

Una Dichiarazione Internazionale sulle “Terapie di Conversione” e la Scelta Terapeutica

Davidson, M. R., Haynes, L., James, S., May, P. (2022)
International Federation for Therapeutic and Counselling
Choice

I firmatari di questa Dichiarazione Internazionale si rivolgono ai propri governanti, alle autorità locali, ai responsabili per i diritti umani, alle istituzioni mediatiche e alle organizzazioni religiose, al fine di riconoscere che il diritto all'auto-determinazione è un principio stabilito dal diritto internazionale e che quindi deve includere il diritto a formare e sviluppare l'identità sessuale, le emozioni ed i comportamenti correlati, propri di ogni persona, e di ricevere supporto per farlo.

Riconosciamo che questa Dichiarazione Internazionale si rivolge primariamente alle nazioni occidentali dell'emisfero nord. Sappiamo che nel mondo alcune culture e subculture differiscono marcatamente da questi contesti sociali – e che potrebbero avere una diversa comprensione della terminologia che riguarda la ‘terapia di conversione’ e i relativi divieti. Sottolineiamo che non supportiamo i trattamenti avversativi (aversion therapies), coercitivi e che producono vergogna, comunque vengano chiamati e indipendentemente da chi li applichi e in quale contesto.

Elenco delle abbreviazioni:

SSA: same-sex attracted/same-sex attraction/s
SSB: same-sex behaviour
'GD': 'gender dysphoria'
'CT': 'conversion therapy'
OSA: opposite-sex attracted/opposite-sex attraction/s
OS: opposite-sex

1. Bandire la ‘terapia di conversione’ infrange i diritti umani e le libertà, mettendo in pericolo sia la scelta terapeutica che i diritti pastorali, professionali e genitoriali.

1. Questo documento presenterà una rassegna delle evidenze che dimostrano che la sessualità è fluida. La ricerca indica che alcune persone riducono con successo o, in alcuni casi, superano le attrazioni sessuali indesiderate per le persone dello stesso sesso (same-sex attraction, SSA), o i comportamenti sessuali verso le persone dello stesso sesso (same-sex behaviour, SSB)^{1,2,3,4,5,6}. La ricerca sulle cause potenziali che legano le condizioni psichiatriche e la ‘disforia di genere’ (‘GD’) o l’incongruenza di genere, è solo agli inizi. (‘GD’ è l’insofferenza per il proprio sesso, l’incongruenza di genere è la non

identificazione con il proprio sesso nel suo complesso o solo in parte). Gli studi sui casi singoli e le piccole ricerche costituiscono la migliore evidenza disponibile al momento riguardo la terapia sul genere, e questi mostrano che alcune persone riducono o cambiano ‘GD’ durante la terapia^{7,8}.

2. Ognuno ha il diritto di ridurre o di cambiare i sentimenti e i comportamenti sessuali che sono vissuti come indesiderati o insoddisfacenti, indipendentemente dalle proprie motivazioni, obiettivi o valori. Il diritto di allineare i propri sentimenti e comportamenti al sesso biologico, al fine di sentirsi a proprio agio col proprio corpo o di vivere in accordo coi valori e le convinzioni che a loro avviso portano alla vera felicità, è un diritto umano. Nessuno dovrebbe privare qualsiasi individuo di queste libertà e diritti. Le persone dovrebbero essere libere di fare le proprie scelte – i politici, gli attivisti e i professionisti della salute mentale non dovrebbero dettare le loro azioni.
3. Rifiutiamo la rappresentazione diffusa e ingannevole, nonché la disinformazione dei media che hanno acriticamente adottato la dicitura di ‘terapia di conversione’ basandosi sulla falsa ed ideologica premessa che l’ ‘orientamento’ sessuale sia innato e immutabile.
4. Non conosciamo organizzazioni della salute mentale che, benché radicali, sostengano che le attrazioni sessuali per le persone dello stesso sesso siano innate ed imm modificabili. Non ne conosciamo neppure che sostengano che l’incongruenza dell’identità di genere sia innata^{9,10,11}. La quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dell’American Psychiatric Association (DSM-5, p. 451)¹², dice specificatamente che la disforia di genere non è causata dal possesso di un cervello del sesso opposto o di una sua condizione intersessuale. Dice anche che “in contrasto con certe teorie socio-costruzioniste, i fattori biologici sono visti come un contributo, in interazione con quelli psicologici e sociali, allo sviluppo del genere”. Un giudizio sui disturbi dello sviluppo sessuale - che includono le condizioni intersessuali – con un consenso globale da parte delle diverse associazioni di medicina endocrina sparse per il mondo, sostiene che non c’è alcuna evidenza del fatto che le strutture cerebrali siano differenti tra le persone con

un'incongruenza di genere e quelle congruenti. Aggiunge che gli aspetti maschilini o femminili del cervello si sviluppano 'gradualmente' (dopo la nascita) in interazione con le esperienze psicologiche, sociali e culturali del proprio ambiente¹³.

5. Le ultime ricerche hanno stabilito che lo sviluppo di SSB o SSA non è determinato geneticamente¹⁴. Al contrario, è stato scoperto che i fattori ambientali e culturali esercitano l'influenza maggiore. I sentimenti per le persone dello stesso sesso e la disforia per il proprio sesso emergono dalle esperienze formative di vita. Per alcuni iniziano molto presto, come altri tratti umani che i terapeuti aiutano abitualmente a diminuire o cambiare.
6. Ci opponiamo pertanto alla continua discriminazione delle persone che preferiscono il proprio lato eterosessuale e di quelle che si sono formalmente identificate come LGBT che, però, hanno cercato, o che in futuro cercheranno, una consulenza professionale o un sostegno pastorale per favorire il cambiamento di sentimenti e comportamenti indesiderati.
2. **I corpi professionali che promuovono visioni monoculturali e discriminatorie impediscono la diversità d'idee e di critica**
7. Deploriamo la discriminazione che emerge dagli organismi di salute mentale occidentali per cui le opinioni dissenzianti sulla sessualità e sul genere non vengono consentite, a causa di motivi ideologici piuttosto che scientifici. Questo ha portato a monoculture d'intolleranza in cui la ricerca, la leadership, i finanziamenti, la collegialità, la supervisione e la guida vengono forniti da un'unica prospettiva. Di conseguenza, questa distorsione intrinseca viene confermata. La ricerca imparziale verifica delle ipotesi; la ricerca patrocinata promuove delle ipotesi predeterminate e tendenziose. Le ipotesi alternative (per esempio, quando supportano le terapie che consentono un cambiamento per le SSA indesiderate) sono a rischio di discriminazione ed emarginazione professionale.
8. Questo punto di vista monoculturale implica che coloro che supportano le persone con SSA o con incongruenza di genere indesiderata vengono etichettati come promotori di 'terapie di conversione' ed associati all'incitamento all'odio 'omo-trans-fobico'. Di per sé, questo è un linguaggio

bullizzante. Noi staremo al fianco di queste persone opponendoci alla discriminazione, alla coercizione e al bullismo contro di loro e contro coloro che li supportano.

