

Aseksüalite ve hiperseksüelitate: Temel kavramlar

Öğr. Gör. Meltem Aydın Beşen¹, Doç. Dr. Ergül Aslan²

¹Mersin Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu;

²İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Cinselliğe atfedilen önem, yıllar boyunca insanların seks yapma nedenlerinin tartışılmasına, kategorize edilme ve önceliklendirme çabalarına yol açmıştır. Cinsel haz, rahatlama isteği ve üreme cinselliğin yaşanmasında neden olarak kabul görmektedir (1). Cinselliğe bakış cinsiyetlere göre farklılık göstermektedir. Leigh, erkeklerin cinselliğe daha çok yalnızca cinsel haz, zafer ve rahatlama olarak anlam yüklediğini, kadınların ise duygusal yakınlığın ifade biçimi olarak gördüğünü saptamıştır. Ayrıca kadınların cinsellikten kaçınma nedenlerinin sekse karşı ilginin olmaması, seksten hoşlanmama ve gebe kalma korkusu olduğu, erkeklerin kaçınma nedeninin ise HIV bulaşma korkusu olduğu belirlenmiştir (2). Meston ve Buss seks yapma nedenlerini fiziksel haz, aşkın ifadesi, partnerin cinsel isteği, partnere duyulan saf cinsel istek, merak, kutlama, fırsat, ilişkinin derinliğini arttırmak ve kontrol edilemeyen durumlar olarak dokuz kategoride incelemiştir (1).

Cinselliğin geniş demografik yapısını araştıran çalışmalar; cinsel arzu, cinsel kimlik ve cinsel davranışın farklı anlayışlar ile sunumunu sağlamaktadır. Bu bağlamda cinselliğe atfedilen değerler kişiden kişiye değiştiği görülmektedir. Bu derlemede cinsel arzu/davranış bozukluklarının iki ayrı kutbu olan aseksüalite ve hiperseksüelitenin tartışılması amaçlanmıştır.

Aseksüalite

Aseksüalite; kişinin her iki cinsle karşı da hiçbir cinsel istek ya da cazibe duymamasıdır. Son on yılda bilimsel ve popüler literatürde giderek daha fazla ele alınması dikkat çekmektedir (3, 4). En yaygın sosyal varsayımlardan biri tüm insanların cinsel arzuya sahip olduğudur. Ancak cinsellik ve cinsel kimliğin sosyal yapıları tartışılırken, cinsellik arzusu/davranışı olmayan bireylerin literatürde yeterli tanımlanmadığı görülmektedir (5).

Tarihsel süreçte; kadın ve erkek seksüel davranışlarının araştırıldığı çalışmalarda, homoseksüel veya heteroseksü-

el davranışların dışında yeni bir kategori olduğu belirtilmiş ve 1948'de bu kategori (kategori X) "bireyin hiçbir sosyoseksüel temas veya tepkisinin olmaması" olarak tanımlanmıştır. Kinsey ve ark.'nın yaptığı çalışmada evli olmayan erkeklerin %3-4'ünün kategori X'de yer aldığı, evlilerin ise bu davranışı göstermediği bildirilmiştir (6). Aynı çalışmanın 1953'te 20-35 yaş arası kadınlarla yaptığı çalışmada ise, evli olmayan kadınların %14-19'unun, evli olanların da %1-3'ünün aseksüel özellik gösterdiği saptanmıştır (6).

Konu 1970'lerde dikkat çekmesine rağmen, araştırmacılar tarafından derinlemesine ele alınmamıştır. İlk kez "aseksüalite" terimi, aseksüel kadınların mektuplarından oluşan bir magazin dergisinin editörü Johnson tarafından kullanılmıştır ve "otoerotik kadın" ile arasındaki farka dikkat çekilmiştir. Aseksüel kadın hiçbir seksüel arzuya sahip değilken, otoerotik kadın bu hisleri tanımakta, ancak onları yalnız yaşamayı tercih etmektedir (3, 6, 7).

Akademik literatürde ilk tanımlayanlardan biri olan Stroms 1979'da, Kinsey ve ark.'nın tanımladığı heteroseksüalite ve homoseksüalite kavramlarına, biseksüaliteyi ve aseksüaliteyi eklemiştir. Geliştirdiği modele göre; heteroseksüel bireyler çoğunlukla karşı cinsle, homoseksüeller kendi cinsine, biseksüeller her iki cinsle cinsel ilgi duymakta, aseksüeller ise hiçbir cinsle karşı cinsel istek duymamaktadır (3, 6-8). Ayrıca aseksüel birey bu durumdan rahatsızlık hissetmemektedir (4, 6).

