

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl



Emotionele aspecten van de ontwikkeling van kinderen die door middel van een kunstmatige reproductietechniek (DI of IVF) zijn verwekt: vier casussen¹

Froukje Slijper

Margit Deben-Mager

Wat kan het voor de emotionele ontwikkeling van een kind betekenen om door middel van een kunstmatige reproductietechniek verwekt te zijn? Factoren als onvruchtbaarheid van de ouder, opgroeien met een geheim over de verwekking, anonimiteit van de donor en opgroeien zonder vader komen aan de orde.

Inleiding Verminderde vruchtbaarheid is een fenomeen waar steeds meer vrouwen mee te maken krijgen als zij hun eerste zwangerschap uitgesteld hebben met het oog op hun deelname aan het arbeidsproces en het opbouwen van een carrière. Daar de vruchtbaarheid van de vrouw met het ouder worden afneemt, neemt tevens de kans op een zwangerschap af en zijn steeds meer vrouwen aangewezen op kunstmatige reproductietechnieken. In Nederland is de gemiddelde leeftijd waarop een vrouw haar eerste kind krijgt ruim achtentwintig jaar. Ook bij verminderde vruchtbaarheid van de man is er door het doortikken van de biologische klok van de vrouw steeds min-

Dr. F. M.E. Slijper is psychoanalytica, vrijgevestigd psychotherapeut voor volwassenen en kinderen, tevens werkzaam op de afdeling Kinderen Jeugdpsychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam. Zij is seksuoloog, gespecialiseerd in genderproblematiek van volwassenen en kinderen en heeft diverse publicaties over genderproblematiek van kinderen met een interseks-aandoening op haar naam staan. Correspondentieadres: Rubensstraat 106 hs, 1077 NC Amsterdam.

M. M. Deben-Mager is psychiater/psychoanalytica, verbonden aan het Nederlands Psychoanalytisch Instituut en werkzaam in een zelfstandige praktijk. Zij publiceerde over psychoanalytische theorie met betrekking tot de vrouwelijke psychologie.

der tijd beschikbaar om tot een zwangerschap te komen zonder hulp van een kunstmatige reproductietechniek.

Onvruchtbaarheid wordt vooral door vrouwen vaak ervaren als een levenscrisis (Gerstel 1963). Geen controle hebben over de voortplantingscapaciteiten van het lichaam is volgens Dinora Pines (1993) een slag voor het zelfgevoel. Verdriet, onmachtsgevoelens, maar ook schaamte over het niet zwanger kunnen worden terwijl de leeftijdgenoten al met gezinsuitbreiding zijn begonnen en schuldgevoelens tegenover de ouders die geen grootouders zullen worden waardoor het geslacht niet zal worden voortgezet, spelen een belangrijke rol. Daarbij komt volgens Pines – die het zwanger worden van de vrouw ziet als het laatste stadium naar het volwassen worden – dat dit vaak tot een stagnatie leidt in het ontwikkelingsproces. Hoewel de onvruchtbaarheid veelal niet opgelost wordt door de reproductietechniek, kan de vrouw wel zwanger worden en kan de kinderwens vervuld worden. Reproductietechnieken zoals donorinseminatie (DI) en in vitrofertilisatie (IVF) kunnen hierdoor een zegen zijn voor een onvruchtbaar of verminderd vruchtbaar echtpaar maar zij kunnen ook veel verdriet en teleurstelling veroorzaken, omdat – en dit geldt vooral voor IVF – het succespercentage gering is en de methode veel emotionele problemen met zich mee kan brengen.

De reproductietechnieken bieden tevens de mogelijkheid aan vrouwen die wel vruchtbaar zijn maar geen mannelijke partner hebben, zoals alleenstaande vrouwen en lesbische paren, om zwanger te worden. Hierdoor zijn er alternatieve gezinsstructuren waarin een kind kan opgroeien, zoals bij een alleenstaande heteroseksuele moeder, een alleenstaande homoseksuele moeder of een lesbisch ouderpaar.

Daar kunstmatige reproductietechnieken tegenwoordig vrij gemakkelijk beschikbaar zijn en regelmatig worden toegepast, rijst de vraag wat het voor de ontwikkeling van het kind betekent om op een dergelijke wijze verwekt te zijn. In de psychoanalytische literatuur is hierover nog maar weinig geschreven. Er zijn echter wel een aantal systematische, niet psychoanalytische, onderzoeken over dit onderwerp verricht waarbij het accent ligt op de incidentie van emotionele en gedragsproblemen bij deze kinderen. Hoewel het beleavingsaspect in deze onderzoeken weinig aan bod komt, werpen de resultaten toch een eerste licht op de materie. Een korte samenvatting van de onderzoeken zal nu volgen.

Uit onderzoek bij lesbische ouders blijkt dat de cognitieve, emotionele en sociale ontwikkeling van hun kinderen niet verschilt van die van leeftijdgenoten. Deze resultaten gelden zowel voor kinderen van wie de lesbische moeder eerst getrouwd is geweest en na haar scheiding met een homoseksuele vrouw is gaan samenwonen (Kirkpatrick e.a. 1981, Golombok e.a. 1995, Golombok e.a. 1983), als voor kinderen die vanaf de geboorte door een lesbisch ouderpaar zijn opgevoed (Flaks e.a. 1995, De Kanter 1996). Op opvoedingsvragenlijsten scoren lesbische vrouwen zelfs als competenter dan hete-

roseksuele ouders (Flaks e.a. 1995). Het is mogelijk dat deze gegevens gebaseerd zijn op een selectie uitzonderlijk competente ouders (Verhulst e.a. 1997). Dit zou betekenen dat, als grotere groepen van lesbische ouderparen kinderen krijgen, er meer emotionele en gedragsproblemen gevonden zouden worden. Een andere mogelijkheid is dat het effect veroorzaakt wordt door de self-report-methode waarvan de meeste onderzoeksinstrumenten gebruik hebben gemaakt. Hoewel er nog geen resultaten beschikbaar zijn van de seksuele oriëntatie bij volwassenen die vanaf hun geboorte opgevoed zijn door een lesbisch ouderpaar, wijzen gegevens over volwassenen die opgevoed werden door een lesbische moeder die na haar scheiding met een homoseksuele vrouw ging samenwonen erop, dat de seksuele oriëntatie niet afwijkt van die van volwassen die zijn opgevoed door een heteroseksueel ouderpaar (Tasker & Golombok 1995). Niet alleen bij lesbische ouderparen, ook bij alleenstaande ouders lijken de negatieve invloeden op de ontwikkeling mee te vallen. Veel verschillen in probleemgedrag tussen kinderen van alleenstaande moeders en die uit intacte gezinnen lijken bepaald te worden door huwelijksconflicten in de periode voor de scheiding (Cherlin e.a. 1991) en door financiële problemen (Blum e.a. 1988). Bosman e.a. (1993) vonden echter ondanks correctie voor kind en gezinsfactoren wel verschillen tussen kinderen uit éénouder- en die uit tweeoudergezinnen wat betreft probleemgedrag en bereikt opleidingsniveau.

Van ouders die door middel van IVF een kind hebben gekregen wordt vaak gemeld dat zij overbezorgde ouders zijn, die te hoge verwachtingen van hun zo zeer gewenste kind hebben (Levy 1970, Ketting 1990). Een onderzoek van Van Balen (1995) laat evenwel het tegendeel zien. Hij vergeleek het opvoedingsgedrag, de ervaren opvoedingsproblemen en de opvattingen van ouders over het karakter van hun kind bij drie groepen ouders: ouders die een IVF-kind hadden, ouders die na langdurige onvruchtbaarheid een natuurlijk kind gekregen hadden en normaal vruchtbare ouders. Zowel de ouders die een IVF-kind hadden als de ouders die na langdurige onvruchtbaarheid een kind kregen, gaven aan, dat zij emotioneel meer betrokken waren op hun kind, hun kind in de opvoeding beter aankonden en hun kind vaker als sociaal beoordeelden dan normaal vruchtbare ouders. Ook Golombok e.a. (1995) vonden in een onderzoek van IVF-kinderen dat hun ouders betere opvoedingskwaliteiten hebben dan ouders die een op natuurlijke wijze verwekt kind hebben. Uit onderzoek van DI-kinderen van wie de ouders een heteroseksuele relatie hebben blijkt dat zij in hun emotionele ontwikkeling en relatie met hun ouders niet afwijken van op natuurlijke wijze verwekte kinderen (Brewaays & Van Balen 1997). Ook bij de ouders van deze groep kinderen vonden Golombok e.a. dat de opvoedingskwaliteiten van de ouders beter waren dan die van de ouders die op de gebruikelijke manier een kind hadden gekregen (Golombok e.a. 1995). Zij concluderen dan ook dat genetische banden minder belangrijk zijn voor het functioneren van het gezin dan een sterke wens om ouder te worden.

