



## دیدگاه‌های بالینی و آسیب‌شناسانه ایسکشوالیتی (فاقد کشش جنسی): چالش‌های تشخیصی و ملاحظات فرهنگی در جوامع غیرغربی

۱. رضا خنار\*: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی بهشهر، مازندران، ایران.
۲. صدیقه ابراهیمی علوی کلائی: دکتری روان‌شناسی بالینی، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد آمل، مازندران، ایران.

\* ایمیل نویسنده مسئول: RezaKhenar@gmail.com

### چکیده

این مرور موضوعی-بالینی به بررسی پاتولوژی‌زاسیون ایسکشوالیتی و پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی آن در جوامع غیرغربی می‌پردازد. هدف این مطالعه، تحلیل چالش‌های تشخیصی، بررسی مکانیسم‌های اشتباه‌گیری بالینی و ارائه ملاحظات فرهنگ‌محور برای بهبود عمل بالینی است. با جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های رشته‌ای و بازنگری مطالعات تجربی، کیفی و گزارش‌های بالینی، مقالات مرتبط استخراج و به صورت مضمون‌محور تحلیل شدند. یافته‌ها نشان می‌دهند که ایسکشوالیتی غالباً با اختلالات کاهش میل جنسی یا پیامدهای پزشکی و روانی اشتباه گرفته می‌شود؛ عواملی چون ابزارهای نامتناوب، سوگیری‌های درمانگران و فشارهای فرهنگی-خانوادگی در جوامع غیرغربی این اشتباه‌گیری را تشدید می‌کنند. پیامدهای پاتولوژی‌زاسیون شامل افزایش آستیگما، خودپنداره‌ی منفی، هم‌بودی افسردگی و اضطراب، کاهش رضایت رابطه‌ای و دسترسی محدود به مراقبت‌های حمایتی است. مرور چنین کمبودهای ابزاری بومی‌شده، فقدان مطالعات طولی و دخالت‌های مبتنی بر شواهد برای کاهش آسیب را برجسته می‌سازد. بر پایه نتایج، توصیه‌هایی برای تفکیک دقیق هویت و نشانه، ارزیابی جامع بالینی، استفاده از ابزارهای معتبر فرهنگ‌محور، اجتناب از مداخلات تغییر‌گرایانه و تمرکز بر مداخلات حمایتی و آموزشی ارائه می‌شود. این بررسی بر ضرورت پژوهش‌های بومی، آموزش بالینی و سیاست‌گذاری حمایتی تأکید دارد تا از آسیب‌های ناشی از تشخیص‌های نادرست جلوگیری شود. بازتاب بالینی این مرور فراخوانی است برای تدوین دستورالعمل‌های تشخیصی فرهنگ‌محور، توسعه برنامه‌های آموزشی برای کاهش سوگیری درمانگران، و سرمایه‌گذاری پژوهشی در ابزارهای ارزیابی بومی و مطالعات مداخله‌ای که اثربخشی رویکردهای حمایتی را ارزیابی کنند تا کیفیت مراقبت و عدالت در سلامت جنسی افزایش یابد. همچنین بر مشارکت جوامع محلی در طراحی مداخلات ضروری تأکید می‌شود.

**کلیدواژه‌گان:** ایسکشوالیتی، پاتولوژی‌زاسیون، تشخیص بالینی، حساسیت فرهنگی، آستیگما.



---

# Clinical and Pathological Perspectives on Asexuality (Lack of Sexual Attraction): Diagnostic Challenges and Cultural Considerations in Non-Western Societies

1. Reza Khenar\*: M.A. Student in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Behshahr Branch, Mazandaran, Iran.
2. Sedigheh Ebrahimi Alavi Kolaei: Ph.D. in Clinical Psychology, Faculty Member, Islamic Azad University, Amol Branch, Mazandaran, Iran.

\*Corresponding Author's Email: RezaKhenar@gmail.com

---

## Abstract

This clinical-thematic review examines the pathologization of asexuality and its psychological and social consequences in non-Western societies. The aim of this study is to analyze diagnostic challenges, investigate mechanisms of clinical misidentification, and provide culture-sensitive considerations to improve clinical practice. Through a systematic search of disciplinary databases and a review of empirical, qualitative, and clinical case studies, relevant articles were extracted and analyzed thematically. Findings indicate that asexuality is often misidentified as hypoactive sexual desire disorder or as a consequence of medical and psychological conditions; factors such as inadequate assessment tools, clinician biases, and cultural-family pressures in non-Western societies exacerbate this misidentification. Consequences of pathologization include increased stigma, negative self-concept, comorbid depression and anxiety, reduced relationship satisfaction, and limited access to supportive care. The review highlights the lack of culturally adapted instruments, the absence of longitudinal studies, and the scarcity of evidence-based interventions to mitigate harm. Based on the results, recommendations are provided for accurately distinguishing identity from clinical symptoms, conducting comprehensive clinical assessments, using valid culture-sensitive tools, avoiding change-oriented interventions, and focusing on supportive and educational interventions. This review emphasizes the necessity of culturally grounded research, clinical training, and supportive policies to prevent the harms of misdiagnosis. The clinical reflection of this review is a call to develop culture-informed diagnostic guidelines, design training programs to reduce clinician bias, and invest in research on locally adapted assessment tools and intervention studies evaluating the effectiveness of supportive approaches in order to enhance quality of care and equity in sexual health. The essential role of local community involvement in designing interventions is also emphasized.

**Keywords:** *Asexuality, Pathologization, Clinical Diagnosis, Cultural Sensitivity, Stigma*

---



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

## مقدمه

ایسکشوالیتی که به عنوان غیاب یا کاهش مداوم کشش جنسی به سوی افراد دیگر یا نداشتن تمایل به فعالیت جنسی تعریف می‌شود، در دو دهه‌ی اخیر به طور فزاینده‌ای در کانون توجه پژوهش‌های علمی و مباحث بالینی قرار گرفته است (بوگارت، ۲۰۱۵). علی‌رغم انباشت شواهدی که ایسکشوالیتی را به مثابه یک جهت‌گیری جنسی معتبر تأیید می‌کنند (بروتو و یول، ۲۰۱۷)، همچنان نگرانی‌های جدی در خصوص بیماری‌انگاری این هویت جنسی در زمینه‌های کلینیکی و سامانه‌های تشخیصی مطرح است (شنکنبورگر و همکاران، ۲۰۲۳). در بسیاری از موارد، فقدان تمایل جنسی به نادرست به عنوان نشانه‌ی اختلال میل جنسی کم‌فعال یا سایر اختلالات جنسی تلقی می‌شود (فاستر و شرر، ۲۰۱۴). این ابهام تشخیصی هم از شباهت ظاهری برخی علائم (نظیر کاهش رفتارهای جنسی) ناشی می‌شود و هم ریشه در پیش‌فرض‌های نظری و فرهنگی درباره‌ی «عادی» بودن کشش جنسی دارد (مک‌نیلا و مورفی، ۲۰۱۵). یافته‌های تجربی اخیر نشان داده‌اند که از نظر پردازش شناختی و توجه به محرک‌های جنسی، افراد خودشناسایی شده به عنوان ایسکشوال با افرادی که دچار اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی (سی‌آی‌دی) اکتسابی یا مادام‌العمر هستند، تفاوت‌های قابل اندازه‌گیری دارند (برادشا و همکاران، ۲۰۲۱؛ میلانی و بروتو، ۲۰۲۱). این داده‌ها تأکید می‌کنند که افتراق بین هویت جنسی ایسکشوال و نشانگان بالینی مرتبط با بیماری یا دارو می‌تواند بر مبنای شاخص‌های عینی و بالینی محور صورت پذیرد.

در عمل بالینی، دو خطای اساسی شایع است که منجر به تشخیص‌های غلط و مداخلات نامناسب می‌شوند: (۱) تفسیر صرفاً فقدان رفتار جنسی به منزله‌ی «کمبود پاتولوژیک انگیزه جنسی» بدون در نظر گرفتن تاریخچه‌ی طولی، خودشناسی فرد و میزان «پیشانی»، و (۲) نادیده‌انگاشتن تمایز میان هویت جنسی ایسکشوال و علائمی که از بیماری، دارو یا فشارهای بین‌فردی و بین‌فرهنگی ناشی می‌شوند (بروتو، ۲۰۲۲). پژوهش‌های معاصر همچنین نشان داده‌اند که افراد ایسکشوال در بسیاری از نمونه‌ها احتمال بالاتری برای تجربه‌ی علائم افسردگی و نشانه‌های ناشی از فشار اقلیتی دارند (یول و همکاران، ۲۰۱۳؛ لُخ و همکاران، ۲۰۲۴). این ارتباط به طور قابل توجهی با تجارب تبعیض، طرد اجتماعی یا سوء تفاهم‌های بالینی قابل تبیین است (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰).

