

Une Déclaration Internationale sur la 'Thérapie de Conversion' et le Choix Thérapeutique

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

Les signataires de cette déclaration internationale appellent à nos gouvernements, aux autorités locales, aux institutions des droits humains et des médias, et aux organisations religieuses, de reconnaître que le droit à l'autodétermination est un principe établi du droit international, et doit donc inclure le droit de façonner et de développer sa propre identité sexuelle, les sentiments et les comportements associés, et recevoir le soutien pour le faire.

Nous reconnaissons que cette Déclaration Internationale s'adresse principalement aux nations occidentales dans l'hémisphère nord. Nous reconnaissons qu'autour du monde, certaines cultures et sous-cultures diffèrent nettement de ces contextes sociaux - et ils ont une compréhension différente de la terminologie telles que « thérapie de conversion » et des interdictions de thérapie. Nous voulons souligner que nous ne soutenons pas l'aversion, traitements coercitifs ou honteux, quelle qu'ils soient nommés, et quelle que soit la personne qui les applique ou l'endroit où ils sont pratiqués.

Liste d'abréviations:

AHND: l'attirance homosexuelle non-désiré
CH: comportement homosexuel
'DG': dysphorie de genre
'CT': thérapie de conversion
AESO: attirance envers le sexe opposé
SO: sexe opposé

1. Interdire la « thérapie de conversion » enfreint les droits et libertés de l'homme, mettant en péril à la fois le choix thérapeutique et pastoral, et les droits professionnel et parentaux.

1. Ce document passera en revue les preuves démontrant que la sexualité est fluide. La recherche indique que certaines personnes réussissent à réduire ou dans certains cas surmonter l'attirance homosexuelle non-désiré (AHND) ou comportement homosexuel (CH) ^{1, 2, 3, 4, 5, 6}. La recherche sur le traitement des liens potentiels de causalité entre les troubles psychiatriques et « dysphorie de genre » (« DG ») ou incongruence est à ses débuts. (« DG » est la détresse à propos de son sexe, et l'incongruité de genre est une désidentification avec son sexe en tout ou en partie.) Les études de cas et les petites études sont les meilleures preuves de thérapie de genre

1

International Federation for Therapeutic and Counselling Choice
[09/03/2022]

disponibles à l'heure actuelle et ceux-ci montrent que certaines personnes réduisent ou changent « DG » grâce à la thérapie^{7, 8}.

2. Chacun a le droit de réduire ou de modifier leurs sentiments sexuels insatisfaisants ou comportements non désirés, quelles que soient leurs motivations, leurs objectifs ou leurs valeurs. Le droit d'aligner ses sentiments et comportements au sexe biologique, en pour se sentir bien dans son corps ou pour vivre selon les valeurs et les croyances qui leur apporter le vrai bonheur, est un droit humain. Personne ne devrait dépriver l'individu de ces libertés et ces droits. Les individus devraient être libres de faire leurs propres choix – les politiciens, activistes et praticiens de la santé mentale ne devrait pas dicter leurs actions.

3. Nous rejetons les fausses déclarations médiatiques et la désinformation qui a adopté sans discernement la « thérapie de conversion » (CT), nomenclature basée sur le faux postulat philosophique et idéologique que « l'orientation » sexuelle est innée et immuable.

4. Nous ne connaissons aucune guilde de la santé mentale, aussi radicales soient-elles, qui disent que le AHND est inné et immuable. De même, nous ne connaissons aucune guilde de santé mentale mentaux qui disent que l'identité de genre incongrue est innée ^{9, 10, 11}. l'American Psychiatric Association's Diagnostic and Manuel diagnostique et statistique, cinquième édition (DSM-5, p. 451) ¹², dit spécifiquement que le "DG" n'est pas causé par le fait d'avoir le cerveau du sexe opposé ou une d'une condition intersexuelle du cerveau. Il indique également que "contrairement à certaines théories de construction sociale, les facteurs biologiques sont considérés comme contribuent, en interaction avec des facteurs sociaux et psychologiques, au développement du genre."

Une déclaration de consensus mondial sur les troubles du développement sexuel, qui incluent les conditions intersexuelles, par plusieurs sociétés d'endocrinologie du monde entier, dit qu'il n'y a pas de preuve cohérente que les structures cérébrales sont différentes pour les personnes dont le genre est incongru et celles dont le genre est et les personnes congruentes. Il dit que les aspects masculins ou féminins du cerveau se développent en grande partie "progressivement" (après la naissance) en interaction avec les expériences psychologiques, sociales et culturelles dans l'environnement de la personne¹³.

