

Internationale Erklärung zu „Konversionstherapien“ und freier Therapiewahl

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

Die Unterzeichner dieser internationalen Erklärung rufen unsere Regierungen und die staatlichen Behörden, Menschenrechtsorganisationen, Medien und Religionsgemeinschaften dazu auf, anzuerkennen, dass das Recht auf Selbstbestimmung ein Grundbaustein internationaler Gesetzgebung ist und daher das Recht beinhaltet, die eigene sexuelle Identität, die sexuellen Gefühle und die damit einhergehenden Verhaltensweisen auszuprägen und weiterzuentwickeln und dafür die nötige Unterstützung zu erhalten.

Wir sind uns bewusst, dass diese internationale Erklärung sich primär an Nationen der westlichen Welt in der nördlichen Hemisphäre richtet. Wir sind uns ferner bewusst, dass global gesehen manche Kulturen und Teilkulturen vom gesellschaftlichen Kontext der genannten Zielgruppe erheblich abweichen und dass sie möglicherweise ein anderes Verständnis von Begriffen wie „Konversionstherapie“ und Therapieverbote haben. Wir betonen, dass wir keine Aversionstherapien, erzwungene Therapien oder auf Beschämung beruhende Therapien unterstützen, unabhängig davon, wie sie jeweils bezeichnet werden, wer sie anwendet oder wo sie angewendet werden.

Abkürzungsverzeichnis:

SSA: same-sex attracted/same-sex attraction(s)
(Anziehung zum eigenen Geschlecht/gleichgeschlechtliche Anziehung/Neigung)
SSB: same-sex behaviour (gleichgeschlechtlich ausgerichtetes Verhalten)
„GD“: „Geschlechtsdysphorie“
„KT“: „Konversionstherapie“
OSA: opposite-sex attracted/opposite-sex attraction(s)
(Anziehung zum anderen Geschlecht/gegengeschlechtliche Anziehung/Neigung)
OS: opposite-sex (auf das andere Geschlecht bezogen)

1. Das Verbot von „Konversionstherapien“ ist ein Eingriff in die Menschenrechte und die Grundfreiheiten; er gefährdet sowohl die Therapiefreiheit, die seelsorgerlichen und beruflichen Rechte sowie die Elternrechte.

1. In diesem Dokument werden Nachweise betrachtet, aus denen hervorgeht, dass Sexualität fließend ist. Forschungen zeigen, dass es manchen Personen gelingt, ungewünschte gleichgeschlechtliche Anziehung (SSA) oder gleichgeschlechtlich

ausgerichtetes Verhalten (SSB) zu verringern oder in manchen Fällen ganz zu überwinden^{1,2,3,4,5,6}. Die Forschung zur gezielten therapeutischen Arbeit mit den potenziellen kausalen Zusammenhängen zwischen psychischen Störungen und „Geschlechtsdysphorie (GD)“ oder „Geschlechtsinkongruenz“ steckt noch in den Kinderschuhen. („Geschlechtsdysphorie“ bezeichnet das Leiden am eigenen Geschlecht, Geschlechtsinkongruenz die mangelnde Identifizierung mit dem eigenen Geschlecht, entweder zur Gänze oder in Teilen.) Fallstudien und kleinere Untersuchungen sind zurzeit die besten Belege in puncto gender-therapeutischer Behandlungen, und sie zeigen, dass manche Personen „GD“ mithilfe von Therapie verringern oder verändern können^{7,8}.

2. Jeder hat das Recht, unerfüllende oder ungewünschte sexuelle Gefühle oder Verhaltensweisen zu verringern oder zu ändern, unabhängig von den jeweiligen Beweggründen, Zielen oder Wertvorstellungen. Das Recht, die eigenen Gefühle oder Verhaltensweisen mit dem biologischen Geschlecht in Einklang zu bringen, um sich im eigenen Körper wohlfühlen oder in Übereinstimmung mit den Wert- und Glaubensvorstellungen zu leben, die dem Betreffenden wahres Glück bringen, ist ein Menschenrecht. Niemand sollte einer Person diese Freiheiten und Rechte streitig machen. Jeder Einzelne sollte die Freiheit haben, seine eigenen Entscheidungen zu treffen, ohne dass Politiker, Aktivisten, Therapeuten oder Berater ihnen ihre Handlungen vorschreiben.

3. Wir weisen die weit verbreiteten Falschdarstellungen und Desinformationen in den Medien zurück, die in unkritischer Weise die Bezeichnung „Konversionstherapie (KT)“ übernommen haben, und zwar unter der falschen philosophischen und ideologischen Prämisse, die sexuelle „Orientierung“ sei angeboren und unveränderlich.

4. Uns ist kein Psychiater- oder Psychologenverband bekannt, der, so radikal er auch sei, behauptet, SSA sei angeboren und unveränderlich. Ebenso wenig ist uns ein Psychiater- oder Psychologenverband bekannt, der behauptet, inkongruente Geschlechtsidentität sei angeboren^{9,10,11}. In der fünften Ausgabe des Diagnoseregisters (Diagnostic and Statistical Manual, DSM-5) des amerikanischen Psychiaterverbandes (American Psychiatric Association, APA)¹² wird auf Seite 451 ausdrücklich gesagt, die

Ursache von „GD“ liege nicht darin, dass der Betreffende ein andersgeschlechtliches Gehirn oder ein Gehirn in intersexuellem Zustand habe. Weiter heißt es dort: „Im Gegensatz zu bestimmten sozialkonstruktivistischen Theorien wird davon ausgegangen, dass biologische Faktoren in Interaktion mit sozialen und psychologischen Faktoren zur Geschlechtsentwicklung beitragen.“ In einer globalen Konsenserklärung zu Störungen der sexuellen Entwicklung [DSD, Intersexualität], die mehrere Gesellschaften für Endokrinologie aus allen Teilen der Welt herausgegeben haben und in der es auch um intersexuelle Zustände geht, heißt es, es gebe keine übereinstimmenden Belege, dass sich die Gehirnstrukturen geschlechtsinkongruenter Personen von denen geschlechtskongruenter Personen unterscheiden. Männliche oder weibliche Aspekte des Gehirns, so heißt es, entwickeln sich „allmählich“ (nach der Geburt) in Interaktion mit psychologischen, sozialen und kulturellen Erfahrungen im Umfeld der Person¹³.

