

Een kind van ons beiden: eiceltransfer tussen lesbische partners

G. PENNING^{1, 2}

Samenvatting

Technieken voor medisch geassisteerde voortplanting hebben tot doel een persoon of een paar de mogelijkheid te geven om hun kinderwens te realiseren in overeenstemming met hun waarden en opvattingen. Voor de meeste paren betekent dit dat ze hun eigen gameten samenbrengen in het kind. Voor lesbische paren is dit onmogelijk, maar zij kunnen een soortgelijke constructie opzetten waarbij de ene partner zwanger wordt met de eicellen van de andere. In dit artikel worden een aantal mogelijke analogieën (eiceldonatie, draagmoederschap, enz.) bekeken die kunnen helpen bij de interpretatie van deze procedure. Om tot een evaluatie van de vraag te komen, moeten de extra kosten op medisch en financieel vlak worden afgewogen tegenover de psychosociale voordelen die de patiënten verwachten. Deze voordelen zijn het „samen maken van een kind”, het behoud van de gelijkheid tussen de partners en het vermijden van jaloezie.

Inleiding

Recent werd door een Belgisch fertiliteitscentrum een vraag gesteld aan het Raadgevend Comité voor Bioethiek over de aanvaardbaarheid van eiceltransfer tussen lesbische partners. Deze toepassing bestaat reeds meerdere jaren en lijkt aan een opmars begonnen. Dit protocol staat sinds de publicatie van Marina et al. bekend als „reception of oocytes from partner” (ROPA) (1). Het ontwerp is vooral interessant omdat deze gelijkaardig is aan en tegelijk verschillend is van een aantal bekende en aanvaarde praktijken binnen de medisch geassisteerde voortplanting, zoals eiceldonatie en draagmoederschap. In dit artikel wordt ROPA geanalyseerd in twee delen. In het eerste deel wordt het redeneren bij analogie gebruikt om te verduidelijken welke invalshoeken er mogelijk zijn wat betreft ROPA (2). In het tweede deel worden de voor- en de nadelen afgewogen tegen elkaar.

Mogelijke analogieën

Eiceldonatie

Is ROPA een geval van eiceldonatie? Indien het donatie is, dan is het een bijzondere vorm van donatie omdat deze plaatsvindt tussen partners. In het algemeen wordt een dergelijke transactie binnen het veld van de medisch geassisteerde voortplanting niet aanzien als donatie. De term „partnerdonatie” heeft eigenlijk pas zijn intrede gemaakt met de Europese Richtlijn 2004/23/EG Menselijke Weefsels en Cellen. Deze richtlijn was oorspronkelijk geschreven met het oog op bloed- en orgaandonatie, niet voor gameten-donatie. Richtlijn 2006/17/EG, annex III stelt dat voor partnerdonatie de biologische screening moet worden uitgevoerd op het ogenblik van de donatie van eicellen en sperma. Dit betekent onder andere dat partners die een vruchtbaarheidsbehandeling ondergaan, moeten worden getest zoals donoren. Dit is een vreemde manier om de dingen voor te stellen, maar indien die interpretatie aanvaard wordt, is ROPA een vorm van donatie. Indien die verworpen wordt omdat donatie gewoonlijk slaat op een gift van een derde (iemand buiten het ouderschapsproject), dan is ROPA geen donatie. De vrouw die de eicellen verstrekt,

¹ Bioethics Institute Ghent, Faculteit Letteren en Wijsbegeerte, Universiteit Gent.

² Correspondentieadres: G. Pennings, Bioethics Institute Ghent, Faculteit Letteren en Wijsbegeerte, Universiteit Gent, Blandijnberg 2, 9000 Gent; e-mail: guido.pennings@ugent.be

gebruikt die immers voor haar eigen kinderwens met de dragende partner. Dit is gelijkaardig aan een man die sperma levert aan zijn vrouw voor hun kinderwens. Indien het paar beschouwd wordt als een eenheid, is er geen donatie, want er is geen derde partij. Indien het paar beschouwd wordt als twee individuen, is er wel donatie van de een aan de ander. In de Belgische context is er nog een gegeven dat kan helpen bij deze keuze, namelijk de wetswijziging van 10 april 2014, waarbij de twee wensouders in een lesbisch paar worden beschouwd als een „enige vrouw” voor de bepaling van het aantal kinderen per donor. In plaats van de term „vrouw” te veranderen in „familie” heeft men een lesbische tweevuldigheid gecreëerd. Een laatste element in deze analogie is het feit dat bij ROPA de lasten en de risico's niet, zoals bij gewone donatie, worden doorgeschoven naar een vrouw die geen voordeel heeft bij de procedure, maar naar een partner. In dit opzicht lijkt ROPA meer op spiegeldonatie en op eiceldelen („egg sharing”) (3, 4).

