

## ALCOHOL Y SEXUALIDAD

Fermín Mayoral

\*Jefe de Sección de Psiquiatría

Hospital Carlos Haya

Málaga

Correspondencia: fmayoral@hch.sas.cica.es

Alcohol y sexualidad combinan bien. O al menos esta asociación es uno de los estereotipos que se difunden en nuestra cultura. La publicidad del alcohol frecuentemente utiliza imágenes que muestran el uso del alcohol en situaciones o contextos que constituyen una promesa o un prólogo de un encuentro sexual. Determinados tópicos de nuestra cultura establecen esta unión como axiomática: el champagne en la noche de bodas, un buen vino y una cena romántica, combinados tropicales, palmeras y bikinis, la invitación a una copa como forma de ligar, etc. Solamente hay que abrir una revista o ver un poco de publicidad en la T.V. o en el cine y nos veremos inundados por imágenes que establecen esta vinculación entre el alcohol y sexo.

El mensaje latente que hay debajo de este estereotipo, que tan hábilmente utiliza la publicidad, es que el alcohol facilita o favorece la sexualidad. ¿ Pero es esto verdad? ¿ Puede el alcohol influenciar positivamente el deseo, el rendimiento o los resultados de la actividad sexual? ¿Existe una relación de causa-efecto, o es solo un factor concomitante? ¿ Tiene la misma influencia en el hombre que en la mujer?

Aunque se han realizado revisiones extensas sobre el tema <sup>1,2,3,4,5,6</sup>, los datos que han podido extraerse de la investigación empírica son fragmentados, heterogéneos, y, a veces, contradictorios.

La relación entre alcohol y sexualidad tiene dimensiones fisiológicas, psicológicas, farmacológicas y sociales. La mayor parte de los estudios se centran separadamente en cada uno de estos aspectos, y existe, por tanto, bastante información sobre la influencia del alcohol en la cognición y en las expectativas sexuales <sup>7,8,9</sup>, en los efectos fisiológicos del alcohol sobre la sexualidad y la reproducción <sup>10,11</sup> o sobre la repercusión del abuso de alcohol y las conductas de riesgo y/o violencia sexual<sup>12,13</sup>. En cambio, hay pocos estudios de revisión que integren todos estos factores en un marco general que nos ofrezca una visión de conjunto.

Para realizar esta revisión empezaremos por presentar los datos que pueden recogerse hoy de la literatura de cada uno de estos aspectos para integrarlos posteriormente en una discusión y formular unas conclusiones generales.

## **EFFECTOS FISIOLÓGICOS DEL ALCOHOL EN LA SEXUALIDAD**

El método más empleado para medir los efectos fisiológicos del alcohol en la sexualidad ha sido la medición de la excitación sexual ante la estimulación a través del pletismógrafo, que en el hombre registra la tumescencia peneal y en la mujer los cambios de pulso y vascularización en la vagina. La fisiología de la sexualidad es un

fenómeno complejo, que no se reduce tan sólo a unos cambios genitales, no obstante por su simplicidad y facilidad de realización han sido las pruebas más utilizadas en el laboratorio para, junto a otras medidas psicológicas basadas en autoregistros y cuestionarios, servir de referencia en el estudio de la respuesta sexual humana.

Se ha demostrado que los efectos del alcohol en la fisiología humana son dosis-dependientes<sup>14</sup>. Mientras que un consumo leve, correspondiente con unos niveles de concentración de alcohol de 0,025 parecen tener un efecto estimulante, el incremento de esta concentración hasta un determinado punto, por encima de 0,05, produce una disminución lineal de la respuesta sexual. Dicha concentración suele corresponder para una persona de unos 70 kgs. de peso a la ingestión de tres combinados de alcohol en el espacio de una a dos horas.

La disminución de la respuesta sexual en el varón se observa por una menor tumescencia del pene durante la erección, por un retraso en la eyaculación y por un aumento del periodo de latencia tras la finalización del coito<sup>15</sup>. En la mujer se empieza a observar una disminución de la respuesta a unas concentraciones aún mas bajas. Con 0,04 se ha encontrado una disminución del flujo vaginal, un mayor tiempo requerido para alcanzar el orgasmo y una menor intensidad del mismo<sup>16</sup>.