5. Mithilfe maßgeblicher Forschung konnte der Nachweis erbracht werden, dass die Entwicklung von SSB oder SSA nicht genetisch bestimmt ist¹⁴. Stattdessen, so die Forschungsergebnisse, üben umweltbedingte und kulturelle Faktoren den größten Einfluss aus. Gleichgeschlechtliche sexuelle Empfindungen und Dysphorie über das eigene Geschlecht entstehen durch Erfahrungen in den prägenden Lebensjahren. Manche haben ihre Anfänge bereits in einem sehr frühen Stadium, was auch für andere komplexe Wesenszüge des Menschen gilt, bei deren Abschwächung oder Änderung professionelle Therapeuten ihre Klienten im Rahmen ihres üblichen Therapieangebots unterstützen.

6. Wir wenden uns dementsprechend gegen die anhaltende Diskriminierung von Menschen, die ihrer heterosexuellen Seite den Vorzug geben, die sich vormals als LGBT identifizierten, die nicht-heterosexuelle Züge haben, aber sich aber nicht als LGBT identifizieren, und die sich um solche professionelle Beratung oder seelsorgerliche Unterstützung bemüht haben oder in Zukunft noch bemühen werden, die ihnen beim Verlassen von ungewünschten Verhaltensweisen und Gefühlen hilft.

2. Fachverbände, die diskriminierende, monokulturelle Sichtweisen vorantreiben, verhindern Kritik und ideologische Vielfalt.

7. Wir missbilligen die Diskriminierung, die in einschlägigen Berufsverbänden der westlichen

Welt zutage tritt und mit der abweichende Sichtweisen von Sexualität und Geschlecht nicht aus wissenschaftlichen, sondern aus ideologischen Gründen, zurückgewiesen werden. Das führt zu Monokulturen der Intoleranz, in denen es Forschung, Führungspositionen, finanzielle Unterstützung, Kollegialität, Supervision und Anleitung nur aus einem einzigen Blickwinkel heraus gibt. Infolgedessen bestätigt sich die eingebaute Voreingenommenheit immer wieder selbst. Unvoreingenommene Forschung stellt Hypothesen auf den Prüfstand und hinterfragt sie, während interessengeleitete Forschung vorab festgelegte, tendenziöse Hypothesen weiter festigt. Wer alternative Hypothesen verfolgt (z. B. durch die Unterstützung von veränderungsoffenen Therapien bei ungewünschter SSA), riskiert professionelle Diskriminierung und Marginalisierung.

8. Diese monokulturelle Sichtweise bedeutet, dass denjenigen, die Menschen mit ungewünschter SSA oder Geschlechtsinkongruenz unterstützen, vorgeworfen wird, sie würden „Konversionstherapien“ anbieten und sich „homo- und transphobischer“ Hassrede schuldig machen. Das ist bereits in sich ein auf Einschüchterung ausgelegter Sprachgebrauch. In unserem Widerspruch gegen die anhaltende Diskriminierung, Bevormundung und Schikanie dieser Bevölkerungsgruppe und ihrer Unterstützer stehen wir den Betroffenen weiterhin zur Seite.

3. Die größte Gruppe innerhalb der nicht-heterosexuellen Minderheiten ist die der „vorwiegend Heterosexuellen“. Dieser Minderheit wird die therapeutische Unterstützung zur Bekräftigung ihrer heterosexuellen Bestrebungen verwehrt.

9. Im *Handbook of Sexuality and Psychology* des amerikanischen Psychologenverbandes (APA) heißt es: Unter gleichgeschlechtlich empfindenden Menschen sind „Personen mit nicht-ausschließlichen Anziehungsmustern unbestreitbar die 'Norm', und solche mit ausschließlich gleichgeschlechtlicher Anziehung sind die Ausnahme“¹⁵. In demselben *Handbuch* wird ebenfalls eingeräumt: „...wie in Forschungen zu sexuellen Minderheiten schon seit Langem dokumentiert wird, erinnern sich viele daran, dass es bei ihren Mustern sexueller Anziehung, Verhaltensweisen oder Identitäten zu erheblichen Verlagerungen gekommen ist“^{16,17}. Studie auf Studie ergibt: Bei Antwortmöglichkeiten gemäß Likert-Index geben die meisten Personen an, dass sie sich

ausschließlich zum anderen Geschlecht hingezogen fühlen, also ausschließlich heterosexuell sind. Die Personen der nächstgrößeren Gruppe fühlen sich „vorwiegend“ vom anderen Geschlecht angezogen, bezeichnen sich also als „vorwiegend heterosexuell“^{18,19,20,21,22,23,24,25}. Es kann also nicht außer Acht gelassen werden, dass neben den ausschließlich Heterosexuellen die größte Identitätsgruppe diejenige der „vorwiegend Heterosexuellen“ ist.

