

Psicología

Cómo trabajar con parejas homosexuales femeninas en los centros de reproducción. Fases del apoyo y asesoramiento psicológico

How to work with female homosexual couples in fertility centres. Phases in psychological counselling

Baccino G.

Clínica de Medicina de la Reproducción y Ginecología. Departamento de Investigación en Psicología. FivMadrid. Madrid.

Resumen

Cada vez resulta más frecuente recibir en la consulta de reproducción a parejas homosexuales femeninas con deseos de tener un hijo.

El objetivo de este artículo es presentar un modelo de trabajo con estas parejas en la consulta psicológica de los centros de reproducción.

Palabras Clave: Parejas homosexuales femeninas. Apoyo y asesoramiento psicológico. Reproducción.

Summary

Nowadays it is becoming common to see female homosexual couples requesting assisted reproductive procedures to have a child.

The objective of this article is to present a psychological counselling model for working with homosexual couples in Assisted Reproductive Centres.

Key words: Female homosexual couples. Psychological counselling. Reproduction.

Correspondencia: Dra. Giuliana Baccino

Clínica de Medicina de la Reproducción y Ginecología
Departamento de Investigación en Psicología
FivMadrid
C/ Marqués de Urquijo, 26
28008 Madrid
E-mail: giuliana.baccino@fivmadrid.es

PAREJAS HOMOSEXUALES Y TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La Medicina de la Reproducción ha contribuido en cierta medida a posibilitar el nacimiento de nuevas formas de familia como la homoparental.

En este sentido, los tratamientos de reproducción asistida marcan un hito en la historia de la familia, ya que el intercambio sexual entre dos personas del mismo sexo ha estado sujeto a fuertes sanciones en el norte de Europa y en jurisdicciones anglo-americanas hasta finales de la década de 1970 (1). La patologización de la homosexualidad fue disminuyendo con el paso de los años, y en la década de 1970 los movimientos feministas y los movimientos gay y lésbico lograron importantes reformas familiares como por ejemplo quitar la homosexualidad de las leyes criminales y devolver la custodia de sus hijos a madres lesbianas.

En el año 2006, el Comité de ética de la American Society of Reproductive Medicine (2) se expresa sobre el acceso de parejas gay, lesbianas y personas solteras a tratamientos de fertilidad, concluyendo que no existen argumentos éticos justificados que puedan negar el acceso a estos tratamientos sobre la base del estado civil de un individuo o su orientación sexual.

En España, sólo las mujeres pueden acudir a tratamientos de fertilidad (solas, con pareja masculina o con pareja femenina), ya que el útero subrogado no está permitido y por tanto, las parejas gay no pueden acceder a tratamientos de reproducción asistida.

Por su parte, desde julio de 2005 el matrimonio homosexual en España está permitido y la legislación a nivel nacional habilita que los hijos biológicos de las madres sean también hijos legítimos (por medio de la adopción) de su compañera. En el caso de una pareja gay, los hijos adoptivos de uno, puede adoptarlos su compañero. Previo a existir esta ley, las uniones de hecho homosexuales en España eran reguladas y establecidos sus derechos y obligaciones según cada Comunidad Autónoma.

FASES DE TRABAJO EN LA CONSULTA DE REPRODUCCIÓN

Es importante destacar que si bien en este artículo nos referiremos únicamente al trabajo con parejas homosexuales femeninas, el asesoramiento a estas parejas tiene la misma importancia que el recibido por parejas heterosexuales o a las mujeres solas que acuden a una clínica de reproducción (3).

Con el objetivo de organizar la exposición sobre el proceso, presentaremos el trabajo con estas parejas en

tres fases, teniendo en cuenta que el proceso de apoyo y asesoramiento psicológico paralelo al tratamiento médico.

El proceso de apoyo y asesoramiento consta de las siguientes fases:

I) Toma de contacto, II) Desarrollo del tratamiento y III) Cierre del proceso.

I) Toma de Contacto

Los primeros encuentros con una pareja decidirán el vínculo que vamos a establecer con ella, la forma en la que vamos a comunicarnos y de qué manera podemos colaborar que este proceso de búsqueda de un hijo transcurra con el mayor sostén y apoyo posibles.

