

# El padre del bebé prematuro, un recurso importante para su pareja y su propio hijo

*Alberto Stefana*

*Università degli Studi di Verona (Italia)*

*alberto.stefana@email.it*

*Traducción del italiano al español de Lourdes Joan Loja Torrejón*

## Resumen

Hasta hace muy poco, y quizás hasta ahora, casi todas las investigaciones sobre los recién nacidos prematuros y sus padres se concentraban en el niño o el binomio madre-niño, mientras que los padres son objeto de atención solo en pocos estudios. En este artículo, después de una breve introducción sobre los nacimientos prematuros y su impacto en los padres, se expondrán los resultados principales de estos estudios que han tenido como objeto de investigación solo al padre. Los resultados concuerdan en señalar que, en la situación de un nacimiento prematuro que requiere una hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), los padres juegan un papel fundamental tanto en el apoyo de su pareja como en la relación madre-hijo, favoreciendo un sano desarrollo neuropsicológico del bebé. Por tanto, es necesario estructurar los programas de apoyo dirigidos específicamente a los padres de bebés prematuros.

**Palabras clave:** nacimiento prematuro, padre, Unidad de Cuidado Intensivo Neonata

## Abstract

*[Fathers of preterm infants: a resource for their partner and their child] Until recently, and maybe until now, most of the studies on the preterm infants development and their parents focused mainly on the infant and their mothers. The current article, after a brief introduction about preterm newborns and how this impact on fathers, I point out the main results of this research that had focused only fathers. This results agree to emphasize that in a newborn situation that requires hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU), fathers play a fundamental role supporting their partner and the mother-child relationship, promoting a healthy neuropsychological development of the baby. Therefore, it is necessary to structure the support programs specifically aimed at fathers of premature babies.*

**Keywords:** preterm infant, father, Neonatal Intensive Care Unit

## Introducción

La importancia del apoyo y el consuelo que un padre da a su pareja, según el modo en el cual desarrolla una función protectora hacia el binomio madre-recién nacido, es indiscutible. Sin embargo, hasta el momento, han sido pocos los estudios que han incluido al padre como objeto de investigación, y aún menos son los que han indagado el rol del padre de los niños nacidos prematuramente. En el presente artículo, se introducirá brevemente el análisis del nacimiento prematuro y se buscará poner en evidencia los resultados obtenidos hasta ahora en la investigación desarrollada. El papel fundamental que el padre/pareja tiene tanto en apoyar a su par en la relación madre-hijo, y así fomentar un sano desarrollo neuropsicológico del niño.

### Nacimiento prematuro: definición, categorización e incidencia

Se define como nacimiento prematuro a cada nacimiento que sucede antes de la 37.<sup>a</sup> semana de gestación o antes de los 259 días de embarazo a partir de la aparición del último ciclo menstrual (World Health Organization, 2012). Se trata de un evento fisiológicamente traumático que pone en riesgo la vida del recién nacido, así como su desarrollo sano a nivel neurológico y emotivo, en el caso que este sobreviva (Doyle y Anderson, 2010; Johnson et al., 2005; Mwaniki, Atieno, Lawn y Newton, 2012; Talge et al., 2010). Este riesgo aumenta considerablemente cuando disminuye la edad de gestación (Moster, Lie y Markestad, 2008).

En cuanto a la categorización de los nacimientos prematuros, es posible hacer una distinción más específica diferenciando los nacimientos en: gravemente prematuros (< 28 semanas), prematuros (28-31 semanas) y moderadamente prematuros (32-36 semanas). Por otra parte, se debe hacer otra diferenciación entre recién nacidos de peso extremadamente bajo (inferior a 1000 g), peso muy bajo (entre 1000 y 1500 g) y bajo peso (entre 1500 y 2500 g). Se trata de dos parámetros importantes para la evaluación del estado del recién nacido, ya que la edad de gestación es un índice del desarrollo neurológico, mientras que el peso al momento del nacimiento es un índice del buen funcionamiento de los órganos del recién nacido.