10. Großbritanniens dritte „Nationale Studie zu sexuellen Einstellungen und Lebensstilen“ (National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles, Natsal-3)^{26,27} ergab: Die meisten, die bereits gleichgeschlechtliche Sexualpartner hatten, hatten auch gegengeschlechtliche Sexualpartner, und viele berichten über sexuelle Anziehung zu beiden Geschlechtern. Weniger als die Hälfte dieser Personen identifiziert sich als schwul, lesbisch oder bisexuell, und viele überwinden im Laufe der Zeit diese Disparität zugunsten sexueller Beziehungen zu Personen des anderen Geschlechts. Insbesondere zeigte Natsal-3 auch, dass ca. 2,9 % mit Personen des gleichen Geschlechts oder beider Geschlechter sexuell aktiv waren, aber weitere 2,9 % hatten den gleichgeschlechtlichen Sexualverkehr vor fünf oder mehr Jahren eingestellt (Tabelle S2²⁸). Die meisten Personen dieser letztgenannten Gruppe waren mit Personen des anderen Geschlechts sexuell aktiv und identifizierten sich als heterosexuell. Größe und Bedeutung dieser Bevölkerungsgruppe werden ignoriert, und sie wird von der Gesellschaft und von politischen Entscheidern zunehmend diskriminiert.

11. Dieses Muster von Beziehungen mit Personen des anderen Geschlechts bestätigt auch das britische Office for National Statistics²⁹: Aus dessen Erhebungen geht hervor, dass fast ein Viertel der Menschen, die sich als bisexuell identifizieren, heiraten, und zwar fast immer eine Person des anderen Geschlechts. Menschen, die sich zu beiden Geschlechtern hingezogen fühlen, verdienen Unterstützung bei ihren heterosexuellen Beziehungen und Zielen und sollten nicht daran gehindert werden, Beziehungen zum anderen Geschlecht in Betracht zu ziehen, nur weil sie neben der Anziehung zum anderen Geschlecht (OSA) auch gleichgeschlechtliche Anziehung (SSA) empfinden. Der Staat sollte diese Freiheit gewährleisten, indem er explizit erklärt, dass es sich bei entsprechender therapeutischer Unterstützung nicht um „Konversionstherapien“ handelt. Hilfe leistende

Fachleute sollten die Freiheit haben, das gesamte Spektrum sexueller Möglichkeiten, die ihren Klienten offenstehen, zu bekräftigen, ohne befürchten zu müssen, dass derartiges Vorgehen als „Konversionstherapie“ ausgelegt wird, die per Gesetz unter Strafe steht. Das betrifft vor allem Bisexuelle und „vorwiegend heterosexuelle“ Personen. Die Unterstützung nicht-heterosexueller Menschen, die eine Ehe mit einem gegengeschlechtlichen Partner eingehen möchten oder sich bereits in einer solchen Ehe befinden, ist existenziell. Pauschale und unzureichende Definitionen von „Konversionstherapie“ werden die entsprechende Unterstützung verunmöglichen.

4. Sexuelle Fluidität geht in beide Richtungen, aber das wird ignoriert.

12. Weltweit haben belastbare Studien nachgewiesen, dass sexuelle Fluidität in beide Richtungen gehen kann, dass Veränderungen zu heterosexueller Anziehung bzw. in Richtung auf heterosexuelle Anziehung nichts Außergewöhnliches sind und dass solche Veränderungen nicht auf die „vorwiegend Heterosexuellen“ beschränkt sind. Die mangelhafte Anerkennung dieses Musters ist zum Teil auf die politische Linie zurückzuführen, aber auch auf das Mengenverhältnis und die Anzahl der betroffenen Personen. Die Gruppe der Heterosexuellen ist um ein Vielfaches größer als die anderer sexueller Identitäten. Daher kann selbst ein winziger Anteil Heterosexueller, die sich zur Homosexualität bzw. in Richtung Homosexualität bewegen, von der Anzahl der Personen her größer sein als ein großer Anteil aus sexuellen Minderheiten, die sich zur Heterosexualität bzw. in Richtung Heterosexualität bewegen. Die Politik hat die Nachweise für die letztgenannte Bevölkerungsgruppe ignoriert, und dementsprechend sind deren Freiheiten in Gefahr. Regierungen haben die Pflicht, für sexuelle Minderheiten das Recht zu schützen, sich sowohl für gegengeschlechtliche als auch für gleichgeschlechtliche Beziehungen zu entscheiden – ohne deswegen etwas zu pathologisieren^{30,31,32,33}. Forscher, Therapeuten und Klienten sollten prinzipiell die Möglichkeit haben, die Faktoren, die immer wieder zu solchen Veränderungen führen, zu identifizieren und auf der Grundlage dieser Kenntnisse Personen helfen, die sich eine Veränderung wünschen.

13. Bei einer über sechs Jahre laufenden US-Langzeitstudie zur Gesundheit bei Heranwachsenden (2012 National Longitudinal Study of Adolescent Health)³⁴ zeigte sich, dass

nahezu Dreiviertel derjenigen, die sich gleichermaßen zu beiden Geschlechtern hingezogen fühlen, eine Veränderung ihrer sexuellen Anziehung erfuhren, und zwar meistens zur Heterosexualität bzw. in Richtung auf Heterosexualität. Bei mehr als einem Viertel der ausschließlich gleichgeschlechtlich empfindenden Frauen kam es zu einer Veränderung, davon bei etwa der Hälfte hin zu ausschließlich heterosexueller Anziehung. Einer von etwa zwölf bis dreizehn ausschließlich homosexuell empfindenden Männern verzeichnete ebenfalls eine Veränderung, in den meisten Fällen hin zu ausschließlich heterosexueller Anziehung. Frauen, die sich als „vorwiegend heterosexuell“ einstufen, machten gegenüber allen anderen SSA-Kategorien für beide Geschlechter zusammen den zahlenmäßig größten Anteil aus. Mehr als ein Drittel der vorwiegend heterosexuellen Frauen veränderte sich hin zu heterosexuell, nur eine von 56 hin zu homosexuell. Eine Veränderung, die wir in der Therapie antreffen, für die aber noch keine Forschungen vorliegen, besteht darin, dass manche Personen, die keine gegengeschlechtliche Anziehung entwickeln, dennoch eine Verringerung oder ein völliges Verschwinden der gleichgeschlechtlichen Anziehung erfahren, sodass es diesen Personen leichter fällt, ihren Wünschen gemäß entspannt zu leben.