3. **Alla 'maggior parte degli eterosessuali', al più ampio gruppo minoritario non eterosessuale, viene negato il supporto terapeutico per affermare le proprie aspirazioni eterosessuali.**

9. L'Handbook of sexuality and psychology dell'American Psychological Association afferma che all'interno del gruppo delle persone attratte dallo stesso sesso, "gli individui con modelli di attrazione non esclusivi sono indiscutibilmente 'la norma', e quelli con attrazioni esclusive per lo stesso sesso sono l'eccezione"¹⁵. Lo stesso manuale accetta inoltre che "le ricerche sulle minoranze sessuali hanno lungamente documentato che molti ricordano di aver subito notevoli cambiamenti nei propri modelli di attrazione sessuale, nei comportamenti o nell'identità"^{16,17}. Uno studio dopo l'altro rivela che – se viene proposta una scala di risposta Likert – la maggior parte delle persone afferma di essere attratta solo dal sesso opposto o di essere eterosessuale, ma il gruppo successivo più numeroso si ritiene 'per lo più attratto' dal sesso opposto, o 'per lo più eterosessuale'^{18,19,20,21,22,23,24,25}. Ciò che non può essere ignorato è che, accanto all'eterosessualità, il gruppo più numeroso è 'per lo più eterosessuale'.

10. La terza indagine nazionale sulle attitudini e gli stili di vita sessuali nella Gran Bretagna (Natsal-3)^{26,27} ha mostrato che la maggior parte delle persone che hanno avuto partners dello stesso sesso hanno anche avuto partner sessuali di sesso opposto e molti riferiscono di provare attrazione sessuale per entrambi i sessi. Meno della metà di queste persone si identifica come gay, lesbica o bisessuale, e molti risolvono questa disparità, nel tempo, a favore di rapporti sessuali con persone del sesso opposto. In particolare, Natsal-3 ha mostrato che circa il 2,9% del campione era sessualmente attivo con persone dello stesso sesso o di entrambi i sessi, ma un altro 2,9% aveva desistito dal sesso omosessuale cinque anni prima o più indietro nel tempo (tabella s228). La maggior parte di queste persone che hanno desistito e che erano sessualmente attive con il sesso opposto, si identificavano come eterosessuali. L'ampiezza e l'importanza di questa fascia demografica vengono sempre più ignorate e discriminate dalla società e dai responsabili politici.

11. Questo modello di relazione con il sesso opposto è corroborato dall'Office for National Statistics del Regno Unito ²⁹, il quale mostra che quasi un quarto delle persone che si identificano come bisessuali si sposta, quasi sempre, con una persona del sesso opposto. Le persone attratte da entrambi i sessi meritano supporto nelle loro relazioni ed obiettivi eterosessuali, e non dovrebbero essere inibite dal considerare le relazioni sessuali col sesso opposto solo perché hanno sperimentato anche SSA tanto quanto attrazioni per il sesso opposto. Lo stato dovrebbe garantire questa libertà dichiarando specificatamente che tale sostegno non è 'terapia di conversione'. I professionisti dell'aiuto dovrebbero essere liberi di affermare l'intera diversità delle possibilità sessuali che si aprono al cliente, e non temere che questo possa venire interpretato come 'terapia di conversione' a pena di legge. Ciò colpisce in particolare i bisessuali e le persone 'per lo più eterosessuali'. È fondamentale sostenere le persone non eterosessuali che desiderano il matrimonio con una persona del sesso opposto o vi sono già spostate. Definizioni ampie e mal definite di "terapia di conversione" impediranno tale supporto.

4. La Fluidità sessuale si verifica in entrambe le direzioni, ma questo viene ignorato.

12. In tutto il mondo, studi molto solidi hanno stabilito che la fluidità sessuale può avvenire in entrambe le direzioni, che il cambiamento verso un'attrazione eterosessuale è comune, e questo non si limita alla categoria delle persone che si definiscono 'perlopiù eterosessuali'. Il mancato riconoscimento di questo schema è in parte dovuto alla politica, ma anche alla proporzione e al numero. L'eterosessualità supera di gran lunga gli altri tipi di sessualità. Quindi anche una piccola percentuale di eterosessuali che si sposta verso l'omosessualità può superare in numero una parte corposa delle minoranze sessuali che si sposta verso l'eterosessualità. La politica ha ignorato le prove di quest'ultimo gruppo demografico e, di conseguenza, la sua libertà è a rischio. I governi hanno il dovere di proteggere i diritti delle minoranze sessuali di poter scegliere le relazioni col sesso opposto - così come le relazioni omosessuali - e di non essere patologizzati nel farlo ^{30,31,32,33}. I ricercatori, i terapeuti e i pazienti dovrebbero essere in grado - in linea di principio - d'identificare i fattori che stanno portando a questi cambiamenti attorno a noi e dovrebbero utilizzare questa conoscenza per aiutare le persone che desiderano cambiare.

13. In uno studio longitudinale del 2012 sulla salute degli adolescenti degli Stati Uniti, che considera un periodo di ricerca di sei anni ³⁴, quasi tre quarti di coloro che sono attratti in modo eguale da entrambi i sessi hanno sperimentato un cambiamento nell'attrazione sessuale, principalmente verso l'eterosessualità. Più di un quarto delle donne esclusivamente SSA è cambiata, circa la metà per un'attrazione esclusivamente eterosessuale. Anche un uomo su dodici o tredici che è attratto esclusivamente dall'omosessualità è cambiato, principalmente per un'attrazione esclusivamente eterosessuale. Le donne 'per lo più eterosessuali' erano più numerose di tutte le altre categorie SSA per entrambi i sessi, considerati tutti assieme. Oltre un terzo delle donne 'per lo più eterosessuali' è diventata eterosessuale, solo una su 56 è diventata omosessuale. Un cambiamento che vediamo nella terapia - e che non è stato studiato nella ricerca - mostra che alcune persone che non sviluppano un'attrazione per il sesso opposto, sperimentano però una diminuzione o la fine delle SSA nel corso della terapia, rendendo loro più facile la pratica dell'astinenza che essi stessi desiderano.