5. Des recherches définitives ont établi que le développement du CH ou de l'AHND n'est pas génétiquement déterminé¹⁴. Au lieu de cela, il a été constaté que des facteurs environnementaux et culturels exerçaient la plus grande influence. Les sentiments sexuels entre personnes de même sexe et la dysphorie sur son sexe émergent des expériences de vie formatrices. Beaucoup commencent très tôt, comme d'autres traits humains complexes qui les thérapeutes professionnels aident régulièrement les gens diminuer ou changer.

6. Nous nous opposons donc à la discrimination continuante contre les personnes préférant leur côté hétérosexuel et ceux anciennement identifiés LGBT, les personnes non hétérosexuelles qui ne vous identifiez pas comme LGBT et toute personne ayant recherché ou cherchera à l'avenir des conseils d'un professionnel ou une aide pastorale pour aider leurs transition de comportements indésirables et sentiments.

2. Organismes professionnels promouvant les points de vue monoculturels discriminatoires empêchent la diversité idéologique et la critique.

7. Nous déplorons la discrimination qui apparaît dans les organismes occidentaux de santé mentale, par lesquels les points de vue divergents sur la sexualité et le genre sont

désavouées sur des bases idéologiques plutôt que scientifiques. Cela a conduit à des monocultures d'intolérance où la recherche, la direction, le financement, la collégialité, la supervision et l'orientationsont fournis d'un seul point de vue. En conséquence, ce parti pris intégré est confirmé. L'enquête impartiale teste des hypothèses ; la recherche plaidoyante favorise des hypothèses prédéterminées et tendancieuses. Ceux qui avancent des hypothèses alternatives (par exemple, lorsqu'ils lorsqu'ils soutiennent des thérapies permettant le changement pour l'AHND) risquent d'être victimes de discrimination et de marginalisation.

8. Ce point de vue monoculturel signifie que soutenir les personnes souffrant de l'AHND ou l'incongruité de genre sont étiquetés comme fournissant la « CT » et associé à un discours « homo-trans-phobique » de haine. En soi, c'est un langage d'intimidation.

Nous nous tiendrons aux côtés de cette population pour s'opposer à la discrimination,

à la coercition et l'intimidation contre eux et ceux qui les soutiennent eux.

3. Les « Majoritairement hétérosexuels », le plus grand nombre de non-hétérosexuels groupe minoritaire, sont refusé un soutien thérapeutique pour affirmer leur aspirations hétérosexuelles.

9. Le Manuel de sexualité et de psychologie de l'APA dit que parmi les personnes attirées par le même sexe, "les individus avec des modèles non exclusifs d'attraction sont indiscutablement la 'norme', et ceux qui ont une attraction exclusive pour le même sexe sont l'exception"¹⁵. Le même manuel reconnaît également que "... les recherches sur les minorités sexuelles a longtemps documenté que beaucoup se souviennent d'avoir subi des changements notables dans leurs modèles d'attirances, de comportements ou d'identités sexuelles"^{16, 17}. Étude après étude, on constate que - si l'on offre une échelle de Likert de réponse, la plupart des gens disent qu'ils ne sont attirés que par le sexe opposé ou sont hétérosexuels, mais que le groupe suivant est "plutôt attiré" par le sexe opposé, ou "plutôt hétérosexuel"^{18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25}. Ce que l'on ne peut ignorer, c'est qu'à côté de l'hétérosexualité, le plus grand groupe d'identité est "principalement hétérosexuel".

10. La troisième enquête nationale britannique sur les attitudes et modes de vie sexuelles (Natsal-3)^{26, 27} ont montré que la plupart des personnes qui ont eu des relations homosexuelles les partenaires ont également eu des relations sexuelles avec des partenaires du sexe opposé (SO), et beaucoup déclarent avoir eu des attractions sexuelles pour les deux sexes. Moins de la moitié de ces personnes s'identifient comme gaies, lesbiennes ou bisexuels et beaucoup résolvent cette disparité, au cours du temps, en faveur des relations sexuelles avec des personnes du sexe opposé. En particulier, Natsal-3 a montré qu'environ 2,9 % étaient sexuellement actif avec le même sexe ou les deux – mais un autre 2,9% avaient renoncé à avoir des relations sexuelles homosexuelles cinq ans avant ou plus (S2 Table²⁸).