ضرورت ارزیابی بالینی دقیق با توجه به زمینه‌ی فرهنگی در این حوزه دارای دو وجه مشخص است. نخست، ارزیابی‌های جنسی باید فراتر از صرفاً ثبت «غیاب میل» عمل کنند و شامل موارد زیر باشند: تاریخچه‌ی شروع و پایداری تجربه (مثلاً مادام‌العمر در مقابل اکتسابی)، محتوای جاذبه‌های جنسی و رمانتیک، سطح پیشانی یا اختلال عملکردی مرتبط، و عوامل پزشکی/دارویی همزمان (بروتو، ۲۰۱۷)، چنان‌که توصیه‌های پژوهشی معاصر برای پیشگیری از بیماری‌انگاری نابجا بر آن تأکید کرده‌اند (انجمن آمریکایی آموزشگران، مشاوران و درمانگران سکسوالیته [آسکت]، ۲۰۲۲). دوم، در جوامع غیرغربی که چارچوب‌های جنسیتی، انتظارات تولیدمثلی و نقش‌های خانوادگی مسلط می‌تواند فشارهای متمایزی ایجاد کند، رفتارهای ظاهراً «غیرجنسی» ممکن است به دلیل حفظ آبرو، انطباق اجتماعی یا ترس از تنبیه پنهان بمانند (لو و چوی، ۲۰۲۵). بدون درک دقیق بافت فرهنگی، این رفتارها ممکن است به اشتباه به عنوان «مقاومت درمانی»، انکار یا نشانه‌ی بیماری تفسیر شوند.

پیامدهای روان‌شناختی بیماری‌انگاری بسیار جدی هستند: کنارگذاری هویت جنسی فرد به مثابه‌ی «غیرطبیعی» می‌تواند بستر انگ، خودکم‌بینی، افزایش علائم افسردگی و کاهش دسترسی به حمایت‌های درمانی و اجتماعی را فراهم کند (فاستر و شرر، ۲۰۱۴). از منظر مداخلات مبتنی بر شواهد، رویکردهای بالینی مطلوب نباید با هدف «تصحیح هویت جنسی» یا تلاش برای حذف ایسکشوالیتی انجام شوند؛ بلکه باید بر ارزیابی دقیق، کاهش آثار انگ، توانمندسازی هویتی و درمان عوارض هم‌زیستی (نظیر افسردگی، اضطراب یا اختلالات بین‌فردی) متمرکز گردند (آسکت، ۲۰۲۲؛ شنکنبورگر و همکاران، ۲۰۲۳).

هدف این مرور موضوعی/بالینی عبارت است از: (۱) تحلیل انتقادی شواهد و مکانیسم‌هایی که سبب بیماری‌انگاری ایسکشوالیتی در متون بالینی و تشخیصی شده‌اند (هیندرلایتر، ۲۰۱۳)؛ (۲) بررسی پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی برجسب‌زنی اختلالی (یول و همکاران، ۲۰۱۳؛ لیخ و همکاران، ۲۰۲۴)؛ و (۳) استخراج ملاحظات و راهکارهای بالینی متناسب با فرهنگ برای ارزیابی و مداخله در جوامع غیرغربی، به گونه‌ای که از آسیب‌زایی تشخیص‌های غلط پیشگیری کند و هم‌زمان مراقبت اخلاقی و مؤثر ارائه دهد (لو و چوی، ۲۰۲۵). برای تحقق این اهداف، منابع منتخب این مرور شامل مطالعات تجربی و مروری منتشرشده در سال‌های اخیر (عمدتاً از ۲۰۲۰ به بعد)، مطالعات میان‌رشته‌ای درباره‌ی فشار اقلیتی و سلامت روان ایسکشوال‌ها، و مقالاتی است که به‌صراحت به تمایز هویت و علامت‌می‌پردازند (برادشا و همکاران، ۲۰۲۱؛ میلانی و پروتو، ۲۰۲۱). در پایان این مقدمه، سه ستون راهبردی برای ادامه‌ی مرور ترسیم می‌شود: (الف) ضرورت تمایز دقیق میان «هویت ایسکشوال» و «علائم اختلالی» در فرایند تشخیص (پروتو و یول، ۲۰۱۷)؛ (ب) الزام به اتخاذ رویکردی غیرقضوتی و فرهنگ‌مدار در ارزیابی و مداخله (آسکت، ۲۰۲۲)؛ و (ج) نیاز به آموزش بالینی و سیاست‌گذاری حساس به زمینه برای کاهش بیماری‌انگاری و حفاظت از سلامت روان افراد ایسکشوال در محیط‌های غیرغربی (لو و چوی، ۲۰۲۵). این چارچوب مفهومی مبنای پرسش‌های پژوهشی مشخص و روش نظام‌مند مرور را در بخش‌های بعدی تعیین خواهد کرد.

### روشناسی

#### طراحی مطالعه

این پژوهش به‌صورت یک مرور موضوعی-بالینی طراحی شد که هدف آن، انجام یک تحلیل نظام‌مند و انتقادی از ادبیات بالینی و آسیب‌شناسانه پیرامون پتانسیل پاتولوژی‌سازی ایسکشوالیتی، شناسایی چالش‌های تشخیصی و بررسی پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی برجسب‌گذاری در جوامع غیرغربی است (گران و بوث، ۲۰۰۹). ساختار روش‌شناختی ترکیبی انتخاب شد تا هم دقت و شفافیت روش‌های مرور نظام‌مند را تأمین کند (بر اساس رهنمودهای پریماسا ۲۰۲۰ و متمم پریماسا-اس برای گزارش جستجو) (پیچ و همکاران، ۲۰۲۱؛ رتلفسن و همکاران، ۲۰۲۱)، و هم انعطاف لازم برای تحلیل تفسیری-بالینی و سنتز تلفیقی نتایج را فراهم آورد (ویت‌مور و نافل، ۲۰۰۵؛ اسنیلستویت و همکاران، ۲۰۱۲).

#### استراتژی جستجو

جستجوهای کتابخانه‌ای در پایگاه‌های داده‌ی بین‌المللی شامل پاب‌مد/مدلاین، سایک‌اینفو، اسکوپوس، وب‌آو‌ساینس و گوگل اسکالر انجام شد (برامر و همکاران، ۲۰۱۷). برای پوشش گسترده‌تر، منابع خاکستری (گزارش‌ها، ترها، اسناد سازمانی)، فصول کتاب و متون مرجع نیز بررسی شدند (پاتز، ۲۰۱۷). در طراحی عبارت‌های جستجو از ترکیب کلمات کلیدی متنی و اصطلاحات کنترل‌شده (مدخل‌های موضوعی پزشکی یا معادل در پایگاه مربوط) استفاده گردید (مثلاً: «ایسکشوالیتی»، «پاتولوژی‌سازی ایسکشوالیتی»، «اشتباه‌گیری تشخیصی ایسکشوالیتی»، «انگ ایسکشوالیتی»، «تنوع‌گرایی جنسی و ملاحظات فرهنگی»، «هویت ایسکشوال و آسیب‌شناسی روانی») (مک‌گوآن و همکاران، ۲۰۱۶). همواره توصیه در مرورهای نظام‌مند مبنی بر ترکیب مدخل‌های موضوعی پزشکی و واژه‌های متنی رعایت شد، زیرا هر دو استراتژی مکمل یکدیگر بوده و ترکیب آن‌ها بازده و جامعیت نتایج را افزایش می‌دهد (هاوسنر و همکاران، ۲۰۱۲). جستجوها شامل بازه‌ی زمانی ۲۰۰۰ تا زمان اجرای مرور (تا تاریخ انجام پژوهش)

بودند تا هم پس‌زمینه تاریخی و هم پژوهش‌های اخیر پوشش داده شوند؛ گزارش دقیق عبارات جستجو برای هر پایگاه طبق رهنمود پریسما-اس مستند شد (رتلفسن و همکاران، ۲۰۲۱).

#### معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود در برگزیده‌ی مطالعات تجربی (کمی، کیفی یا ترکیبی) و مقالات مروری که به طور مستقیم به بُعد بالینی ایسکشوالیتی یا به اشتباه‌گیری/پاتولوژی‌سازی آن در زمینه‌ی سلامت روان و پزشکی پرداخته‌اند؛ مطالعاتی که پیامدهای روان‌شناختی، اجتماعی یا بین‌فردی برجسب‌گذاری/آستیگما را گزارش کرده‌اند؛ و پژوهش‌هایی با تحلیل‌های بین‌فرهنگی یا نمونه‌هایی از جوامع غیرغربی بودند (هیگینز و همکاران، ۲۰۲۳). معیارهای خروج شامل مقالات نظری صرف بدون داده‌ی تجربی یا کاربرد بالینی، مطالعات صرفاً فیزیولوژیک بدون مؤلفه‌های هویتی/روان‌شناختی، مقالات تکراری یا آن‌هایی که پس از ارزیابی کیفیت دارای ضعف روش‌شناختی جدی تشخیص داده شدند، بود (استرن و همکاران، ۲۰۱۹).

#### فرآیند انتخاب و غربالگری

خروجی اولیه‌ی جستجو به یک نرم‌افزار مدیریت مراجع وارد شد و حذف تکراری صورت گرفت (برامر و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهشگر به‌طور مستقل عنوان‌ها و چکیده‌ها را بررسی کرد و مقالات واجد شرایط برای بررسی متن کامل انتخاب شدند (شمسیر و همکاران، ۲۰۱۵). هر اختلاف در صورت لزوم با نظر داور حل و فصل شد (لی و همکاران، ۲۰۲۱). شماره‌ی رکوردها و مراحل غربال طبق قالب پریسما ۲۰۲۰ گزارش شد تا شفافیت و تکرارپذیری فرآیند تضمین شود (پیچ و همکاران، ۲۰۲۱).

#### استخراج داده

فرم استاندارد استخراج داده طراحی و پیش‌آزمایی شد و اطلاعات کلیدی هر مطالعه شامل سال و کشور انتشار، نوع مطالعه (کمی/کیفی/مروار)، ویژگی‌های نمونه (حجم، ترکیب جنسی، دامنه سنی)، ابزارها و شاخص‌های به‌کاررفته برای ارزیابی هویت ایسکشوال، شاخص‌های مرتبط با اختلال‌پنداری/تشخیص، و یافته‌های مربوط به پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی ثبت گردید (سارکیس-آنوفره و همکاران، ۲۰۲۱).

#### روش تحلیل و سنتز

تحلیل محتوایی-موضوعی به‌عنوان روش اصلی تحلیل کیفی داده‌ها انتخاب شد تا الگوها و مضمون‌های مرکزی در محورهای (۱) خطاها و موارد اشتباه‌گیری تشخیصی، (۲) تجربه‌ی آستیگما و پیامدهای روان‌شناختی/اجتماعی، و (۳) ملاحظات فرهنگی در ارزیابی و مداخله‌شناسایی شوند (براون و کلارک، ۲۰۰۶؛ توماس و هاردن، ۲۰۰۸). پس از استخراج موضوعات، نتایج در قالب جداول توصیفی خلاصه و سپس با رویکرد یک سنتز تلفیقی ترکیب شدند تا پیامدهای بالینی و راهبردهای مداخله‌ای واضح و قابل‌استفاده به‌دست آیند (ویت‌مور و نافل، ۲۰۰۵؛ هونگ و همکاران، ۲۰۱۷). این ترکیب روش‌شناختی برای موضوعات چندبعدی سلامت روان و هویت جنسی که هم مطالعات کمی و هم کیفی دارند، مناسب و توصیه‌شده است (پلوی و هونگ، ۲۰۱۴).

#### کنترل کیفیت و اعتبارسنجی

برای ارزیابی اعتبار روش‌شناختی مطالعات واردشده از چک‌لیست‌های استاندارد استفاده شد: کاسپ برای مطالعات کیفی و استروپ برای مطالعات مشاهده‌ای/مقطع (برنامه مهارت‌های ارزیابی انتقادی، ۲۰۱۸؛ فون‌آلم و همکاران، ۲۰۰۷). ارزیابی کیفیت توسط دو ارزیاب مستقل انجام شد و برای

اندازه‌گیری توافق بین‌ارزیابان از شاخص ضریب کاپا استفاده گردید؛ مقدار کاپا گزارش و تفسیر شد تا احتمال سوگیری انتخاب و خطای اندازه‌گیری کاهش یابد (مک‌هیو، ۲۰۱۲). نتایج ارزیابی کیفیت برای وزن‌دهی شواهد هنگام سنتز تلفیقی و در بحث نتایج لحاظ شد (مراد و همکاران، ۲۰۱۶).

#### ملاحظات اخلاقی و شفافیت گزارش

از آن‌جا که این مطالعه یک مرور ادبیات بر مدارک منتشرشده و منابع عمومی است، نیاز به تأییدیه‌ی اخلاقی مستقیم برای جمع‌آوری داده‌های انسانی وجود نداشت؛ با این حال کد اخلاق از دانشگاه به شماره IR.IAU.SARI.REC.1404.291 اخذ شده و گزارش روش‌ها، عبارات جستجو و پروسه‌ی غربال طبق رهنمود پریسما-اس برای تضمین شفافیت و قابلیت تکرار مستند گردید (رتلفسن و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، در قسمت بحث تلاش شد تا یافته‌ها با پژوهش‌های بالینی اخیر درباره‌ی پاتولوژی‌سازی و تعاملات بیماران ایس با نظام سلامت (که مثال‌هایی از مسیرهای خطا و پیامدهای درمانی را نشان می‌دهند) مرتبط و مقایسه شوند.

### یافته‌ها

در این بخش یافته‌های استخراج‌شده از مطالعات منتخب به‌صورت تلفیق مضمون‌محور گزارش می‌شوند. تحلیل مضمون‌ها الگوهای تکرارشونده‌ای را نشان می‌دهد که هم‌گرایی و هم‌افتراق دیدگاه‌های بالینی درباره‌ی ایسکشوالیتی و پیامدهای پاتولوژیک‌انگاری آن را روشن می‌سازد. یافته‌ها در همان شش مضمون اصلی سازمان‌دهی شده‌اند و برای هر گزاره مهم، شواهد پژوهشی معاصر ذکر شده‌اند.

#### تشخیص‌های نادرست و مکانیسم‌های پاتولوژیزاسیون

##### انواع اشتباه در تشخیص

مطالعات نشان می‌دهند که ایسکشوالیتی اغلب با اختلالاتی مانند «اختلال کم‌کاری میل جنسی» یا «اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی» اشتباه گرفته می‌شود (رونکه، ۲۰۲۳؛ پراوس و گراهام، ۲۰۰۷). علت اصلی این اشتباهات فقدان تمایز بین «هویت جنسی»، «جریان/شدت تمایل» و «میزان تجربه‌شده‌ی ناراحتی/دیس‌ترس» است (بوگارت، ۲۰۱۵). معیارهای تشخیصی «راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویراست پنجم» تأکید می‌کنند که تشخیص «اختلال کم‌کاری میل جنسی» مستلزم وجود ناراحتی بالینی معنادار است و صرف خودشناسایی به‌عنوان ایسکشوال مانع از تشخیص این اختلال می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). با این حال، شواهد نشان می‌دهد که الگوهای توجه و پردازش شناختی در برخی معیارها بین افراد ایسکشوال و افراد مبتلا به «اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی» متفاوت است؛ بنابراین صرفاً اندازه‌گیری کمی میل جنسی بدون بررسی میزان ناراحتی بالینی می‌تواند منجر به برچسب‌گذاری بیمارگونه شود (بروتو و یول، ۲۰۱۷).

##### مکانیسم‌های پاتولوژیزاسیون بالینی

سه مکانیسم کلیدی شناسایی شده است: پیش‌فرض‌های بالینی و هنجارگرایی جنسی که تفاوت را به‌سرعت به‌عنوان «نقص» تفسیر می‌کنند (فلانگان و پیترز، ۲۰۲۰)؛ ابزارهای ارزیابی نامتناسب که فاقد پایایی/روایی فرهنگی و تفکیک هویت-علائم هستند (بالستر-آرنال و همکاران، ۲۰۲۴)؛ و فشارهای اجتماعی/خانوادگی که درمانگر را به مسیرهای مداخله‌محور هدایت می‌کند (شنکن‌بورگر و همکاران، ۲۰۲۳). بررسی‌های مقیاس‌های

مورد استفاده نشان می‌دهد که بسیاری از ابزارهای رایج (مثلاً برخی نسخه‌های کوتاه مقیاس‌های عملکرد جنسی) برای تفکیک وضعیت هویتی از «وجود ناراحتی» طراحی نشده‌اند و در نمونه‌های بین‌فرهنگی دارای محدودیت‌اند (بالستر-آرنال و همکاران، ۲۰۲۴).