El consumo crónico de alcohol, tanto en hombres como en animales, se ha podido demostrar que produce una serie de cambios endocrinológicos a través del eje hipotálamo-hipofisario, que afectan, en el hombre, a la producción y metabolización de la testosterona produciendo un síndrome de feminización con ginecomastia, atrofia testicular e impotencia, y, en la mujer, a cambios en su ciclo menstrual con reducción del tamaño de los ovarios y esterilidad<sup>17,18,19</sup>.

Por otra parte hay que considerar que el alcohol, sobretudo en el abuso crónico, además de los efectos directos causados en el sistema endocrino, afecta en general a todos los sistemas del organismo, por lo que puede causar otros efectos indirectos que se sumen o potencien los antes mencionados, pudiendo resultar difícil distinguir cuales efectos proceden de la acción tóxica directa del alcohol y cuales otros ser una repercusión del daño causado en otros órganos o sistemas.

## **EFFECTOS PSICOLÓGICOS DEL ALCOHOL EN LA SEXUALIDAD**

En nuestra cultura, tal como lo demuestran encuestas realizadas, el 45 % de los hombres y el 68% de las mujeres creen que el alcohol aumenta “mucho” o “bastante” el placer sexual<sup>20</sup>. Otro estudio realizado entre estudiantes universitarios

encontró que el 51% de los hombres y el 44% de las mujeres utilizaban drogas, entre las cuales se encontraba el alcohol, para intensificar sus experiencias sexuales<sup>21</sup>.

Los estudios basados en autoregistros muestran que tanto los hombres como las mujeres atribuyen al alcohol un efecto favorecedor de la actividad sexual, incluyendo un efecto desinhibidor de comportamientos y fantasías sexuales<sup>22</sup>.

El modelo que se ha propuesto como modelo explicativo de las influencias psicológicas del alcohol en la sexualidad humana es el que se centra en las expectativas o conjunto de creencias, atribuciones o efectos que se esperan obtener tras su consumo así como de su consideración social.

.Para demostrar experimentalmente este modelo en el laboratorio se ha empleado un tipo de diseño que trata de distinguir entre los efectos subjetivos y los efectos objetivos producidos por el alcohol, utilizando un modelo que utiliza una bebida alcohólica frente a placebo, en condiciones ciegas para el sujeto y manipulando las expectativas que tiene el individuo sobre el consumo de alcohol. Este modelo, conocido como Modelo Balanceado con Placebo (MBP, Balanced Placebo Design) se ha convertido en un modelo experimental clásico para demostrar la importancia de las expectativas en los efectos psicológicos producidos por el alcohol en la conducta sexual<sup>23</sup>.

Básicamente el MBP, se realiza formando cuatro grupos de sujetos:

- a) Sujetos que se les dice que van a beber alcohol y realmente se les suministra
- b) Sujetos que se les dice que van a tomar alcohol a los que no se les suministra alcohol sino una bebida placebo
- c) Sujetos a los que se dice que no van a beber alcohol y reciben placebo.
- d) Sujetos a los que se dice no van a beber alcohol y se les administra

Todos ellos mantienen unas condiciones ciegas respecto a la bebida que ingieren. Para que no puedan distinguir la bebida alcohólica de la no alcohólica por el sabor se utiliza la tónica y el vodka-tónica en 1/5 de proporción y la cerveza con y sin alcohol.

Utilizando esta metodología se pudo comprobar que en los hombres pertenecientes a los grupos que se les informaba que iban a tomar alcohol (a y b), independientemente de que lo tomaran o no, experimentaron una mayor excitación sexual al serles mostrados distintos materiales eróticos, expresada tanto subjetivamente, por autoregistros, como objetivamente, por la tumescencia peneal, que los de los grupos control a los que se les decía que no iban a ingerir alcohol (c y d). En cambio en la mujer, aunque se han hecho menos estudios, no se han podido replicar estos resultados. Esta discrepancia ha creado una controversia acerca de la existencia de unas diferencias de género respecto a la correlación entre la respuesta subjetiva y objetiva a la estimulación sexual.