14. Come esaminato da Diamond e Rosky (2016)³⁵, i dati di molti altri studi internazionali particolarmente solidi portano prove che corroborano questi modelli di cambiamento nella sessualità: Growind Up Today Study - GUTS - (USA) ³⁶; National Survey of Midlife Development in the United States - cioè MIDUS o NSMD - (USA) ³⁷; e Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study - DMHD - (Nuova Zelanda) ³⁸.

15. Diamond e Rosky (2016) ³⁹ hanno indicato i cambiamenti della popolazione riportati negli studi come avvenuti naturalmente. In altre parole, le esperienze di vita spostano o cambiano le attrazioni sessuali. Inoltre, un recente studio longitudinale sugli esiti clinici di Pela e Sutton (2021) ⁴⁰, mostra che i pazienti "partecipanti a questo studio riportano una fluidità o un cambiamento significativo verso l'espressione e l'identità dell'attrazione eterosessuale".

16. Da questi studi, ciò che è chiaramente evidente è che la maggior parte delle persone che si identificano come SSA è attratta da entrambi i sessi. Coloro che si identificano come attratti da entrambi i sessi indicano che le proprie relazioni sono principalmente con il sesso opposto e che per molti di loro la propria attrazione sessuale si sposta o cambia, principalmente verso l'eterosessualità.

17. L'attrazione per lo stesso sesso (SSA) non è un'immagine speculare dell'attrazione per il sesso opposto (OSA). Per le rispettive popolazioni coinvolte, l'OSA è fissa in modo schiacciante. L'SSA è estremamente fluida e il più delle volte si esprime assieme all'attrazione per il sesso opposto. Le persone con attrazione per entrambi i sessi sperimentano comunemente fluidità nei sentimenti e nel comportamento di attrazione sessuale.

5. Vietare 'le terapie di conversione' non farà che estendere la 'cancel culture', silenziare il dissenso e inibire la libertà di parola.

18. Gli attivisti LGBT presenti nei governi e non solo, confondono il termine mal definito di 'terapia da conversione' (comprese le aversion techniques, moralmente riprovevoli e già storicamente abbandonate) con le conversazioni terapeutiche standard (prevalentemente psicodinamiche ed evidence-based), con l'esplorazione della fluidità delle attrazioni sessuali e con le conversazioni pastorali in cui gli individui armonizzano la totalità delle proprie appartenenze sessuali e religiose. È importante notare che in alcuni paesi, come ad esempio il Regno Unito, sono stati i medici professionalmente regolamentati ad aver somministrato in passato le aversion therapies, e non i counselor e gli psicoterapeuti di oggi.

19. Il termine 'terapia da conversione' è stato utilizzato per la prima volta nel 1991 da uno psicologo ed attivista americano che si è opposto e continua ad opporsi alla terapia che consente il cambiamento, il dottor Douglas Haldeman⁴¹. Citando le sue mal definite affermazioni e di ispirazione ideologica, i divieti legislativi sulle cosiddette 'terapie da conversione' hanno imposto restrizioni, multe ed accuse penali a chiunque fornisca un approccio di counseling o di psicoterapia standard, e anche agli operatori pastorali, che offrono aiuto alle persone con sentimenti omosessuali indesiderati e confusione di genere che cercano volontariamente un supporto.

20. Il termine 'terapia di conversione' può fungere da incitamento all'odio e viene usato per intimidire i detrattori. Moseley nel 2020⁴² riporta che il Rappresentante Speciale della Nazioni Unite per l'Orientamento Sessuale e l'Identità di Genere (SOGI), Madrigal-Borloz, ha tentato di applicare questo termine (introdotto nel 1991), in modo retrospettivo. Di

conseguenza, questo ha portato ad una ricostruzione anacronistica della storia della salute mentale, sostenendo che "la maggior parte delle scuole di psicologia e di psichiatria, sostenute dalle classificazioni dei disturbi mentali dagli anni quaranta ai primi anni settanta, operavano come fornitori di 'terapia di conversione'"⁴³.

21. I sostenitori dei cosiddetti divieti delle 'terapie di conversione' utilizzano un linguaggio fuorviante, come "danno" e "tortura", che mal rappresenta le pratiche effettive, al fine di far avanzare un punto di vista ideologico. Lo stesso funzionario delle Nazioni Unite, Madrigal-Borloz⁴⁴, caratterizza le 'terapie di conversione' come "tortura", con l'intenzione di denigrare ogni aiuto per allontanare le attrazioni e i comportamenti sessuali verso le persone dello stesso sesso, in quanto intrinsecamente viziato. Questa fusione della nozione politicizzata di 'terapia di conversione', di tortura e di narrativa del danno, sta creando un'atmosfera di contaminazione, elaborata per intimidire i counselor e i terapeuti affinché si allineino alle terapie affermative LGBT e alle correnti politiche. Non consentire a nessuno di questi professionisti di offrire uno spazio professionale, indipendentemente dai desideri degli individui, viola i diritti personali di coscienza, di sessualità, di genere e di relazione, creando un percorso a senso unico per l'assistenza, al fine di affermare solo lo stile di vita LGBT, ignorando le prove ben documentate già citate.

22. Uno dei modi utilizzati imprecisamente per associare 'terapia di conversione' e tortura è stato quello di confondere i termini 'elettroshock' (ES) e terapie da 'shock elettroconvulsivo' (ECS). Questo ha portato ad una caratterizzazione esplosiva ed esagerata delle terapie utilizzate per esplorare la fluidità sessuale. In particolare, la terapia ECS, in quanto utilizzata e riservata alla catatonìa e alla depressione maggiore, non è mai stata utilizzata per affrontare i comportamenti sessuali verso le persone dello stesso sesso⁴⁵.⁴⁶ Nel ventunesimo secolo, né le terapie ECS né l'elettroshock vengono utilizzati dai professionisti che lavorano in quest'area. L'abbinamento di tortura e terapia è sia impreciso che falso quando lo si usa per descrivere gli interventi terapeutici attualmente disponibili per i comportamenti sessuali indesiderati verso le persone dello stesso sesso.

