,001$) при формировании сочетанной патологии (F10.2., F66.2.) у женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

3. Эрогенное несоответствие у сексуальных

партнеров, обусловленное нарушением сексуальных тактильных предпочтений у женщин приводит к формированию сексуальной дезадаптации, которая проявляется в: а) выраженной и устойчивой неудовлетворенностью супругов качеством сексуального взаимодействия; б) дископуляции: нарушении и искажении индивидуальных у жен и рассогласованности партнерских копулятивных циклов; в) редукции сексуальной активности в паре вплоть до установления акумуляции (отсутствия сексуальной активности); г) невозможности супругов самостоятельно поддерживать сексуальные отношения, обеспечивающие полноценное удовлетворение их сексуальных потребностей.

Существование в парах дезадаптивных форм сексуально-эротического взаимодействия повышает психоэмоциональную напряженность между партнерами, что в свою очередь провоцирует развитие и стереотипизацию у женщин девиантных форм реагирования на сложившуюся ситуацию, в частности, на употребление алкоголя. Стереотипизация приема алкоголя с целью атакции приводит к формированию алкогольной зависимости.

В.І. Пономарьов¹, В.З. Варібрус²

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕРОГЕНИХ ЗОН, КОПУЛЯТИВНИХ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ТА ПАРТНЕРСЬКИХ ЦИКЛІВ ПРИ СПОЛУЧЕНОМУ РОЗЛАДІ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ (В ФОРМІ ПОРУШЕННЯ СЕКСУАЛЬНОГО ТАКТИЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕННЯ) ТА АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ЖІНОК

¹Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, ²ХМАПО

З метою доказового виділення дизонтогенетичних (психосексуальних) коморбідизуючих факторів при формуванні сполучених (коморбідних) форм алкогольної залежності у жінок було обстежено 46 пацієнок із сполученою алкогольною залежністю та розладом психосексуального розвитку в формі порушення тактильної сексуальної переваги. В вивчаємому контингенті жінок, залежних від алкоголю, встановлено порушення психосексуального розвитку у вигляді трьох типів порушення сексуальної тактильної переваги: атопії (відсутності) ерогенних зон, гетеротопії (позагенитальної локалізації) функціонально зрілих ерогенних зон та ектопії (функціонального «виключення» зрілих генітальних ерогенних зон під час коітальної стимуляції). Існування в парах дезадаптивних форм сексуально-еротичної взаємодії підвищує психоемоційну напругу між партнерами, що в свою чергу провокує розвиток і стереотипізацію у жінок девіантних форм реагування на ситуацію, що склалася, зокрема, на вживання алкоголю. Стереотипізація вживання алкоголю з метою атакції призводить до формування алкогольної залежності. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 36-42).

THE CLINICAL CHARACTERISTIC OF EROGENIC ZONES, COPULATIVE INDIVIDUAL AND PARTNER CYCLES IN COMBINED DISORDER OF PSYCHOSEXUAL DEVELOPMENT (IN FORM OF DISTURBANCE OF SEXUAL TACTILE PREFERENCE) AND ALCOHOL ADDICTION OF WOMEN

¹V.N. Karasin Kharkiv National University, ²KMAPE

For the purpose of the conclusive definition of disontogenetic (psychosexual) comorbid factors in forming of combined (comorbid) forms of alcohol addiction in women there were examined 46 female patients with combined alcohol addiction and disorder of psychosexual development in the form of disturbance of tactile sexual preference.

In the studied contingent of women addicted to alcohol there were identified the disturbances of psychosexual development in the form of three types of disturbance of sexual tactile preference: atopy (absence) of erogenic zones, heterotopy (extragenital localization) of functionally mature erogenic zones and ectopy (functional "switching-off" mature genital erogenic zones while coital stimulation). The presence of disadaptive forms of sexual erotic interaction in couples raises psychoemotional tension between partners. It provokes development and stereotyping of deviant forms of reacting in women, in particular, alcohol consumption. Stereotyping of alcohol consumption with the purpose of ataraction leads to alcohol addiction forming. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 36-42).

Литература

1. Чернобровкина, Т.В. Синергетическая медицина: Теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии. Изд. 2-е дополн. [Текст] / Т.В. Чернобровкина, Б.М. Кершенгольц, А.Ф. Артемчук. — Харьков: Изд-во «Плеяда», 2007. — 240с.
2. Saunders, J.B. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Who collaborative project ou early detection of persons with harmful alcohol consumption [Text] / J.B. Saunders, O.G. Aasland, T.F. Babor // Addiction. — 1993. — II. — №88. — P. 791-804.
3. Завьялов, В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости [Текст] / В.Ю. Завьялов. — Новосибирск: Наука, 1998. — 196 с.
4. Чердниченко, Н.В. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом [Текст] / Н.В. Чердниченко, В.Б. Альшулер // Ж. Вопросы наркологии. — 1992. — № 3-4. — С. 14-17.
5. Здравомыслов, В.И. Функциональная женская сексопатология [Текст] / В.И. Здравомыслов, З.Е. Анисимова, С.С. Либих. — Алма-Ата. Казахстан, 1985. — 272 с.
6. Екимов, М.В. Мастурбация и сексуальные дисфункции: Уч. пос. [Текст] / М.В. Екимов. — СПб.: Издательский Дом СПбМАПО, 2006. — 128 с.
7. Частная сексопатология (Руководство для врачей). Т.2. [Текст] / Под ред. проф. Г.С. Васильченко. — М.: Медицина, 1983. — 352 с.

Поступила в редакцию 11.06.2012