Bir cinsel kimlik olarak bildirilen aseksüalite olguları (3), günümüz kliniğinde ise cinsel işlev bozuklukları kapsamında incelenmektedir. DSMV'te, "Kadında cinsel ilgi/uyarıma bozukluğu (KCİUB)" ve "Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu (EDCİB)" olarak ayrı ayrı ele alınmıştır. KCİUB; cinsel ilgi/uyarımanın yokluğu ya da az olması, EDCİB; cinsel içerikli düşüncelerin ya da düşlemlerin ve cinsel etkinlik için isteğin, sürekli ya da yineleyici olarak az olması ya da olmaması olarak tanımlanmış ve her birinin tanı ölçütleri belirtilmiştir (Tablo 1, Tablo 2) (9).

Tablo 1. Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu- DSM V (9)

- A. Aşağıdakilerden en az üçü ile kendini gösteren, cinsel ilgi/uyarılmanın yokluğu ya da belirgin olarak az olması:
 - A.1. Cinsel etkinliğe karşı ilgisizlik ya da çok az ilgi gösterme
 - A.2. Cinsel içerikli düşüncelerin ya da düşlemlerin olmaması ya da çok az olması
 - A.3. Cinsel etkinliği başlatmama ya da çok az başlatma, eşinin başlatma girişimine karşılık vermeme
 - A.4. Her iki cinsel karşılaşmada ya da neredeyse her cinsel karşılaşmada, cinsel etkinlik sırasında, cinsel coşku/hoşlanma olmaması ya da çok az olması
 - A.5. İçten ya da dıştan gelen hiç bir cinsel imgeye karşı cinsel ilgi/uyarılmanın olmaması ya da çok az olması
 - A.6. Her cinsel karşılaşmada ya da neredeyse her cinsel karşılaşmada, cinsel etkinlik sırasında, cinsel organlarda ya da cinsel organların dışında bir duyum olmaması ya da çok az olması
- B. A tanı ölçütündeki belirtiler, en az, yaklaşık altı aydır sürmektedir
- C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur
- D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Tablo 2. Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu - DSM V (9)

- A. Cinsel içerikli düşüncelerin ya da düşlemlerin ve cinsel etkinlik için isteğin, sürekli ya da yineleyici olarak az olması ya da olmaması. Klinisyen, kişinin yaşı ve yaşamındaki genel ve toplumsal-kültürel durum gibi cinsel işlevselliğini etkileyebilecek etkenleri göz önünde bulundurarak böyle bir yargıya varır.
- B. A tanı ölçütündeki belirtiler, en az yaklaşık aydır sürmektedir.
- C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.
- D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Aseksüalitenin tanımlanması ile birlikte sorulan en önemli soru “prevalansı nedir?” olmuştur. Kişinin aseksüel olması beklenebilir ancak yaşam boyu aseksüalite çok nadir rastlanmaktadır. Bogaert'in geniş ölçekli çalışmasında (n: 18450) aseksüalitenin prevalansı %1,05 olarak belirtilmiş ve bu bireylerin genel profili sorgulanmıştır. Aseksüel bireylerin seksüel bireylere göre, daha ileri yaşta, çoğunlukla kadın, daha düşük eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyde ve kısa süren ilişkilerinin olduğu bildirilmektedir (3). Ayrıca ilk cinsel deneyim yaşı, partner sayısı ve seksüel sıklık açısından değerlendirildiğinde, aseksüel bireylerin ilk deneyim yaşının daha yüksek, partnerlerinin daha az sayıda olduğu ve cinsel ilişkiye daha seyrek girdikleri saptanmıştır (3, 10). Poston ve Baumle (11) ise yaptıkları çalışmada; yaşamları boyunca hiç cinsel ilişkide bulunmayanların oranını kadınlarda %6, erkeklerde %5 ve kendi cin-

sel çekimlerinden emin olmayanların oranını ise %1 olarak bildirmektedir.