Bridell<sup>24</sup> amplió estos estudios introduciendo escenas grabadas en las que se visionaban conductas sexuales agresivas y violentas junto a otras en las que aparecían relaciones normales. Los varones que eran bebedores y que esperaban recibir alcohol en el experimento experimentaron mayor estimulación sexual, objetiva y subjetivamente medida, al presenciar escenas mas desviadas.

Otra interpretación que se ha formulado a los resultados obtenidos en el modelo de expectativas respecto al alcohol sobre el aumento del impulso y/o la excitación sexual, es su mediación en el proceso cognitivo de la inhibición o prohibición sobre determinados comportamientos o prácticas que favorecen la autoindulgencia o permisividad facilitando el afloramiento de impulsos o conductas que de otra forma quedarían inhibidas. Bajo esta perspectiva el sujeto bebería para buscar los efectos atribuidos al alcohol y por tanto facilitar tales conductas<sup>25</sup>.

Este modelo de supresión de la inhibición del impulso sexual es el más comúnmente aplicado para explicar la asociación del alcohol con conductas de riesgo y al uso de la violencia en la sexualidad.

En los últimos años se ha comprobado que el alcohol es un factor de riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, debido a su efecto desinhibidor y a la disminución del uso de medidas de protección bajo sus efectos<sup>26</sup>.

Otros estudios que revelan también un mayor riesgo de embarazos no deseados entre adolescentes a causa de la ingestión de alcohol<sup>27</sup>.

El abuso de alcohol también está relacionado con la violencia doméstica<sup>28</sup>. Los malos tratos físicos y psicológicos están relacionados directamente con el consumo de alcohol por parte del abusador. Entre los maltratadores es frecuente la ingestión de alcohol antes de producir las agresiones.

Por otra parte se ha observado una mayor probabilidad de ser víctima de una agresión sexual cuando se ha bebido alcohol que en condiciones sobrias<sup>29</sup>. Esto se ha interpretado de una parte en una menor capacidad de resistencia por parte de la víctima y, por otra, a una percepción social de mayor accesibilidad a una mujer si da muestras de haber ingerido bebidas alcohólicas<sup>30</sup>. Para comprobar experimentalmente los cambios de percepción social por influencia del alcohol, se mostraron a observadores escenas de violencia sexual en la que los protagonistas habían bebido previamente, y tanto hombres como mujeres, consideraron más “comprensibles” dichos actos y censuraron menos las conductas. Posteriormente se compararon a observadores que habían ingerido alcohol (en una cantidad igual a la mitad necesaria para alcanzar un grado de intoxicación) con observadores sobrios, y pudo comprobarse que tanto los hombres como las mujeres del grupo que había bebido, se mostraron más permisivos e indulgentes que los que no habían ingerido bebidas alcohólicas, llegando a responsabilizar a las víctimas parcialmente de las agresiones<sup>24</sup>.

Finalmente existe abundante literatura de la estrecha asociación existente entre haber sido víctima de abuso sexual en la infancia y desarrollar abuso de alcohol en la edad adulta, especialmente en el género femenino<sup>31, 32</sup>.

## **DISFUNCIONES SEXUALES Y ALCOHOLISMO**

Como se ha planteado anteriormente existe una alta prevalencia de disfunciones sexuales asociadas al consumo crónico de alcohol. Lo que no está tan claro es que proporción de estas disfunciones está causadas directamente por el efecto tóxico del alcohol en órganos y tejidos específicos y cuales son indirectamente causadas a través de la afectación general sistémica que produce el alcoholismo.