En la fase de toma de contacto, lo que buscará el psicólogo es identificar los pilares sobre los que se construye el proyecto de cada familia, y también sobre los que se fundará el proceso de apoyo y asesoramiento psicológico.

Asimismo, durante esta etapa se abordarán las recomendaciones previas al tratamiento.

En esta primera fase indagaremos sobre :

1. La toma de decisión
2. El estado en los vínculos con las familias de origen
3. Sostén en redes sociales
4. Recomendaciones previas al tratamiento

1. La toma de decisión

El primer punto de interés en esta etapa es que estas parejas **no recurren a las clínicas de reproducción necesariamente por tener alguna disfunción reproductiva**, sino porque han decidido tener un hijo genéticamente relacionado a alguna de las dos partes. Es importante tener esta situación en cuenta, ya que la conflictiva que conllevan los problemas reproductivos, no siempre se presenta en estas parejas.

Un segundo punto muy importante a tener presente es que las parejas homosexuales pasan por un **proceso muy complejo de toma de decisión** al momento de ser padres/madres. El sistema social en el que están inmersos hace que su decisión sea tomada con mucha cautela, seguridad y estabilidad en la relación (4). Desean que su vínculo de amor tenga frutos, dar continuidad a su sangre, formar una familia.

Otro elemento especialmente importante con el que deberá tomar contacto el psicólogo es el **de cómo se ha decidido dentro de la pareja homosexual cuál va a ser la madre biológica y cuál la co-madre**. Las razones que han llevado a tal decisión, nos hablarán de los

roles que se ejercen dentro de esa pareja y, las expectativas y temores del ejercicio de cada uno de ellos. Recordemos que, por ejemplo, la figura de co-madre implica un rol muy inaugural en nuestras sociedades.

Conocer, como psicólogos, el desarrollo de este proceso de toma de decisión y los conflictos que surgieron a partir de él, resulta fundamental al momento de brindar apoyo, asesoramiento y sostén a estas parejas.

2. El estado en los vínculos con las familias de origen

Lo que en ocasiones diferencia a unas parejas de otras, es el apoyo de las familias de origen, y las redes sociales con las que cuentan. Por lo general, en una pareja heterosexual, lo que se espera de ésta es que tenga descendencia, que perpetúe la sangre, que aporte más integrantes a las familias de origen. Con las parejas homosexuales no sucede lo mismo.

En España, concretamente, gran parte de estas parejas tienen dificultades al momento de comunicar a sus familias la decisión de tener un hijo (5). Recordemos, que todo les ha sido más difícil: comunicar su elección sexual, informar que conviven en pareja con otra mujer y, por último, anunciar la decisión de tener un hijo, transmitirle sus valores, su forma de ver el mundo y en última instancia, darle a conocer un nuevo tipo de familia en la que se puede crecer.

Indagar sobre el estado de los vínculos con sus familias de origen y cómo afectan en la nueva familia que están conformando, resulta muy importante al momento de trabajar conflictos que puedan surgir dentro de la pareja, cómo afectan la toma de decisiones y búsqueda de apoyo en nuevos vínculos.

3. Sostén en las redes sociales

Este punto está muy vinculado al anterior, ya que si bien, la relación con las familias de origen no suele ser muy fluida ni de un gran apoyo en todos los casos, las familias homoparentales sí cuentan con amplias redes sociales para la crianza de sus hijos (6, 7)

Por tanto, **fortalecer el relacionamiento con las redes sociales**, promover instancias de encuentro entre familias homoparentales y parejas que estén pasando por esta etapa de búsqueda de un hijo, promover instancias de información sobre lo que sucede con estas familias en otras partes de mundo llevará a fomentar sentimientos de seguridad y afianzamiento en las tomas de decisiones venideras.

4. Recomendaciones previas al tratamiento médico

Al igual que en el caso de las parejas heterosexuales, resulta muy significativo desarrollar el posiciona-

miento de vivir el tratamiento como un aspecto más de la vida cotidiana y no crear grandes expectativas en relación a las probabilidades de éxito.

En el caso de las parejas homosexuales, el niño estará genética y biológicamente relacionado únicamente con una de las integrantes de la pareja, por lo que el contar con su pareja en todos los pasos del tratamiento y el apoyo que pueda brindarle es fundamental para poder vivir esta experiencia como una experiencia de pareja.