Brotto ve ark., (12) seksüel bozukluğa sahip kişilerle yaptığı çalışmada psikopatolojiyi belirlemeyi amaçlamıştır. Erkek katılımcıların %80'i, kadın katılımcıların ise %73'ü aseksüel olduklarını belirtmiş ve %85'i bu durumdan rahatsızlık duymadığını bildirmiştir. Yaşam boyunca en uzun süren ilişki süresini; erkekler bir yıldan az, kadınlar 1-5 yıl arasında olduğunu ifade etmişlerdir. Erkeklerin %7'si, kadınların %43'ü asla mastürbasyon yapmadıklarını ve hiçbir zaman cinsel fantezi kurmadıklarını (erkekler: %32, kadınlar: %64) belirtmiştir. Ayrıca aseksüel bireyler kendi ifadelerinde; “aylık hormonal ve menstrüel siklusun düzenli devam ettiğini, zaman zaman tahrik olma hissinin olduğunu, ancak bunun herhangi birine karşı olmadığını”, “herhangi bir ilişkide birlikte güzel vakit geçirmenin ve ona dokun-

Tablo 3. Hiperseksüel bozukluk tanı ölçütleri - DSM V (17,19)

A.1.	Cinsel fantezi ve dürtüler ve cinsel davranışları planlama ve uygulamaya yönelik aşırı zaman harcamak
A.2.	Hoşa gitmeyen duyu durumlarına (örn. kaygı, depresyon, sıkıntı, irritabilite) tepki olarak tekrarlayan biçimde cinsel fantezi, dürtü ve davranışlara yönelmek.
A.3.	Strese yol açan gelişmelere tepki olarak tekrarlı bir biçimde cinsel fantezi, dürtü ve davranışlara yönelmek.
A.4.	Bu cinsel fantezi, dürtü ve davranışları kontrol etmek veya kayda değer biçimde azaltmaya yönelik tekrarlayan başarısız çaba ve girişimler.
A.5.	Kendisinin veya başkalarının fiziksel veya duygusal zarar görme riskini göz ardı eden biçimde tekrarlayıcı cinsel davranışlara yönelmek.
B.	Sosyal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında, bu cinsel fantezi, dürtü ve davranışların sıklık ve yoğunluğuyla ilintili, klinik anlamda kayda değer kişisel sıkıntı veya bozukluk söz konusudur.
C.	Bu cinsel fantezi, dürtü ve davranışlar herhangi bir maddenin (örn. uyuşturucu veya ilaç) veya manik nöbetlerin direkt psikolojik etkilerinden kaynaklanmaz.
D.	Kişi en az 18 yaşındadır.
Belirtiniz:	
•	Mastürbasyon
•	Pornografi
•	Yetişkinlerle Cinsel ilişki
•	Siber Seks
•	Telefon Seksi
•	Striptiz Kulüpleri
•	Diğer...

manın tadını çıkartmak istediğini, ancak bunun asla cinsel amaçlı olmadığını” belirtmişlerdir. Prause ve Graham’ın (13) kalitatif çalışmasında da benzer ifadeler yer almış ve aoseksüel bireyler kendilerinde cinsel arzu veya davranışın olmadığını ya da çok nadir geliştiğini belirtmişlerdir.

Bogaert (14), birçok çalışma sonucunu dikkate alarak; aoseksüel bireylerin cinsel fantezilerinde ve cinsel uyarılmalarında, bilinmeyen kişilerin veya hayali karakterlerin yer aldığını, her iki durumda da gerçek yaşam kimliklerinin dışında kaldıklarını bildirmektedir. Bu bağlamda; klinik literatürde parafiliye benzer vakaların olduğunu ve bazı aoseksüel bireylerin parafili kapsamında değerlendirilebileceğini, ancak daha fazla kanıtı ihtiyaç olduğunu belirtmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde bir üniversite öğrencisi olan David Jay, 2001 yılında Aoseksüel Görüş ve Eğitim Ağı’nı (Asexual Visibility and Education Network-AVEN) kurarak, aoseksüellerin uluslararası boyutta birleşmesinde öncü olmuştur. Önceleri sadece üniversitede popülerliği olan AVEN, kısa zamanda hızla üye toplamış, yerel toplantılar düzenlemiş ve medyayı bu konuda bilgilendirme görevi üstlenmiştir (4, 10).