23. I firmatari di questa Dichiarazione si riconoscono nell'idea di esplorazione della

fluidità delle attrazioni sessuali in terapia (SAFE-T) come una concezione condivisa e non come un approccio terapeutico nuovo o 'esotico'. Questa Dichiarazione quindi non supporta alcun protocollo o nessuna modalità coercitiva che pretenda di 'curare' gli 'orientamenti' sessuali indesiderati. Piuttosto sostiene una gamma di modalità psicoterapeutiche e di counseling che sono aperte all'esplorazione della fluidità sessuale e del cambiamento nelle attrazioni sessuali, come una alternativa tra una serie di possibili obiettivi o esiti terapeutici⁴⁷.

24. Questi divieti danneggiano coloro che vivono attrazioni e comportamenti sessuali indesiderati per le persone dello stesso sesso, o d'incongruenza di genere, che cercano il cambiamento, perché ai professionisti viene negata l'opportunità di supportare la scelta del cliente. L'obiettivo finale sembra essere la fine dell' 'eteronormatività' e dei ruoli tradizionali della famiglia nucleare, come sostenuto da alcuni gruppi, nel Regno Unito ad esempio, il Gay Liberation Front (1970)⁴⁸, ed Elly Barnes, il CEO di Educate and Celebrate⁴⁹. La scomparsa della famiglia nucleare è stata recentemente evidenziata dalla giornalista ed opinionista sociale Melanie Phillips⁵⁰.

25. L'IFTCC continuerà a sfidare i tentativi politici che negano agli individui il loro diritto all'autodeterminazione, all'autonomia e alla scelta nell'espressione e nell'identità sessuale, in conformità con le proprie convinzioni religiose e filosofiche, che sono primarie, assieme alle relazioni, ai bisogni personali e ai desideri. Lo farà continuando a facilitare l'autoregolamentazione, lo sviluppo professionale e la collegialità nelle prassi dei nostri sostenitori. Il nostro lavoro continuerà ad esplorare la letteratura scientifica, etica e professionale assieme alla ricerca basata sull'evidenza e sulle pratiche migliori a nostra disposizione.

6. Political aspirations sacrifice much needed therapy for children and adults who feel distress about their sex.

26. I divieti alle 'terapie di conversione' per i minori proibiranno effettivamente ai bambini con 'disforia di genere' di ricevere ciò che il governo finlandese, ad esempio, ha stabilito che dovrebbe essere il trattamento di prima linea, sulla base della ricerca. Questo include il trattamento delle condizioni psichiatriche che possano predisporre gli adolescenti all'insorgenza della 'disforia di genere', cioè interventi psicologici per aiutarli a sentirsi a proprio agio con il proprio sesso biologico

senza intervenire dal punto di vista medico sul corpo, fino a quando non raggiungono i venticinque anni di età^{51, 52, 53}. Al contrario, le cosiddette cure mediche affermative, che cercano di cambiare il corpo in modo che corrisponda ai sentimenti, hanno una evidenza insufficiente che deriva da pochi studi sugli effetti a lungo termine del trattamento di affermazione del genere nei bambini⁵⁴. Invece, esiste una pleora di prove che evidenziano gli effetti collaterali dannosi di questo tipo di approccio, come la sterilità, l'infertilità, la riduzione della massa ossea e le alterazioni della voce, ecc.⁵⁵.

7. I divieti alle 'terapie di conversione' non sono sicuri mentre i nessi causali potenzialmente esistenti tra i traumi e le attrazioni per lo stesso sesso e la 'disforia di genere' restano non esaminati.

27. L'Handbook fo Sexuality and Psychology dell'American Psychological Association accetta l'indicazione della ricerca secondo cui il trauma ha potenzialmente dei nessi causali con la relazione con dei partner dello stesso sesso^{56, 57}. La ricerca internazionale mostra che le condizioni psichiatriche (i disturbi psichiatrici, le disabilità dello sviluppo neurologico, il suicidio e i comportamenti di autolesionismo) hanno potenzialmente dei nessi causali con l'incongruenza di genere⁵⁸ o la 'disforia di genere' degli adolescenti⁵⁹. Nonostante il fatto che attualmente la ricerca sia insufficiente per spiegare le cause di qualsiasi comportamento indesiderato verso le persone dello stesso sesso o della 'disforia di genere' indesiderata, gli organismi più autorevoli hanno proseguito irresponsabilmente a vietare le 'terapie di conversione'. Lo stanno facendo pur sapendo che ci sono dei potenziali collegamenti con dei traumi all'origine ma senza condurre la ricerca necessaria per determinare quale ruolo giochi il trauma nella formazione dei comportamenti verso le persone dello stesso sesso e della 'disforia di genere', e quindi senza prendersi adeguatamente cura di coloro che soffrono di attrazioni indesiderate o della disforia.

8. Secondo la ricerca peer-reviewed, le terapie che favoriscono il cambiamento non causano "danni" né incrementano la tendenza suicidaria.

28. Contrariamente a quanto riportato dai media, la ricerca più recente di tipo peer-reviewed ha scoperto che la terapia che promuove il cambiamento non aumenta il suicidio né il comportamento pericoloso, ma sembra ridurlo, in alcuni casi in modo drastico,

anche per le persone che rimangono identificate come LGB e che non sperimentano il cambiamento che speravano di ottenere grazie alla terapia^{60, 61}.

29. La ricerca più recente ha rilevato che “le preoccupazioni di limitare o vietare i SOCE [sexual orientation change efforts, i tentativi di cambiamento dell’orientamento sessuale] a causa di un danno elevato che produrrebbero, sono infondate”⁶². Uno studio rappresentativo di livello nazionale, su 1518 persone che si identifica come LGB nell’arco di un periodo di tempo di mezzo secolo, le quali riferivano di aver sperimentato le ‘terapie di conversione’ (di natura religiosa nell’88% dei casi) è stato condotto utilizzando un set di dati che era stato raccolto da alcuni ricercatori che si opponevano al cambiamento degli LGBT, presso il Williams Institute dell’Università della California a Los Angeles⁶³. Questi studiosi (Blosnich et al., 2020), però, hanno esaminato solo i tassi di suicidio legati all’intero arco di vita trovando che questi erano più alti nelle persone che non avevano mai sperimentato la ‘terapia di conversione’, introducendo in questo modo degli errori. Sebbene gli autori abbiano affermato che questa associazione non ne ha provato la causalità, hanno però continuato ad agire come se lo facesse, introducendo ulteriori errori e raccomandando di vietare la terapia. Nonostante i tassi di suicidio prima e dopo la terapia fossero disponibili per questo set di dati, non li hanno usati. Sullins (2021) ha analizzato lo stesso campione utilizzando tutti i dati a disposizione, vale a dire anche quelli che riferiscono dei momenti prima e dopo la terapia, e non solo dopo di essa. Ha scoperto che la maggior parte del suicidio era avvenuto prima della terapia, e non dopo. Non sorprende, allora, che le persone che tendevano al suicidio si rivolgessero al counseling più spesso di quanto non facevano le persone che non avevano tendenze suicidarie, e il counseling le riduceva. Poiché lo studio era rappresentativo a livello nazionale, si può giustamente generalizzare che i SOCE riducono il suicidio nelle persone che si identificano come LGB e che non cambiano (cioè che continuano ad identificarsi come LGB)^{64, 65}. Lo stesso set di dati ha rivelato che non c’erano differenze tra le persone LGB che sperimentano i SOCE e quelle che non lo hanno sperimentato, riguardo alla misura di disagio psicologico, la salute mentale, l’abuso di sostanze, la dipendenza da alcol e i comportamenti autolesionistici⁶⁶.