A su vez, en relación al número de personas a las que se les comunica sobre el tratamiento, nuestra recomendación es que sea un número reducido. Recordemos que si bien, generalmente, no se trata de un tratamiento de reproducción asistida por una disfunción orgánica, el porcentaje de éxito de la técnica no varía sustancialmente.

II) Desarrollo del tratamiento

El hecho de tener un hijo produce cambios importantes en la pareja como unidad, y en cada uno de sus integrantes. Por qué desean tener un hijo, qué lugar ocupa este deseo en sus vidas y en su proyecto como pareja, son algunos cuestionamientos que deben estar presentes en todo encuentro con una pareja que recurre a una dínica, sin perjuicio de la orientación sexual de sus integrantes.

Por su parte, para la obtención de un buen resultado, es fundamental que el psicólogo tenga presente y haya reflexionado sobre un aspecto importante en el trabajo con una pareja homosexual en la consulta: *¿existe algún tipo de familia más indicado que otro para un niño?* El tópico que subyace es el de la parentalidad, de la tensión entre quién debe ser padre y quién puede ser padre para nuestras sociedades actuales (5), y esto estará presente también en el posicionamiento que tome el psicólogo al momento de trabajar con estas parejas. No debemos olvidar que no estamos libres de prejuicios, ni de posicionamientos éticos y morales, que se traslucirán de una u otra forma en cada consulta.

Existen ciertos contenidos específicos sobre los que es beneficioso trabajar con la pareja en esta fase del tratamiento, además de otros que surjan en cada situación:

1. Motivación para tener un hijo

2. Miedos en relación a la crianza del niño: roles de género y dudas con respecto a la futura orientación sexual del niño

1. Motivación para tener un hijo

La importancia de profundizar en la motivación, tanto en parejas heterosexuales como homosexuales, está dada

por el hecho de que el deseo y la motivación para tener un hijo son características esenciales que afectan tanto la parentalidad, como la ulterior relación padre-hijo (8).

Existe evidencia acerca de que las motivaciones y deseos que llevan a una pareja lesbiana a tener un hijo, son muy similares a los deseos y motivaciones de una pareja heterosexual, pero con algunos puntos que las diferencian (8). A este respecto, se estudiaron en 100 familias de madres lesbianas que utilizaron IA, y se compararon con 100 familias heterosexuales que tuvieron sus hijos con embarazos espontáneos. Los ítems explorados fueron: 1. **Felicidad** (relacionada con el afecto y la felicidad que les genera la relación con su hijo); 2. **maternidad/paternidad** (relacionadas con la sensación de completud de ser madre/padre); 3. **bienestar** (relacionado con el bienestar en la relación familiar al tener un hijo); 4. **identidad** (refiere al deseo de tener un niño como un medio para alcanzar la adultez y roles de género asociados); 5. **continuidad** (como forma de perdurar en el tiempo a través de otro); 6. **control social** (como expresión de la presión social implícita o explícita a procrear). Los hallazgos del estudio revelan que algunos motivos resultaron más importantes para las madres lesbianas (felicidad, maternidad, continuidad) y otros menos importantes (identidad) que para el grupo control. A su vez, las madres lesbianas reflejaron por un lado, haber reflexionado durante más tiempo el hecho de tener un hijo y por otro un deseo más fuerte de ser madres.

Por tanto, identificar las motivaciones para ser madres será de utilidad en dos direcciones fundamentales. Por un lado, las motivaciones para tener un hijo estarán relacionadas a las expectativas que se tengan respecto a la maternidad.

Y por otro, los niveles de motivación estarán en relación a la tolerancia a la frustración de los posibles fracasos de las técnicas, en muchos casos reiterados. Esto es, niveles muy altos de motivación supondrían una mayor fuente de disposición para enfrentar las frustraciones del tratamiento, aunque por otro lado, nos alertarán sobre posibles cuadros depresivos ante la frustración de las expectativas. Respecto a esto último, se ha estudiado que las expectativas sociales para la maternidad son tan elevadas que cuando una mujer no puede tener un hijo, los estados depresivos que alcanza son comparables a aquellos desarrollados en mujeres diagnosticadas con cáncer (9).

2. Miedos en relación a la crianza del niño: roles de género y dudas con respecto a la futura orientación sexual del niño.