De vraag die we ons dus kunnen stellen op grond van deze resultaten is of kinderen die alleen door middel van een kunstmatige reproductietechniek verwekt zijn en kinderen die tevens in een alternatieve leefsituatie worden opgevoed hier zo door benadeeld worden in hun ontwikkeling. Immers de psychologische studies geven weinig aanleiding te veronderstellen dat er meer emotionele en gedragsproblemen bij deze kinderen voorkomen dan bij kinderen in de algemene populatie.

In dit artikel worden vier casussen gepresenteerd van kinderen die door middel van een kunstmatige reproductietechniek verwekt zijn. In deze casuïstiek hebben wij ons op de belevingskant gericht om zo meer zicht te krijgen op de intrapsychische processen. Wij zijn ons ervan bewust dat het een eerste aanzet is, om een tipje van de sluier op te lichten van wat het voor een kind betekent om door middel van een kunstmatige reproductietechniek verwekt te zijn. Het gaat hier om vier geheel verschillende casussen wat betreft kunstmatige reproductietechniek en gezinsstructuur. Onderlinge vergelijking wordt dan ook niet nagestreefd.

Bij drie van de vier kinderen is de toegepaste reproductietechniek kunstmatige inseminatie met zaad van een anonieme donor (DI), bij één kind in vitrofertilisatie (IVF). De leefsituatie is als volgt: één kind wordt opgevoed door de genetische moeder en een niet-genetische vader (DI), één kind door de genetische vader en genetische moeder (IVF), één kind wordt door alleen de genetische moeder opgevoed en één kind door een lesbisch paar waarvan één vrouw de genetische moeder is.

Per casus zal worden beschreven hoe de kunstmatige reproductietechniek is ervaren door de ouders en zullen hypothesen worden gevormd over de wijze waarop deze invloed gehad kan hebben op de ontwikkeling van hun kind. Bij die kinderen die tevens in een alternatieve leefsituatie zijn opgegroeid zal ook per casus beschreven worden welke invloed die situatie mogelijk op de ontwikkeling van het kind kan hebben gehad. Per casus zal worden bekeken hoe aspecten als onvruchtbaarheid, anonimiteit van de donor, opgroeien met een geheim en opgroeien zonder vader ervaren zijn.

High-tech reproductiemethoden in Nederland

In Nederland worden op dit moment ongeveer 1000-1500 DI-kinderen per jaar geboren. Sinds 1948 is DI een reguliere methode voor onvruchtbare heteroseksuele mannen om vader te kunnen worden. In het begin van de jaren negentig is de intracytoplasmatische sperma-injectiemethode (ICSI-methode) ontwikkeld, waardoor mannen met een fertiliteitsprobleem de kans krijgen een genetisch eigen kind te verwekken. Sinds 1977 is DI ook beschikbaar voor lesbische en alleenstaande ouders (Slijper & Verhulst 1991). De eerste IVF-baby werd in 1978 geboren, de eerste IVF-baby in Nederland zag in 1983 het levenslicht. Hoewel IVF een meer belastende en minder succesvolle methode is dan DI, wordt één procent van de jaarlijks geboren kinderen door middel van IVF-

bevruchting geconcipieerd. De ziektekostenverzekering vergoedt de kosten van DI volledig, maar aan de vergoeding van IVF is een limiet gesteld.

In het verleden verkoos de meerderheid van de ouders een anonieme donor, maar tegenwoordig is in veel klinieken een zogenaamd tweelokettenbeleid, waarbij ouders kunnen kiezen voor volledige anonimiteit of voor opheffen van de anonimiteit door het kind als het de volwassenheid bereikt heeft. De indruk is dat er een ontwikkeling gaande is naar een voorkeur voor een bekende donor, met name bij lesbische en alleenstaande vrouwen.

De meeste ouders die gekozen hebben voor een anonieme donor houden de informatie over de genetische achtergrond van hun kind geheim. Alleen als er sprake is van een erfelijke ziekte, zoals de ziekte van Huntington bij de vader die niet de verwekker van het kind is, wordt het kind in de adolescentie ingelicht over de wijze waarop het verwekt is (McCormack e.a. 1983). Alleenstaande en lesbische moeders zijn meestal meer open over de genetische oorsprong van hun kind. Zij zijn geneigd het kind al op jonge leeftijd, tussen het tweede en vijfde levensjaar, hierover in te lichten (Geerings & Van der Meer 1989).

DI-kinderen die in een heteroseksuele relatie worden verwekt, zijn de wettige kinderen van het echtpaar, ook al is de vader niet de verwekker van het kind. In een lesbische relatie is de biologische moeder de enige wettige ouder van het kind. De partner van de moeder kan alleen toeziend voogd worden.

Materiaalverzameling

Van één echtpaar was de zoon in behandeling op een polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie (casus 1). Materiaal van deze behandeling en van die van de ouders werd gebruikt in de eerste gevalsbeschrijving. De drie echtparen zonder hulpvraag die zich bereid hadden verklaard aan het onderzoek mee te werken (casussen 2-4) werden thuis geïnterviewd, waarbij gebruik werd gemaakt van een standaard psychoanalytisch diepte-interview. De vragen van het diepte-interview waren gericht op het verkrijgen van informatie over fantasieën, gevoelens en copingmechanismen van de ouders ten aanzien van de onvruchtbaarheid, de inseminatie, het zwanger zijn en het afhankelijk zijn van een kunstmatige reproductietechniek (DI of IVF) en over de drift- en ego-ontwikkeling en vervolgens de ontwikkeling van de objectrelaties van hun kind. Na het interview vond er tevens een korte observatie van het kind plaats.

De centrale vragen in eerste casus zijn: wat betekent het voor dit heteroseksuele echtpaar om onvruchtbaar te zijn en afhankelijk te zijn van DI en welke invloed kan dit hebben op de ontwikkeling van hun kind? En tevens, wat betekent het voor hun kind om opgevoed te worden door ouders die pretenderen dat de vader de genetische vader is, zodat hij moet leven met een geheim?

Bij de casussen 2 en 3 zijn de centrale vragen: wat betekent het voor de

moeder om niet op natuurlijke wijze zwanger te kunnen worden en wat betekent het voor het DI-kind om zonder vader opgevoed te worden en een onbekende verwekker te hebben? In de vierde casus zijn de centrale vragen: welke invloed kan de IVF-techniek op de zwangerschapsfantasieën van de moeder en haar fantasieën over haar toekomstige kind hebben en wat betekent het voor het kind om zo gewenst te zijn?

Casus 1

Justin is een jongen van vier en een half jaar die verwekt is door middel van kunstmatige inseminatie van een anonieme donor, evenals zijn twee oudere zusjes. Justin heeft ook een drie jaar jonger zusje dat genetisch het kind van beide ouders is. Justin wordt door zijn ouders aangemeld op de polikliniek van de kinder- en jeugdpsychiatrie met de volgende klachten: agressiviteit, plagend en onhandelbaar gedrag en encopresis. Voor Justin wordt een wekelijkse psychotherapie geïndiceerd, voor zijn ouders een ouderbegeleiding.