30. I resoconti dei media sui danni provengono spesso da indagini sotto copertura di attivisti ostili^{67, 68, 69, 70}.

31. L’autodenuncia a giornalisti prevenuti, che non sono disposti a corroborare le affermazioni o a offrire dei resoconti alternativi, è una pratica comune, che porta ad una diffusa disinformazione su questo argomento. Noi supportiamo le indagini sulle presunte negligenze terapeutiche in cui sono stati segnalati casi con almeno delle prove di evidenza, per sostenerne la difesa. Non supportiamo l’auto-segnalazione parziale.

9. Le accuse di tortura per le ‘terapie di conversione’ sono prive di fondamento e sono progettate per mettere a tacere il dissenso.

32. La rappresentazione delle ‘terapie di conversione’ come torture è dovuta alla testimonianza, apparentemente incoerente, di Samuel Brinton, sponsorizzata del National Center for Lesbian Rights (NCLR), un’organizzazione che ha dato origine e continua a promuovere la campagna di divieto contro le terapie. Questa testimonianza è stata portata alla 53esima sessione del Comitato contro la Tortura delle Nazioni Unite, a Ginevra, nel 2014⁷¹. L’intervento di Brinton ha evitato di citare il nome del suo presunto terapeuta abusante, ha contraddetto i dettagli riportati in altri contesti ed è stata giudicata falsa da un’analisi forense professionale. In seguito anche Briton ha negato e ritrattato questo resoconto che aveva inizialmente esposto⁷².

33. Le relazioni degli esperti indipendenti delle Nazioni Unite non sono autorevoli. L’esperto indipendente SOGI del 2020 (Sexual Orientation and Gender Identity, Orientamento Sessuale e Identità di Genere), Madrigal-Borloz, ha presentato al Consiglio per i diritti umani (HRC) un rapporto sulla terapia anti-cambiamento intitolato “Pratiche della cosiddetta ‘terapia di conversione’; Relazione dell’Esperto Indipendente sulla Protezione contro la Violenza e la Discriminazione Basata sull’Orientamento Sessuale e sull’Identità di Genere”. Questo rapporto non rappresenta una posizione delle Nazioni Unite. Ci sono 192 Stati Membri nelle Nazioni Unite e nel loro insieme non hanno adottato o accettato il suo rapporto come linea guida (Ad esempio, OIC, 2016; OIC^{73,74}). Eppure, l’International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), di cui Madrigal-Borloz è stato segretario generale sino a giugno 2019, ha pubblicato una dichiarazione nel 2020: “È tortura, non terapia. Una rassegna globale

delle terapie di conversione: pratiche, autori e ruolo degli stati”⁷⁵. Nella sezione 62, il rapporto afferma che: “L’organizzazione anti-tortura delle Nazioni Unite ha concluso che possono equivalere a torture, a trattamenti crudeli, disumani o degradanti”. Tuttavia, non conosciamo alcun trattato delle Nazioni Unite che menzioni la terapia relativa all’orientamento sessuale o all’identità di genere.

34. Nonostante le denunce di tortura, non ci sono casi giudiziari in cui un professionista autorizzato abbia praticato la tortura o un trattamento abusante nel rivolgersi alle SSA indesiderate. Rosik⁷⁶ delinea delle raccomandazioni per lo svolgimento delle ricerche e la deliberazione di tipo giuridico e legislativo che, ad oggi, non hanno trovato applicazione nel dibattito sui divieti alle terapie.

35. Il collegamento tra divieti di terapia e tortura sembra mirare a garantire che tali divieti non possano venire contestati in alcuna circostanza. Invitiamo coloro che riferiscono di presunti abusi a fornire un’analisi solida delle prove di evidenza collegate alle torture che citano.

36. Gli interventi terapeutici validi sono, per definizione, guidati dal cliente, non avversativi e basati sull’evidenza. È fuorviante e ideologico definire le accuse di abuso come normative. Le denunce automatiche di tortura sono prive di fondamento. Queste vengono impiegate come diffamazione carica di emotività, che mette potenzialmente a rischio le libertà.

10. I responsabili della Chiesa che accettano i divieti alle ‘terapie di conversione’ diffamano e minano i ruoli potenzialmente complementari della consulenza pastorale e professionale.

37. Avvertiamo le comunità religiose dei nostri paesi che, proponendo e imponendo il divieto alla scelta terapeutica e allineando gli incentivi e le iniziative diplomatiche, possono esitare in una limitazione della libertà dei genitori di allevare i propri figli secondo i valori coerenti con la fede. Questa scelta verrà progressivamente utilizzata per limitare la libertà di religione, di praticare e promuovere la verità in ambito pubblico. Farà rivivere un umanesimo secolare che incoraggia la libertà sessuale così come era praticata dagli antichi, cioè oltre i confini dei generi e nota come ‘pansessualità’. Questo nuovo quadro religioso viene talvolta definito ‘umanesimo pansessuale’.

38. Noi sosteniamo le scritture Cristiane che distinguono tra tentazioni ed azioni. È necessario che la comunità cristiana chiarisca i termini come ‘celibato’, ‘astinenza’ e ‘castità’.