Los miedos en relación a la crianza del niño, son

uno los puntos más recurrentes en parejas homosexuales al momento de proyectar la crianza de un hijo. Aquí, resulta importante la actualización sobre investigaciones e información respecto a la temática por parte del psicólogo. Por ello, en este apartado haremos más hincapié sobre una base informativa nutrida en investigaciones, de cara a un ejercicio técnico fundamentado en la evidencia.

El ejercicio de los roles parentales dentro de una familia homoparental no se encuentra diferenciado por el sexo de cada uno de los padres, ni por lo tradicionalmente estipulado como madre nutricia o padre protector, por el simple hecho de que son dos madres o dos padres.

Las primeras investigaciones sobre madres lesbianas fueron realizadas en aquellas madres que habían tenido a sus hijos dentro de una pareja heterosexual, antes de adoptar una identidad lesbiana. El primer estudio sobre la vida familiar de madres lesbianas fue publicado por Martin y Lyon en 1972 (10). Estudios posteriores, como el que presentaremos, se han centrado en aquellos niños criados en familias de madre lesbiana desde su nacimiento.

Identidad y Roles de género

En relación a la identidad de género de hijos de madres lesbianas, Kirkpatrick, Smith y Roy (11) compararon el desarrollo de 20 niños (o hijos) de madres lesbianas entre 5 y 12 años, con 20 niños (o hijos) entre 5 y 12 años de madres solas heterosexuales. Sus resultados revelan que no se obtuvo evidencia significativa que denotara dificultades especiales en relación a la identidad de género de niños de madres lesbianas. A su vez, Golombok (12), comparó 37 hijos de madres lesbianas de entre 5 y 17 años, con 38 hijos de madres solas heterosexuales de la misma edad. Todos los niños en el estudio reportaron estar conformes con el sexo al que pertenecían y que no deseaban ser miembros del sexo opuesto.

Por su parte, en los mismos estudios los autores exploraron la conducta de los niños en relación al rol de género. El estudio de Kirkpatrick et al. (11) reportó que los niños de ambos tipos de familias tenían las mismas preferencias en relación a juguetes, actividades, intereses o elecciones ocupacionales acordes con su sexo. En el estudio de Golombok (12), las conductas en relación al rol de género fueron exploradas en entrevistas con los niños y con sus madres. Tanto las madres como los niños estuvieron de acuerdo en que los intereses de los niños así como las actividades que elegían desarrollar variaban sustancialmente dependiendo del sexo de cada niño. Los resultados revela-

ron que los niños tanto de madres lesbianas como de madres heterosexuales no poseían diferencias con los niños de la población en general en relación a la elección de actividades de acuerdo a su sexo.

Por su parte, una investigación realizada por Brewaeys et. al. (13) en Bélgica, se centró en el estudio comparativo de 30 familias de madres lesbianas (inseminadas artificialmente) en comparación con 68 familias de pareja heterosexual, extrayendo como conclusión que no se encontraban diferencias significativas en relación al desarrollo de género entre los hijos (en edad escolar) de ambos tipos de familia. Otro hallazgo de la investigación revela que no aparecía como imprescindible la presencia de un padre (hombre) para el desarrollo de una orientación sexual tanto para niños como niñas. A este respecto se observó que la identidad sexual de las madres lesbianas, tampoco tenía un efecto directo en la construcción de los roles de género tanto para niños como para niñas. A esto se suma que muchos niños hijos de madres lesbianas y que, por tanto, no tenían una presencia masculina en su casa, igualmente desarrollaban fuertes lazos de amistad con ciertos hombres amigos de su madre. Pero el hallazgo más significativo de esta investigación, se centra en que la co-maternidad ejercida por la compañera de la madre biológica de estos niños hijos de madres lesbianas, demostró tener mayor presencia activa en relación al cuidado de estos niños, que los padres (hombres) de las parejas heterosexuales en relación a sus hijos.