#### نقش سوگیری درمانگر

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که گرایش‌های ارزشی و کمبود آموزش تخصصی در مورد طیف «ایس» باعث می‌شود برخی درمانگران کاهش یا فقدان میل جنسی را صرفاً به‌عنوان «مسئله‌ای که باید اصلاح شود» تلقی کنند (لو و چوی، ۲۰۲۵؛ شلتون و دلگادو-رومرو، ۲۰۱۱). این سوگیری به ارائه‌ی مداخلات تغییرگرایانه یا تجویز غیرضروری داروهای هورمونی/تحریک‌کننده می‌انجامد (شنکن‌بورگر و همکاران، ۲۰۲۳). در برخی موارد، سوگیری‌ها و تعصبات درمانگران به‌صورت مستقیم در قالب نگرش‌های بیمارگونه ظاهر نمی‌شوند، بلکه به شکل‌های ظریف‌تری در تعاملات درمانی بروز می‌کنند (لو و چوی، ۲۰۲۵).

#### الگوهای بالینی و مسیرهای ارجاع

##### نحوه‌ی ارائه‌ی شکایت‌ها

افراد ایس اغلب با شکایت‌های غیرمستقیم (اختلال خلقی، «مشکل در رابطه»، فشار خانوادگی) مراجعه می‌کنند؛ هویت ایسکشوالیتی تنها در پرسش‌گری دقیق آشکار می‌شود (لو و چوی، ۲۰۲۵؛ پیتو، ۲۰۱۴). بنابراین سوابق بالینی مبتنی بر سوءتعبیرهای اولیه مستعد اشتباه‌درمانی است (فلانگان و پیترز، ۲۰۲۰).

##### مسیرهای اشتباه‌درمانی

مطالعات موردی و گزارش‌های بالینی از ارجاع‌های متعدد به اندوکرینولوژی یا تجویز داروهای جنسی بدون بررسی هویت جنسی یا شرایط میان‌فردی خبر داده‌اند (بروتو و همکاران، ۲۰۱۰؛ رونگه، ۲۰۲۳). این روند به‌ویژه در محیط‌هایی که تولیدمثل و عملکرد جنسی معیار سلامت تلقی می‌شوند شایع است (لو و چوی، ۲۰۲۵).

#### پیامدهای روان‌شناختی و بین‌فردی برچسب‌گذاری اختلالی

##### آستیگما و درونی‌سازی شرم

پاتولوژی‌زاسیون به‌طور سیستماتیک باعث افزایش آستیگما، شرم هویتی و کاهش عزت‌نفس می‌شود (پیچر و همکاران، ۲۰۲۳). این مکانیزم بخشی از فشارهای اجتماعی-نهادی است که به شکل‌گیری آسیب روانی کمک می‌کند (راثلوم و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات نشان می‌دهند که جوانان ایسکشوال نسبت به هم‌تایان جنسیت‌گرای خود از عزت‌نفس پایین‌تری برخوردارند (پیچر و همکاران، ۲۰۲۳).

##### اختلالات همراه

تحلیل‌های متاآنالیتیک و مطالعات مقطعی نشان می‌دهند که افراد ایس در مقایسه با جمعیت هتروسکشوال، در سطوح بالاتری از علائم افسردگی قرار دارند (گریوز و همکاران، ۲۰۲۴؛ پیچر و همکاران، ۲۰۲۳). یک مطالعه بزرگ روی ۶۶۰۱ شرکت‌کننده نشان داد که شناسایی به‌عنوان ایسکشوال به‌طور معنادار با علائم افسردگی بالاتر همراه است (گریوز و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، ۶۴/۸ درصد از افراد ایسکشوال تجربه‌ی فشار اقلیت بر اساس گرایش جنسی و/یا رمانتیک را گزارش کرده‌اند (هوفارت و همکاران، ۲۰۲۳). در خصوص خودآسیبی و اقدام به خودکشی، تقریباً

۳۲/۲ درصد افکار خودکشی، ۱۰/۶ درصد برنامه‌ریزی برای خودکشی، و ۲/۷ درصد اقدام به خودکشی در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده‌اند (هوفارت و همکاران، ۲۰۲۳). میزان خودکشی در میان مردان ایسکشوال و افراد غیردوجنسیتی بیشتر از زنان ایسکشوال بود (هوفارت و همکاران، ۲۰۲۳).

#### پیامدهای رابطه‌ای

برچسب‌زدن به ایسکشوال‌ها می‌تواند به کاهش رضایت زوجی، ایجاد رفتارهای «نمایشی» جنسی ناخواسته و افزایش تعارض زوجی و فشار برای «ترمیم» منجر شود که خود عامل افزایش آسیب روانی است (کریگان، ۲۰۱۱؛ راثبلوم و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات نشان می‌دهند که افراد ایسکشوال گاهی به دلیل فشارهای اجتماعی و انتظارات حفظ رابطه، در فعالیت‌های جنسی شرکت می‌کنند (مک‌نیلا و مورفی، ۲۰۱۵). با این حال، یافته‌ها نشان می‌دهند که رضایت، تعهد و سرمایه‌گذاری در روابط افراد ایسکشوال الگوهای مشابهی با سایر گرایش‌های جنسی دارد (راثبلوم و همکاران، ۲۰۲۰).

#### دسترسی به خدمات

پاتولوژی‌زاسیون به شکل‌گیری راهبردهای مراقبتی نامناسب منجر می‌شود؛ همچنین محتمل است که ایسکشوال‌ها به دلیل تجربه‌ی آستیگما از مراجعه به خدمات تخصصی اجتناب کنند یا تنها درمان‌های نامناسب دریافت کنند (فلانگان و پیترز، ۲۰۲۰؛ لو و چوی، ۲۰۲۵).

#### ملاحظات فرهنگی در جوامع غیرغربی

##### نقش خانواده‌محوری و فشار تولیدمثل

در جوامع خانواده‌محور و با تأکید بر تولیدمثل، فقدان تمایل جنسی سریعاً به‌عنوان مشکل و تهدید هنجار اجتماعی تلقی می‌شود (لو و چوی، ۲۰۲۵). در کشورهایمانند هند و چین، ساختارهای سنتی خانواده بر ازدواج و تولیدمثل تأکید دارند و افراد ایسکشوال تحت فشار شدید خانواده و همسالان قرار می‌گیرند که باعث ناراحتی عاطفی قابل توجهی می‌شود (لو و چوی، ۲۰۲۵). پیامد بالینی این نگرش، افزایش ارجاع به «درمان‌های اصلاحی» و پنهان‌سازی هویت است (لو و چوی، ۲۰۲۵).

#### دین، اخلاق و پزشکی‌سازی

چارچوب‌های دینی و اخلاقی در بسیاری از فرهنگ‌های غیرغربی می‌توانند ایسکشوالیتی را به صورت «انحراف اخلاقی» یا «ناتوانی روانی» تفسیر کنند (لو و چوی، ۲۰۲۵). این نگرش‌ها درمانگر-محور و در سطح سیاست‌گذاری را به سمت مداخلات اصلاحی سوق می‌دهند (شنکن‌بورگر و

همکاران، ۲۰۲۳). فقدان شناخت قانونی و اذعان اجتماعی به ایسکشوالیتی، تبعیض را تداوم می‌بخشد و بسیاری از افراد را بدون حمایت کافی رها می‌کند (لو و چوی، ۲۰۲۵).

#### نمایش و انکار هویت

در برخی فرهنگ‌ها هویت ایسکشوال پنهان می‌ماند یا افراد رفتارشان را مطابق انتظارات جنسیتی تنظیم می‌کنند (لو و چوی، ۲۰۲۵). این امر تشخیص بالینی را پیچیده کرده و خطر اشتباه‌گیری را افزایش می‌دهد (بروتو و یول، ۲۰۱۷). مطالعات نشان می‌دهند که افراد ایسکشوال نسبت به اقلیت‌های جنسی دیگر، هویت خود را نزد تعداد کمتری از افراد افشا می‌کنند (پیچر و همکاران، ۲۰۲۳).

#### تفاوت‌های جنسیتی

تحقیقات حاکی از آن است که پیامدهای اجتماعی و فشارها بر زنان و مردان متفاوت است؛ به‌ویژه زنان در برخی جوامع تحت فشار قوی‌تری برای پذیرفتن نقش تولیدمثل قرار دارند (لو و چوی، ۲۰۲۵). همچنین، افراد ایسکشوال در کشورهای شرقی نسبت به کشورهای غربی سطوح بالاتری از مشکلات عملکرد جنسی را گزارش می‌کنند (بالستر-آرنال و همکاران، ۲۰۲۴).