Aoseksüel topluluk, bu kavramın cinsel işlev bozuklukları kapsamında değerlendirilmesinin yanlış olduğunu

bildirmektedir. Aoseksüalitenin, KÇİUB/EDCİB ile benzerliklerinin olduğu kabul görmekle birlikte, farklılıkların da olduğuna dikkat çekilmektedir. Cinsel işlev bozukluğu klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve kişiler arası zorluğa neden olmasından dolayı kişi bundan rahatsızken, aoseksüel birey bu durumundan şikayetçi değildir ve bunun bir yönelim olduğunu düşünmektedir. Aoseksüel bireyin hayat boyu cinsel arzu/davranışı yoktur ya da çok azdır. Ancak buna karşılık KÇİUB/EDCİB’a sahip hastalar yaşamlarının belli döneminde bu sorunu yaşamakta ve bundan kurtulmak için çözüm arayışına gitmektedir (15, 16).

Storm ve Bogaert aoseksüaliteyi cinsel istek üstünden tartışırken, diğer araştırmacılar cinsel davranış olarak da tartışmıştır. Davranışsal tanıma odaklanan araştırmacılara göre aoseksüalite; az ya da hiç cinsel davranışın olmayışı ile ilgilidir. Paralel olarak AVEN, önceki yapılan tanımları genişletmiş, cinsel çekimin olmamasının yanı sıra, ‘her aoseksüel kişi cazibe ve uyarılma yaşayabilir’ demiştir. Aoseksüalitenin kavram kargaşası devam etmekle birlikte, son yıllarda cinsel arzusunun azalması ya da olmamasına değil, cinsel davranışa odaklanılmaktadır (7, 12). Ayrıca aoseksüalite klinikte cinsel işlev bozukluğu kapsamında ele alınırken, literatürde KÇİUB/EDCİB ile aoseksüalite arasında kavramsal köken farklılıklarının olduğu da tartışılmaktadır (15, 16).

Hiperseksüelite

Geçmişte genellikle ağır tıbbi bozukluklar ya da kafa travması, nörolojik hastalıklar, beyin tümörleri gibi patolojilerin sonucu olarak incelenen aşırı seksüel davranışa ilişkin ilk yazılı bilgiler, 1700'lü yılların ikinci yarısında Benjamin Rush'a aittir (17, 18). Ancak son 10-20 yılda hızla gelişen teknoloji, yaygınlaşan internet ve medya uygulamaları, artan refah düzeyi nedeniyle kişilerin hazza ve doyuma odaklı aktivitelere daha çok zaman ayırabilmeleri, telekomünikasyon ve bilgi çağının getirdiği yeni yaşam tarzları, ilişki kurma ve cinsel davranış biçimleri, yeni sorunlar ortaya çıkarmış ya da geçmişte de var olan sorunlar konusunda farkındalık yaratmıştır (19).

Hiperseksüelite olguları ilk kez DSM-IV'de "başka tür-lü adlandırılmayan cinsel işlev bozuklukları" kapsamında ele alınmıştır ve bu bozukluğa özgü tanı ölçütleri tanımlanmamıştır (20). DSMV'te ise "hiperseksüel bozukluk" olarak adlandırılarak cinsel disfonksiyonlara eklenmiş olup, tanı ölçütleri ve alt belirleyenleri ayrıntılı olarak tanımlanmıştır (Tablo 3). Bu ölçütlerden en az 4'ü veya daha fazlasıyla ilintili, en az 6 aylık bir süre boyunca, tekrar eden ve yoğun cinsel fanteziler, cinsel dürtüler ve cinsel davranışlar olarak tanımlanmıştır (17-19). Rory ve ark.'nın hiperseksüel bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmada, DSM-V'in önerdiği tanı ölçütleri ve alt belirleyenlerinin güvenilirlik ve geçerliliği yüksek bulunmuştur (21).

Olası kriterlerin çeşitliliği nedeniyle, hiperseksüel bozukluğun prevalansını saptamak güçleşmektedir. Hiperseksüelite kriterlerinin toplanarak yapıldığı çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda, oran tüm popülasyonda %3-6 olarak bildirilmekle birlikte, herhangi bir ulusal veya büyük veri tabanlı çalışma yoktur (18, 22).