La plupart de ces désistements étaient sexuellement actifs avec le sexe opposé et s'identifiaient comme hétérosexuels. La taille et l'importance de ce groupe démographique est ignorée et fait l'objet d'une discrimination croissante par la société et les décideurs politiques.

11. Ce modèle de relations avec le sexe opposé est corroboré par l'Office national des statistiques²⁹ du Royaume-Uni qui montre que près d'un quart des personnes s'identifiant comme bisexuelles se marient - presque toujours avec le sexe opposé.

Les personnes attirées par les deux sexes méritent d'être soutenues dans leurs relations et leurs objectifs hétérosexuels et ne devraient pas être empêchées d'envisager des relations sexuelles au sexe opposé, simplement parce qu'elles ont également connu l'AHND ainsi que l'attraction envers le sexe opposé (AESO). L'État devrait garantir cette liberté en déclarant expressément qu'un tel soutien n'est pas un "TC". Les professionnels de l'aide devraient être libres d'affirmer toute la diversité des possibilités sexuelles qui s'offrent au client, sans craindre que cela soit interprété comme un "TC" sous peine de poursuites judiciaires. Cela concerne particulièrement les bisexuels et les personnes "majoritairement hétérosexuelles". Il est essentiel de soutenir les personnes non hétérosexuelles qui souhaitent se marier ou qui sont mariées à une personne

4. La fluidité sexuelle se produit dans les deux sens mais ceci est ignoré.

12. Dans le monde entier, des études solides ont établi que la fluidité sexuelle peut se produire dans les deux sens, que le changement vers ou en direction de l'attraction hétérosexuelle est courante, et cela ne se n'est pas limitée aux personnes "majoritairement hétérosexuelles". Le manque de reconnaissance de ce modèle est en partie due à des raisons politiques, mais aussi à la proportion et au nombre. Les hétérosexuels sont énormément plus nombreux que les autres sexualités. Donc même une infime proportion d'hétérosexuels évoluant vers ou vers l'homosexualité, peut dépasser en nombre même une grande proportion de minorités sexuelles évoluant vers ou vers l'hétérosexualité. La politique ignore la preuve de ce dernier groupe démographique, et en conséquence, leurs libertés sont en danger. Les gouvernements ont le devoir de protéger les droits des minorités sexuelles à choisir des relations SO ainsi que les relations homosexuelles - et non pour être pathologisé en le faisant^{30, 31, 32, 33}.

Les chercheurs, les thérapeutes et les clients doivent être capable, en principe, d'identifier les facteurs conduisant à ces changements tout autour de nous et utiliser

ces connaissances pour aider les personnes envie de changement.

13. Dans le Étude Longitudinale Nationale des États-Unis sur la santé des adolescents, sur une période de six ans³⁴, près des trois quarts de ceux qui sont attiré par les deux sexes ont connu des changements dans attirance sexuelle, principalement vers ou en direction de l'hétérosexualité. Plus d'un quart des femmes ayant l'ANDH exclusive ont changé, environ la moitié ceux-ci à l'attraction exclusivement hétérosexuelle. Une personne sur douze à treize des hommes exclusivement attirés par l'homosexualité ont également changé, principalement à l'attraction exclusivement hétérosexuel. Les femmes « pour la plupart hétérosexuelles » sont plus nombreuses que toutes les autres catégories d'ANDH pour les deux sexes ensemble. Plus d'un tiers de la plupart des hétérosexuels les femmes sont devenues hétérosexuelles, seulement un sur 56 est devenu homosexuel. Le changement que nous voyons dans la thérapie qui n'a pas été étudié dans la recherche est que certains qui ne développent pas de l'AESO connaissent une diminution ou ou la fin de l'AHND grâce à la thérapie, ce qui leur permet plus facilement pour eux d'être abstinentes comme ils le souhaitent.

14. Comme l'ont examiné Diamond et Rosky (2016)³⁵, les ensembles de données de plusieurs autres robustes études internationales robustes ont des éléments qui corroborent ces schémas d'évolution de la sexualité : Growing Up Today Study - "GUTS" - (États-Unis)³⁶ ; National Survey of Midlife Development in the United States - alias MIDUS" ou "NSMD" - (USA)³⁷ ; Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study - "DMHD" - (Nouvelle-Zélande)³⁸.