#### تبعات ساختاری و نظامی

##### کمبود آموزش بالینی و دستورالعمل‌های فرهنگ‌محور

شواهد نشان می‌دهد که نظام‌های آموزشی بالینی اغلب به طیف ایس نپرداخته‌اند و دستورالعمل‌های عملی برای افتراق هویت از اختلال بالینی ناکافی است (لو و چوی، ۲۰۲۵؛ پینتو، ۲۰۱۴). این خلأ باعث تکرار سوءتعبیرها می‌شود و نیاز فوری به حذف پاتولوژی‌زاسیون ایسکشوالیتی در تنظیمات سلامت روان و ادغام مسائل ایسکشوال در آموزش و نظارت چندفرهنگی وجود دارد (لو و چوی، ۲۰۲۵).

#### سیاست‌ها و رویه‌های درمانی نامناسب

در برخی نظام‌ها بسته‌های خدماتی به گونه‌ای طراحی شده‌اند که تنوع هویتی را لحاظ نمی‌کنند و تسهیل‌کننده‌ی مداخلات «اصلاحی» هستند (شنکن‌بورگر و همکاران، ۲۰۲۳). نیاز به بازنگری سیاست‌گذاری بالینی احساس می‌شود و متخصصان سلامت روان نقش اساسی در ارائه مراقبت فرهنگی صالح و تأییدکننده به افراد ایسکشوال دارند (لو و چوی، ۲۰۲۵).

#### پیامدهای حقوقی و دسترسی

برچسب اختلالی در برخی محیط‌ها ممکن است تبعات قانونی یا خانوادگی جدی برای فرد ایجاد کند و دسترسی به مراقبت حمایتی را محدود نماید (لو و چوی، ۲۰۲۵). همچنین، تبعیض ساختاری و عدم شناخت قانونی ایسکشوالیتی مانعی برای دسترسی به خدمات مناسب محسوب می‌شود (لو و چوی، ۲۰۲۵).

#### خلأهای پژوهشی و محدودیت‌های شواهد

فقدان داده‌های نماینده و مطالعات طولی

اکثر مطالعات مقطعی، نمونه‌های کوچک یا نمونه‌گیری آسان دارند؛ مطالعات طولی درباره‌ی ثبات هویت، مسیرهای زندگی و پیامدهای بلندمدت پاتولوژی‌زاسیون نادر است (راثلوم و همکاران، ۲۰۲۰). یک مطالعه طولی نشان داد که تقریباً ۸۳ درصد از افراد اسکیشوال و خاکستری-اسکیشوال هویت گرایش جنسی خود را بین دو موج مجاور حفظ کردند (سو و همکاران، ۲۰۲۳). نتایج حاکی از ثبات نسبی اسکیشوالیتی است که از این مفهوم حمایت می‌کند که اسکیشوالیتی می‌تواند به‌عنوان چهارمین گرایش جنسی در نظر گرفته شود (سو و همکاران، ۲۰۲۳). با این حال، مطالعات بیشتری درباره‌ی ثبات ابعاد مختلف اسکیشوالیتی در طول زندگی مورد نیاز است (راثلوم و همکاران، ۲۰۲۰).

محدودیت‌های ابزارسنجی و روایی بین‌فرهنگی

بسیاری از ابزارهای روان‌سنجی برای جوامع غربی توسعه یافته و نیازمند اعتبارسنجی و تطبیق فرهنگی هستند (بالستر-آرنال و همکاران، ۲۰۲۴). بررسی‌های اخیر تلاش‌هایی جهت اعتبارسنجی ابزارها در چندین کشور نشان داده‌اند که مقیاس‌ها گاهی سطح‌بندی متفاوتی را میان گروه‌های فرهنگی ارائه می‌دهند (بالستر-آرنال و همکاران، ۲۰۲۴). اعتبارسنجی بین‌فرهنگی «مقیاس تجربه جنسی آریزونا» در سراسر کشورها، زبان‌ها، جنسیت‌ها و گرایش‌های جنسی نشان داد که این مقیاس می‌تواند به‌عنوان ابزاری برای غربالگری مشکلات عملکرد جنسی در جمعیت‌های متنوع در تنظیمات چندفرهنگی استفاده شود (بالستر-آرنال و همکاران، ۲۰۲۴).

کمبود مطالعات مداخله‌ای

شواهد اندکی درباره‌ی مداخلات مؤثر برای کاهش آسیب‌های ناشی از پاتولوژی‌زاسیون وجود دارد؛ به‌ویژه مطالعاتی که هدفشان آموزش درمانگران و سیاست‌گذاری فرهنگ‌محور باشد نایاب‌اند (لو و چوی، ۲۰۲۵). یافته‌ها اهمیت ترکیب شایستگی فرهنگی، فروتنی فرهنگی و عملکرد تأییدکننده را برای کمک به افراد اسکیشوال در هدایت هویت و پرورش تاب‌آوری برجسته می‌کنند (لو و چوی، ۲۰۲۵).

سوگیری انتشار و غیبت دیدگاه‌های محلی

احتمال سوگیری انتشار و کمبود پژوهش‌هایی که دیدگاه‌های محققان و شرکت‌کنندگان محلی را منعکس کنند، برجسته است و نیاز به مشارکت محققان محلی در تولید دانش وجود دارد (لو و چوی، ۲۰۲۵). مطالعات اخیر نشان می‌دهند که اسکیشوالیتی تنها یک هویت غربی یا انگلیسی‌زبان نیست، بلکه در کشورهای متنوعی مانند تاجیکستان، یمن، عمان، ازبکستان، امارات متحده عربی، تونس و تانزانیا نیز وجود دارد (واینر، ۲۰۲۵).

خلاصه‌ی کلی یافته‌ها (برداشت‌های مرکزی)

اسکیشوالیتی در عمل بالینی اغلب با اختلالات جنسی اشتباه گرفته می‌شود؛ این خطا نتیجه‌ی ابزارهای نامناسب، سوگیری‌های بالینی و فشارهای فرهنگی-خانوادگی است (بالستر-آرنال و همکاران، ۲۰۲۴؛ لو و چوی، ۲۰۲۵). پاتولوژی‌زاسیون پیامدهای روان‌شناختی و بین‌فردی چشمگیری (از جمله افزایش علائم افسردگی و کاهش رضایت رابطه‌ای) به همراه دارد (گریوز و همکاران، ۲۰۲۴؛ پیچر و همکاران، ۲۰۲۳). در جوامع غیرغربی عوامل فرهنگی مانند خانواده‌محوری، فشار تولیدمثل و چارچوب‌های دینی نقش تسهیل‌کننده در پاتولوژی‌زاسیون ایفا می‌کنند (لو و چوی، ۲۰۲۵).

برای کاهش آسیب لازم است تمایز روشنی میان هویت جنسی و علائم ایجاد شود، ابزارهای معتبر بین فرهنگی و بومی سازی شده توسعه یابند، و برنامه‌های آموزشی اختصاصی برای درمانگران و سیاست‌گذاران تدوین گردد (بالستر-آرنال و همکاران، ۲۰۲۴؛ لو و چوی، ۲۰۲۵).

## بحث و نتیجه‌گیری

مرور حاضر نشان می‌دهد که «پاتولوژی‌زاسیون» ایسکشوالیتی پدیده‌ای چندوجهی و ساختاری است که ریشه در تعامل سه مجموعه عامل دارد: (۱) محدودیت‌ها و نارسایی‌های ابزارهای تشخیصی که تمایز بین هویت جنسی و نشانه‌های کاهش تمایل را به درستی انجام نمی‌دهند (یول و همکاران، ۲۰۱۵)؛ (۲) سوگیری‌ها و چارچوب‌های ارزشی حرفه‌ای سلامت روان که فقدان تمایل جنسی را به طور پیش فرض نشانه‌ی «اختلال» یا «ناتوانی» می‌پندارند (رن، ۲۰۲۰)؛ و (۳) فشارهای فرهنگی-نهادینی (به ویژه در بافت‌های غیرغربی) که فقدان تمایل جنسی را در تعارض با انتظارات تولیدمثلی و نقش‌های جنسی می‌دانند و بنابراین زمینه‌ی ارجاع به مداخلات «اصلاحی» را فراهم می‌آورند (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰). این چارچوب چندعاملی با شواهدی که اخیراً در مروری‌های نظام‌مند و مطالعات تجربی گزارش شده‌اند همخوانی دارد (مکنیلا و مورفی، ۲۰۱۵) و نشان می‌دهد که برخوردهای بالینی غیرحساس فرهنگی و ابزارهای تشخیصی ناپایدار می‌توانند به تشخیص‌های نادرست و آسیب‌های روانی-اجتماعی منجر شوند (رن، ۲۰۲۰).