In de ouderbegeleiding blijkt dat de ouders het volledig oneens met elkaar zijn over de meeste opvoedingskwesties. Als de ouders de DI, die zij eerst geheim hebben gehouden tegenover de therapeut, ter sprake kunnen brengen, wordt duidelijk dat de vader² geniet van het uitdagende agressieve gedrag van zijn zoon. Hij lijkt het kind te gebruiken voor het uitageren van zijn vijandige gevoelens jegens zijn vrouw en de donor.

In de ouderbegeleiding blijkt dat er veel wrok bij vader is tegenover zijn vrouw die zo graag kinderen wilde en de drie DI-zwangerschappen heeft afgedwongen. Dat zijn jongste dochter op natuurlijke wijze verwekt is, lijkt deze wrok eerder te versterken dan te verzwakken. Doorwerken van deze problematiek staat in de ouderbegeleiding centraal. Tevens blijken de ouders het kind op intellectueel gebied te overvragen; hij moet op de kleuterschool al lezen en schrijven en in twee weken een zwemdiploma halen. In de ouderbegeleiding worden de ouders zich ervan bewust dat hun zoon de onvruchtbaarheid van de vader moet compenseren, waardoor deze houding met pedagogische adviezen goed is bij te sturen.

In de psychotherapie van Justin wordt duidelijk hoe moeilijk hij het heeft met zijn wens een stoere jongen te zijn. Hij begint met het bouwen van hoge torens die echter door auto's steeds weer omver worden gereden en die naar zijn zeggen 'zeilig instorten'. Hij vertrouwt de therapeut toe dat hij voor zijn verjaardag klappertjes wil voor zijn pistool en gaat vervolgens snel op de gang kijken of vader dit gehoord heeft. Geleidelijk aan komt er bij Justin meer ruimte voor zijn aanvankelijk verboden fallische strevingen. In de therapie is dit zichtbaar in een spel tussen Justin en de therapeut waarbij zij elkaar moeten beschieten, maar waarbij tevens een groot deel van de tijd wordt besteed aan het afspeuren van de omgeving naar de vijand met behulp van een verrekijker. De echte strijd durft Justin dus nog niet aan.

In volgende uren stelt Justin de therapeut uur na uur vragen die niet te beantwoorden zijn. In de overdracht is de therapeut de sadistische ouder die

de verkeerde antwoorden geeft. Zijn wraak op de ouders en de zusjes laat hij thuis ook zien. Hij vertelt hoe hij er genoeg aan beleeft zijn zusjes, vooral de jongste, te plagen door hun lievelingsspeelgoed te verstoppert. Hij verstopt de sieraden van de oudste zusjes en de knuffel van de jongste. Hij kijkt met plezier toe hoe de ouders overal zoeken naar de knuffel waar Justin bovenop is gaan zitten en hij geniet van de ontredde van zijn jongste zusje. Justin vertrouwt de therapeut een geheim toe over een spel dat hij thuis met deze jongste zus speelt en dat 'doodje' heet. In dit spel, dat een expressie is van zijn heftige jaloezie, wordt het jongste zusje in een net gevangen en gedood door bovenop haar te gaan liggen. Jaloezie op de zusjes komt ook naar voren in de fantasie van Justin als meisje beter af te zijn: meisjes kunnen kinderen krijgen, hij niet. De castratieangst komt in zijn spel als volgt tot uiting: Justin bouwt een kappersstoel met een meisjespopje erop waarvan de haren onder veel 'au, au'-geroep worden geknipt, vervolgens bouwt hij snel de stoel om tot neushoorn, en zegt: 'Dit zijn sterke beesten', waarna hij de hoorn van de kop van het dier af laat vallen. Als de heftige jaloezie op de zusjes, met name het jongste, dat geboren werd toen Justin naar de peuterspeelzaal ging en tevens zindelijk moest worden, kan worden doorgewerkt, komt het kind tot openlijk fallisch gedrag ten aanzien van de therapeut. Ze gaan nu echt schieten op elkaar en hebben veel lol. Als de therapie wordt afgesloten kan het kind met de therapeut dammen volgens de regels en blijkt hij ook thuis in staat de concurrentie met vader op te nemen. Vader is zich inmiddels meer in positieve zin met zijn zoon gaan bemoeien.

Discussie

Bij Justin lijkt er sprake te zijn van een fixatie in de anale en fallische fase. De vader heeft de onvruchtbaarheid die later een verminderde vruchtbaarheid blijkt te zijn, niet verwerkt en dit heeft geleid tot insufficiëntiegevoelens, woede en wrok tegenover zijn vrouw en de almachtige donor. De vader blijkt deze onbewuste vijandige gevoelens geprojecteerd te hebben op zijn zoon, waardoor hij geniet van het uitagerende, uitdagende en agressieve gedrag van zijn zoon. Het uitageren vermindert bij Justin als de ouders in de ouderbegeleiding het geheim van de DI kunnen prijsgeven aan de therapeute en de vader zijn gevoelens van woede en insufficiëntie kan doorwerken. Verklaringen voor het innerlijke verbod van Justin op het uiten van zijn fallische strevingen kunnen gezocht worden in een identificatie met de impotente vader, maar ook in angst voor castratie als gevolg van afgunst op het jongere zusje, genetisch het enige kind van beide ouders, dat geboren werd toen Justin volop in de fallische fase was. De fixatie in de fallische fase kan in de therapie worden opgeheven door zijn castratieangst en zijn afweer hiervan met sadistische impulsen en fantasieën door te werken. Tevens wordt vader een beter mannelijk identificatieobject voor Justin, omdat vader in de ouderbegeleiding zijn eigen problematiek kan doorwerken.

De weigering van Justin om zijn ontlasting los te laten lijkt een onbewuste expressie van zijn verzet tegen de ouders te zijn die het DI-geheim niet willen onthullen en tevens een expressie van de wens om kinderen te kunnen baren net als de zusjes en moeder. De jaloezie van Justin op zijn zusjes, vooral op het jongste zusje, wordt versterkt door de geheimzinnigheid van de ouders ten aanzien van de conceptie van hun kinderen en hun ongelijke positie in het gezin hierdoor. Het seksuele spel van Justin kan een expressie van zijn sadistische coïtusfantasieën en zijn onbewuste doodswensen ten aanzien van zijn jongste zusje zijn. Bij Justin lijkt het DI-geheim verweven te zijn met het geheim rond de seksualiteit tussen zijn ouders. Hoewel het DI-geheim niet aan Justin onthuld mag worden van de ouders, kan het kind toch profiteren van de behandeling, kan de anale en fallische fixatie worden opgeheven, waardoor er meer oedipaal gedrag kan ontstaan.

Casus 2

Mark is een jongen van vier jaar die door middel van kunstmatige inseminatie door een anonieme donor is verwekt. Zijn moeder is weduwe. De moeder van Mark is twee weken na de dood van haar echtgenoot bevallen, van Niek, Marks oudste broer. Niek is genetisch het kind van de overleden echtgenoot, hij is tweeënhalf jaar ouder dan Mark. Voor haar huwelijk heeft de moeder van Mark moeite gehad om een duurzame relatie aan te gaan maar ten slotte trouwt zij op tweeëndertigjarige leeftijd. Tijdens de jaren dat zij geen vaste partner had, speelde zij al met de gedachte om met behulp van DI een kind te laten verwekken; zo sterk was haar kinderwens. Ook tijdens haar huwelijk, waarin de conceptie niet snel slaagt, overweegt zij DI, omdat de kans op nakomelingen van haar echtgenoot twijfelachtig is, daar deze op twintigjarige leeftijd bestraald werd voor een tumor. Na twee jaar huwelijk wordt zij toch op de natuurlijke wijze zwanger. Kort hierop wordt haar echtgenoot ernstig ziek; er blijken uitzaaiingen van de tumor te zijn. Hij moet tenslotte in het ziekenhuis worden opgenomen, omdat zijn zwangere vrouw de verzorging thuis niet meer aankan. De bevalling, twee weken na het overlijden van vader, is tragisch en traumatisch voor moeder. Niek lijkt sprekend op zijn vader en wordt naar hem vernoemd. Na de geboorte van Niek wenst moeder een tweede kind en overweegt DI. Haar motivatie om een tweede kind door middel van DI te verwekken wenst zij met niemand te bespreken, ook niet met de artsen. Tijdens het interview spreekt zij nog uiterst vijandig over de DI-arts die haar wens ter discussie wilde stellen; het is duidelijk dat haar fantasieën onbewust moeten blijven. Tweeënhalf jaar na de geboorte van Niek wordt Mark geboren, uit zaad van een anonieme donor. De bevalling waar niemand bij aanwezig mag zijn, heeft het karakter van een feest, een triomf. In eerste instantie valt het uiterlijk van de baby de moeder tegen, daar zij verwacht dat het kind op haar overleden echtgenoot zal lijken. Als zij het kind vernoemt naar haar vader, is zij blij en opgelucht.