15. Diamond et Rosky (2016)³⁹ font référence à les changements rapportés dans les études de population comme se produisant naturellement. Autrement dit, la vie les expériences changent ou modifient les attirances sexuelles. De plus, une étude longitudinale récente des résultats cliniques par Pela et Sutton (2021)⁴⁰, montre que les « participants à la thérapie cette étude a rapporté une fluidité ou un changement significative vers l'expression de l'attraction et l'identité hétérosexuelle'.

16. De ces études, ce qui ressort clairement, est que la plupart des gens qui s'identifient comme ayant l'AHND sont attirés aux deux sexes. Ceux qui s'identifient comme

Attirés aux deux sexes indiquent que leurs relations sont principalement avec le sexe opposé et que pour beaucoup d'entre eux, leur attirance sexuelle change ou se modifie, principalement vers ou dans la direction de l'hétérosexualité.

17. L'AHND n'est pas une image réfléchie de l'AESO. Pour les populations respectives concernées, l'AESO est massivement fixé. L'AHND est majoritairement fluide et se présente le plus souvent avec l'attirance au sexe opposé. Les personnes attirées aux deux sexes connaissent généralement la fluidité dans les sentiments et comportements d'attirance sexuelle.

5. L'interdiction de la "thérapie de conversion" étendra "la culture de cancellation", fera taire la dissidence et inhibera la liberté d'expression.

18. Les militants LGBT des gouvernements et ailleurs confondent le terme mal défini de "CT" (y compris les comportements moralement répréhensibles) avec le terme de "violence". (y compris les techniques d'aversion moralement répréhensibles et historiquement abandonnées) avec les conversations de thérapie standard (principalement psychodynamique, fondées sur des preuves), des explorations d'attirances sexuelles fluides et des conversations pastorales où les individus harmonisent l'intégralité de leur identité religieuse et sexuelle. Il est important de noter que ce sont des professionnels de la santé réglementés dans certains pays, par exemple le Royaume-Uni, qui dans le passé, administraient la thérapie d'aversion, moralement répréhensible, et non pas les conseillers et les psychothérapeutes d'aujourd'hui.

19. Le terme « CT » a été utilisé pour la première fois par le psychologue et activiste américain qui s'opposa et continue de s'opposer à la thérapie permettant le changement, le Dr Douglas Haldeman en 1991⁴¹. Citant cette phrase mal définie inspirée de l'idéologie, les interdictions législatives sur le prétendu "CT" imposent des restrictions, des amendes et des charges pénales à tout fournisseur de services standard psychothérapeutique et de conseil ainsi que les agents de travail pastoral, qui offrent de l'aide aux personnes qui cherchent volontairement un soutien en cas de sentiments homosexuels non désirés et de confusion de genre.

20. Le terme « CT » peut fonctionner comme un discours de haine et est utilisé pour intimider les détracteurs. Moseley 2020⁴² rapporte que le Représentant spécial des Nations Unies pour l'orientation sexuelle et l'identité de genre, Victor Madrigal-Borloz, tenté d'appliquer ce terme (introduit en 1991), rétrospectivement. Par conséquent, cela a conduit à une reconstitution anachronique de l'histoire de la santé mentale – affirmant que « la plupart des écoles au sein de la psychologie et de la psychiatrie, renforcée par les classifications des troubles mentaux des années 1940 au début des années 1970, exploités comme fournisseurs de « thérapie de conversion »⁴³.

21. Les défenseurs des soi-disant interdictions de « CT » utilisent un langage malveillant, tel que « nuire » et « torture » qui dénature les pratiques réelles, tout pour avancer un point de vue idéologique. Le même fonctionnaire de l'ONU, Madrigal-Borloz⁴⁴, qualifie le « CT » de « torture », avec l'intention de dénigrer tout aide à s'éloigner de l'AHND et le CH, comme intrinsèquement défectueux. Cet amalgame de la notion politisée de « CT », la torture et le récit du mal, crée un atmosphère de souillure par association, calculée pour intimider les conseillers et les thérapeutes s'alignant uniquement sur les thérapies LGBT-affirmatives et le plaidoyer politique. Refuser tous sauf ces praticiens pour offrir des espaces professionnels, indépendamment des souhaits d'un individu, méprise les droits personnels de conscience, de la sexualité, du genre et des relations, créant un parcours de soins à sens unique, pour affirmer uniquement la vie LGBT, ignorant les preuves bien documentées déjà référencées.