De typering kan allerlei praktische gevolgen hebben. Als de partner als donor wordt gezien, betekent dit dat alle regels van het donorschap ook op haar van toepassing zijn. Men kan dan denken aan de regels voor screening, de aard van de counseling, de maximale leeftijdsgrens, enz. In landen waarin donoranonimiteit verplicht is, zou ROPA niet mogelijk zijn (5). De typering kan ook wettelijke gevolgen hebben. In België bijvoorbeeld zijn beide partners de wettelijke ouders van het kind indien ze gehuwd zijn. Indien ze niet gehuwd zijn, kan de partner die niet bevallen is van het kind het kind gewoon erkennen bij de burgerlijke stand. Hiervoor mag de partner die de eicellen heeft geleverd wel niet als donor worden geregistreerd, want volgens de Wet op de medisch geassisteerde voortplanting van 2007 kan een donor geen rechtsvordering instellen betreffende de afstamming (artikel 56). Gelijkaardige beschikkingen bestaan ook in andere landen die gametendonatie aanvaarden. De wettelijke gevolgen kunnen, afhankelijk van de bestaande wetgeving, erg complex worden wanneer het lesbische paar later uit elkaar gaat. Verleden jaar heeft het hof van beroep van Portsmouth County geoordeeld over een zaak van ROPA waarbij een vrouw haar eicellen ter beschikking had gesteld van haar partner, die na meerdere pogingen niet zwanger was geworden (6). Na enkele jaren scheidde het paar en de wettelijke moeder van de tweeling (de vrouw die bevallen is) nam de kinderen mee. De genetische moeder spande een rechtszaak aan om erkend te worden als ouder en ouderlijke verantwoordelijkheid te krijgen.

Embryodonatie

Aangezien zowel de eicel als de spermacel afkomstig is van andere personen dan de vrouw die zwanger zal worden, kan ROPA ook gezien worden als embryodonatie. Het is immers een embryo op het ogenblik waarop het wordt ingebracht bij de andere partner. Dit is de interpretatie van de Zweedse Nationale Raad voor Medische Ethiek (4). De plausibiliteit van deze analogie is afhankelijk van twee punten: is dubbele gametendonatie hetzelfde als embryodonatie en wordt de overdracht van de eicellen gezien als donatie? Deze analogie heeft mogelijk wettelijke gevolgen. In België is embryodonatie immers bij wet uitsluitend anoniem. Indien ROPA als embryodonatie wordt gezien, zou het in België verboden zijn aangezien de donor en de ontvanger hier gekend zijn.

Er kunnen omstandigheden zijn waarin ROPA door middel van embryo's nieuwe cycli van intra-uteriene inseminatie (IUI) voorkomt. Indien de partner om medische redenen behandeld werd via in-vitrofertilisatie (IVF) en nog embryo's in bewaring heeft, dan kan het koppel het ziekenhuis vragen om die terug te plaatsen bij de tweede partner. Die partner wordt dan, zoals bij de eiceloverdracht, zwanger met het genetische kind van haar partner. Aangezien er geen aparte aspecten verbonden zijn aan deze analogie in vergelijking met de eiceldonatie, wordt de embryodonatie niet verder uitgewerkt.

Draagmoederschap

ROPA vertoont ook een gelijkenis met draagmoederschap. Toch is het verschil onmiddellijk duidelijk: de draagmoeder bij ROPA is een echte draagmoeder, want zij draagt het kind voor zichzelf. ROPA past zelfs volledig in de wens van een aantal mensen die niet aanvaarden dat er een genetische band is tussen de draagmoeder en het kind. Een aantal landen, waaronder Griekenland, Israël en Australië (Victoria), aanvaarden geen laagtechnologisch draagmoederschap, waarbij de draagmoeder ook de eicel levert. Dit is blijkbaar gesteund op het (onbewezen) idee dat de afwezigheid van een genetische band het makkelijker zal maken voor de draagmoeder om het kind af te staan (7). Als ROPA niet wordt toegelaten, zou hoogtechnologisch draagmoederschap logischerwijs ook verboden moeten worden.