Mark is een modelkind, voegzaam en volgzzaam en geneigd tot het vermijden van conflicten. Het gebrek aan fallisch gedrag blijkt voor moeder geen probleem te zijn. Mark masturbeert openlijk en zeer frequent. Niek is het tegendeel van Mark, hij is driftig en in een continue strijd met zijn moeder verweekeld. Op zesjarige leeftijd is hij nog niet zindelijk, voelt hij zich overmatig verantwoordelijk voor zijn moeder, ontbreekt het hem aan vriendjes en vraagt hij voortdurend aandacht. Over Niek zegt moeder: 'Toen hij een baby was, was ik te veel met hem verbonden, altijd met hem bezig, hij sliep bij mij in bed.' Uit deze pathologisch symbiotische band wordt het kind op tweeënhalfjarige leeftijd wreed verstoten door de komst van Mark. De oudste moet naar de peuterschool, hij slaapt slecht in zijn eigen bedje, huult veel, eet te weinig en ontwikkelt driftbuien.

Na de geboorte van Mark is moeder vaak depressief en ontevreden met haar bestaan. Ze heeft er moeite mee om voor de kinderen te koken en zoekt steun bij haar moeder die vaak de zorg overneemt. Ze eet te veel en heeft het gevoel dat haar overgewicht haar belet een nieuwe partner te vinden. Omdat ze zelf enig kind is, heeft ze altijd de wens gekoesterd een groot gezin te stichten. Dit is haar motief een derde kind op de wereld te zetten, eveneens met behulp van DI. Vlak na de geboorte van zijn broertje zoekt Niek troost in het dragen van de laarzen van zijn overleden vader van wie hij op dat moment nog niet weet dat hij zijn enige kind is. Daar moeder zich schuldig voelt over haar emotionele verlating van Niek, vertelt zij hem dat hij de enige zoon van haar overleden echtgenoot is. Hoewel deze informatie de realiteit aangeeft, krijgt hij een emotionele lading die door Niek in de relatie met zijn broer op negatieve wijze wordt gebruikt. Het schuldgevoel van de moeder dat de drijfveer is van de informatie, verzacht de jaloezie van Niek op zijn broer en stimuleert zijn wraakzucht en triomf. Later als de jongste naar zijn vader gaat vragen, heeft de moeder spijt dat zij het verschil in genetische achtergrond tussen de twee zoons niet geheim heeft kunnen houden. Zij vertelt haar jongste zoon dat hij geen vader heeft. Moeder zegt tegen de interviewer dat zij niet had verwacht dat kinderen al op zo'n jonge leeftijd vragen stellen over hun herkomst.

Discussie

Bij de moeder is er een sterke tendens om haar gevoelens en fantasieën onbewust te houden en ze uit te ageren. Haar verdriet over het verlies van haar echtgenoot en de woede op hem heeft zij niet kunnen verwerken. Deze onverwerkte woede op de echtgenoot die haar verlaten heeft en haar beroofd heeft van de mogelijkheid nog meer kinderen te krijgen wordt niet alleen geprojecteerd op de artsen, maar ook op de kinderen, met name op Niek. Haar pathologische symbiotische relatie met Niek voor de geboorte van Mark is een expressie van haar onbewuste behoefte om Niek als vervanging voor de echtgenoot te gebruiken. Haar afweer tegen inmenging van anderen in haar besluit tot DI en het buitensluiten van anderen tijdens de

bevalling van Mark geeft aan hoe sterk de afweer is geweest van pijnlijke gevoelens die moeder bij de traumatische, tragische geboorte van Niek heeft ervaren. De sterke neiging van de moeder om haar gevoelens en fantasieën onbewust te houden en het negatieve effect dat dit op de ontwikkeling van haar kinderen heeft gehad, wordt ook weerspiegeld in haar houding tegenover het voorlichten van de kinderen over hun genetische achtergrond. Daar moeder zich schuldig voelt over de wijze waarop zij Niek uit haar symbiotische relatie met hem heeft gestoten, tolereert zij zijn vijandigheid tegen Mark en zijn triomf over het broertje dat vaderloos is. Onbewust heeft zij zo het verschil in genetische achtergrond van de twee broertjes de emotionele lading van een strijd meegegeven die door Mark bij voorbaat al is verloren, waardoor hij zich gedevalueerd voelt. De ongelijke situatie van de twee broertjes ten aanzien van het hebben van een vader lijkt de voor broertjes normale rivaliteit versterkt te hebben. Het is mogelijk dat deze ongelijke strijd die door Mark verloren wordt, geleid heeft tot zijn passieve conflictvermijdende opstelling en het troost zoeken bij zichzelf in de vorm van overmatig masturberen. In hoeverre het masturberen tevens de functie heeft van een versterking van een gevoel van mannelijkheid is niet bekend.

Casus 3

Gerard is het veertien maanden oude zoontje van een lesbisch paar, verwekt door middel van kunstmatige inseminatie door een anonieme donor. De ouders hebben lang getwijfeld over verwerkelijking van hun kindervens en over anonimiteit van een donor omdat zij beiden een vader voor een kind belangrijk vinden. De moeder³ zegt: 'Ik heb er vier jaar over gedaan om voor DI te kiezen.' Uiteindelijk kiezen de ouders voor DI met een anonieme donor, omdat de partner bang is dat er een relatie tussen de moeder en de donor zal ontstaan. Beide ouders geven aan dat zij fantasieën hebben over de anonieme donor en hem bepaalde eigenschappen en uiterlijke kenmerken toedichten.

De moeder heeft er geen moeite mee om de exclusieve band met haar zoon op te eisen en krijgt hier van haar partner ook alle ruimte voor. Hoewel de partner zegt weleens jaloers te zijn op de moeder, die borstvoeding geeft, zegt zij zich niet buitengesloten te voelen en een heel eigen band met het kind te hebben. De relatie die Gerard met zijn moeder heeft, is ook duidelijk verschillend van de relatie die hij met de partner van moeder heeft. Als Gerard verdriet heeft of zich pijn doet en beide ouders zijn aanwezig, preferereert hij zijn moeder om hem te troosten, als hij wil spelen kiest hij hiervoor vaak de partner, die drukke wilde spelletjes met hem doet. De partner stimuleert Gerard meer om moeilijkheden eerst zelf op te lossen, de moeder daarentegen is meer geneigd hem te beschermen. Beide ouders vinden het prettig als Gerard enthousiast is als een vriend van hen of grootvader op bezoek komt en stimuleren het contact met deze mannen.

Uit observaties van het kind door de interviewster blijkt dat Gerard een

levendig jongetje is, dat onbevangen en vriendelijk in het contact is en dat zich motorisch en wat taal betreft goed ontwikkelt. Jongensachtig exploratief gedrag is bij Gerard normaal aanwezig.