39. Concentrarsi solo sui diritti pastorali e non sui diritti delle persone al di fuori della Chiesa, comporterà un vuoto di aiuto per coloro che non hanno una fede cristiana. Teologicamente l’aiuto professionale (con una formazione scientifica) può essere considerato parte della rivelazione universale all’umanità. Riconosciamo che il pericolo di fare del ‘cambiamento’ un idolo, o dell’insistenza sul ‘niente di meno di un cambiamento categorico’, sia una indicazione di mancanza di fede. Molte persone provenienti da esperienze non religiose o da altre fedi in tutto il mondo cercano di abbandonare le attrazioni, i comportamenti e le identità LGBT. Preservare le libertà cristiane non dovrebbe andare a discapito dei diritti di coloro che cercano un accesso ad un supporto professionale al di fuori della chiesa. Sebbene tale supporto terapeutico non sia né necessario né sufficiente per un credente, tale input può contribuire allo sviluppo spirituale e al benessere di coloro che hanno fede. La terapia professionale, e quindi la libertà religiosa nella terapia, potrebbe non far parte delle credenze di ogni cristiano, ma lo è per alcuni. Se la libertà religiosa di alcune persone può essere tolta, quale libertà sarà rimossa dopo?

Informazioni sull’IFTCC

40. L’IFTCC è un’entità registrata in Gran Bretagna ed è a servizio di una comunità internazionale che sostiene la nostra Missione, la Dichiarazione di Valore, le Linee Guida sulle Pratiche e questa Dichiarazione Internazionale sulle Terapie di Conversione e la Scelta Terapeutica.

Sviluppo Professionale

41. L’IFTCC si sforzerà di offrire una realtà associativa alternativa per qualsiasi professionista, semplice persona o organizzazione che viene ostracizzato dagli organismi di regolamentazione, o la cui pratica viene ostacolata o vietata da pressioni ideologiche infondate, che molti dei nostri governi hanno consentito o promosso a seguito della politicizzazione della sessualità. I professionisti che desiderano entrare a far parte di organizzazioni che la pensano allo stesso modo, come l’IFTCC, includono i terapeuti che hanno il desiderio positivo di lavorare con i clienti, le loro famiglie e

comunità interessate dai problemi evidenziati in questo documento.

42. Continueremo inoltre a sviluppare le linee guida sulla pratica e sul quadro etico alla base del lavoro di qualsiasi professionista che desideri associarsi con noi. Non supportiamo le aversion therapies, i trattamenti coercitivi o che ingenerano vergogna, e supportiamo l'istruzione e la formazione per i genitori, i pastori, le chiese e i terapeuti professionali. È necessario preservare la libertà di parola e della ricerca scientifica per portare a termine tale istruzione e formazione per tutti, in qualsiasi comunità. Cercando di fare del bene a tutti, ci impegniamo a promuovere atteggiamenti di rispetto, armonia e dignità nei confronti delle persone che, attualmente o precedentemente si sono identificate come LGBT, di coloro che si identificano come non-eterosessuali ma che non si riconoscono come LGBT – e sono nascoste, emarginate, condannate, punite o simili – e le loro famiglie e comunità.

43. Continueremo a sviluppare un programma di formazione che fornisca agli studenti le informazioni della ricerca e dei dati scientifici a supporto delle terapie che consentono il cambiamento.

44. Cercheremo di rendere le nostre linee guida sulla pratica, gli standard etici e i criteri associativi aperti alla trasparenza pubblica e professionale.

45. Inoltre, continueremo a proporre ricerche pertinenti e accurate, in particolare quelle che sono state ignorate, travisate o sfavorite. Denunceremo la ricerca che è imprecisa, attraverso un esame scientifico, come l'affermazione errata della narrativa del danno e del suicidio, ove l'analisi dei dati utilizzati in modo improprio ha messo in discussione i risultati^{77,78}.

Riferimenti

Note: 'op cit' si riferisce alle citazioni precedentemente fornite nell'intero documento. 'Ibid.' si riferisce alle citazioni riportate immediatamente prima.