Desarrollo emocional y social de los niños

Golombok y Tasker (14), realizaron un estudio longitudinal sobre la orientación sexual en adultos que desde niños habían sido criados en una familia de madres lesbianas. De esta forma, 25 hijos de madres lesbianas y 21 hijos de familias monoparentales (mujeres) heterosexuales¹, fueron vistos en primera instancia cuando tenían una edad promedio de 9,5 años. Ya en una segunda instancia volvieron a verlos cuando tenían una edad promedio de 23,5 años. Uno de los hallazgos principales revela que no existen diferencias significativas en términos de orientación sexual, entre aquellos criados en familias lesbianas y sus pares criados en familias de madres solas. En tér-

¹Las autoras expresan que el estudio se ha centrado en la comparación entre parejas de madres lesbianas y madres solas heterosexuales, debido a que era de su interés el explorar si la orientación sexual de la madre influenciaba el rol materno, y en qué medida.

minos de experiencias sexuales con personas del mismo sexo, las autoras reportan cierta diferencia entre los hijos de una u otra familia. Mientras los hijos de familia heterosexual manifestaban no haber tenido experiencias homosexuales, en contraste, 6 hijos de familia lesbiana mencionaban haber estado involucrados alguna vez en relaciones sexuales con parejas del mismo sexo. Pero las investigadoras hacen la siguiente precisión a este respecto: encontraron que los hijos de familia lesbiana tenían una mayor apertura al momento de expresar ideas y experiencias sobre la homosexualidad, mientras que los hijos de familia heterosexual se mostraban reacios.

En suma, las autoras rebaten la asunción de que hijos de madres lesbianas serán en su adultez lesbianas o gays; la mayoría de los niños que creció en el ámbito de una familia lesbiana se definen en su adultez como heterosexuales.

A su vez, Golombok et al. (15) realizaron un estudio con 37 familias de madres lesbianas, 74 familias de pareja heterosexual y 60 familias monoparentales (encabezadas por una mujer) en el Reino Unido. El objetivo del estudio fue comparar la calidad de las relaciones padre-hijo, y el desarrollo socio emocional y de género de los niños. Los resultados no arrojaron diferencias significativas en relación a las madres lesbianas y las heterosexuales en cuanto a la relación con sus hijos, aunque las madres lesbianas reportaron castigar menos a sus hijos e involucrarse más en juegos imaginativos. En relación a los niños, no se encontraron diferencias significativas en desordenes psiquiátricos según evaluó una psicóloga de niños que trabajó con estos chicos sin saber cuáles eran de madres lesbianas y cuáles de madres heterosexuales.

Por su parte, no se encontraron diferencias significativas en relación a problemas de los niños con sus pares, dato que fue corroborado con las madres y con los niños por separado. En relación al desarrollo de género, no se encontraron diferencias significativas en las conductas de género de los niños de madres lesbianas en comparación con los niños de las parejas heterosexuales. A su vez, las co-madres de las familias homoparentales resultaron igual de cariñosas e igual de involucradas en juegos con los niños que los padres de las familias heterosexuales.

En relación al desarrollo social de niños criados en una familia con dos madres, un estudio realizado con 18 estudiantes de entre 12 y 16 años criados por estas familias comparados con 18 estudiantes criados en familias heterosexuales, ha revelado que los niños de las familias homoparentales no reportaron diferencias significativas en relación funcionamiento psicológico, experiencias comunes con otros adolescentes y apoyo

de sus familias y amigos; mientras que sí se han encontrado diferencias significativas en relación al deseo de utilizar el apoyo social que les brinda el colegio (16). Este estudio recomienda que los sistemas educativos se actualicen en este sentido, para brindar sostén y recursos adecuados para estas familias.

III. Cierre del proceso

El cierre del proceso coincidirá con el final del tratamiento médico. Este cierre no necesariamente es definitivo, ya que de haberse producido un fracaso en la técnica, las puertas deben estar abiertas para continuar con la consulta y trabajar nuevos puntos como podrían ser el duelo por el fracaso de la técnica, la decisión de recomenzar otro tratamiento, etc.

En este punto del proceso, debemos fortalecer lo que se ha presentado como más positivo para la pareja, intentando afirmar la imagen de seguridad que les puede brindar el tener una red social con la que contar, sea familiar o de amistad, el vínculo de amor que une a la pareja, y todos aquellos puntos que se hayan resaltado como positivos en la consulta.

Debemos intentar reforzar aquellos aspectos de la vida cotidiana en relación a dos madres con un niño. Cómo le contamos al niño que tiene dos mamás, cuándo decir en el colegio y, cómo abordar la situación con las familias de origen si éstas no aceptan una relación homosexual para sus hijas, y los aspectos que hayan surgido como preocupantes para la pareja en relación al entomo.