De cualquier forma la prevalencia de trastornos sexuales en alcohólicos crónicos, se sitúa dentro de unos porcentajes que van desde el 8% al 58%<sup>33</sup>. La disfunción sexual más referida en el varón, es la disfunción eréctil, aunque no existen todavía estudios sistemáticos al respecto. En la mujer, la más frecuente es la anorgasmia. La variabilidad de las cifras se debe a las diferentes muestras y metodologías aplicadas en estos estudios. Existen estudios que han utilizado a sujetos en fase de desintoxicación, otras veces a pacientes ambulatorios con consumo esporádico y, otros, a sujetos abstinentes de distinto grado.

A menudo la disfunción sexual es evaluada tan sólo por autoregistros o preguntando de forma abierta por la existencia de alguna disfunción, sin utilizar medidas objetivas (pletismografía, niveles hormonales, electromiogramas, etc) Por

otra parte, la interpretación de los resultados muchas veces se hace sin grupo control de referencia o no se tienen en cuenta la influencia de otras patologías concomitantes o la repercusión que pueda tener la medicación que estén tomando en la función sexual. De ahí la confusión existente en las cifras y en el proceso de mediación directa entre alcohol y la disfunción sexual.

La mayoría de las disfunciones sexuales encontradas en alcohólicos (disfunción eréctil, disminución del apetito sexual, retraso en la eyaculación, ginecomastia) están asociados a un desequilibrio del eje hipotálamo-hipofisario

En un estudio en el que se compararon 20 sujetos no alcohólicos con otros 20 ex-alcohólicos, con un periodo medio de abstinencia de 18 meses y una media de 15 años de abuso y/o dependencia alcohólica, en el que se controló la influencia de todos estos factores indirectos (patología orgánica asociada, medicación concomitante, niveles hormonales) no se encontraron mayores incidencias de trastornos sexuales que en el grupo control <sup>34</sup>. De este trabajo se desprende la reversibilidad de las disfunciones sexuales asociadas al alcoholismo.

En el caso de la mujer, también hay numerosos estudios que demuestran una mayor incidencia de disfunciones sexuales en mujeres con abuso de alcohol que en mujeres no bebedoras <sup>35</sup>. Las más frecuentes son la disminución del apetito sexual y la anorgasmia. Si bien, la mayoría de estas disfunciones suelen preceder al desarrollo del cuadro de dependencia. Lo cual sugiere la hipótesis de la automedicación como forma de aliviar dichas dificultades, convirtiéndose a la larga en causas reforzadoras de dichas disfunciones

## DISCUSIÓN

Los datos provenientes de la investigación experimental demuestran que el efecto del alcohol sobre la sexualidad humana, salvo a bajas dosis, es de carácter inhibitorio, como puede comprobarse de forma objetiva midiendo la respuesta fisiológica ante estímulos eróticos tanto en hombres como en mujeres. Ambos géneros, en cambio, mantienen las mismas expectativas respecto a los efectos potenciadores del alcohol sobre la sexualidad.. Expectativas y deseo sexual se relacionan con la dosis de alcohol ingerida en forma dosis-dependiente siguiendo un modelo curvilíneo que aumenta progresivamente hasta llegar a un punto en el que la respuesta disminuye y a partir del cual el aumento de la dosis incrementa el efecto inhibitorio. El punto en el que se produce la inversión varía de una persona a otra en términos de expectativas y de respuesta fisiológica. Las primeras dependen de las atribuciones, de las experiencias personales previas y del aprendizaje social, mientras la segunda está mas relacionada con la tolerancia física.

Desde la perspectiva de la psicología social se considera que las expectativas asociadas al consumo de alcohol son cogniciones aprendidas, de ahí que ya desde la adolescencia, y, antes incluso de tener experiencias propias, los jóvenes, siguiendo estereotipos culturales, crean que el consumo de alcohol tiene un efecto potenciador sobre la sexualidad.