14. Gemäß der Auswertung von Diamond und Rosky (2016)³⁵ enthalten die Datensätze mehrerer anderer belastbarer, internationaler Studien Belege, die dieses Muster sexueller Veränderung untermauern. Dazu gehören Growing Up Today Study ('GUTS') (USA)³⁶; National Survey of Midlife Development in the United States, auch bekannt als 'MIDUS' oder 'NSMD' (USA)³⁷ und die Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study ('DMHD') (Neuseeland)³⁸.

15. Diamond und Rosky (2016)³⁹ bezeichneten die in den Bevölkerungsstudien berichteten Veränderungen als „natürlich auftretend“. Mit anderen Worten: Erlebnisse und Erfahrungen im Leben verlagern oder verändern sexuelle Anziehungen. Ferner zeigt eine kürzlich durchgeführte Langzeituntersuchung klinischer Ergebnisse (Pela und Sutton, 2021)⁴⁰, dass therapeutisch begleitete „Teilnehmer in dieser Untersuchung von erheblicher Fluidität oder Veränderung hin zum Ausdruck heterosexueller Anziehung und zur heterosexuellen Identität berichten“.

16. Was bei diesen Studien besonders deutlich wird: Die meisten Menschen, die sich

als SSA identifizieren, fühlen sich zu beiden Geschlechtern hingezogen. Personen, die sich als „von beiden Geschlechtern angezogen“ identifizieren, geben an, sie hätten in den meisten Fällen Beziehungen mit Personen des anderen Geschlechts, und für viele von ihnen verlagert oder verändert sich die sexuelle Anziehung, in den meisten Fällen zu heterosexuell bzw. in Richtung heterosexuell.

17. SSA ist kein Spiegelbild von OSA. Für die jeweils betroffenen Bevölkerungsgruppen ist **OSA in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle feststehend**. SSA ist in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle fließend und geht zudem sehr häufig auch mit Anteilen gegengeschlechtlicher Anziehung einher. Personen mit Anziehung zu beiden Geschlechtern erleben in der Regel, dass Gefühle und Verhaltensweisen im Hinblick auf die sexuelle Anziehung fließend sind.

5. „Konversionstherapien“ zu verbieten weitet die „Cancel Culture“ aus, bringt abweichende Meinungen zum Schweigen und behindert die Redefreiheit.

18. LGBT-Aktivist:innen in den Regierungen und an anderen Stellen verschmelzen den unklar definierten Terminus „Konversionstherapie“ (einschl. moralisch verwerflicher und schon vor langer Zeit beendeter Aversionstechniken) mit therapeutischen Standard-Gesprächstechniken (vor allem psychodynamisch und evidenzbasiert), mit der Sondierung fließender sexueller Anziehungen und mit seelsorgerlichen Gesprächen, bei denen Menschen ihre religiösen und sexuellen Anteile harmonisch in ihre Gesamtpersönlichkeit eingliedern möchten. Es ist wichtig zu betonen, dass es approbierte Mediziner:innen waren, die in manchen Ländern, beispielsweise in Großbritannien, die moralisch verwerfliche Aversionstherapie anwandten; es sind nicht die heutigen Berater und Psychotherapeuten.

19. Der Begriff „Konversionstherapie“ wurde erstmals 1991 von Dr. Douglas Haldeman verwendet, einem Psychologen und Aktivist:in, der seinerzeit veränderungsoffene Therapien ablehnte und sie bis heute ablehnt⁴¹. Gesetzliche Verbote der so genannten „Konversionstherapie“ machen sich diesen unklar definierten, ideologisch motivierten Begriff zu Eigen. Auf ihrer Grundlage werden Anbieter gängiger Konzepte in Psychotherapie und Beratung ebenso wie Seelsorger mit Einschränkungen, Geldstrafen und Strafanzeigen bedroht, d. h. also sämtliche Unterstützer von Personen, die wegen

ungewünschter gleichgeschlechtlicher Empfindungen und Verunsicherung in ihrer geschlechtlichen Identität freiwillig entsprechende Hilfe suchen.

20. Der Begriff „Konversationstherapie“ kann als Hassrede eingestuft werden und soll Kritiker einschüchtern. Moseley (2020)⁴² berichtet von dem Versuch des UN-Sonderbeauftragten für sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität (SOGI), Madrigal-Borloz, diesen 1991 eingeführten Begriff rückwirkend anzuwenden. Dies hat dementsprechend zu einer anachronistischen Neuinterpretation der Geschichte der Psychologie und Psychiatrie geführt, denn es wird nun behauptet: *„Die meisten psychologischen und psychiatrischen Institute stützten sich auf die Klassifizierungen psychischer Störungen der 1940er- bis frühen 1970er-Jahre und fungierten als Anbieter von 'Konversionstherapie'.“*⁴³

21. Befürworter von „KT“-Verboten bedienen sich – um auf diese Weise ihren ideologischen Standpunkt zu forcieren – arglistiger Begriffe wie „Schaden“ oder „Folter“, mit denen die tatsächlichen Praktiken falsch dargestellt werden. Derselbe UN-Beauftragte Madrigal-Borloz⁴⁴ bezeichnet „KT“ als „Folter“ und verfolgt damit die Absicht, sämtliche Hilfe bei der Überwindung von SSA und SSB als in sich mangelhaft zu verunglimpfen. Diese Gleichsetzung des politisierten Begriffs der „KT“ mit Folter und angeblicher Schädigung schafft eine Atmosphäre der „Kontaktschuld“ durch Assoziation und dient zielgerichtet dazu, Berater und Therapeuten so weit einzuschüchtern, dass sie sich hinter LGBT-affirmative Therapien und die politische Einflussnahme stellen. Den betreffenden Fachleuten ihren professionellen Freiraum zu untersagen, und zwar unabhängig von den Wünschen des Einzelnen, missachtet die persönlichen Rechte in Bezug auf Gewissen, Sexualität, Geschlechtsausdruck und Beziehungen und schafft eine therapeutische Einbahnstraße, die nur ein LGBT-Leben unterstützt und dabei die bereits angeführten, gut dokumentierten Nachweise und Belege ignoriert.