22. À tort, l'un des moyens utilisés pour associer "CT" avec la torture a été de confondre les termes «électrochoc» et les "thérapies par chocs électroconvulsifs". Cela a entraîné une inflammation, exagérée caractérisation de la thérapie utilisée pour explorer la fluidité sexuelle. Plus précisément, la thérapie ECS, comme utilisé et réservé à la catatonie et aux dépressions graves, n'a jamais été utilisé pour traiter le comportement homosexuel^{45, 46}. Ni les thérapies ECS ni ES ne sont utilisés par les professionnels travaillant dans ce domaine dans le 21ème siècle. Le couplage de torture avec la thérapie est à la fois inexact et fallacieux lorsque décrivant les interventions thérapeutiques pour le comportement homosexuel non-désiré maintenant disponible.

23. Les signataires de la présente Déclaration reconnaissent l'idée générique de l'exploration de la fluidité de l'attraction sexuelle en thérapie (SAFE-T) comme terme collectif et non comme un terme nouveau ou une approche thérapeutique « exotique ». Cette déclaration ne supporte donc aucun protocole coercitif ou une modalité qui prétend « guérir » les « orientations » sexuelles non désirées. Plutôt ça approuve une gamme de psychothérapies et des modalités de conseil ouvertes à explorer la fluidité sexuelle et le changement dans l'attraction sexuelle, comme une alternative parmi d'autres d'objectifs ou de résultats thérapeutiques possible ⁴⁷.

24. Ces interdictions nuisent à ceux qui vivent avec l'AHND, le CH, les expériences indésirables ou l'incongruité de genre qui cherchent le changement, parce que les professionnels se voient refuser la possibilité de soutenir le choix du client. L'objectif final semble être la fin de « l'hétéronormativité » et la rôles traditionnels de la famille nucléaire en tant qu'adopté par de tels groupes au Royaume-Uni pour exemple, comme le Gay Liberation Front (1970) ⁴⁸ et Elly Barnes, PDG de la charité Educate and Celebrate ⁴⁹. La mort de la famille nucléaire a été mis en lumière récemment par journaliste et commentatrice sociale, Melanie Philips⁵⁰.

25. L'IFTCC continuera de contester les tentatives politiques qui privent les individus de leur droit à l'autodétermination, à l'autonomie et le choix de l'expression et de l'identité sexuelle, congruent avec des croyances religieuses ou philosophiques plus primaires ou les relations, besoins ou désirs personnels. Il le fera en continuant à faciliter l'autorégulation, le développement professionnel et la collégialité dans les pratiques de nos supporteurs. Notre travail va continuer à explorer les aspects scientifiques et éthiques et la littérature professionnelle ainsi que des preuves de la recherche et les meilleures pratiques qui nous sont disponibles.

6. Les aspirations politiques sacrifient la thérapie indispensable pour les enfants et les adultes qui se sentent en détresse à propos de leur sexe.

26. Les interdictions de « CT » pour les mineurs interdiront effectivement aux enfants souffrant de « dysphorie de genre » d'être offert et de recevoir ce que le gouvernement de la Finlande, par exemple, a déterminé sur la base sur la recherche, devrait être le traitement de première ligne pour le "DG". Il s'agit de traiter les conditions psychiatriques

qui peuvent prédisposer les adolescents à apparition de la « DG », c'est-à-dire les interventions psychologique pour les aider à se sentir à l'aise avec leur sexe biologique, et ne pas interférer médicalement avec leur corps jusqu'à ce qu'ils mûrissent pour âge ^{251, 52, 53}. Contrairement à cela, les soi-disant soins médicaux affirmatifs, essayant de changer le corps pour correspondre aux sentiments, est insuffisamment mis en évidence par peu d'études sur le long terme effets du traitement affirmant le genre dans enfants⁵⁴. Cependant, il existe une pléthore de preuve mettant en évidence les effets secondaires nocifs de cette approche, comme la stérilité, l'infertilité, la réduction de la masse osseuse et des modifications de la voix, etc. ⁵⁵.