1. Rosik, C. (2016). Sexual Attraction Fluidity Exploration in Therapy (SAFE-T). https://www.core-issues.org/UserFiles/File/SAFE_T/Rosik_on_SAFE_T.pdf
2. Nyamathi, A., Reback, C.J., Shoptaw, S., Salem, B.E., Zhang, S., Yadav, K. (2017). Impact of Tailored Interventions to Reduce Drug Use and Sexual Risk Behaviors Among Homeless Gay and Bisexual Men. *American Journal of Men's Health*. March 2017:208-220. doi:10.1177/1557988315590837
3. Reback, C.J., & Shoptaw, S. (2014). Development of an evidence-based, gay-specific cognitive behavioural therapy intervention for methamphetamine-abusing gay and bisexual men. *Addictive Behaviours*, 39, 1286-1291. doi:10.1016/j.addbeh.2011.11.029. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3326187/pdf/nihms340906.pdf>
4. Shoptaw, S., Reback, C.J., Larkins, S., Wang, P.C., Rotheram-Fuller, E., Dang, J., Yang, X. (2008). Outcomes using two tailored behavioral treatments for substance abuse in urban gay and bisexual men. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(3), 285-293. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.11.004>
5. Shoptaw, S., Reback, C.J., Peck, J.A., Yang, X., Rotheram-Fuller, E., Larkins, S., Veniegas, R.C., Freese, T.E., Hucks-Ortiz, C. (2005). Behavioral treatment approaches for methamphetamine dependence and HIV-related sexual risk behaviors among urban gay and bisexual men. *Drug and alcohol dependence*, 78(2), 125-134. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.10.004>
6. Sullins, D.P., Rosik, C.H., Santero, P. (2021). Efficacy and risk of sexual orientation change efforts: a retrospective analysis of 125 exposed men [version 2; peer review: 2 approved]. *F1000 Research* 2021, 10:222 (<https://doi.org/10.12688/f1000research.51209.2>)
7. Cretella, M. (2018). American College of Pediatricians November 2018. Position Statement: Gender Dysphoria in Children. *American College of Pediatricians*. ACPeds.org <https://acpeds.org/position-statements/gender-dysphoria-in-children>
8. American College of Pediatricians. (2021). Psychotherapeutic and behavioral approaches to treating gender dysphoria (including gender identity disorder & transsexualism) in adults and adolescents. <https://acpeds.org/assets/Psych-studies-gender-identity-final-17-June-2021.pdf>
9. Lee, P.A., Nordenström, A., Houk, C.P., Ahmed, S.F., Auchus, R., Baratz, A., Dalke, K.B., Liao, L., Lin-Su, K., Looijenga, L.H.J., Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Mouriquand, P., Quigley, C.A., Sandberg, D.E., Vilain, E., Witchel, S., & the Global DSD Update Consortium. (2016). Consensus statement: Global disorders of sex development update since 2006: Perceptions, approach and care. *Hormone Research in Pediatrics*, 85, 158–180. <https://doi.org/10.1159/000442975>
10. Zucker, K. (2018). The myth of persistence: Response to "A critical commentary on follow-up studies and 'desistance' theories about transgender and gender non-conforming children" by Temple Newhook et al. (2018). *International Journal of Transgenderism*, 1-14. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15532739.2018.1468293>
11. Singh, D., Bradley, S.J., Zucker, K.J. (2021). A Follow-Up Study of Boys With Gender Identity Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 632784. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.632784/full>
12. Marty, M., & Segal, D. (2015). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. APA https://www.researchgate.net/publication/283296361_DSM5_Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders Fifth edition
13. Op. cit., Lee, et al. (2016).
14. Ganna, A., et al. (2019). Large-scale GWAS reveals insights into the genetic architecture of same-sex sexual behavior. *Science* 365, eaat7693. DOI: 10.1126/science.aat76 See also: <https://geneticsexbehavior.info/what-we-found/>
15. Diamond, L. (2014). Chapter 20: Gender and same-sex sexuality. In Tolman, D., & Diamond, L., Co-Editors-in-Chief (2014) *APA Handbook of Sexuality and Psychology, Volume 1. Person Based Approaches*. Washington D.C.: American Psychological Association. Vol. 1, p. 633.
16. Op. cit., Lee, et al. (2016).
17. Op. cit., Diamond, L. (2014).
18. Geary, R.S., Tanton, C., Erens, B., Clifton, S., Prah, P., Wellings, K., et al. (2018). Sexual identity, attraction and behaviour in Britain: The implications of using different dimensions of sexual orientation to estimate the size of sexual minority populations and inform public health interventions. *PLoS ONE* 13(1): e0189607. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189607> (See S2 Table: Sexual Identity, Same-sex Attraction and Recent opposite-sex Sex Among Men and Women Reporting Same-sex Sex Ever, by Recency of Same-sex Sex and Age, Britain, 2010-12).
19. National Surveys of Sexuality and Lifestyles. (n.d.). <https://www.natsal.ac.uk/> (Natsals 1-3).
20. Office for National Statistics Sexual Orientation. (2019). Table 5: Legal Marital Status by Sexual Identity Source: Annual Population Survey (APS), Office for National Statistics Produced by Demographic Analysis Unit, Office for National Statistics <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/sexuality/datasets/sexualidentityuk>
21. Hayes, J., Chakraborty, A.T., McManus, S., Bebbington, P., Brugha, T., Nicholson, S., King, M. (2011). *Archives of Sexual Behavior* 41(3):631-9. DOI: 10.1007/s10508-011-9856-8.
22. Savin-Williams, R. C., Joyner, K., & Rieger, G. (2012). Prevalence and stability of self-reported sexual orientation identity during young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 103–110. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-012-9913-y8> doi:10.1007/s10508-012-9913-y Calculations taken from figure 1. (Working on Add Health National Longitudinal Study of Adolescent Health (USA).
23. Ott, M.Q., Corliss, H.L., Wypij, D., Rosario, M., Austin, S.B. (2011). Stability and change in self-reported sexual orientation identity in young people: Application of mobility metrics. *Archives of Sexual Behavior*, 40(3), 519–532. doi:10.1007/s10508-010-9691-3 GUTS(Working on Growing Up Today Study (USA) <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10508-010-9691-3>

24. Mock, S.E., & Eibach, R.P. (2012). Stability and change in sexual orientation identity over a 10-year period in adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 641–648. doi:10.1007/s10508-011-9761-1 (Working on NSMDNational Survey of Midlife Development in the United States (aka MIDUS) (USA). <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/1153.pdf>
25. Dickson, N., Roode, T., Cameron, C., Paul, C. (2013). Stability and change in same-sex attraction, experience, and identity by sex and age in a New Zealand birth cohort. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 753–763. doi:10.1007/s10508-012-0063-z (Working on DMHDDunedin Multidisciplinary Health and Development Study (New Zealand) <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-012-0063-z>
26. Op. cit., Geary, R.S. et al. (2018).
27. Op. cit., Natsal 1-3.
28. Op. cit., Geary, R.S. (2018).
29. Op. cit., Office for National Statistics Sexual Orientation. (2019).
30. Op. cit., Savin-Williams, R.C., Joyner, K., Rieger, G. (2012).
31. Op. cit., Ott, M. Q., Corliss, H. L., Wypij, D., Rosario, M., & Austin, S. B. (2011).
32. Op. cit., Mock, S.E., & Eibach, R.P. (2012).
33. Op. cit., Dickson, N., Roode, T., Cameron, C., Paul, C. (2013).
34. Op. cit., Savin-Williams, R.C., Joyner, K., Rieger, G. (2012).
35. Diamond, L.M., & Rosky, C.J. (2016). Scrutinizing Immutability: Research on Sexual Orientation and U.S. Legal Advocacy for Sexual Minorities. *J. Sex Res.* May-Jun; 53 (4-5):363-91 DOI:10.1080/00224499.2016.1139665 <https://www.semanticscholar.org/paper/Scrutinizing-Immutability%3A-Research-on-Sexual-and-Diamond-Rosky/7a49cfc89f2a5e0bc60fc28e287b109890161b28>
36. Op. cit., Ott, M.Q., Corliss, H.L., Wypij, D., Rosario, M., Austin, S.B. (2011).
37. Op. cit., Mock, S.E., & Eibach, R.P. (2012).
38. Op. cit., Dickson, N., Roode, T., Cameron, C., Paul, C. (2013).
39. Op. cit., Diamond, L.M., & Rosky, C.J. (2016).
40. Pela, C., & Sutton, P. (2021). Sexual Attraction Fluidity and Well-Being in Men: A Therapeutic Outcome Study. *Journal of Human Sexuality*, 12, 61-86.
41. Haldeman, D. (1991). Sexual orientation conversion therapy for gay men and lesbians: A scientific examination. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research Implications for Public Policy* (pp. 149-160). Newbury Park, CA: Sage.
42. Moseley, C. (2020). UN Expert Report Demands 'conversion therapy' ban world wide. <https://christianconcern.com/comment/un-expert-report-demands-conversion-therapy-bans-worldwide/>
43. Madrigal-Borloz, V. (2020). Practices of so-called "conversion therapy". Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity <https://undocs.org/en/A/HRC/44/53>
44. Ibid.
45. Mayo Clinic. (2018). Electroconvulsive therapy (ECT) <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/electroconvulsive-therapy/about/pac-20393894>
46. Mind. (2019). Electroconvulsive therapy (ECT) <https://www.mind.org.uk/media-a/3125/ect-2019.pdf>
47. Op. cit., Rosik, C.H. (2016).
48. Gay Liberation Front Manifesto. (1971 revised 1978). <https://sourcebooks.fordham.edu/pwh/qlf-london.asp>
49. Dreher, R. (2019). Heteronormativity Smashers. *American Conservative*. <https://www.theamericanconservative.com/dreher/heteronormativity-smashers-elly-barnes/>
50. Phillips, M. (2021). The Times Family fragmentation comes at a tragic cost With 'lifestyle choice' trumping the interests of children, abuse and neglect are out of control <https://www.thetimes.co.uk/article/family-fragmentation-comes-at-a-tragic-cost-lstg8zx5v>
51. Zucker, K.J. (2008). Children with gender identity disorder: Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 56, Issue 6, Pages 358-364, ISSN 0222-9617, <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.06.003>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961708001219>)
52. Cantor, J. (2016). Do trans- kids stay trans- when they grow up? *Sexology Today*. <http://www.sexologytoday.org/2016/01/do-trans-kids-stay-trans-when-they-grow-99.html>
53. Council for Choices in Health Care in Finland (PALKO/COHERE Finland). (2020). Recommendation of the Council for Choices in Health Care in Finland (PALKO/COHERE Finland): Medical Treatment Methods for Dysphoria Related to Gender Variance in Minors. <https://palveluvalikoima.fi/en/recommendations#genderidentity> . UNOFFICIAL English translation: https://segm.org/sites/default/files/Finnish_Guidelines_2020_Minors_Unofficial%20Translation.pdf
54. S.B.U. (2019). Report No 307 Gender dysphoria in children and adolescents: an inventory of the literature <https://www.sbu.se/307e> Available at <https://www.sbu.se/en/publications/sbu-bereder/gender-dysphoria-in-children-and-adolescents-an-inventory-of-the-literature/> <https://docs.google.com/document/d/1lct1U4yee7vjXWcyK0PJ2lz1XFPkorW/edit> <https://www.transgendertrend.com/puberty-blockers/> <https://www.transgendertrend.com/current-evidence/> <https://acpeds.org/position-statements/gender-dysphoria-in-children>
55. Mustanski, B., Kuper, L., Geene, G. (2014). Chapter 19: Development of sexual orientation and identity. In Tolman, D., & Diamond, L., Co-Editors-in-Chief. *APA Handbook of Sexuality and Psychology*, Volume 1. Person Based Approaches. Pp. 597-628. Washington D.C.: American Psychological Association. ("Sexual Abuse", pp. 609-610.) <https://www.apa.org/pubs/books/4311512>
56. Wilson, H. & Widom, C. (2010). Does physical abuse, sexual abuse, or neglect in childhood increase the likelihood of same-sex sexual relationships and cohabitation? A prospective 30-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 63-74. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10508-008-9449-3>
57. Becerra-Culqui, T.A., Liu Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W.D., Getahun, D., Giammattei, S.V., Hunkeler, E.M., Lash, L., Millman, A., Quinn, V.P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D.E., Silverberg, M.J., Tangpricha, V., Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5), e20173845. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>
58. Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjärvi, M., Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 4-6. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>