22. Eine der Methoden, „KT“ mit Folter zu verknüpfen, besteht darin, die Begriffe „Elektroschocktherapie“ (ES) und „Elektrokrampftherapie“ (ECS) unzutreffenderweise gleichzusetzen. Das hat zu einer übertriebenen und aggressiven Charakterisierung von Therapien geführt, in deren Rahmen sexuelle Fluidität erkundet wird. Insbesondere ECS, vorbehalten für und

verwendet bei Katatonie und schwerer Depression, wurde nie für SSB eingesetzt^{45,46}. Weder ECS noch ES werden im 21. Jahrhundert von den einschlägig tätigen Fachleuten eingesetzt. Folter und Therapie miteinander zu verknüpfen ist sowohl unzutreffend als auch unaufrichtig, wenn es darum geht, die zurzeit verfügbaren therapeutischen Maßnahmen bei ungewünschtem SSB zu beschreiben.

23. Die Unterzeichner dieser Erklärung begreifen das generelle Konzept therapeutischer Erkundung der Fluidität sexueller Anziehung (sexual attraction fluidity exploration in therapy, SAFE-T) als Sammelbegriff und nicht als neue oder „exotische“ therapeutische Vorgehensweise. Diese Erklärung unterstützt daher keine Zwangsmaßnahmen oder erzwungene Vorgehensweisen, von denen behauptet wird, sie würden ungewünschte sexuelle 'Orientierungen' „heilen“. Vielmehr befürwortet sie eine Reihe von Vorgehensweisen in Psychotherapie und Beratung, die offen dafür sind, sexuelle Fluidität und Veränderungen der sexuellen Anziehung zu erkunden, und zwar als eine mögliche Alternative unter zahlreichen anderen möglichen therapeutischen Zielen und Ergebnissen⁴⁷.

24. Die einschlägigen Verbote schaden denjenigen, die mit SSA, SSB, ungewünschten Erfahrungen und Geschlechtsinkongruenz leben und Veränderung suchen, da den Fachleuten die Möglichkeit verwehrt wird, die Entscheidung des Klienten zu unterstützen. Das letztendliche Ziel scheint darin zu bestehen, die „Heteronormativität“ und die traditionellen Rollen der Kernfamilie zu beenden – ein Ziel, für das sich in Großbritannien beispielsweise Gruppierungen wie die Gay Liberation Front (1970)⁴⁸ oder Elly Barnes, CEO von Educate and Celebrate⁴⁹, einsetzen. Der Niedergang der Kernfamilie wurde kürzlich von der in gesellschaftlichen Fragen aktiven Journalistin Melanie Philips⁵⁰ beleuchtet.

25. Die IFTCC wird sich auch weiterhin politischen Bemühungen entgegenstellen, mit denen Menschen das Recht auf Selbstbestimmung, Autonomie und Wahlfreiheit bei der sexuellen Ausdrucksweise und Identität, die mit ihren grundlegenden religiösen und philosophischen Überzeugungen, ihren Beziehungen bzw. ihren persönlichen Wünschen und Bedürfnissen in Einklang stehen, verweigert werden soll. Dazu werden wir auch in Zukunft Selbstregulierung, berufliche

Weiterentwicklung und Kollegialität unter unseren Unterstützern fördern und stärken. Im Rahmen unserer Arbeit werden wir weiterhin die Fachliteratur zu wissenschaftlichen und ethischen Fragen sowie die evidenzbasierte Forschung und die uns zur Verfügung stehenden bewährten Verfahrensweisen erkunden.

6. Die dringend benötigten Therapien für Kinder und Erwachsene, die sich mit ihrem Geschlecht unwohl fühlen, werden politischen Bestrebungen geopfert.

26. „KT“-Verbote für Minderjährige verwehren Kindern mit Geschlechtsdysphorie ein therapeutisches Angebot, für das beispielsweise die finnische Regierung auf der Grundlage von Forschungen beschlossen hat, dass es als Erstbehandlung bei „GD“ zur Anwendung kommen soll. Dazu gehört es, psychischen Störungen, die Heranwachsende für den Beginn einer „GD“ prädisponieren können, mit solchen psychologischen Maßnahmen zu begegnen, die den Betroffenen helfen können, sich in ihrem biologischen Geschlecht wohlfühlen. Dazu gehört auch, vor dem 25. Lebensjahr keine medizinischen Eingriffe in die körperliche Entwicklung vorzunehmen.^{51,52,53} Im Gegensatz dazu wird die so genannte „affirmative“ medizinische Betreuung, die den Körper an die Gefühle anzupassen versucht, nur unzureichend durch Belege gestützt; es gibt nur wenige Studien zu den Langzeitwirkungen affirmativer Gender-Behandlungen bei Kindern.⁵⁴ Dem steht eine Vielzahl von Belegen gegenüber, die die schädlichen Nebenwirkungen dieses Ansatzes aufzeigen, z. B. Sterilität, Unfruchtbarkeit, verringerte Knochendichte, Veränderungen der Stimme usw.⁵⁵.

7. Verbote von „Konversionstherapien“ bergen Risiken, da die ursächlichen Zusammenhänge zwischen Traumata und gleichgeschlechtlicher Anziehung bzw. „Geschlechtsdysphorie“ unerforscht bleiben.