Hiperseksüelite etiyolojisi, psikolojik ve fizyolojik faktörleri içeren karmaşık bir mekanizmadır. Frontal lob işlev bozukluğu cinsel davranış bozukluklarına dolayısıyla hiperseksüeliteye neden olabilir. Temporal lob patolojileri de hiperseksüelite, fetişizm, parafili, pedofili gibi davranış bozuklukları ile ilişkili bulunmaktadır. Kafa travmaları, beyin operasyonları, frontal ve temporal lob lezyonları, frontal lobotomi, demans, inme, Klüver Bucy sendromu, Huntington's hastalığı, Tourette's hastalığı, Parkinson hastalığının tedavisinde kullanılan dopaminerjik ajanlar gibi birçok fizyolojik nedenler de etiyolojide rol oynar (18, 22-24). Nörotransmitter çalışmalar ise serotonin, dopamin,

norepinefrin gibi monoaminlerin seksüel davranışları etkileyebileceğini belirtmektedir. Ayrıca hiperseksüel hastaların öyküsünde amfetamin ve kokain gibi madde kullanımı söz konusudur (18, 22). Hiperseksüel bozukluğu olan hastaların kişilik özelliklerinin araştırıldığı çalışmada her iki cinste de dürtüsellik, stresle baş etmede güçlükler, duygusal düzensizlikler ve özdisiplin eksikliği ilk sırada yer almıştır. Kadın hastalar erkeklere göre daha fazla özgüven eksikliği, başkalarına güven duymama, başkaldırı, başarı için çabalamama ve heyecan arama özelliği taşımaktadır (24).

Çocuk ve adolesanlarda görülen hiperseksüelite bipolar bozukluğun, cinsel travmanın ya da posttravmatik stres bozukluğunun bir sonucu olarak görülebilmektedir. Ayrıca çocukların ebeveyn ya da diğer yetişkinlerden gördüğü veya duyduğu cinsel davranışları taklit ettiği, ailedeki stresten, şiddetten veya aşırı cinsel uyarıcılardan (örn. birlikte banyo yapmak, çıplak dolaşmak vb.) dolayı çocukta cinsel davranış bozukluğu gelişebileceği bildirilmektedir (26). Bazı teorisyenlere göre hiperseksüelite, yeme bozuklukları gibi hastalıklara yol açan duygudurum bozukluklarının bir sonucudur. Bazılarına göre ise dürtü kontrol bozukluğu olarak kavramsallaştırmak en iyisidir (18).

Hiperseksüelitenin kompleks bir hastalık olduğu açıktır. Altta yatan bir hastalığa bağlı durumlarda, etyolojinin belirlenmesi ve buna yönelik tedavi uygun yaklaşımdır. Ayrıca sağaltımda nüks önleme tedavisi, psikodinamik psikoterapi ve psikofarmakolojik tedavi dahil olmak üzere bir çok tedavi yaklaşımları yer almalıdır (18). Farmakolojik ajanların kullanımında birincil amaç dürtüsellüğün azaltılmasıdır. Antiandrojenler, östrojen, gonadotropin releasing hormon (GnRH) analogları ve serotonerjik vb. birçok farmakolojik ajan hiperseksüelite tedavisi için incelenmiştir. Erkek hastaların tedavisinde kullanılan antiandrojenler, testosteron seviyesini azaltarak cinsel işlevselliği bozmakta ve hiperseksüel davranışları ortadan kaldırmaktadır (18, 23, 27). Ayrıca östrojenler, hiperseksüel davranışların tedavisinde sık kullanılmamakla birlikte çözüm olabilmektedir. Kadınlarda ise GnRH analogları, folikül stimüle edici hormon (FSH) ve luteinizing hormon (LH)'u uyarak östrojeni yükseltmekte ve testosteronu düşürmektedir. Ayrıca gonadotropin salıgılatıcı hormon-GRH (löprolid asetat)'un hiperseksüel davranış ve parafili tedavisinde etkin olduğu bildirilmektedir (18, 23). Farmakolojik olmayan tedavide ise özellikle bilişsel-davranışsal terapi, kabul ve kararlılık terapisi, 12-adım programı, çift terapisi ve nörofeedback etkin olmaktadır (28).

Hiperseksüel bozukluk, korunmasız cinsel ilişki, güvenli olmayan cinsel davranışlar, paralı seks gibi birçok riskli davranışı beraberinde getirebilmektedir. Hiperseksüel bireylerin çoğunluğunda, sigara kullanımı, aşırı alkol tüketimi, kumar, madde ve ilaç bağımlılığı gibi diğer riskli davranışlar da bulunduğunu bildirilmektedir (17, 18). Ayrıca hastaların, HIV başta olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden de yüksek risk taşıdığı bilinmektedir (18).