Las diferencias de género halladas con bajas dosis de alcohol sobre el aumento de excitación tanto subjetivo como objetivo, en el hombre respecto a la mujer, se han atribuido a lo que varios autores han denominado, *conflicto inhibitorio* <sup>36,25</sup>, consistente en la existencia de impulsos contradictorios provenientes de causas internas y externas. En la mujer dadas las mayores consecuencias de la sexualidad, a causa del riesgo de embarazo, y a una doble moral aun vigente en nuestra sociedad,

que censura mas negativamente el consumo de alcohol en la mujer que en el hombre, deben darse unas dosis mas elevadas de alcohol para que prevalezcan los efectos farmacológicos, con la correspondiente afectación cognitiva que favorece la resolución de este conflicto desinhibiendo la iniciación de la conducta.

La asociación entre alcohol y violencia sexual ha sido ampliamente documentada. Una serie de estudios han tratado de investigar la importancia del alcohol como factor predisponente o como factor mediador en la producción de asaltos, violaciones u otras agresiones. La única conclusión alcanzada ha sido la elevada concurrencia de su presentación y que la mayoría de los agresores atribuyen su comportamiento a los efectos del alcohol. Mas que provocar la conducta violenta parece que el alcohol pueda facilitar la expresión de una agresividad preexistente que se manifiesta tras la ingestión.

Los trabajos de experimentación han demostrado que los impulsos violentos pueden darse tanto en sujetos sobrios como en sujetos alcohólicos, pero mientras los primeros disponen de unos mecanismos de inhibición y respeto a las normas adecuados, los alcohólicos, cuando beben, pueden perder la capacidad de inhibición de estos impulsos por una afectación cognitiva que diluye las propias instancias represoras o facilita una excusa autoindulgente que tolera la aparición de dichas conductas transgresoras. Ambos mecanismos pueden actuar separada o conjuntamente<sup>37</sup>.

La importancia desempeñada por las expectativas en la conducta sexual es también relevante desde el punto de vista terapéutico, ya que se han presentado resultados de cambio de actitudes en relación con el consumo modificando las creencias y atribuciones respecto al alcohol y a sus efectos sobre la sexualidad<sup>1</sup>.

En el caso del abuso crónico y en la dependencia alcohólica aparecen frecuentemente alteraciones de la función sexual. La gran discrepancia encontrada entre los estudios de incidencia y prevalencia, con un rango que va del 8 al 58% , se deben a que los estudios han utilizado a muestras muy heterogéneas. Unas veces han sido realizados sobre población que continuaba con un consumo de alcohol elevado, otras con alcohólicos en tratamiento, otras en periodo de desintoxicación y otras en abstinentes. De ahí la gran dispersión de resultado.

La aparición de las disfunciones sexuales en el consumo crónico de alcohol, por una parte son reflejo de la afectación multiorgánica del alcohol sobre los diferentes órganos y sistemas de nuestro organismo, especialmente sobre el sistema endocrino y el hígado. El primero a través de la afectación del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal en la producción y regulación de la secreción de hormonas sexuales, andrógenos y estrógenos. El segundo, por la importancia que tiene el hígado en la síntesis

La acción tóxica directa del alcohol sobre las células y tejidos, por otra parte, es menos conocida, aunque si se ha podido comprobar que los daños no parecen ser irreversibles, ya que en estudios realizados sobre pacientes que han tenido una larga historia de dependencia y que después han dejado de beber por un periodo al menos de dieciocho meses y siempre que no tuviesen afectado el hígado ni los niveles de hormonas sexuales, tales disfunciones han desaparecido y no presentan mayor porcentaje de trastornos sexuales que la población general.

En el hombre las disfunciones sexuales que se asocian mas frecuentemente al consumo crónico de alcohol son la disfunción eréctil, el retraso de la eyaculación y el aumento del periodo de latencia. En la mujer, la anorgasmia y la dispareunia. Por otra parte hay que considerar el efecto negativo del alcohol sobre la relación de pareja lo

que hace que el cónyuge del alcohólico/a frecuentemente experimente un rechazo hacia este, lo que condiciona un mal ajuste y desarrollo de la conducta sexual.