تحلیل علی و مکانیسم‌های میانجی

سه مکانیزم کلیدی که در مطالعات اخیر تکرار شده‌اند عبارت‌اند از:

ابزارپردازی نامناسب: ابزارهای رایج (پرسش‌نامه‌ها و معیارهای بالینی) غالباً «کمیت میل جنسی» را ملاک قرار می‌دهند و تمایز مفهومی میان «هویت فاقد جذابیت جنسی» و «کاهش موقت یا مرضی میل» را به صورت سیستماتیک انجام نمی‌دهند (بروتو و میلانی، ۲۰۲۲). شواهد رفتاری و دستگامی (مانند مطالعات توجه بصری و پردازش شناختی) نشان می‌دهد که الگوهای پردازش محرک‌های جنسی در افراد ایسکشوال با افراد دارای اختلال کاهش میل متفاوت است (بروتو و همکاران، ۲۰۲۱)؛ این تفاوت‌ها می‌تواند به‌عنوان شاخص‌های افتراقی معتبر در ارزیابی بالینی مفید باشد (یول و همکاران، ۲۰۱۵).

چارچوب‌های ارزشی درمانگرانه و نظام‌درمانی: گرایش به «اصلاح» یا «انطباق» رفتارهایی که با هنجار مرسوم ناسازگارند (به ویژه در جوامع دارای ارزش‌های قوی تولیدمثلی) باعث می‌شود که درمانگر به جای پذیرش هویت ایسکشوال، مسیر درمانی را به سمت تغییر گرایش یا رفتار هدایت کند (آکادمی روان‌پزشکی کودک و نوجوان آمریکا، ۲۰۱۸)؛ این روند مستعد خطا و آسیب‌رسانی است (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰).

فشارهای فرهنگی- خانوادگی و نهادی: در بافت‌های غیرغربی، نقش دین، ساختار خانواده و الزامات اجتماعی مرتبط با ازدواج و تولیدمثل می‌تواند خود گزارش‌ها و عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار دهد (لیائو و همکاران، ۲۰۲۴)؛ این فشارها اغلب علت ارجاع به درمان و همچنین مولد نارضایتی، اضطراب و افسردگی ثانویه‌اند (کرانی، ۲۰۱۷). مجموع این مکانیزم‌ها تعامل پیچیده‌ای با متغیرهای جنسیتی، نسلی و حقوقی، از جمله نگرانی‌های

مربوط به محرمانگی، حقوق تصمیم‌گیری و دسترسی به خدمات حمایتی دارد و در عمل باعث افزایش آستیگما و پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب می‌شود (لیک و همکاران، ۲۰۱۳).

#### پیامدهای بالینی و اخلاقی

از منظر بالینی، پیامد مستقیم پاتولوژی‌زاسیون عبارت است از: اشتباه تشخیص (برچسب‌زدن هویت سالم به‌عنوان اختلال)، اعمال مداخلات غیراخلاقی یا ناکارآمد (از جمله تلاش‌های تغییر‌گرایانه)، و غفلت از نیازهای حمایتی واقعی (مثل درمان افسردگی یا اضطراب همراه) (انجمن آمریکایی آموزش‌گران، مشاوران و درمان‌گران امور جنسی، ۲۰۲۲). این موارد با اصول اخلاقی حرفه‌ای احترام به خودتعیینی، عدم خطر (پرهیز از آسیب‌رسانی) و عدالت در تعارضند و می‌توانند به تشدید آسیب‌های روانی منجر شوند (آکادمی روان‌پزشکی کودکان و نوجوان آمریکا، ۲۰۱۸). به‌علاوه، شواهد نشان می‌دهد که افراد ایسکسوال در برخی نمونه‌ها ریسک بالاتری برای علائم افسردگی و اضطراب داشته‌اند که اغلب با تجربه‌ی آستیگما و فشارهای اجتماعی مرتبط است (بورگوگنا و همکاران، ۲۰۲۴؛ پرنس و فریتر، ۲۰۱۸)؛ بنابراین تمرکز بالینی باید بر کاهش آسیب و بهبود رفاه روانی باشد نه بر تغییر هویت (سلامت روان آمریکا، ۲۰۲۴).

#### ملاحظات فرهنگی - بالینی

روش‌های ارزیابی و مداخله که بصورت یکسان در همه‌ی فرهنگ‌ها استفاده می‌شوند (غربی‌محور) خطر برچسب‌گذاری نادرست را افزایش می‌دهند (لیانو و همکاران، ۲۰۲۴). در بافت‌های غیرغربی لازم است ارزیابی‌ها شامل فهم دقیق از: نقش دین، ساختار خانواده، انتظارات تولیدمثلی و مفاهیم محلی از «هویت» و «نقش جنسی» باشد (دوره، ۲۰۲۱)؛ همچنین نباید فرض شود که عدم تمایل جنسی حتماً «کنمان» یا «انکار» است گرچه در برخی

زمینه‌ها به دلیل پیامدهای اجتماعی، افراد ممکن است تمایلی به برجسب‌گذاری نداشته باشند (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین شیوه‌های غیرقضاوتی، همدلانه و فرهنگی - حساس ضروری‌اند (لیائو و همکاران، ۲۰۲۴).

راهبردهای بالینی پیشنهادی

بر پایه‌ی شواهد اخیر، توصیه‌های کلیدی برای کاهش خطر پاتولوژی‌زاسیون عبارت‌اند از:

تفکیک بالینی سیستماتیک: پیش از هر تشخیصی، تفکیک روش‌مند بین هویت ایسکشوال (پایداری در فقدان جذب جنسی) و کاهش میل ناشی از عوامل طبی/ دارویی/ روانی یا تروما ضروری است (بروتو و همکاران، ۲۰۲۱)؛ مطالعات نوروسایکولوژیک و توجه بصری می‌توانند در این افتراق کمک‌کننده باشند (یول و همکاران، ۲۰۱۵).

ارزیابی جامع: شامل تاریخچه‌ی جنسی تفصیلی، سن شروع، شدت و ثبات فقدان تمایل، سطح ناراحتی یا اختلال عملکرد، سابقه‌ی تروما، مصرف دارو و شرایط طبی، و زمینه‌ی فشارهای بین‌فردی و خانوادگی (بروتو و میلانی، ۲۰۲۲).

زبان‌گذاری غیرقضاوتی و مبتنی بر توانمندسازی: تا زمانی که معیارهای «اختلال» (ناراحتی قابل توجه یا افت عملکرد واقعی) صریحاً محقق نشده‌اند، از اصطلاحات پاتولوژیک اجتناب شود (انجمن آمریکایی آموزش‌گران، مشاوران و درمانگران امور جنسی، ۲۰۲۲).

استفاده از ابزارهای تفکیکی معتبر: در صورت نیاز از مقیاس‌های اعتبارسنجی شده (مثلاً ابزارهای سنجش هویت ایسکشوال و معیارهای افتراقی که در مطالعات اخیر به کار رفته‌اند) استفاده شود و نسخه‌های بومی‌سازی شده اعتبارسنجی شوند (یول و همکاران، ۲۰۱۵؛ رونیس و همکاران، ۲۰۲۱).

تمرکز بر مداخلات حمایتی: درمان‌ها باید روی کاهش پیامدهای روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، احساس طردشدگی)، بهبود مهارت‌های بین‌فردی و توافق‌های رابطه‌ای متمرکز باشند (کرافورد و همکاران، ۲۰۱۶)؛ مداخله‌ای که هدفش «تبدیل» یا «اصلاح» هویت باشد، از منظر شواهد و اخلاق رد می‌شود (آکادمی روان‌پزشکی کودک و نوجوان آمریکا، ۲۰۱۸).

در صورت نیاز، درمان زوجی متمرکز بر ارتباط: برای کاهش فشارهای «تطابق جنسی» و یافتن توافق‌های عملی و رضایت‌بخش بین شرکا پیشنهاد می‌شود (بروتو و میلانی، ۲۰۲۲).