60. Sullins, P.D. (March 2021). Sexual Orientation Change Efforts (SOCE) *Reduce* Suicide: Correcting a False Research Narrative. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3729353> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3729353>
61. Sullins, P.D. (November 2021). Absence of Behavioral Harm following Failed Sexual Orientation Change Efforts: A Retrospective Population Analysis. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3963820> or <http://dx.doi.org/10.2139/3963820>
62. Sullins, P.D. (2022). Absence of behavioral harm following non-efficacious sexual orientation change efforts: A retrospective study of United States sexual minority adults, 2016-2018. *Frontiers in Psychology*, 13, article 823647. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.823647/full>
63. Blosnich, J.R., Henderson, E.R., Coulter, R.W.S., Goldbach, J.T., Meyer, I.H. (2020). *Sexual Orientation Change Efforts, Adverse Childhood Experiences, and Suicide Ideation and Attempt Among Sexual Minority Adults, United States, 2016–2018*. *AJPH Surveillance*, Vol 110, No. 7.
64. Op. cit., Sullins, P.D. (March 2021).
65. Op. cit., Sullins, P.D. (November 2021).
66. Op. cit., Sullins, P.D. (2022).
67. <https://www.theguardian.com/world/2011/may/27/gay-conversion-therapy-patrick-strudwick>
68. <https://www.thetimes.co.uk/article/gay-conversion-therapy-my-undercover-investigation-kdhm38pg7>
69. <https://www.mirror.co.uk/news/uk-news/woman-ordered-cough-up-demons-24117468>
70. <https://www.liverpoolecho.co.uk/news/liverpool-news/echo-goes-undercover-gay-cure-13468107>
71. <https://digitallibrary.un.org/record/808052?ln=en>
72. Constantine, S. (2021). Conversion Therapy Bans Based on Lies? Ruth Institute 4th Annual Summit <https://youtu.be/49s3VzNfOB4>
73. Organisation of Islamic Cooperation. (2016). Annex 1 Declaration by the Group of the OIC Member States in Geneva on Condemning the Human Rights Council Resolution “Protection against violence and discrimination based on Sexual Orientation and Gender Identity”. Resolutions on Social and Family Affairs Submitted to the 43rd Session of the Council of Foreign Ministers (Session of Education and Enlightenment: Path to Peace and Creativity), Tashkent, Republic of Uzbekistan. OIC/CFM-43/2016/CS/RES/FINAL. https://www.oic-oci.org/subweb/cfm/43/en/docs/fin/43cfm_res_cs_en.pdf
74. Organisation of Islamic Cooperation. (n.d.). History. https://www.oic-oci.org/page/?p_id=52&p_ref=26&lan=en
75. International Rehabilitation Council for Torture Victims. (2020). Its Torture not Therapy International Rehabilitation Council for Torture Victims https://irct.org/uploads/media/its_torture_not_therapy_a_global_overview_of_conversion_therapy.pdf
76. Rosik, C.H. (2017). Sexual Orientation Change Efforts, Professional Psychology, and the Law: A Brief History and Analysis of a Therapeutic Prohibition, 32 *BYU J. Pub. L.* 47. <https://digitalcommons.law.byu.edu/jpl/vol32/iss1/3>
77. Op. cit., Sullins, P.D. (March 2021).
78. Op. cit., Sullins, P.D. (November 2021).