Llama la atención el que a pesar de ser un hallazgo tan frecuente no se hayan realizado estudios sistemáticos sobre las disfunciones sexuales en el alcoholismo. Generalmente es un aspecto que se evalúa mal a la hora de valorar la situación física y psíquica del paciente alcohólico, o por lo menos no con el suficiente rigor que sería necesario. No debe bastar con una pregunta general basada en la impresión del propio sujeto, sino que debe de recabarse siempre que se pueda la opinión de la pareja y la evolución a lo largo del tiempo. La falta de instrumentos o cuestionarios específicos es otra de las causas que favorecen la falta de datos al respecto.

## CONCLUSIONES

Finalmente como recapitulación de todo lo anterior podemos concluir que

- a) El alcohol actúa como desinhibidor sexual a baja dosis, mientras que a dosis mas elevadas inhibe la respuesta fisiológica sexual
- b) Aunque el efecto supresor de la respuesta sexual parece ser de naturaleza farmacológica, el efecto desinhibidor no solo se debe a una afectación cognitiva por medio de la acción del tóxico sino que intervienen factores psicológicos resultantes de experiencias sociales aprendidas
- c) Las expectativas sexuales respecto a los resultados que se esperan obtener con el consumo de alcohol condicionan a dosis bajas y moderadas las experiencias subjetivas y las respuestas objetivas obtenidas en los hombres.
- d) Las disfunciones sexuales encontradas en el consumo crónico de alcohol parecen estar mas relacionadas con la repercusión orgánica producida a nivel sistémico, principalmente a través del eje hipotalamo-hipofisario-gonadal y del hígado, que por su acción directa sobre las células testiculares o sobre el ovario.
- e) Se hacen necesarios estudios que profundicen sobre la asociación entre alcoholismo y sexualidad, tanto para determinar la prevalencia de disfunciones sexuales como para determinar la importancia que tienen estas en la evolución de la dependencia alcohólica y en su tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Crowe L, George W. Alcohol and Sexuality: Review and Integration. *Psychological Bulletin* 1989; 105 (3):374-386.
2. Lang AR. The social psychology of drinking and human sexuality. *Journal of Drugs Issues* 1985; 15:273-289
3. Rosen RC. Alcohol and drug effects on sexual response: Human experimental and clinical studies. *Annual Review of Sex Research* 1991; 2:119-179
4. Wilson GT. The effects of alcohol on human sexual behaviour. In Mello NK (Ed) *Advances in substance abuse: Behavioural and biological research* 1981; 2:1-40. Greenwich, CT:JAI Press.
5. Wilson GT. Alcohol and human sexual behaviour. *Behaviour Research and Therapy* 1977; 15: 239-252
6. Wilsnack SC, Plaud JJ, Wilsnack RW, Klassen A.D. Sexuality, gender and alcohol use. In Wilsnack (Eds) *Gender and alcohol: Individual and social perspectives*. 1997: 250-288. New Brunswick NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies Publications.
7. Norris J. Alcohol and female sexuality: A look at expectancies and risks. *Alcohol Health & Research World* 1994; 18: 197-201.
8. Lang AR, Searles J, Lauerman R, Adesso V. Expectancy, alcohol and sex guilt as determinants of interest in and reaction to sexual stimuli. *Journal of Abnormal Psychology* 1980; 89: 644-653.
9. Dermen KH, Cooper ML. Sex-related alcohol expectancies among adolescents: Prediction of drinking in social and sexual situations. *Psychology and Addictive Behaviour* 1994; 8:161-168
10. Leiblum SR, Rosen RC. Alcohol and human sexual response. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1984; 1: 1-16
11. Van Thiel. Alcohol and its effects on endocrine functioning. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1980; 4: 44-49.
12. Halpern-Felsher BL, Millstein SG, Ellen JM. Relationship of alcohol use and risky sexual behaviour: A review and analysis of findings. *Journal of Adolescent Health* 1996; 19: 331-336
13. Leigh BC, Stall R. Substance use and risky sexual behaviour for exposure to HIV: Issues in methodology, intervention and prevention. *American Psychologist* 1993; 48: 1035-1045.
14. Lansky D, Nathan PE, Lawson DM. Blood alcohol level discrimination by alcoholics: The role of internal and external cues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978; 46: 953-960
15. Malatesta V, Pollack R, Wilbanks WA, Admas HE. Alcohol effects on the orgasmic-ejaculatory response in human males. *Journal of Sex Research* 1979; 15: 101-107.
16. Malatesta V, Pollack R, Crotty T, Peacock L. Acute alcohol intoxication and female orgasmic response. *Journal of Sex Research* 1982. 18:1-17.
17. Badr FM, Bartke A, Dalterio S. Suppression of testosterone production by ethyl alcohol. Possible mode of action. *Steroids* 1977; 30: 647-655.
18. Valimaki M, Ylikahri R. The effect of alcohol on male and female sexual function. *Alcohol and Alcoholism* 1983; 18: 313-320.