پیامدهای آموزشی و نظامی

مرور شواهد تاکید بر نیاز به بازنگری در آموزش‌های بالینی و پزشکی دارد: گنجاندن ماژول‌های تشخیصی - تفکیک‌گر، حساسیت فرهنگی در سلامت جنسی، مهارت‌های مصاحبه‌ی جنسی غیرقضاوتی و آموزش درخصوص پیامدهای آستیگما برای جلوگیری از پاتولوژی‌زاسیون (مک‌نیلا و مورفی، ۲۰۱۵). در سطوح سیاست‌گذاری، تدوین دستورالعمل‌های صریح برای ممنوعیت مداخلات تغییر‌گرایانه و تضمین دسترسی به خدمات حمایتی متعادل و حفظ حقوق بیماران ضروری‌اند (آکادمی روان‌پزشکی کودک و نوجوان آمریکا، ۲۰۱۸).

نیازهای پژوهشی

شواهد نشان می‌دهد که خلأهای مهمی وجود دارد که مانع از پیشرفت عمل بالینی می‌شوند (هندرلیتر، ۲۰۱۵)؛ اولویت‌های پژوهشی عبارت‌اند از: طراحی و اعتبارسنجی ابزارهای بومی‌شده برای ارزیابی هویت ایسکشوال (لیائو و همکاران، ۲۰۲۴)، مطالعات طولی برای پیگیری مسیرهای هویتی و پیامدهای بلندمدت مواجهه با پاتولوژی‌زاسیون (بورگوگنا و همکاران، ۲۰۲۴)، آزمایش‌های مداخلاتی برای ارزیابی اثربخشی برنامه‌های آموزشی

و کاهش آستیگما (مایر، ۲۰۰۳)، و پژوهش‌های کیفی مشارکتی با جوامع محلی برای درک معانی فرهنگی ایسکشوالیتی (واینر، ۲۰۲۴). همچنین توصیه می‌شود مطالعات بعدی نمایه‌ی جمعیتی وسیع‌تری را پوشش دهند و تأثیرات جنسیتی و نسلی را به صورت نظام‌مند بررسی کنند (چَن و لئونگ، ۲۰۲۳).

محدودیت‌های مرور

لازم است محدودیت‌های این مرور صریحاً ذکر شوند: وابستگی به مطالعات منتشرشده ممکن است سوگیری نشر ایجاد کند (بورگوگنا و همکاران، ۲۰۲۴)؛ تنوع روش‌شناختی و فراوانی مطالعات مقطعی، محدودیت‌هایی برای نتیجه‌گیری‌های علی ایجاد می‌کند (پرنِت و فریتر، ۲۰۱۸)؛ و شواهد بومی از بسیاری از جوامع غیرغربی هنوز محدود یا پراکنده است (دوره، ۲۰۲۱؛ واینر، ۲۰۲۴). این محدودیت‌ها ضرورت پژوهش‌های محلی، طولی و با طرح‌های قوی‌تر را نشان می‌دهند (لیائو و همکاران، ۲۰۲۴).

نتیجه‌گیری

مرور حاضر نشان می‌دهد که پاتولوژی‌زاسیون ایسکشوالیتی نه یک خطای صرفاً نظری، که یک مسئله‌ی بالینی و اخلاقی با پیامدهای واقعی برای سلامت روان و کرامت افراد است، به‌ویژه در جوامع غیرغربی که فشارهای فرهنگی و نهادی می‌توانند شدت آسیب را افزایش دهند (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰). برای اصلاح این وضع لازم است عمل بالینی هم‌زمان از چهار رکن پیروی کند:

تشخیص افتراقی دقیق که هویت را از نشانه‌های بیماری یا دارویی جدا می‌کند (بروتو و همکاران، ۲۰۲۱)؛

استفاده از ابزارهای معتبر و فرهنگ‌محور که تفکیک هویت/تمایل/رفتار/ناراحتی را ممکن سازد (یول و همکاران، ۲۰۱۵)؛

آموزش نظام‌مند درمانگران در جهت جلوگیری از پاتولوژی‌زاسیون و رعایت اتونومی بیماران (انجمن آمریکایی آموزش‌گران، مشاوران و درمانگران امور جنسی، ۲۰۲۲)؛

اولویت دادن به مداخلات حمایتی (نه تغییر‌گرایانه) که پیامدهای روانی و رابطه‌ای را هدف می‌گیرند (کرافورد و همکاران، ۲۰۱۶).

در سطح سیاست‌گذاری و پژوهشی باید سرمایه‌گذاری شود تا ابزارهای بومی‌شده توسعه یابند، مطالعات طولی اجرا شوند و برنامه‌های آموزشی و آگاهی‌رسانی طراحی شوند که از حقوق و سلامت افراد ایسکشوال محافظت کنند (لیائو و همکاران، ۲۰۲۴). پیام اخلاقی و حرفه‌ای واضح است:

تنوع در تمایلات جنسی باید به عنوان واقعیتی انسانی و موضوع مشروع تجربه‌ی هویتی پذیرفته شود و نقش بالینی حمایت، تشخیص دقیق و پیشگیری از آسیب باشد، نه مسی‌دهی به مداخلات هدف گرفته بر تغییر هویت (آکادمی روان پزشکی کودک و نوجوان آمریکا، ۲۰۱۸).

## سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد آقای رضا خنار در رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت‌الله کوهستانی بهشهر، تحت راهنمایی سرکار خانم دکتر صدیقه ابراهیمی علوی کلائی می‌باشد. بدین وسیله از راهنمایی‌ها و حمایت‌های ارزشمند ایشان صمیمانه قدردانی می‌شود.

## منابع

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2018). Conversion therapy. [https://www.aacap.org/aacap/Policy\\_Statements/2018/Conversion\\_Therapy.aspx](https://www.aacap.org/aacap/Policy_Statements/2018/Conversion_Therapy.aspx)
- American Association of Sexuality Educators, Counselors and Therapists. (2022). Position on the dignity and rights of asexual individuals. <https://www.aasect.org/asexual-rights>
- American Association of Sexuality Educators, Counselors and Therapists. (2022). Position statement on the dignity and rights of asexual individuals. AASECT.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Antonsen, A. N., Zdaniuk, B., Yule, M., & Brotto, L. A. (2020). Ace and aro: Understanding differences in romantic attractions among persons identifying as asexual. *Archives of Sexual Behavior*, 49(5), 1615–1630. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01600-1>
- Ballester-Arnal, R., Elipe-Miravet, M., Castro-Calvo, J., Beltrán-Martínez, P., & Nagy, L. (2024). Cross-cultural validation of the Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) in 42 countries and 26 languages. *Sexuality Research and Social Policy*. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-01040-0>
- Bogaert, A. F. (2015). Asexuality: What it is and why it matters. *Journal of Sex Research*, 52(4), 362–379. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1015713>
- Borgogna, N. C., Isermann, D., & McDermott, R. C. (2024). Depressive symptoms among individuals identifying as asexual: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, 14, Article 15835. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-66900-6>
- Bradshaw, J., Brown, N., Kingstone, A., & Brotto, L. (2021). Asexuality vs. sexual interest/arousal disorder: Examining group differences in initial attention to sexual stimuli. *PLoS ONE*, 16(12), e0261434. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261434>
- Bramer, W. M., Giustini, D., de Jonge, G. B., Holland, L., & Bekhuis, T. (2016). De-duplication of database search results for systematic reviews in EndNote. *Journal of the Medical Library Association*, 104(3), 240–243. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.104.3.014>
- Bramer, W. M., Rethlefsen, M. L., Kleijnen, J., & Franco, O. H. (2017). Optimal database combinations for literature searches in systematic reviews: A prospective exploratory study. *Systematic Reviews*, 6(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0644-y>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brotto, L. A., Knudson, G., Inskip, J., Rhodes, K., & Erskine, Y. (2010). Asexuality: A mixed-methods approach. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 599–618. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9434-x>