CONCLUSIONES

Hemos presentado aquí las fases que consideramos más importantes en el trabajo con una pareja homosexual femenina en la consulta de reproducción, sabiendo que el trabajo con estas parejas tiene la misma importancia que el trabajo con parejas heterosexuales y mujeres solas.

El proceso por el que atravesaremos no será lineal. Esto es, las fases que hemos detallado no necesariamente surgirán una después de la otra, sino que dependiendo del caso y de las demandas que aparezcan, iremos trabajándolas poco a poco, procurando cubrirlas en su totalidad. Nuestro trabajo es de asesoramiento y apoyo a las parejas y, por tanto, hacer corresponder, dentro de las posibilidades, las fases del asesoramiento con los momentos del tratamiento médico resulta muy enriquecedor no solo con fines terapéuticos, sino también con el fin de trabajar como unidad el equipo médico y el psicológico.

En referencia a aspectos éticos, la escala valorativa personal del técnico estará siempre presente, y por tanto, debe haber reflexionado sobre la homoparentalidad, nutriéndose no solo de su escala valorativa, sino de una constante actualización sobre investigaciones y avances científicos realizados en el campo. Recordemos que nuestra función es brindar apoyo a la pareja, respetando siempre la decisión que han tomado.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Eleuterio Hernández por la revisión de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Adam B.:** Families without heterosexuality. Challenges of Same-sex partner recognition. Comunicación presentada al Congreso de Friends and Non-conventional partnerships, University of Windsor, Canada, 2002.
2. **Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine.** Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons. *Fertility and Sterility*, 2006; 86: 1333-1335.
3. **Baetens, P y Brewa eys A.:** Lesbian couples requesting donor insemination: an update of the knowledge with regard to lesbian mother families. *Human Reproduction Update*, 2001; 7 (5): 512-519.
4. **Touroni E y Coyle A.:** Decision-making in planned lesbian parenting: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 2002; 12: 194-209.
5. **Baccino G.:** Familias no tradicionales y técnicas de reproducción asistida. Disertación del Diploma de Estudios Avanzados sin publicar. Universidad de Salamanca, Salamanca, 2005b.
6. **Golombok S.:** Lesbian Mother Families. En A. Bainhan, S. Day Sclater y M. Richards (Eds.), *What is a Parent? A socio-legal analysis*. Oxford: Hart Publishing, 1999.
7. **González MM y Sánchez MA.:** Las familias homoparentales y sus redes de apoyo social. *Portularia*, 2003; 3: 207-220.
8. **Bos, H, van Balen F y van den Boom D.:** Planned lesbian families: their desire and motivation to have children. *Human Reproduction*, 2003; 18 (10): 2216-2224.
9. **Mc Mahon C.:** Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in vitro fertilization conception. *Human Reproduction*, 1997; 12, (1).
10. **Patterson C.:** Children of lesbian and gay parents. *Child Development*, 1992; 63: 1025-1042.

11. **Kirkpatrick M, Smith C, y Roy P.:** Lesbian mothers and their children: a comparative survey. *American Journal of Orthopsychology*, 1981; 51: 545-551.
12. **Golombok S.:** Children Raised in Fatherless Families from infancy: Family Relationships and the Socioemotional Development of Children of Lesbian and Single Heterosexual Mothers. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 1997; 38: 783-791.
13. **Brewaeys A, Ponjaret I, Van Hall EV y Golombok S.:** Donor insemination: child development and family functioning in lesbian mother families. *Human Reproduction*, 1997; 12 (6): 1349-1359.
14. **Golombok S y Tasker F.:** Do parents influence the sexual orientation of their children? Findings from a longitudinal study of lesbian families. *Developmental Psychology*, 1996; 32: 3-11.
15. **Golombok S, Perry B, Burston A, Murray C, Mooney-Somers J, y Stevens M.:** Children with Lesbian Parents: A community study. *Developmental Psychology*, 2003; 39: 20-33.
16. **Rivers I, Poteat VP, Noret N.:** Victimization, social support, and psychosocial functioning among children of same-sex and opposite-sex couples in the United Kingdom. *Developmental Psychology*, 2008; 44: 127-134.