Discussie

Gerard komt in het onderzoek naar voren als een psychisch gezond kind. Over de mannelijke identiteitsontwikkeling is nog weinig met zekerheid te zeggen daar het kind nog erg jong is. Het gedrag dat Gerard laat zien is echter normaal jongensachtig. De houding van de partner van moeder lijkt hierin een belangrijke rol te spelen: zij is geneigd tot het stimuleren van actief, explorerend gedrag bij Gerard, doet wilde spelletjes met hem. Zij lijkt in haar gedrag op een vader die, zoals Burlingham (1973, p. 45) zegt, 'is more active, exciting, stimulating, and occasionally also arouses discomfort and anxiety', terwijl een moeder 'is more gentle, soothing and comforting'. De ouders van Gerard zijn dus zeer verschillend in hun relatie met het kind. Voor Gerard is moeder het primaire liefdesobject, een objectrelatie waar zijn moeder de ruimte voor genomen en van haar partner ook gekregen heeft. Hierdoor is er een sterke hechting aan moeder en fungeert de partner als 'de ander' die het kind uit de symbiotische band met de moeder kan halen (Abelin 1975, Mahler e.a. 1975, Chiland 1982). Door het verschil in de wijze waarop de ouders met Gerard omgaan en het verschil in hun gevoel voor hem lijkt Gerard zich ontwikkeld te hebben tot een jongetje met een normaal jongensachtig gedrag dat al een stuk gevorderd is in de separatie-individuatiefase.

Casus 4

Caroline is een driejarig meisje dat door middel van IVF is geboren. De bevruchting heeft plaatsgevonden met zaad van de vader, waardoor Caroline biologisch het kind van beide ouders is.

De moeder, een kleuterleidster, heeft altijd al een heel sterke kinderwens gehad. Haar jaloezie op moeders was altijd zo groot dat zij negatieve uitingen van ouders over hun kinderen moeilijk kon verdragen. Als blijkt dat de conceptie niet lukt omdat zoals zij zegt 'het baarmoederslijmvlies het zaad van de echtgenoot vernietigt', is zij diep ontgoocheld. In de behandeling van deze onvruchtbaarheid raakt zij geobsedeerd door de wens zwanger te worden. Ze lijkt bereid haar gezondheid en hele vermogen aan deze wens op te offeren; de echtgenoot moet haar de realiteit steeds onder ogen brengen, hetgeen spanning in het huwelijk geeft, en haar bewust maakt dat haar kinderwens en die van haar echtgenoot wel erg sterk uiteenlopen.

De moeder beschrijft de IVF-periode als een roes die sterk gekleurd is door positieve overdrachtsgevoelens ten aanzien van de behandelende arts. De terugplaatsing van de bevruchte eicel beleeft zij als een religieus gebeuren: 'Ze kwamen zo plechtig', zegt zij, 'in een optocht met het kastje naar me toe.' Als de terugplaatsing slaagt en moeder zwanger blijkt te zijn, is haar echtgenoot blij en opgelucht en breekt voor haar, zoals zij zelf zegt 'een

vreselijke tijd aan.' Gedurende de zwangerschap voelt zij geen leven en is het onmogelijk voor haar om over het kind te fantaseren. De medicalisering van de seksualiteit en de bevruchting leidt tot een vervreemding van haar lichaam. Zij zegt: 'Het beginnende leven was zo technisch voor mij geworden, dat ik er geen emoties bij kon hebben. Ik had veel meer dan negen maanden nodig om mij zwanger te kunnen voelen.' Als de aanstaande moeder merkt dat de gynaecoloog bij de zwangerschapscontroles duidelijk minder betrokken is dan tijdens de IVF-procedure voelt zij zich afgewezen. De activiteiten en onderzoeken die voor de IVF-procedure nodig waren en haar dagelijks leven vulden, komen nu te vervallen; ze moet wachten op de geboorte en deze passieve fase valt haar zwaar. Ook de positie van 'uitverkorene' heeft ze nu verloren. Zij mist de ritjes naar het ziekenhuis, die nu minder frequent zijn, heel sterk, zij voelt zich eenzaam en verlaten. Zij fantaseert erover het kind naar de gynaecoloog te vernoemen, maar haar echtgenoot is hier tegen.

Tijdens de bevalling raakt de moeder gedepersonaliseerd, zij heeft geen enkele belangstelling voor de baby, die verder door vader wordt verzorgd. Door de postnatale depressie mislukt ook de borstvoeding. Het kind, dat niet beantwoordt aan het ideale fantasiebeeld, stelt de moeder zeer teleur; schuld- en vijandige gevoelens, met name doodswensen ten aanzien van het kind, worden sterk afgeweerd. Er ontwikkelt zich een symbiotische band tussen vader en dochter die echter bedreigd wordt door de lange perioden van afwezigheid van de vader. Als hij voor zijn werk op reis is, regredieert het kind door niet te willen eten of te gaan stotteren. De moeder voelt zich onmachtig, schuldig en jaloers op de band tussen vader en dochter. Tussen moeder en dochter ontwikkelt zich een uiterst ambivalente relatie met veel strijd. Als het kind naar de peuterschool gaat is moeder opgelucht en gaat zij zich richten op een tweede poging om met behulp van IVF zwanger te worden. Hoewel later blijkt dat zij deze tweede zwangerschap iets positiever kan beleven, blijft haar krenking niet normaal zwanger te kunnen worden op de voorgrond staan. Soms denkt zij terug aan de manier waarop het kind is verwekt, bijvoorbeeld als ze door het raam het kind in de tuin ziet spelen. Dan komt het mooie, bijzondere gevoel weer terug.

Caroline is een uiterst beheerst en overzelfstandig kind. In alles straalt zij de krampachtige behoefte uit een ideaal en perfect kind te willen zijn. Maar het verzet ertegen is tevens merkbaar in haar overdreven conflictvermijdende benadering van moeder. Het in eerste instantie leeftijdsadequate vragen van Caroline wordt door de ouders als abnormaal ervaren, waardoor het vragenstellen juist iets dwangmatigs krijgt.

Discussie

Bij Caroline wordt de narcistische overbezetting van het kind zoals men dat bij een overgewenst kind verwacht niet gevonden; in tegendeel, er is eerder sprake van een onderbezetting. Alleen in de fantasie van de moeder

– zoals blijkt uit haar dromend staren uit het raam, kijkend naar haar dochter – blijkt het beeld van het ideale kind aanwezig te zijn. Uit de opmerking van de moeder dat zij veel meer dan negen maanden nodig had om zich zwanger te voelen blijkt hoe weinig psychische ruimte er voor haar was om een relatie op te bouwen met haar ongeboren kind. Zij werd, toen bleek dat zij zwanger was, te veel in beslag genomen door het verlies van de positie van ‘uitverkorene’ bij haar gynaecoloog. Gevoelens van verdriet en woede wordt zij zich langzaam bewust en kan zij moeilijk verwerken. Bewuste angst het kind te verliezen en onbewuste woede tegenover het ongeboren kind dat haar zo deed lijden beletten haar verder om een relatie aan te gaan met het ongeboren kind. Tekenend is haar uitspraak dat zij tijdens de zwangerschap geen leven kon voelen. De postnatale depressie lijkt een verdere expressie van deze onverwerkte gevoelens. De vader is slechts indirect betrokken bij de IVF. De sterke overdrachtsgevoelens van zijn vrouw ten aanzien van de gynaecoloog hebben tot gevolg dat gevoelens van woede en afgunst door de vader sterk worden afgeweerd. Na de bevalling neemt hij de rol van de preoedipale moeder op zich, omdat zijn vrouw door haar depressie emotioneel onbereikbaar voor hun dochter is geworden.

De relatie tussen moeder en dochter ontwikkelt zich tot een zeer ambivalente, hetgeen blijkt uit het overaangepaste conflictvermijdende gedrag van het kind tegenover de moeder. Daar het meisje door de ouders niet is ingelicht over de IVF, terwijl de omgeving wel op de hoogte is als gevolg van interviews die de ouders met de pers hebben gehad, heeft zij veel vragen die onbeantwoord blijven. Daar de ouders onbewust de vragen beleven als vragen naar de IVF, kunnen zij er niet adequaat op ingaan, en krijgt het vragen een dwangmatig karakter.