- Brotto, L. A. (2017). Evidence-based treatments for low sexual desire in women. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 45, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.02.001>
- Brotto, L. A., & Yule, M. (2017). Asexuality: Sexual orientation, paraphilia, sexual dysfunction, or none of the above? *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 619–627. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0802-7>
- Brotto, L. A., Yule, M. A., & Gorzalka, B. B. (2021). Asexuality vs. sexual interest/arousal disorder: Examining group differences in initial attention to sexual stimuli. *PLoS ONE*, 16(12), e0261434. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261434>
- Brotto, L. A. (2022). Asexuality. In M. K. Dulcan (Ed.), *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry* (3rd ed., pp. 547–558). American Psychiatric Publishing.
- Brotto, L. A., & Milani, S. (2022). Asexuality: When sexual attraction is lacking. In D. L. Rowland & B. B. Jannini (Eds.), *Cultural differences and the practice of sexual medicine* (pp. 365–382). Springer.
- Carrigan, M. (2011). There's more to life than sex? Difference and commonality within the asexual community. *Sexualities*, 14(4), 462–478. <https://doi.org/10.1177/1363460711406462>
- Chan, R. C. H., & Leung, J. S. Y. (2023). Experiences of minority stress and their impact on suicidality among asexual individuals. *Journal of Affective Disorders*, 325, 794–803. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.025>
- Cranney, S. (2017). Does asexuality meet the stability criterion for a sexual orientation? *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 637–653. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0881-5>
- Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., Clarke, J., & Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 260–265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162628>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). CASP qualitative checklist. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Doré, D. (2021). International perspectives on asexuality: Visibility and community building. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling*, 15(3), 215–231. <https://doi.org/10.1080/15538605.2021.1914275>
- Flanagan, S., & Peters, H. J. (2020). Asexual-identified adults: Interactions with health-care practitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2483–2494. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01670-6>
- Foster, A. B., & Scherrer, K. S. (2014). Asexual-identified clients in clinical settings: Implications for culturally competent practice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 422–430. <https://doi.org/10.1037/sgd0000058>
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Greaves, L. M., Stronge, S., Sibley, C. G., Barlow, F. K., Cowie, L. J., Hammond, M. D., & Sengupta, N. K. (2024). Depressive symptoms among individuals identifying as asexual: A multi-study investigation. *Scientific Reports*, 14, Article 16259. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-66900-6>
- Hausner, E., Waffenschmidt, S., Kaiser, T., & Simon, M. (2012). Routine development of objectively derived search strategies. *Systematic Reviews*, 1(1), 19. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-19>
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2023). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 6.4). Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook>
- Hinderliter, A. C. (2013). How is asexuality different from hypoactive sexual desire disorder? *Psychology & Sexuality*, 4(2), 167–178. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.774165>
- Hinderliter, A. C. (2015). Asexuality: The history of a definition. In K. J. Cerankowski & M. Milks (Eds.), *Asexualities: Feminist and queer perspectives* (pp. 96–120). Routledge.
- Hoffarth, M. R., Drolet, C. E., Hodson, G., & Hafer, C. L. (2023). Minority stress and suicidality in asexual individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 52(3), 1101–1115. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02513-5>
- Hong, Q. N., Pluye, P., Bujold, M., & Wassef, M. (2017). Convergent and sequential synthesis designs: Implications for conducting and reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence. *Systematic Reviews*, 6(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0454-2>
- Lech, S., Köppe, M., Berger, M., Alonso-Pérez, E., Gellert, P., & Knaevelsrud, C. (2024). Depressive symptoms among individuals identifying as asexual. *Scientific Reports*, 14, 16122. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-66900-6>
- Li, T., Higgins, J. P. T., & Deeks, J. J. (2021). Collecting data. In J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch (Eds.), *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 6.2, Chapter 5). Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook>
- Liao, Q., Zhou, Y., & Wang, M. (2024). Counseling aces: Experiences of asexual clients in China. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling*, 18(2), 145–165. <https://doi.org/10.1080/15538605.2023.2298374>

- Lick, D. J., Durso, L. E., & Johnson, K. L. (2013). Minority stress and physical health among sexual minorities. *Perspectives on Psychological Science*, 8(5), 521–548. <https://doi.org/10.1177/1745691613497965>
- Lu, R., & Chui, H. (2025). Counseling aces: Experiences of asexual clients in China. *Archives of Sexual Behavior*, 54(6), 2213–2231. <https://doi.org/10.1007/s10508-025-03148-9>
- MacNeela, P., & Murphy, A. (2015). Freedom, invisibility, and community: A qualitative study of self-identification with asexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 44(3), 799–812. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0458-0>
- McGowan, J., Sampson, M., Salzwedel, D. M., Cogo, E., Foerster, V., & Lefebvre, C. (2016). PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 guideline statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 75, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276–282. <https://doi.org/10.11613/BM.2012.031>
- Mental Health America. (2024). Asexuality & mental health. <https://mhanational.org/resources/asexuality-mental-health/>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Milani, S., & Brotto, L. A. (2021). Cognitive processing of sexual cues in asexual individuals and women with sexual interest/arousal disorder: An eye-tracking study. *PLoS ONE*, 16(5), e0251074. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251074>
- Murad, M. H., Asi, N., Alsawas, M., & Alahdab, F. (2016). New evidence pyramid. *Evidence-Based Medicine*, 21(4), 125–127. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110401>
- Paez, A. (2017). Gray literature: An important resource in systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 10(3), 233–240. <https://doi.org/10.1111/jebm.12266>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Parent, M. C., & Ferriter, C. (2018). The co-occurrence of asexuality and self-reported symptoms of autism, ADHD, and OCD: An online survey study. *Archives of Sexual Behavior*, 47(2), 361–372. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1077-3>
- Pitcher, E. N., Simons, R. F., & Russell, S. T. (2023). Outness and social-emotional adjustment among asexual and allosexual sexual minority youth. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sgd0000665>
- Pinto, S. A. (2014). ASEXual: A study of asexuality [Doctoral dissertation, California State University, Sacramento]. ScholarWorks.
- Pluye, P., & Hong, Q. N. (2014). Combining the power of stories and the power of numbers: Mixed methods research and mixed studies reviews. *Annual Review of Public Health*, 35, 29–45. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>
- Prause, N., & Graham, C. A. (2007). Asexuality: Classification and characterization. *Archives of Sexual Behavior*, 36(3), 341–356. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9142-3>
- Rethlefsen, M. L., Kirtley, S., Waffenschmidt, S., Ayala, A. P., Moher, D., Page, M. J., Koffel, J. B., & PRISMA-S Group. (2021). PRISMA-S: An extension to the PRISMA statement for reporting literature searches in systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z>
- Ronghe, V. (2023). Understanding hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in women: Etiology, diagnosis, and treatment. *Cureus*, 15(11), e49690. <https://doi.org/10.7759/cureus.49690>
- Ronis, S. T., O'Sullivan, L. F., Byers, E. S., & Shaughnessy, K. (2021). Beyond the label: Asexual identity among individuals on the high-functioning autism spectrum. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3831–3842. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-01969-y>
- Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R., & Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 757–767. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01485-0>
- Sarkis-Onofre, R., Catalá-López, F., Aromataris, E., & Lockwood, C. (2021). How to properly use the PRISMA statement. *Systematic Reviews*, 10(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01671-z>

- Schneckenburger, S. A., Tam, M. W. Y., & Ross, L. E. (2023). Asexuality. *Canadian Medical Association Journal*, 195(47), E1627. <https://doi.org/10.1503/cmaj.231003>
- Schneckenburger, S. A., Tam, M. W., & Ross, L. E. (2023). Asexual competent practices in healthcare: A narrative review. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 28(3), 314–334. <https://doi.org/10.1080/19359705.2023.2214528>
- Shelton, K., & Delgado-Romero, E. A. (2011). Sexual orientation microaggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 210–221. <https://doi.org/10.1037/a0022251>
- Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., & PRISMA-P Group. (2015). Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015: Elaboration and explanation. *BMJ*, 349, g7647. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
- Snilstveit, B., Oliver, S., & Vojtkova, M. (2012). Narrative approaches to systematic review and synthesis of evidence for international development policy and practice. *Journal of Development Effectiveness*, 4(3), 409–429. <https://doi.org/10.1080/19439342.2012.710641>
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366, 14898. <https://doi.org/10.1136/bmj.14898>
- Su, Y., Mu, W., & Hu, L. (2023). Stability and change in asexuality: Relationship between sexual/romantic attraction and sexual desire. *Journal of Sex Research*, 60(2), 231–241. <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2045889>
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & STROBE Initiative. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Lancet*, 370(9596), 1453–1457. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X)
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Winer, C. (2024). New research shows asexuality's global footprint. Canton Winer's Substack. <https://cantonwiner.substack.com/p/new-research-shows-asexualitys-global>
- Winer, C. (2025, December 11). New research shows asexuality's global footprint. Canton Winer. <https://cantonwiner.substack.com/>
- Wren, S. (2020). Cultural competency and asexuality: A qualitative study of asexual patient experiences in healthcare settings [Unpublished master's thesis]. University of Minnesota.
- Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2013). Mental health and interpersonal functioning in self-identified asexual men and women. *Psychology & Sexuality*, 4(2), 136–151. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.774161>
- Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. *Psychological Assessment*, 27(1), 148–160. <https://doi.org/10.1037/a0038196>