27. Wie im *Handbook of Sexuality and Psychology* des amerikanischen Psychologenverbandes (APA) eingeräumt wird, weisen Forschungen darauf hin, dass es potenziell ursächliche Zusammenhänge zwischen Traumata und Sex mit gleichgeschlechtlichen Partnern gibt^{56,57}. Aus internationalen Forschungsarbeiten geht hervor, dass ebenfalls potenziell ursächliche Zusammenhänge zwischen psychiatrischen

Erkrankungen (psychische Störungen, neurologische Entwicklungsstörungen, Suizidalität und selbstschädigendes Verhalten) und Geschlechtsinkongruenz bei Heranwachsenden⁵⁸ oder „Geschlechtsdysphorie (GD)“ bei Heranwachsenden⁵⁹ bestehen. Zwar sind die Ursachen ungewünschter SSB oder „GD“ zurzeit noch unzureichend erforscht, aber dennoch sind maßgebliche Institutionen unverantwortlicherweise mit ihren „KT“-Verboten vorangeprescht – und das obwohl bekannt ist, dass es potenziell ursächliche Zusammenhänge mit Traumata gibt. Sie haben auch nicht die nötige Forschung zu betreiben, mit der sich bestimmen ließe, welche Rolle Traumata bei der Ausprägung ungewünschter SSB oder „GD“ spielen und wie diejenigen, die unter SSB oder „GD“ leiden, angemessen begleitet werden können.

8. Von Fachleuten überprüfte Forschungsarbeiten belegen, dass veränderungsoffene Therapien keine „Schäden“ verursachen und auch nicht die Suizidalität verstärken.

28. Im Widerspruch zu Medienberichten belegen von Fachleuten überprüfte Forschungsarbeiten, dass veränderungsoffene Therapien die Suizidalität oder schädliches Verhalten nicht verstärken, sondern in manchen Fällen ganz erheblich zu verringern scheinen, selbst bei Personen, die sich weiterhin als LGBT identifizieren und nicht die Veränderungen erlebt haben, die sie sich durch die Therapie erhofft hatten^{60,61}.

29. Eine vor Kurzem durchgeführte Untersuchung ergab, dass „sexual orientation change efforts (SOCE)“ („Therapiebemühungen zur Änderung der sexuellen Orientierung“) aufgrund von erhöhtem Schädigungsniveau einzuschränken oder zu verbieten, unbegründet sind⁶². Eine auf nationaler Ebene repräsentative Studie mit 1518 LGB-identifizierten Personen in drei Kohorten über ein halbes Jahrhundert, die angaben, eine „KT“ mitgemacht zu haben (in 88 % der Fälle religiöser Natur), wurde auf der Grundlage eines Datensatzes durchgeführt, den Veränderungsbemühungen bei LGBT ablehnende Forscher am Williams Institute der University of California in Los Angeles zusammengetragen hatten⁶³. Die Forscher (Blosnich et al., 2020) betrachteten jedoch nur die Suizidalitätsrate über die gesamte Lebensspanne und fanden heraus, dass diese Rate bei Personen, die berichteten, jemals eine „KT“ mitgemacht zu haben, höher war; damit war die Grundlage für eine einseitige

Interpretation gelegt. Obwohl die Autoren angaben, dieser Zusammenhang beweise keine Kausalität, fuhren sie dennoch so fort, als sei das doch der Fall; die Einseitigkeit verstärkte sich mithin, und sie empfahlen dementsprechend ein Therapieverbot. Obwohl die Suizidalitätsraten für die Zeiträume vor und nach einer Therapie in diesem Datensatz verfügbar waren, zogen die Forscher diese Daten nicht zu Rate. Sullins (2021) analysierte denselben Datensatz und nutzte dabei alle verfügbaren Daten, nämlich die vor und nach der Therapie – nicht nur die nach der Therapie. Er fand heraus, dass die Suizidalität zum größten Teil vor der Therapie bestand, nicht danach. Wenig überraschend waren es Personen mit Selbstmordneigung, die häufiger eine Beratung in Anspruch nahmen, als solche ohne Selbstmordneigung, und die Beratung verringerte ihre Suizidalität. Da es sich hierbei um eine national repräsentative Studie handelte, ist die Verallgemeinerung berechtigt, dass SOCE-Therapien die Suizidalität bei LGB-identifizierten Personen, die keine Veränderung erfahren (sie identifizieren sich weiterhin als LGB), verringert^{64,65}. Aus demselben Datensatz ergibt sich, dass es zwischen LGB-Personen, die eine SOCE-Therapie in Anspruch nahmen, und solchen, die keine SOCE-Therapie in Anspruch nahmen, keine Unterschiede im Hinblick auf psychologische Belastungen, den aktuellen psychischen Zustand, Alkoholabhängigkeit und selbstschädigendes Verhalten gab⁶⁶.

30. Medienberichte über Schädigungen haben ihren Ursprung häufig in verdeckten Ermittlungen gegnerischer Aktivisten^{67,68,69,70}.

31. Selbstauskünfte gegenüber voreingenommenen Journalisten, die nicht willens sind, die Behauptungen zu verifizieren oder auch Betroffene mit anderen Erfahrungen zu Wort kommen zu lassen, führen zu weit verbreiteten Fehlinformationen über dieses Thema. Wir unterstützen Untersuchungen von angeblichem therapeutischen Fehlverhalten in Fällen, wo die Belege zumindest auf den ersten Blick die Vorwürfe zu bestätigen scheinen. Wir unterstützen keine voreingenommenen Selbstauskünfte.

9. Vorwürfe von Folter bei „Konversionstherapien“ sind unbegründet und dienen dazu, abweichende Meinungen zum Schweigen zu bringen.

32. Die Darstellung von „KT“ als Folter geht auf den offenbar widersprüchlichen Erfahrungsbericht von Samuel Brinton zurück; als Sponsor fungierte hier das National Center

for Lesbian Rights (NCLR), eine Organisation, die die Kampagne zum Therapieverbot ins Leben gerufen hat und weiterhin vorantreibt. Dieser Bericht wurde 2014 in Genf auf der 53. Sitzung des UN-Ausschusses gegen Folter vorgestellt⁷¹. In Brintons Stellungnahme fehlt der Name des angeblich missbräuchlich handelnden Therapeuten, der Bericht enthält widersprüchliche Details in anderen Zusammenhängen und wurde in einer kompetenten forensischen Analyse als unwahr eingestuft. Später dementierte Brinton sogar selbst den Bericht, den er ursprünglich abgegeben hatte, und wies ihn zurück⁷².