Indien men draagmoederschap als analogie voor ROPA neemt, dan wordt het onderscheid tussen

medische en niet-medische redenen relevant. Er wordt algemeen aanvaard (hoewel er ook hierbij vraagtekens geplaatst kunnen worden) dat draagmoederschap alleen kan als ultimum remedium, d.w.z. alleen wanneer een zwangerschap onmogelijk is voor de intentionele moeder of een hoog risico inhoudt voor haar leven. Dit zal echter zelden het geval zijn bij lesbische paren die om ROPA vragen. Bij lesbische paren is het niet ongebruikelijk dat een partner geen zwangerschapswens heeft (8). Indien men ROPA zou toepassen met als voornaamste reden dat de vrouw die de eicellen geeft geen zwangerschapswens heeft, dan zou dit geen voldoende reden zijn om de vraag in te willigen. Is ROPA echter wel vergelijkbaar op dit punt? Een belangrijk verschil ook hier (zoals bij eiceldonatie) is dat de risico's van de zwangerschap niet worden doorgeschoven naar een derde, maar naar een partner. Waarom zou het dan alleen als uiterste noodmiddel toegepast mogen worden? Een van beide partners zal trouwens sowieso zwanger moeten worden. Bovendien is de afwezigheid van een zwangerschapswens niet de enige of de voornaamste reden om over te gaan tot ROPA. Een kind van hen beiden weegt meer door.

De praktijk van draagmoederschap in België toont aan dat noch de fertiliteitscentra, noch de rechtbanken de vrouw die de eicellen aan de draagmoeder geeft als een donor beschouwen (9). Fertiliteitscentra voeren immers alleen hoogtechnologisch draagmoederschap uit, waarbij de eicel van de intentionele moeder komt. Aangezien de genetische moeder niet beschouwd wordt als een eiceldonor, kan zij later ook het wettelijke ouderschap over het kind verwerven.

Vervanging van mitochondriaal DNA

Veronderstel dat een lesbisch paar morgen een fertiliteitscentrum binnenstapt en vraagt dat men een eicel neemt van de ene partner en daarvan de nucleus overbrengt naar een eicel van de andere partner. Velte heeft deze mogelijkheid overwogen lang vooraleer die bestond en toegepast werd en zij besloot, niet gehinderd door enige kennis over de risico's, dat dit „should be seen as a valid method of family formation” (10). Deze wens zou dicht aanleunen bij de wens van heteroseksuele paren om genetisch materiaal te mengen. Bovendien zou die procedure dan nog aangevuld kunnen worden met ROPA: men zou de eicellen van de vrouw die de kern heeft geleverd, kunnen terugplaatsen bij de vrouw die de mitochondria heeft

geleverd. Toch zijn er een aantal belangrijke verschillen met ROPA aan te duiden. Allereerst is er een verschil in erkenning tussen enerzijds de waarde van een zwangerschap en een genetische band en anderzijds de waarde van mitochondriaal DNA. Mitochondriaal DNA wordt door de meesten niet gezien als een voldoende basis om ouderschap toe te kennen. Integendeel zelfs, het is misleidend om bij een dergelijke transfer van een „tweemoederkind” te spreken (11). Door het gebrek aan basis wordt dit een ideosyncratische wens zonder maatschappelijk draagvlak. Ten tweede zijn de risico's bij een mitochondriale transfer onbekend omdat het hier een experimentele procedure betreft. Dit is niet het geval voor eiceldonatie (zie verder). Zelfs indien dus aanvaard zou worden dat ook de mitochondriale transfer een vorm is van „een kind van ons beiden maken”, dan zou de onveiligheid voldoende reden zijn om die aanvraag af te wijzen.

Afweging

Welke analogie men ook kiest, men zal steeds een afweging moeten maken tussen de negatieve (risico's, kosten, inspanning, enz.) en de positieve aspecten (autonomie, geluk, enz.) die relevant zijn in die analogie. Verschillende afwegingen kunnen onderscheiden worden.