Kaynaklar

- Meston CM, Buss DM. Why humans have sex. *Arch Sex Behav* 2007; 36: 477-507.
- Leigh BC. Reasons for having and avoiding sex: gender, sexual orientation, and relationship to sexual behavior. *The Journal of Sex Research* 1989; 26(2): 199-209.
- Bogaert AF. Asexuality: Prevalence and associated factors in a national probability sample. *The Journal of Sex Research* 2004; 41(3):279-287.
- Yule MA, Brotto LA, Gorzalka BB. Biological markers of asexuality: handedness, birth order, and finger length ratios in self-identified asexual men and women. *Arch Sex Behav* 2013; 42(8): 1615-25.
- Scherrer KS. Coming to an asexual identity: negotiating identity, negotiating desire. *Sexualities* 2008; 11(5): 621-641.
- Houdenrove EV, Gijls L, T'Sjoen G, Enzlin P. Asexuality: few facts, many questions. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2014; 1: 1-18.
- Chasin CJD. Theoretical issues in the study of asexuality. *Arch Sex Behav* 2011; 40: 713-723.
- Storms MD. Theories of sexual orientation. *Journal of Personality and Psychology* 1980; 38(5):783-792.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Beşinci Baskı, (DSM-V-TR). Köroğlu E (Çeviren), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013: 208-211.
- Carrigan M. There's more to life than sex? Difference and commonality within the asexual community. *Sexualities* 2011; 14(4): 462-478.
- Poston DL, Baumle AK. Patterns of asexuality in the United States. *Demographic Research* 2010; 23(18): 509-530.
- Brotto LA, Knudson G, Inskip J, Rhodes K, Erskine Y. Asexuality: a mixed-methods approach. *Arch Sex Behav* 2010; 39: 599-618.
- Prause N, Graham CA. Asexuality: classification and characterization. *Arch Sex Behav* 2007; 36: 341-356.
- Bogaert AF. Asexuality and autochorissexualism (identity-less sexuality). *Arch Sex Behav* 2012; 41:1513-1514.
- Hinderliter A. How is asexuality different from hypoactive sexual desire disorder?. *Psychology & Sexuality* 2013; 4(2): 167-178.
- Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Arch Sex Behav* 2010;39(2):221-39
- Kafka MP. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav* 2010; 39:377-400.
- Kaplan MS, Krueger RB. Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research* 2010; 47(2-3): 181-198.
- İncesu C. DSM-5 ve cinsel işlev bozuklukları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2011; 48 Özel Sayı 1: 1-6.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Dördüncü Baskı, (DSM-IV-TR). Köroğlu E (Çeviren), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007: 203-208.
- Reid R, Carpenter BN, Hook JN, Garos S, Manning JC, Gilliland R. at all. Report of findings in a DSM-5 field trial for hypersexual disorder. *J Sex Med* 2012; 9: 2868-2877.
- Fong TW. Understanding and managing compulsive sexual behaviors. *Psychiatry* 2006; 1: 51-58.
- Chughtai B, Sciallo D, Khan S, Rehman H, Mohan E, Rehman J. Etiology, diagnosis & management of hypersexuality: a review. *The Internet Journal of Urology* 2010; 6(2): 25-30.
- Atagün İ, Mutlu A, Özer F, Atmaca B, Çetin S. Parkinson hastalığında dopaminerjik tedavi ile seksüel davranış ilişkisi. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi* 2010; 13(2): 29-35.
- Reid RC, Dhuffar Mk, Parhami I, Fong TW. Exploring facets of personality in a patient sample of hypersexual women compared with hypersexual men. *Journal of Psychiatric Practice* 2012; 18: 262-268.
- Adelson S. Psychodynamics of hypersexuality in children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* 2010; 38(1): 27-46.
- Cordoba OA, Chapel JL. Medroxyprogesterone acetate antiandrogen treatment of hypersexuality in a pedophilic sex offender. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1036-1039.
- Reid RC, Davtian M, Lenartowicz A, Torrevillas RM, Fong TW. Perspectives on the assessment and treatment of adult ADHD in hypersexual men. *Neuropsychiatry* 2013; 3(3): 295-308.