7. Les interdictions de « thérapie de conversion » ne sont pas sûres alors que les liens de causalité potentiels entre les traumatisme et les attirances envers le même sexe et « dysphorie de genre » ne sont pas examinés.

27. Le Manuel de Sexualité et Psychologie de l'American Psychological Association accepte que la recherche indique que le traumatisme a des liens de causalité potentiels avec le fait d'avoir des partenaires du même sexe^{56, 57}. La recherche internationale montre que les troubles psychiatriques (troubles psychiatriques du développement neurologique, suicidalité et comportement autodestructeur) peuvent également avoir des liens de causalité potentiels avec l'incongruence de genre parmi les adolescents⁵⁸ ou « dysphorie de genre » (« DG »)⁵⁹. Malgré le fait que les recherches sont actuellement insuffisantes pour expliquer les causes de tout CH ou « DG » non-désiré, des organes faisant autorité ont introduit de manière irresponsable les interdictions de « CT ». Ils font ça malgré le fait qu'il existe potentiellement des liens de causalité traumatiques mais sans mener les recherches nécessaires pour déterminer quel rôle le traumatisme joue dans la formation de CH et de la « DG » donc comment s'occuper adéquatement de ceux affligé par leur CH ou « DG ».

8. Les thérapies permettant le changement ne causent pas de « mal » et n'augmentent pas la tendance suicidaire selon des recherches évaluées par des pairs.

28. Contrairement aux rapports des médias, de la nouvelle recherche a montré que la thérapie qui permet le changement n'augmente pas la suicidalité ou un comportement nuisible et semble réduire la

suicidalité, dans certains cas dramatiquement, voire pour les personnes qui restent identifiées comme LGB, qui n'éprouvent pas le changement qu'ils espéraient par la thérapie^{60, 61}.

29. Des recherches récentes ont montré que "les préoccupations de restreindre ou d'interdire les SOCE [efforts de changement d'orientation de changement d'orientation sexuelle] en raison du préjudice élevé sont infondées"⁶². Une étude représentative au niveau national de 1 518 personnes identifiées comme LGB dans trois cohortes sur un demi-siècle, qui ont déclaré avoir vécu un " TC " (de nature religieuse dans 88 % des cas) a été menée à partir d'un ensemble de données collectées par des chercheurs opposés au changement de l'Institut Williams de l'Université de Californie à Los Angeles⁶³. Les chercheurs (Blosnich et al., 2020) ont examiné uniquement les taux de suicidalité au cours de la vie et ont constaté que ces taux étaient plus élevés chez les personnes qui déclaraient avoir déjà eu un " TC ", introduisant ainsi un biais. Bien que, selon les auteurs cette association ne prouve pas la causalité, ils ont ensuite agi comme si c'était le cas, introduisant encore plus de biais, et ont recommandé d'interdire la thérapie. Malgré le fait que les taux de suicidalité avant et après la thérapie dans cet ensemble de données étaient disponibles, ils ne les ont pas utilisés. Sullins (2021) a analysé le même ensemble de données en utilisant toutes les données disponibles, à en savoir avant et après la thérapie, et non pas seulement après la thérapie. Il a constaté que la plupart de la suicidalité existait avant la thérapie, pas après.

Sans surprise, les personnes qui étaient suicidaires allaient plus souvent en consultation que les personnes qui n'étaient pas suicidaires, et le conseil a réduit leur suicidalité. Comme l'étude était représentative au niveau national représentative à l'échelle nationale, il est légitime de généraliser que les SOCE réduisent la suicidalité chez les personnes s'identifiant comme LGB qui ne changent pas (elles continuent à s'identifier comme LGB)^{64, 65}. Le même ensemble de données a révélé qu'il n'y avait pas de différences entre les personnes LGB qui ont vécu un SOCE et celles qui n'en ont pas l'expérience du SOCE sur les mesures de la détresse psychologique, la santé mentale actuelle l'abus de substances, la dépendance à l'alcool et comportements autodestructeurs⁶⁶.

30. Les reportages des médias sur les préjudices proviennent souvent des enquêtes d'infiltration d'activistes hostiles^{67, 68, 69, 70}.