Algemene beschouwing

De vier casussen die hier gepresenteerd zijn, zijn afzonderlijke, op zichzelf staande gevalsbeschrijvingen, waarin elk kind zijn of haar eigen verhaal heeft. Vanuit deze gevalsbeschrijvingen kunnen we dan ook niet generaliseren naar andere kinderen die met behulp van vergelijkbare reproductietechnieken verwekt zijn of in vergelijkbare gezinsstructuren leven. Wel kunnen we bekijken hoe elk individueel kind en elke ouder bepaalde aspecten van de kunstmatige reproductietechniek of leefsituatie heeft ervaren.

Per casus zal besproken worden welke rol de volgende aspecten gespeeld hebben en hoe zij ervaren zijn: de mogelijkheid om bevrucht te worden, het geheim rond de verwekking, de anonimiteit van de verwekker, het opgroeiën zonder de aanwezigheid van een vader.

Mogelijkheid om bevrucht te worden De mogelijkheid om bevrucht te worden wordt in de eerste casus beperkt door verminderde vruchtbaarheid van de vader, in de vierde casus door verminderde vruchtbaarheid van de

moeder. In de tweede en derde casus gaat het om een geheel andere situatie, namelijk om afwezigheid van een mannelijke partner die voor bevruchting kan zorgen.

In de eerste casus speelt onvruchtbaarheid van de vader, die later verminderde vruchtbaarheid blijkt te zijn, een belangrijke rol. Onvruchtbaarheid wordt bij mannen vaak ten onrechte gelijk gesteld aan gebrek aan viriliteit, waardoor onvruchtbaarheid als een aantasting van de mannelijkheid wordt ervaren, met als gevolg impotentie en andere seksuele problemen (Lalos e.a. 1985). De vader van Justin heeft sterke insufficiëntiegevoelens en gevoelens van vijandigheid jegens zijn vrouw en de donor, die onbewust zijn gebleven totdat de ouders in behandeling kwamen. De rouw over het onvermogen om leven te scheppen en een zoon te hebben die zijn genen draagt, is bij deze vader niet op gang gekomen en belet hem om een gezonde psychologische relatie met zijn zoon aan te gaan. De onvruchtbaarheid van de vader heeft ook geleid tot een strijd tussen de echtelieden over hun rechten op Justin, een strijd waarin de vader zich de zwakkere voelt, een strijd die wordt uitgedaagd in een opvoedingsstrijd. Bij Justin heeft dit geleid tot uitageren van de agressieve fantasieën van zijn vader enerzijds en tot een innerlijk verbod op identificatie met zijn vader anderzijds. Bij Justin is er tevens sprake van overmatig presteren als compensatie van de onbewuste narcistische krenking van de vader als gevolg van diens verminderde vruchtbaarheid.

In de vierde casus, van Caroline, is de moeder verminderd vruchtbaar. Zij blijkt niet in staat om te rouwen over haar onvermogen om op natuurlijke wijze zwanger te worden. Zij is zo obsessief bezig met zwanger worden dat zij haar zwangerschap niet kan beleven, waardoor een relatie met haar ongeboren kind niet tot stand kan komen. De postnatale depressie die het gevolg is van dit proces, resulteert in een uiterst ambivalente relatie met haar dochter.

In de tweede casus, van Mark, is de moeder normaal vruchtbaar, maar is door het overlijden van haar echtgenoot beroofd van het vermogen nog meer kinderen van hem te krijgen. Deze moeder kan niet rouwen over haar verlies, waardoor haar gevoelens onbewust moeten blijven en zij onbedoeld Mark de mogelijkheid ontnemt een vader als identificatieobject te hebben. In de derde casus, is de moeder normaal vruchtbaar, maar heeft zij een vrouwelijke partner. Deze moeder, die lang gewikt en gewogen heeft voordat zij tot DI besloot, kiest bewust voor een kind dat zonder vader zal opgroeien. Op de mogelijke gevolgen voor de ontwikkeling van het kind zal nog worden ingegaan.

Het geheim Gezinsgeheimen zijn geheimen waarin het kind een rol speelt voor het vormen van mythen (Jacobs 1980). Gezinsgeheimen hebben vaak een neurotiserende invloed op de ontwikkeling van het kind. Het niet mogen weten leidt vaak tot onbewust verzet.

Bij Justin (1) is er sprake van een familiegeheim, een ingewikkeld geheim,

daar zijn twee oudere zusjes ook DI-kinderen zijn, maar zijn jongste zusje biologisch een kind van beide ouders is. Geen van de kinderen is op de hoogte van de wijze waarop zij verwekt zijn. Bij Justin kan het verzet bij het defeceren en het plagen van de ouders en van het zusje door haar 'transitional object' te verstoppert een expressie zijn van zijn onbewuste verzet tegen het geheim. Bij Justin is er tevens sprake van een sterke vraagdwang: in de therapie stelt hij de therapeut vragen die niet te beantwoorden zijn.

Naast gezinsgeheimen spelen ook eigen geheimen, intrapsychische geheimen, een rol (Groen-Prakken 1986). Het vermogen om eigen geheimen te hebben is noodzakelijk voor een normale ontwikkeling. Het eerste eigen geheim is een teken van individuatie, een aanwijzing dat de autonomie zich aan het ontwikkelen is. De inhoud van het persoonlijke geheim kan zowel gerelateerd zijn aan anale als aan oedipale fantasieën, maar ook verbonden zijn met fantasieën die hun oorsprong hebben in de ontdekking van het geslachtsverschil. Bij Justin (1) blijken de intrapsychische geheimen van anale en oedipale aard te zijn en tevens verweven te zijn met het DI-gezinsgeheim. Dit blijkt uit de encopresis, het sadisme ten aanzien van het jongste zusje dat het enige genetisch eigen kind is en het sadistische seksuele spel ('doodje') waarin hij het zusje betreft en waarmee hij tevens de ouders buitensluit.

In de tweede en derde casus speelt het geheim geen rol. Mark is door zijn moeder ingelicht over zijn verwekking, hetgeen een traumatisch effect lijkt te hebben omdat de strijd met het broertje erin betrokken is. Gerard is nog te jong om ingelicht te worden over zijn verwekking maar zal zeker op jonge leeftijd worden voorgelicht, daar zijn ouders aangeven hier al vroeg mee te zullen starten en Gerard al vroeg zal vragen waarom hij geen vader heeft.

Informeren In de psychologische literatuur (Snowdon e.a. 1983, Baran & Pannor 1989, Brewaeys & Van Balen 1997) wordt beschreven dat slechts een heel klein percentage van de heteroseksuele ouders die een DI-kind hebben, het inlicht over zijn of haar verwekkingsstatus. Snowdon en Snowdon (1990) zijn van mening dat ouders door middel van non-verbale communicatie en incidentele opmerkingen vaak meer informatie loslaten dan zij zich bewust zijn. Brewaeys en Van Balen (1997) wijzen op het gevaar van onbedoelde ontdekking van het geheim door het kind, daar veel ouders anderen inlichten over de DI. Het kleine aantal kinderen dat wel wordt ingelicht reageert meestal positief; zij zijn verbaasd en onder de indruk van de moeite die hun ouders zich getroost hebben om hen te krijgen. De kinderen die het geheim zelf ontdekken zijn vaak boos en teleurgesteld en voelen zich verraden, vooral daar de ontdekking meestal onder ongunstige omstandigheden plaatsvindt (Baran & Pannor 1989). Het taboe op DI lijkt de laatste jaren wat af te nemen, waarschijnlijk door de grotere openheid van lesbische en alleenstaande ouders en de aandacht voor dit onderwerp in de politiek (Slijper & Verhulst 1991) en in de media, hetgeen onder meer

heeft geresulteerd in een vereniging voor personen die door middel van DI zijn verwekt.