19. Gordon GG, Vittek J, Southren AL, Munnangi P, Lieber CS. Effect of chronic alcohol ingestion on the biosynthesis of steroids in rat testicular homogenate in vitro. *Endocrinology* 1980; 106:1880-1885.
20. Athanasiou R, Shaver P, Tavris C. Sex. *Psychology Today* 1970; July: 37-52
21. Rockwell K, Ellinwood E, Kantor C. Drugs and Sex: Scene of ambivalence. *Journal of the American College Health Association* 1973; 21:483-488.
22. Brown SA, Goldman MS, Inn A, Anderson IR. Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking pattern. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1980; 48: 419-426.
23. Marlatt GA, Rohsenow DJ. Cognitive processes in alcohol use. Expectancy and the balanced placebo design. In Mello NK (Ed) *Advances in substance abuse: Behavioural and biological research* 1981; 2:159-199. Greenwich, CT: JAI Press.
24. Bridell DW, Rimm DC, Caddy GR, Krawitz , Sholis D, Wunderlin RJ. Effects of alcohol and cognitive set on sexual arousal to deviant stimuli. *Journal of Abnormal Psychology* 1978; 87: 418-430.
25. Steele CM, Southwick. Alcohol and social behaviour: The psychology of drunken excess. *Journal of Personality and social Psychology* 1985; 48: 18-34.
26. Cooper ML. Alcohol and increased behavioural risk for AIDS. *Alcohol Health and Research World* 1992; 16: 64-72
27. Gillmore MR, Butler SS, Lohr MJ, Gilchrist L. Substance use and other factors associated with risky sexual behaviour among pregnant adolescents. *Family planning Perspectives* 1992; 24 (6):255-268.
28. Seto MC, Barbaree HE. The role of alcohol in sexual aggression. *Clinical Psychology Review* 1995; 31: 530-544.
29. Koss MP, Gidycz CJ, Wisniewski N. The scope of rape: Incidence and prevalence of sexual aggression and victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55: 162-170
30. George WH, Gournic SJ, McAfee MP. Perceptions of postdrinking female sexuality: Effects of gender, beverage choice, and drink payment. *Journal of Applied Social Psychology* 1998; 18 (15): 1295-1317.
31. Widom CS, Hiller-Sturmhofel S. Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol Research-Health* 2001; 25 (1): 52-57.
32. Langeland W, Hartgers C. Child sexual and physical abuse and alcoholism: a review. *Journal of Studies on Alcohol* 1998; 59 (3):336-448.
33. Schiavi R. Chronic alcoholism and male sexual dysfunction. *Sexual Marital Therapy* 1990; 16: 23-33
34. Schiavi R, Stimmel B, Mandeli J, White D. Chronic alcoholism and male sexual function. *The American Journal of Psychiatry* 1995. 152 (7):1045-1051.

35. Wilsnack SC. Drinking, sexuality and sexual dysfunction in women. In Wilsnack SC. And Beckman LJ (eds) Alcohol Problems in Women. Antecedents, Consequences and Intervention 1984.. New York: Guilford Press pp 189-227
36. Berlyne D. Conflict, arousal and curiosity. 1960. New York McGraw-Hill
37. Richardson K, Campbell J. The effect of alcohol on attributions of blame for rape. Personality and Social Psychology Bulletin 1982; 8: 468-476.