31. L'auto-reportage à des journalistes partiels, qui ne sont pas disposés à corroborer les affirmations ou d'offrir des comptes alternatifs, est une pratique courante, entraînant une désinformation généralisée à ce sujet. Nous soutenons les enquêtes sur les allégations des fautes professionnelles thérapeutiques, lorsque des cas ont été signalés avec au moins une preuve à première vue pour soutenir la défense. Nous ne soutenons pas l'autodéclaration biaisée.

9. Torture claims in 'conversion therapy' by are unsubstantiated and are designed to silence decent.

32. Présenter le « CT » comme une torture a été allégué par l'intervention apparemment incohérent de Samuel Brinton, parrainé par le Centre national pour les droits des lesbiennes (NCLR), une organisation qui a originé et continue de promouvoir la campagne pour l'interdiction de la thérapie. Cela a été présenté au 53e Comité des Nations Unies contre la torture, à Genève en 2014⁷¹. Dans son témoignage Brinton n'a pas nommé son thérapeute présumé agresseur, a contredit les détails de son témoignage dans d'autres contextes, et a été jugée mensongère par une analyse médico-légale compétente. Il a même plus tard nié et a rejeté ce récit qu'il avait initialement fait⁷².

33. Les rapports des experts indépendants des Nations Unies ne sont pas autoritaires. L'expert indépendant sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre, Victor Madrigal-Borloz, a soumis un rapport contre la thérapie permettant le changement au Conseil des droits de l'homme, "Pratique des thérapies dites « de conversion »; Rapport de l'Expert indépendant sur la protection contre la violence et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre". Ce rapport ne représente pas une position des Nations Unies. Il y a 192 États membres de l'ONU et ils n'ont pas dans leur ensemble adopté ou accepté son rapport comme politique. (Exemple, OIC, 2016 ; OIC^{73, 74}.) Pourtant, le Conseil International de Réhabilitation des Victimes de la Torture, dont il était le secrétaire général jusqu'en juin 2019, a publié un communiqué en 2020, "C'est de la torture, pas de la thérapie : une présentation de la thérapie de conversion : pratiques, Les auteurs et le rôle des États"⁷⁵. Dans l'article 62, le rapport affirme que « les États-Unis Le

mécanisme anti-torture des Nations a conclu qu'elles peuvent s'apparenter à des tortures, cruelles, inhumaines ou traitement dégradant ». Cependant, nous connaissons pas de traité contraignant de l'ONU qui mentionne la thérapie concernant l'orientation sexuelle ou l'identité genre.

34. Malgré les allégations de torture, il n'y a pas d'affaires judiciaires où un professionnel agréé qui a été reconnu coupable d'avoir torturé ou traitement abusif lors d'adresser l'AHND. Rosik⁷⁶ définit des recommandations pour la conduite des recherches, législatives et judiciaires délibération qui, à ce jour, n'ont pas été appliquée dans le débat sur les interdictions de thérapie.

35. Lier les interdictions de thérapie et la torture à le travail professionnel sous licence semble être visant à s'assurer que de telles interdictions ne peuvent pas être contestée en aucune circonstance. Nous appelons sur ceux qui signalent des abus présumés, de fournir une analyse solide de la base de preuves liée à la torture qu'ils citent.

36. Les interventions thérapeutiques valides sont, par définition, axée sur le client, non aversive et fondée sur des preuves. C'est malveillant et idéologiquement motivé à mal caractériser les allégations d'abus comme normatives. Les revendications standard de torture sont sans fondement. Ceux-ci sont employé comme convenients et émotionnellement chargées, potentiellement compromettant les libertés.

10. Church leaders conceding to unsafe 'conversion therapy' bans defame and undermine the potentially complementary roles of pastoral and professional counselling.

37. Nous mettons en garde les communautés religieuses de nos pays que l'interdiction proposée et impose du choix thérapeutique et les initiatives ou incitations diplomatiques ou incitatives alliées, pourraient bien avoir pour résultat de restreindre la liberté des parents à élever leurs enfants selon des valeurs cohérentes avec leur foi. Elle sera progressivement utilisée pour restreindre la liberté de religion de pratiquer et de promouvoir la vérité dans l'espace public. Elle fera renaître un ordre humaniste laïque encourageant la licence sexuelle, pratiquée par les anciens au-delà des frontières entre les sexes et connue sous le nom de "pansexualité". Ce nouveau cadre religieux est parfois appelé comme "humanisme pansexuel".