Brewaeyns e.a. (1993) vonden in een onderzoek dat lesbische ouders aan de donor meer positieve kenmerken toeschrijven en een gevoel van erkentelijkheid tegenover de donor ervaren, terwijl heteroseksuele paren de donor meer als een bedreiging voor de sociale vader zien. Lesbische en alleenstaande ouders informeren hun kinderen al op jonge leeftijd over de verwekkingsstatus. Hoewel zij deze informatie op cognitief niveau goed in zich op lijken te kunnen nemen, is het de vraag wat zij er emotioneel van begrijpen. In ieder geval opent het wel een weg naar fantaseren, vooral als de donor anoniem is, zoals blijkt uit het volgende voorbeeld van een zevenjarig jongetje dat zegt: 'Ik heb wel een vader, alleen weet ik niet wie het is. Dat weet eigenlijk niemand. En de vader weet ook niet hoe zijn kind nu is geworden. Ik ben toch wel nieuwsgierig van wie die zaadjes waren. Maar ik denk niet dat ik er ooit achter kan komen. Misschien met de computer of zo. Of met zo'n auto als Michael heeft. Michael Knight bedoel ik, van de televisie. Die heeft een auto en daar kan hij alles mee bekijken. Die auto kan: opstijgen, praten en door vuur rijden. Die auto kan gewoon echt alles' (Baeten 1985).

Het ontbreken van een vader Zowel Mark als Niek (casus 2) hebben geen vader met wie zij een reële objectrelatie kunnen aangaan. Voor Niek is er echter wel de mogelijkheid zich met een gefantaseerd beeld van de overleden vader te identificeren. Zowel door Niek als door moeder is Mark te kennen gegeven dat hij geen aanspraak kan maken op de genetische vader van Niek. Onbekend is hoe dit zal uitwerken op het identificatieproces van Mark, of hij zal zoeken naar mannelijke alternatieven in zijn omgeving of dat hij zich heimelijk toch met de vader van Niek zal identificeren of dat hij zich met zijn grootvader naar wie hij vernoemd is zal identificeren. De onbewuste sadistische ingreep van moeder lijkt bij Mark in ieder geval wel remmend te werken op zijn mannelijke identificatie. Gerard, het veertien maanden oude zoontje van het lesbische paar, vertoont normaal jongensachtig gedrag, maar is nog te jong voor een beoordeling van zijn vaderbeeld. Hoewel er nog geen systematisch verzamelde gegevens zijn over het effect van het opgroeien zonder vader vanaf de geboorte op de latere seksuele oriëntatie en de genderidentiteit laat systematisch psychologisch onderzoek zien dat er op de kinderleeftijd niet gesproken kan worden van stoornissen in de genderidentiteit en emotionele, sociale en cognitieve ontwikkeling (Flaks e.a. 1995). Bestudering van de resultaten van een systematisch psychologisch onderzoek van Judith de Kanter (De Kanter 1996) geeft echter aan dat kinderen die opgevoed worden door twee lesbische vrouwen een vertraagde ontwikkeling doormaken van de genderidentiteit en het genderrolgedrag. Op de schoolleeftijd lijken zij echter deze achterstand weer ingehaald te hebben.

Betekent dit dat vaders niet nodig zijn voor de ontwikkeling van de gender-

identiteit van het kind of betekent het dat kinderen ook aan de hand van een gefantaseerd beeld van een vader een normale genderidentiteit kunnen opbouwen, waarbij zij gebruik maken van identificatie met de mannelijke aspecten van hun biologische moeder en haar partner in combinatie met identificatie met mannen die zij buiten het gezin tegen komen? Volgens Judith de Kanter is het vaderbeeld van een kind dat opgroeit in een lesbische relatie niet leeg en wordt het gevormd door de zojuist genoemde factoren (De Kanter 1996, p. 319). Hoewel het beeld niet leeg is, lijkt het wel beperkt, daar ervaring met een belangrijk aspect, namelijk de vader die een reële of door het kind gefantaseerde liefdes- en seksuele relatie met de moeder heeft, erin ontbreekt. De oplossing van het Oedipuscomplex wordt niet zozeer teweeggebracht door (castratie)angst als wel door liefde voor de vader en het zich bewust zijn van respect en liefde van de moeder voor de vader.

Volgens vele psychoanalytici spelen vaders een belangrijke rol in de ontwikkeling van de kerngenderidentiteit (Tyson & Tyson 1990, Herzog 1984). Het belang van de vader als een 'andere' ouder die tevens een andere sekse heeft, is nodig om het kind uit de symbiotische band met de moeder los te maken, waardoor individuering kan optreden (Abelin 1975). Bij Gerard was de moeder duidelijk het primaire liefdesobject en kon de partner door het aspect van de ander zijn hem helpen bij de individuering. Vaak echter, zo blijkt uit enkele psychologische studies, wordt de functie van de moeder als primair liefdesobject gebagatelliseerd of zelfs ontkend door lesbische paren en wordt juist de gelijkheid in de objectrelatie benadrukt. Ter illustratie een paar citaten van genetische moeders uit interviews van Mulder (1989): 'Een verschil in positie tegenover de kinderen merk ik bij ons niet. We zijn gewoon twee moeders', 'Wij zorgen allebei voor hem, zij is net zoveel moeder als ik' en 'Ik heb niet een speciale band met het kind omdat hij uit mij is geboren.' Het lijkt dat vanuit de afweer van jaloezie en competitie, de verschillen tussen de genetische moeder en de partner ontkend moeten worden. Als er wel verschillen worden onderkend dan betreffen die meestal alleen de biologische kant, met name het feit dat de moeder zwanger van het kind is geweest en het heeft gebaard. Dat dit ook kan leiden tot psychologische verschillen in de relaties van het kind met de genetische moeder en met haar partner wordt echter vaak geloofchend.

Ter illustratie een citaat: 'Er zijn genoeg mannen waarmee een jongetje zich kan identificeren: een kind komt toch allebei de geslachten tegen in de maatschappij' (Geerlings & Van der Meer 1989, p. 147). Vaak echter wordt, zoals bij Gerard, serieus overwogen om voor het kind een mannelijk identificatieobject te zoeken en wordt dit gevonden in een mannelijk familielid of een vriend. Echter deze man kan nooit dezelfde functie hebben als een vader, daar de emotionele en seksuele betrokkenheid tussen hem en de moeder erin ontbreekt.

Hoe het vaderbeeld tot stand komt bij kinderen die zonder vader opgroeien zal de toekomst moeten uitwijzen als de kinderen die zonder vader zijn

opgevoed in een psychoanalyse inzage kunnen verschaffen over hun identificatieprocessen. Duidelijk is wel dat sommige kinderen verlangen naar een vader en het er moeilijk mee hebben, zoals blijkt uit het volgende voorbeeld van een zevenjarig meisje dat als antwoord op de vraag hoe zij later zal leven in een interview zegt: 'Misschien net als M en A (haar moeders). Maar weet je, eigenlijk is het niet zo leuk voor als wij kinderen krijgen. Want dan, als onze kinderen kinderen krijgen, hebben die soms misschien alleen twee oma's. Nou, dan hebben ze geen opa. Dat is eigenlijk niet leuk' (Geerlings & Van der Meer 1989).

Aanbevelingen

Ouders moeten beter worden voorbereid op de gevolgen van de reproductietechniek voor hun eigen psychisch welbevinden en dat van hun toekomstige kind. Het is van belang dat echtparen die met onvruchtbaarheid te kampen hebben de gelegenheid krijgen hierover te rouwen, waardoor zij hun verdriet en woede kunnen beleven en doorwerken. Dit neemt meer tijd dan sommige ouders denken. Psychotherapie kan hen helpen de gevoelens van woede jegens de vruchtbare partner en de donor, en de gevoelens van insufficiëntie en onmacht bewust te maken en door te werken.

Het is van belang dat kinderen op jonge leeftijd ingelicht worden over hun genetische achtergrond zodat zij deze informatie kunnen integreren in hun levensgeschiedenis. Geheimhouden van deze informatie kan hun ontwikkeling remmen. Dit betekent dat ouders die het erg moeilijk vinden om hun kind in te lichten over diens genetische achtergrond, hulp geboden moet worden.

Voor lesbische paren is het belangrijk zich ervan bewust te zijn dat de moeder het primaire liefdesobject kan zijn, waardoor de partner de functie van de 'andere ouder' kan hebben, die het kind helpt bij de losmaking uit de symbiotische band met de moeder.