33. Die Berichte unabhängiger UN-Experten sind nicht verbindlich. Der unabhängige Experte für SOGI (Sexual Orientation and Gender Identity), Madrigal-Borloz unterbreitete 2020 dem UN-Menschenrechtsrat (HRC) einen Bericht, der sich gegen veränderungsoffene Therapien richtet; der Bericht trägt den Titel *„Praktiken so genannter ‚Konversionstherapien‘: Bericht des unabhängigen Experten für den Schutz vor Gewalt und Diskriminierung auf Basis der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität“*. Dieser Bericht stellt keine Position der Vereinten Nationen dar. Die UNO hat 192 Mitgliedsstaaten, und diese haben seinen Bericht nicht geschlossen als Richtlinie angenommen oder umgesetzt. (Beispiele: OIC, 2016; OIC^{73,74}.) Dennoch veröffentlichte das Internationale Rehabilitationszentrum für Folteropfer (IRCT), dessen Generalsekretär Madrigal-Borloz bis Juni 2019 war, im Jahre 2020 die Stellungnahme *„Es ist Folter, keine Therapie – ein weltweiter Überblick über Konversionstherapien: die Praktiken, die Täter und die Rolle der Staaten“*⁷⁵. In Abschnitt 62 des Berichts wird behauptet: *„Die folterbekämpfenden Organe der Vereinten Nationen sind zu dem Schluss gelangt, dass es sich [bei „KT“] um Folter, um eine grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlung handelt“*. Uns ist allerdings kein bindendes UN-Abkommen bekannt, das Therapien in Bezug auf sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität auch nur erwähnt.

34. Trotz des Foltervorwurfs hat es bislang keine Gerichtsverfahren gegeben, bei denen lizenzierte Fachleute für schuldig befunden wurden, bei der Therapierung ungewünschter SSA Folter oder eine missbräuchliche Behandlung angewendet zu haben. Rosik⁷⁶ beleuchtet Empfehlungen zur Durchführung von forschungsbezogenen, legislativen und juristischen Überlegungen, die

bis heute in der Diskussion über Therapieverbote nicht umgesetzt wurden.

35. Therapieverbote und Folter mit der Arbeit lizenzierter Fachleute in Verbindung zu bringen, scheint darauf abzuzielen, entsprechende Verbote unter allen Umständen unanfechtbar zu machen. Wir fordern all diejenigen, die von angeblichem Missbrauch berichten, auf, eine belastbare Analyse der Datengrundlage, die die Verbindung zu der behaupteten Folter herstellt, vorzulegen.

36. Valide therapeutische Eingriffe sind per definitionem klientenorientiert, evidenzbasiert und nicht-aversiv. Es ist unredlich und ideologiegetrieben, angeblichen Missbrauch fälschlicherweise als normativ darzustellen. Die gängigen Foltrevorwürfe entbehren jeglicher Grundlage. Sie dienen lediglich als zielgerichtete und emotional aufgeladene Diffamierungen, die das Potenzial der Freiheitsgefährdung in sich tragen.

10. Führende Kirchenvertreter, die Verboten von „Konversionstherapien“ zustimmen, diffamieren und unterminieren die potenziell einander ergänzenden Rollen der seelsorgerlichen und professionellen Begleitung.

37. Wir weisen die Glaubensgemeinschaften in unseren Ländern warnend darauf hin, dass die vorgeschlagenen oder bereits in Kraft getretenen Verbote der freien Therapiewahl und daran ausgerichtete diplomatische Initiativen oder Anreize durchaus dazu führen können, dass die Freiheit der Eltern, ihre Kinder entsprechend ihren religiösen Werten zu erziehen, eingeschränkt wird. Man wird diese Verbote dazu nutzen, die Religionsfreiheit mitsamt des öffentlichen Glaubensvollzugs und der Förderung der Wahrheit im öffentlichen Raum immer weiter einzuschränken. Es wird zur Wiederbelebung einer säkularistischen humanistischen Ordnung kommen, die eine sexuelle Freizügigkeit fördert, wie sie bereits im Altertum über die Geschlechtergrenzen hinweg praktiziert wurde und die als „Pansexualität“ bekannt ist. Der neue religiöse Bezugsrahmen wird bisweilen auch als „pansexueller Humanismus“ bezeichnet.

38. Wir stimmen den christlichen Schriften zu, die zwischen Versuchung und Handlung unterscheiden. Die christlichen Glaubensgemeinschaften müssen Begriffe wie „Zölibat“, „Enthaltsamkeit“ und „Keuschheit“ wieder klar vermitteln.

39. Sich lediglich auf seelsorgerliche Rechte zu konzentrieren und nicht auf die Rechte von Menschen außerhalb der Kirche, führt zum Wegfall der Unterstützung für alle, die nicht dem christlichen Glauben anhängen. Aus theologischer Sicht könnte wissenschaftlich fundierte professionelle Hilfe als Teil der Offenbarung an die Menschheit betrachtet werden. Wir anerkennen die Gefahr, aus „Veränderung“ einen Götzen zu machen oder darauf zu bestehen, dass alles, was nicht zur Gänze einer kategorischen Veränderung entspricht, Anzeichen für einen Mangel an Glauben sei. Viele Personen, die keinem oder einem anderen Glauben angehören, suchen nach Möglichkeiten, LGBT-Anziehung, -Verhaltensweisen und -Identitäten hinter sich zu lassen. Die Bewahrung christlicher Freiheiten sollte nicht auf Kosten der Rechte derer erfolgen, die außerhalb der Kirche nach professioneller Hilfe suchen. Während therapeutische Unterstützung für manche Gläubige weder notwendig noch ausreichend sein mag, kann ein solcher Input bei gläubigen Menschen doch zur spirituellen Entwicklung und zum spirituellen Wohl beitragen. Professionelle Therapie und damit die Religionsfreiheit im Rahmen professioneller Therapie ist vielleicht nicht für jeden Christen Teil seiner christlichen Glaubenswelt, aber für einige ist das gleichwohl der Fall. Wenn die Religionsfreiheit für einige Menschen aufgehoben werden darf, welche Freiheiten sind dann als nächste an der Reihe?