7

38. Nous affirmons les écritures chrétiennes qui faire la distinction entre les tentations et les actions. Il est nécessaire que la communauté chrétienne clarifier des termes tels que «célibat», «abstinence», et «chasteté».

39. Se concentrant uniquement sur les droits pastoraux et pas les droits des personnes en dehors de l'église, conduira à un vide d'aide pour ceux qui n'ont pas la foi chrétienne. Théologiquement, une aide professionnelle qui est scientifiquement informé, pourrait être considéré comme faisant partie de la révélation générale à l'humanité. Nous reconnaissons le danger de faire du "changement" une idole ou d'insister sur quoi que ce soit moins qu'un changement catégorique est une indication d'un manque de foi. Beaucoup de personnes sans foi et d'autres religions les visions du monde cherchent à quitter les attractions, comportements et identités LGBT.

La préservation des libertés chrétiennes ne devrait pas être au détriment des droits de ceux qui demandent l'accès à un soutien professionnel en dehors de église. Alors qu'un tel soutien thérapeutique est ni nécessaire ni suffisant pour un croyant, une telle contribution peut contribuer à la spiritualité le développement et le bien-être de ceux qui ont la foi.

La thérapie professionnelle, et donc la liberté religieuse dans la thérapie professionnelle, ne fait peut-être pas partie des croyances chrétiennes pour chaque chrétien, mais en fait partie pour certains. Si la liberté religieuse de certains les gens peuvent être révoqué, quelle liberté pourrait être supprimé ensuite ?

Informations sur l'IFTCC

40. L'IFTCC est une entité enregistrée en Grande-Bretagne et sert une communauté internationale qui soutient notre mission, énoncé de valeur, directives de pratique et cette

Déclaration internationale sur la thérapie de conversion et le choix thérapeutique.

Développement professionnel.

41. L'IFTCC s'efforcera d'offrir un point alternatif d'association pour tout professionnel, personne non spécialisée ou organisation ostracisée par les organismes de réglementation, ou dont la pratique est entravé ou refusé par des raisons non fondées ou par pression idéologique, que beaucoup de nos

gouvernements ont autorisé ou encouragé, résultant de la politisation de la sexualité. Les professionnels souhaitant rejoindre des organisations, telles que l'IFTCC, comprennent les thérapeutes qui ont un désir positif de travailler avec les clients, leurs familles et leurs communautés touchées par les problèmes mis en évidence dans ce document.

42. Nous continuerons également à développer les directives de pratique et le cadre éthique qui sous-tend le travail de tout praticien souhaitant à nous associer. Nous ne supportons pas un traitement aversif, coercitif ou honteux, et nous soutenons l'éducation et la formation pour parents, pasteurs, églises et thérapeutes professionnels. Il faut préserver la liberté de la parole et de la recherche scientifique pour nous accomplir cette éducation et cette formation à tous dans n'importe quelle communauté. Cherchant à faire du bien à tous, nous nous engageons à promouvoir des attitudes de respect, harmonie et dignité envers ceux personnes, actuellement ou antérieurement, identifiées comme LGBT, ceux qui s'identifient comme non hétérosexuels qui ne s'identifient pas comme LGBT - cachés, démasqués, condamnés, punis ou non - et leurs familles et communautés.

43. Nous continuerons à développer un plan de formation qui offre aux apprenants de l'information sur la recherche et la science données à l'appui des thérapies permettant le changement.

44. Nous nous efforcerons de rendre nos directives de pratique, normes éthiques et association critères ouvert à l'examen du public et des professionnels.

45. En outre, nous continuerons à mettre en plate-forme des recherches pertinentes et précises, en particulier celles qui ont été ignorées, qui sont mal interprétées ou défavorisées. Nous mettrons en évidence les recherches qui sont inexactes, sous examen scientifique, telles que l'affirmation erronée de la narration du mal et de la la suicidalité, où la ré-analyse de données utilisées à mauvais escient a remis en question les résultats ^{77, 78}.

Liste de Références

Note: « op cit » fait référence aux citations précédemment fournies en tant que citations entières. « Ibid » fait référence aux citations citées immédiatement avant la citation à laquelle il est fait référence.

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-y> 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-lstq8zx5v>
 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/>
 55. <https://docs.google.com/document/d/1lct1U4yee7vjXWcyK0PJ2lz1XFPkorW/edit> <https://www.transgendertrnd.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., 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>
 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. (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.liverpooecho.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).