Hulpverleners ten slotte moeten zich er rekenschap van geven dat emotionele en gedragsproblemen van een kind gerelateerd kunnen zijn aan de reproductietechniek waarmee het verwekt is of aan de alternatieve leefsituatie waarin het kind opgroeit, maar dat dit niet noodzakelijk zo hoeft te zijn. Van belang is wel er rekening mee te houden dat als deze problemen niet direct veroorzaakt worden door een alternatieve leefsituatie, deze er wel door versterkt kunnen worden, waardoor behandeling moeizamer en langduriger kan zijn of aan de behandeling beperkingen worden opgelegd.

Noten

1. Met dank aan: Drs. S. van der Spek, Prof. dr. H. Musaph (†) en Dr. G.F.M.G. Berden.

2. De term 'vader' wordt hier gebruikt omdat deze de gevoelsmatige relatie met het

kind aangeeft, de donor wordt niet als vader beschouwd.

3. De genetische moeder wordt door het kind als moeder benoemd, de partner wordt door het kind met haar voornaam aangeduid.

Literatuur

- Abelin, E. (1975), Some further observations and comments on the earliest role of the father. *International Journal of Psycho-Analysis* 56, p. 293-302.
- Balen, F. van (1995), De ouder-kindrelatie na in vitro fertilisatie (IVF). *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie* 50, p. 10-14.
- Baeten, M. (1985) Anders maak je zo'n zaad-je veel te groot. Moeten Ki-kinderen de kans hebben hun vader te kennen? Opzij, december 1985, p. 14-17.
- Baran, A. & R. Pannor (1989) *Lethal Secrets. Parents, Children, Donors and Experts Speak Out*. Warner Books, New York.
- Bosman, R. (1993), Opvoeden in je eentje. Een onderzoek naar de betekenis van het moedergezin voor de onderwijskansen van kinderen. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Blum, H.M., M.H. Boyle & D.R. Offord (1988), Single-parent families child psychiatric disorder and school performance. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27, 214-219.
- Burlingham, D. (1973), The preoedipal infant-father relationship. *Psychoanalytic Study of the Child* 28, p. 23-47.
- Brewaeyts, A., I. Ponjaert, A. van Steirteghem en P. Devroey (1993), Children from anonymous donors, an inquiry into homosexual and heterosexual parents attitudes. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 14, p. 23-35, Special Issue.
- Brewaeyts, A. en F. van Balen (1997) Donor-inseminatie: de gevolgen voor ouders en kind. In: T. Engelen-Snaterse & R. Kohnstamm, *Kinder- en jeugd psychologie*. Trends Eds. Swets & Zeitlinger, Lisse, p. 25-41.
- Cherlin, A.J., F.F. Furstenberg Jr., L. Chase-Lansdale, K.E. Kiernan, P.K. Robins, D.R. Morrison & J.O. Teitler J.O. (1991) Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States. *Science* 252, 1386-1389.
- Chiland, C. (1982), A new look at fathers. *Psychoanalytic Study of the Child* 37, p. 367-379.
- McCormack, M.K, S. Leiblum & A. Lazzarini (1983), Attitudes regarding utilisation of artificial insemination by donor in Huntington disease. *American Journal of Medical Genetics* 14, p. 5-13.
- Flaks, D.K., I. Ficher, F. Masterpasqua, & G. Joseph (1995), Lesbians choosing motherhood: a comparative study of lesbian and heterosexual parents and their children. *Developmental Psychology*, 31 (1), p. 105-114.
- Geerlings, J. & M. van der Meer (1989), *Lesbisch Moederschap; Praktijk en Theorie; Een Onderzoek*. Homostudies, deel 14. Interfacultaire Werkgroep Homostudies Rijksuniversiteit Utrecht, Utrecht.
- Gerstel, G. (1963), A psychoanalytic view of artificial Donor Insemination. *American Journal of Psychotherapy* 17, p. 64-77.
- Golombok S., A. Spencer & M. Rutten (1983), Children in lesbian and single parent households. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* vol 24 (4) p. 551-572.
- Golombok, S., R. Cook, A. Bish, A. & C. Murray (1995) Families created by the new reproductive technologies: Quality of parenting and social and emotional development of the children. *Child Development* 66, p. 285-298.
- Groen-Prakken, J. (1986), Geheimen. *Mededelingenblad Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse* 1 (6), p. 6-26.
- Jacobs T.J. (1980), Secrets, alliances and family fictions: some psychoanalytic observations. *Journal of the American Psychoanalytical Association* 28, p. 20-43.
- Herzog, J.M. (1984), Fathers and young children: fathering daughters and fathering sons. In: J.D. Call, E. Galenson & R.L. Tyson (Eds.) *Frontiers of Infant Psychiatry* vol 2 Basic Books, New York, p. 335-342.
- Kanter, R. de (1996) Een vader is een mannelijke moeder eigenlijk: de sekse-geslachtsidentiteit van kinderen in verschillende leefvormen. Proefschrift, J. van Arkel, Utrecht.
- Ketting, E. (1990), Nieuwe feiten over geboorteregeling in Nederland. Voordracht Symposium geboorteregeling, Utrecht.
- Kirkpatrick, M., C. Smith & R. Roy (1981), Lesbian mothers and their children: a comparative survey. *American Journal of Orthopsychiatry* 51 (93), p. 545-552.
- Lalos, A., O. Lalos, L. Jacobsson & B. von Schoultz (1985), Psychological Reactions to the Medical Investigation and Surgical Treatment of Infertility. *Gynecol. Obstet. Invest.* 20, p. 209-217.

Levy, D.M. (1970) The concept of maternal overprotection. In: E.J. Anthony & Th. Benedek (Eds), *Parenthood, its psychology and psychopathology*. Brown, Little & Co., Boston, p. 387-410.

Mahler, M.S., F. Pine & A. Bergman (1975), *The psychological birth of the human infant*. Basic Books, New York.

Mulder, V. (1989), *Tips voor Twee Moeders*. SUA, Amsterdam.

Pines, D. (1993), *A woman's unconscious use of her body: a psychoanalytical perspective*. Virago, London.

Slijper, F.M.E. & F.C. Verhulst (1991), *Rapport betreffende de onderzoekbaarheid van psychische gevolgen voor KID-kinderen om geen toegang tot hun afstamming te hebben*. Rapport voor het Ministerie van Justitie.

Snowden, R., G.D. Mitchell E.M. & Snowden, E.M. (1983), *Artificial Reproduction: A Social Investigation*. George Allen & Unwin, London.

Snowdon, R & E. Snowdon (1990) *Report of Research Results*. Unpublished report.

Tasker, F. & S. Golombok, S. (1995), Adults raised as children in lesbian families. *American Journal of Orthopsychiatry* 65 (2), p. 203-216.

Tyson, Ph. & R.L. Tyson (1990), *Psychoanalytic Theories of Development: An Integration*. Yale University Press, New Haven.

Verhulst, F.C., H.J.M. Versluis-den Bieman & N.C.M. Balmus, N.C.M. (1997), *Opgroeien bij lesbische ouders of in een eenoudergezin geen risicofactor voor probleemgedrag, opgroeien als adoptiekind wel*. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 141 (9), p. 414-419.

Summary

Four completely different case-histories are presented of children born by means of an artificial reproduction technique such as donor insemination (ID) or in vitro fertilisation (IVF). Each child is also raised in a different situation: one ID boy is raised by his genetic mother and his non-genetic father, one IVF girl by her genetic parents, one ID boy by his single living genetic mother, and one ID boy by a lesbian couple of which one partner is his genetic mother.

In three of the four children a standard in-depth interview was used for data-assembly, in one child material from his psychotherapy was used.

The impact of the artificial reproductive technique on emotional development is described separately for each case. Factors such as a parent's infertility, secrecy about genetic origin, anonymity of the donor and being raised without a father are discussed.

Manuscript ontvangen: 28 april 1997

Definitieve versie: 16 september 1997