IUI versus IVF

IVF is noodzakelijk voor de eiceloverdracht tussen de partners. Zonder IVF zou dit paar gebruikmaken van IUI met donorsperma. Hoe verhouden de risico's van IVF zich tegenover deze van IUI? Het lijkt erop dat de verschillen relatief beperkt zijn. Ten eerste is er een aanhoudende discussie over de kostenefficiëntie van IVF in vergelijking met IUI. De meeste richtlijnen raden aan om eerst een aantal cycli met IUI te doen en pas over te stappen naar IVF indien deze on succesvol zijn (dit vanzelfsprekend alleen in gevallen waarin de noodzaak van IVF niet duidelijk is). Deze afweging heeft echter enkel betrekking op de zwangerschapskans en houdt geen rekening met de specifieke wens van de paren die ROPA willen. Het is duidelijk dat er geen categorisch onderscheid is tussen beide behandelingen: IVF is de logische volgende stap indien IUI niet lukt. Trouwens, indien het verschil tussen IUI en IVF inderdaad groot zou zijn, dan zou men verwachten dat de fertiliteitscentra geen IVF zouden

aanbieden aan een onvruchtbare lesbische partner zonder eerst de andere partner te behandelen met IUI. Voor zover bekend is dit niet de standaardpraktijk in de centra (12).

Een belangrijk argument tegen ROPA is dat de eiceldonatie – en de IVF-cyclus – volkomen onnodig zijn. De partner die de eicellen ontvangt, heeft immers vermoedelijk zelf eigen goede eicellen. Hiermee wordt ook hier het onderscheid geïntroduceerd tussen medische en niet-medische vormen van ROPA. Het is moeilijk om ROPA te verwerpen in geval van medische redenen omdat die toepassingen heel erg lijken op aanvaarde praktijken. Er bestaan drie grote groepen van medische redenen: de donerende partner heeft een medische reden om niet zwanger te worden, de ontvangende partner heeft een bekend hoger risico op een kind met een genetische aandoening of de ontvangende partner heeft lagere slaagkansen indien ze haar eigen eicellen zou gebruiken. Een zwangerschapsrisico wordt algemeen erkend als rechtvaardiging voor draagmoederschap. In geval van een verhoogd genetisch risico wordt gametendonatie algemeen aangeboden als alternatief. Dan is er nog de lagere slaagkans. Is er een medische reden voor ROPA wanneer de partner die zwanger wil worden 37 jaar oud is en de partner die de eicellen geeft 32? De bovenstaande vraag maakt snel duidelijk dat het onderscheid tussen medische en niet-medische redenen niet zo eenduidig is en dat er een afweging gemaakt zal moeten worden tussen verschillende factoren (genetische risico's, kans op zwangerschapsverwikkelingen, slaagkansen, enz.).

Hoewel IVF meer risico's inhoudt dan IUI, blijft dit risico laag en vormt het geen belemmering om IVF aan te bieden aan vrouwen in omstandigheden waarin dit vermeden kan worden. Het meest voor de hand liggende voorbeeld is mannelijke infertiliteit. De vrouw wordt in dat geval onnodig onderworpen aan IVF, terwijl men zou kunnen overgaan tot donorinseminatie. Een tweede illustratie is het aanbieden van IVF aan vrouwen in geselecteerde patiëntengroepen waarvan men weet dat ze een grote kans (tot 25%) hebben om spontaan zwanger te worden binnen het jaar (13). Als het extra risico van IVF een probleem zou zijn, zou men verwachten dat de centra de wachttijd voor de behandeling van die paren zouden optrekken, zoals trouwens aanbevolen wordt door bepaalde instituten (14).

Ook kostenefficiëntie wordt vaak aangehaald als argument tegen ROPA, in het bijzonder in landen waarin de kosten gedragen worden door de samenleving. De richtlijnen van het „National Institute for

Health and Care Excellence” (NICE) bevelen aan dat men zou starten met een aantal IUI-cycli (14). Onderzoek in Nederland heeft aangetoond dat de centra de richtlijnen kennen, maar dat een aantal IVF nog steeds aanbieden als eerstelijnsbehandeling (15). Schijnbaar worden de argumenten tegen het onnodige gebruik van IVF op een erg selectieve manier gebruikt.