Informationen über die IFTCC

40. Die IFTCC ist eine in Großbritannien eingetragene Körperschaft und ist für einen internationalen Personenkreis tätig, der unsere Mission, die Erklärung zu unseren Wertvorstellungen, unsere Richtlinien für die Praxis und diese internationale Erklärung zu „Konversionstherapien“ und freier Therapiewahl unterstützt.

Professionelle Weiterbildung.

41. Die IFTCC ist bestrebt, einen alternativen Anknüpfungspunkt für alle Fachkräfte, Laien oder Organisationen zu bieten, die von Aufsichts- oder Regulierungsinstanzen ausgeschlossen wurden bzw. deren praktische Arbeit durch unbegründeten, ideologischen Druck behindert oder für unzulässig erklärt wird – Druck, den unsere Regierungen als Folge der Politisierung von Sexualität zugelassen oder begünstigt haben. Zu den Fachleuten, die sich gleichgesinnten Organisationen wie der IFTCC anschließen möchten, gehören Therapeuten mit dem

konstruktiven Wunsch, mit Klienten, ihren Familien und ihrem Umfeld, die von den in diesem Dokument beschriebenen Problemen betroffen sind, zu arbeiten.

42. Zudem werden wir weiterhin Richtlinien für die Praxis und den ethischen Rahmen ausarbeiten, die der Arbeit von Therapeuten und Beratern, die sich uns anschließen möchten, als Fundament dienen. Wir unterstützen keine Aversionstherapien, erzwungene Therapien oder auf Beschämung beruhende Therapien. Hingegen unterstützen wir die Aufklärung sowie die Aus- und Weiterbildung von Eltern, Seelsorgern, Kirchenvertretern und professionellen Therapeuten. Wir müssen uns die Redefreiheit und die Freiheit der wissenschaftlichen Forschung bewahren, damit die genannte Aufklärung, Aus- und Weiterbildung weiterhin für alle möglich bleibt, unabhängig von der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. In dem Bestreben, allen Gutes widerfahren zu lassen, bemühen wir uns um eine Haltung des Respekts, der Harmonie und der Würde gegenüber allen, die sich zurzeit als LGBT identifizieren, die sich in der Vergangenheit als LGBT identifiziert haben, die sich als nicht-heterosexuell, aber nicht als LGBT identifizieren (im Verborgenen, öffentlich bekennd, angeprangert, sanktioniert oder in anderer Form), sowie für deren Familien, Freundes- und Bekanntenkreis.

43. Wir werden auch in Zukunft Schulungspläne ausarbeiten und Informationen zu Forschungen und wissenschaftlichen Daten, die veränderungsoffene Therapien unterstützen, bereitstellen.

44. Wir werden das Ziel verfolgen, unsere Richtlinien für die Praxis, unsere ethischen Standards und unsere Verbandskriterien für die öffentliche und professionelle Überprüfung zur Verfügung zu stellen.

45. Zudem werden wir weiterhin relevanter, gewissenhafter Forschung eine Plattform bieten, besonders jener, die ignoriert, falsch dargestellt oder in Misskredit gebracht wird. Wir werden auf Forschungsarbeiten aufmerksam machen, die sich bei wissenschaftlicher Überprüfung als unzutreffend erweisen, weil sie z. B. fälschlicherweise die Vorwürfe der Schädigung und der Suizidalität bekräftigen, während erneute Analysen von mangelhaft ausgewerteten Daten die betreffenden Ergebnisse infrage stellen^{77,78}.

Liste der angeführten Referenzen

Hinweis: „op cit“ bezieht sich auf Zitate die zuvor bereits in vollständiger Form angeführt wurden. „Ibid“ bezieht sich auf Zitate, die unmittelbar vor dem Zitat, auf das verwiesen wird, angeführt wurden.

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*. März 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 Fünfte Ausgabe
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, S. 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 Berechnungen wurde Abbildung 1 entnommen. (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. Ma/Juni*; 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, überarbeitet 1978). <https://sourcebooks.fordham.edu/pwh/glf-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-lstq8zx5v>
 51. Zucker, K.J. (2008). Children with gender identity disorder: Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Band 56, Ausgabe 6, Seiten 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>. INOFFIZIELLE englische Übersetzung: 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/>
 55. <https://docs.google.com/document/d/1lct1U4yee7vjXWcyK0PJ2Iz1XFPkorW/edit> <https://www.transgendertrend.com/puberty-blockers/> <https://www.transgendertrend.com/current-evidence/> <https://acpeds.org/position-statements/gender-dysphoria-in-children>
 56. Mustanski, B., Kuper, L., Geene, G. (2014). Chapter 19: Development of sexual orientation and identity. In Tolman, D., & Diamond, L., Chefredakteure. *APA Handbook of Sexuality and Psychology*, Volume 1. Person Based Approaches. S. 597-628. Washington D.C.: American Psychological Association. (“Sexual Abuse”, S. 609-610.) <https://www.apa.org/pubs/books/4311512>
 57. 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>
 58. 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>
 59. Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työlajärvi, 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. (März 2021). Sexual Orientation Change Efforts (SOCE) *Reduce* Suicide: Correcting a False Research Narrative. Verfügbar bei 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. Verfügbar bei 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. Blossich, 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. (März 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? 4. Jahresversammlung des Ruth Institute <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. (März 2021).
78. Op. cit., Sullins, P.D. (November 2021).