IUI versus eiceldonatie

ROPA houdt dezelfde risico's in voor de moeder en het kind als gewone eiceldonatie. Eiceldonatie verhoogt het risico op verwikkelingen (zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie) tijdens de zwangerschap (16). Er worden ook negatieve effecten gemeld op de gezondheid van de kinderen (laag geboortegewicht) (17). Deze risico's zijn belangrijk, maar hun evaluatie hangt af van het referentiepunt. Het risico is verhoogd ten opzichte van niet-eiceldonatiecycli, maar is verwaarloosbaar vergeleken met de risico's van een meerlingzwangerschap. Zoals bekend, is medisch geassisteerde voortplanting een van de belangrijkste oorzaken van meerlingzwangerschappen, die in de overgrote meerderheid van de gevallen ook perfect vermeden kunnen worden (18).

Medische risico's versus psychosociale voordelen

Om van een verantwoorde toepassing te kunnen spreken, moeten de vermelde verhoogde kosten bij IVF en eiceldonatie gecompenseerd worden door de psychosociale voordelen. Welke zijn nu precies die psychosociale voordelen? Het belangrijkste punt is de wens om samen een kind te maken, d.w.z. een kind van hen beiden. Heteroseksuele paren doen dit door de gameten van beide partners te gebruiken. Lesbische paren maken een combinatie van een genetische en een biologische band. In het algemeen kan het belang erkend worden van zowel de zwangerschap als de genetische band bij meerdere toepassingen van medisch geassisteerde voortplanting. Bij eiceldonatie wordt de vrouw die bevalt erkend als moeder omdat ze het kind heeft gedragen en de intentie heeft om het op te voeden. Bij draagmoederschap gaat men ervan uit dat de intentionele moeder de moeder is omdat ze een genetische band heeft met het kind. Zowel het dragen van het kind als het hebben van een genetische band met het kind zijn erkende criteria om ouderschap toe te

kennen. Men kan het spijtig vinden dat de sociale en de psychologische banden en intenties niet voldoende zijn om een ouderlijk project te funderen, maar dat bezwaar kan tegen veel toepassingen worden gemaakt. Als men het tegen ROPA wil gebruiken, dan moet men uitleggen waarom het niet eveneens zou gelden bij IVF-intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI) voor mannelijke infertiliteit. Niettemin kan er nog steeds worden geargumenteed dat de combinatie van een genetische en een biologische band niet dezelfde waarde heeft als een gedeelde genetische band. Lesbische paren moeten nog steeds de bijdrage van een spermadonor aanvaarden. Zij maken dan wel samen een kind, maar ze kunnen dit, zelfs met ROPA, niet alleen. Een paar dat gebruikmaakt van IVF-ICSI, zou alle problemen kunnen vermijden door donor-sperma te gebruiken, maar als ze slagen, zijn ze wel de biologische en genetische ouders van het kind zonder enige (materiële) bijdrage van een derde.

Het is algemeen bekend dat lesbische paren veel belang hechten aan gelijkheid in hun relatie (8). Deze gelijkheid komt mogelijk in gevaar door de ongelijke relatie die de partners hebben met het kind (19). Paren kunnen dan allerlei strategieën ontwikkelen om de gelijkheid te vergroten of in stand te houden. Die strategieën zijn er voornamelijk op gericht om de status van de niet-biologische moeder te vergroten. Een dergelijke strategie is het induceren van melkproductie bij de niet-biologische moeder zodat ze beiden de borst kunnen geven en dezelfde intieme band met het kind kunnen vormen (20). Ze kunnen ook bewust een donor selecteren die lijkt op de niet-biologische moeder (21). ROPA moet eveneens worden gezien als een dergelijke strategie. De partners worden beiden evenveel moeder: de een de geboortemoeder en de ander de genetische moeder. Deze constructie kan ook gevoelens van jaloezie voorkomen in paren waarin beide partners een zwangerschapswens hebben (8).

Besluit

Er zijn geen doorslaggevende argumenten om „reception of oocytes from partner” (ROPA) categorisch te weigeren. Tegelijk zijn er redenen om de voorkeur te geven aan intra-uteriene inseminatie (IUI). In de counseling moet de extra belasting (financieel, psychologisch, medisch, enz.) duidelijk worden gemaakt. Wanneer een paar desondanks besluit om voor ROPA te gaan, zou hun reproductieve autonomie de bovenhand moeten krijgen.

Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

Abstract

A child of both of us: egg transfer between lesbian partners

Techniques for medically assisted reproduction give people the possibility to realize their child wish in a way fitting their values and convictions. For most people, this means using the gametes of both partners to create a child. Since this is impossible for lesbian couples, they may opt for a construction in which one partner transfers her eggs to the other partner.

In this article, several analogies (egg donation, embryo donation, surrogacy, etc.) are analyzed. The best fitting analogy will help to find out whether or not to accept the procedure. A second way to evaluate the procedure is by balancing the extra medical and financial costs against the psychosocial advantages the patients seek to obtain. These advantages are the making of a child of both of them, the maintenance of equality between the partners and the prevention of feelings of jealousy.

Literatuur

- MARINA S, MARINA D, MARINA F, FOSAS N, GALIANA N, JOVE I. Sharing motherhood: biological lesbian co-mothers, a new IVF indication. *Hum Reprod* 2010; 25: 938-941.
- MERTES H, PENNINGS G. The force of dissimilar analogies in bioethics. *Theor Med Bioeth* 2010; 32: 117-128.
- PENNINGS G. Mirror gametes donation. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007; 28: 187-191.
- ZEILER K, MALMQUIST A. Lesbian shared biological motherhood: the ethics of IVF with reception of oocytes from partner. *Med Health Care Phil* 2014; 17: 347-355.
- MACHIN R. Sharing motherhood in lesbian reproductive practices. *BioSocieties* 2014; 9: 42-59.
- COURT OF APPEAL (CIVIL DIVISION), PORTSMOUTH COUNTY COURT, 2014. Re G Children. Case no. B4/2013/2104.
- BERNSTEIN G. Unintended consequences: prohibitions on gamete donor anonymity and the fragile practice of surrogacy. *Indiana Health Law Rev* 2012; 10: 291-324.
- PELKA S. Sharing motherhood: maternal jealousy among lesbian co-mothers. *J Homosexual* 2009; 56: 195-217.
- PLUYM L. Naar een familierechtelijk statuut voor draagmoederschap in België. Doctoraal proefschrift, Universiteit Gent, 2014.
- VELTE KC. Eggging on lesbian maternity: the legal implications of trigametic in vitro fertilization. *J Gender Soc Pol Law* 1998-1999; 7: 431-464.

11. NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS. Novel techniques for the prevention of mitochondrial DNA disorders: an ethical review. London: Nuffield Council on Bioethics, 2012.
12. DONDORP WJ, DE WERT GM, JANSSENS PMW. Shared lesbian motherhood: a challenge of established concepts and frameworks. *Hum Reprod* 2010; 25: 812-814.
13. EIJKEMANS MJC, LINTSEN AME, HUNAULT CC, et al. Pregnancy chances on an IVF/ICSI waiting list: a national prospective cohort study. *Hum Reprod* 2008; 23: 1627-1632.
14. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems. NICE clinical guideline 156, 2013.
15. ZONMW. Vruchtbaarheidsstoornissen: kansen voor doelmatiger zorg. ZonMw: Den Haag, 2005.
16. YOUNIS JS, LAUFER N. Oocyte donation is an independent risk factor for pregnancy complications: the implications for women of advanced age. *Scand J Public Health* 2015; 32: 24-29.
17. MALCHAU SS, LOFT A, LARSEN EC, et al. Perinatal outcomes in 375 children born after oocyte donation: a Danish national cohort study. *Fertil Steril* 2013; 99: 1637-1643.
18. PENNINGS G. Avoiding multiple pregnancies in ART – multiple pregnancies: a test case for the moral quality of medically assisted reproduction. *Hum Reprod* 2000; 15: 2466-2469.
19. RAES I, VAN PARIJS H, PROVOOST V, BUYSSE A, DE SUTTER P, PENNINGS G. Parental (in)equality and the genetic link in lesbian families. *J Reprod Infant Psych* 2014; 32: 457-468.
20. ZIZZO G. Lesbian families and the negotiation of maternal identity through the unconventional use of breast milk. *Gay Lesbian Issues Psych Rev* 2009; 5: 96-109.
21. JONES C. Looking like a family: negotiating bio-genetic continuity in British lesbian families using licensed donor insemination. *Sexualities* 2005; 8: 221-237.