Cálculos recientes indican que son 15,9 millones los bebés prematuros nacidos en el 2010 (Blencowe et al., 2012), o sea el 11,1 % de todos los bebés nacidos vivos en el mundo. Respecto a América Latina, en el 2010, 853 000 bebés nacidos en el mundo fueron prematuros (Blencowe et al., 2012); es decir, el 8,4 % de bebés nacidos con vida. Se trata de números en aumento, por lo que hay que tomar en cuenta que en las dos décadas que van desde 1990 a 2010, en dicha parte del continente americano, ha habido un incremento de nacimientos prematuros igual a 9,1 % (Blencowe et al., 2012).

### Padres prematuros

El bebé que nace prematuro no es el único precoz en la familia, sus padres también lo son, pero psicológicamente (Stern, Karraker, Sopko y Norman, 2000). Tal prematuridad psicológica representa para los padres un fuerte

impacto (Tracey, 2000) que los aturde, asusta y trauma (Jotzo y Poets, 2005), puesto que interrumpe tempranamente también el proceso de construcción de una propia paternidad psíquica, haciendo necesario el desarrollo de una representación mental de la paternidad diferente a la que se estaba construyendo durante la gestación (Pancer, Pratt, Hunsberger y Gallant, 2000).

Las transformaciones profundas que se cumplen en el aspecto psicoemocional de los padres, como consecuencia del trauma del nacimiento de un hijo prematuro, son particularmente importantes, porque los resultados evolutivos que estos bebés deben enfrentar—resultados que pueden presentar diferentes niveles de limitación— dependen no solo de los factores de riesgo biológicos, sino también de los ambientales (Feldman, 2007; Minde, 2000; Treyvaud et al., 2012), incluyendo la capacidad de los padres para responder a la situación traumática (Goldberg y Di Vitto, 2002).

### **Representaciones maternas y paternas**

El nacimiento gravemente prematuro o prematuro (< 32 semanas) es un periodo crucial (que va desde la semana 24 a la 32 de embarazo) para el desarrollo de las representaciones maternas (Ammaniti et al., 1992; Lara-Carrasco, Simard, Saint-Onge, Lamoureux-Tremblay y Nielsen, 2013; Tambelli, Odorisio y Ammaniti, 2010) y paternas (Ammaniti, Tambelli y Odorisio, 2006; Tambelli et al., 2010), que obliga a los nuevos padres a realizar rápidos ajustes a sus perspectivas y a comenzar a desarrollar el trabajo difícil de integrarse a lo que representa el ‘bebé imaginario’ y el ‘bebé real’ (Ammaniti

et al., 1992), posiblemente portador de una enfermedad o una discapacidad. Así, es necesaria una integración que abandone las defensas arcaicas, de modo que se pueda entrar en contacto, primero con la propia realidad interna y luego con la externa (el bebé real). Este es un paso que implica ser conscientes al distinguir emocionalmente las vivencias personales y los aspectos del sufrimiento del hijo recién nacido. Se trata de una adquisición que permite constituir en los padres un ‘espacio mental’ que inicialmente ellos mismos han ocupado con una angustia impensable, una vivencia que siendo no reconocida se vuelve amenazadora, desviando la atención hacia el interior de sí mismos más que hacia el bebé. En estos casos, es importante ayudar a los padres a crear un espacio de autoobservación y de observación del bebé con el fin de hacer visible una escisión entre las representaciones y los afectos; las identificaciones proyectivas patológicas, y el malentendido en la comunicación, los sentimientos, las experiencias y las necesidades del niño.

### **Los padres de los bebés prematuros**

En el momento del nacimiento de los niños prematuros que necesitan el ingreso a la UCIN, a menudo es decisiva la capacidad de los padres de estar dispuestos a participar de inmediato a pesar de que aún se sientan sacudidos por el inesperado hecho (Fegran, Helseth y Fagermoen, 2008) y que no se vean todavía listos en su totalidad para cumplir dicha función (Lindberg, Axelsson y Öhring, 2007). Por esa razón, la participación activa de ellos es particularmente importante, porque las condiciones que suelen vivir las

madres después de un parto prematuro las obliga a estar en cama, por lo que les toca hablar con los neonatólogos para obtener la información que luego harán llegar a sus parejas; tener los primeros contactos con el hijo prematuro en la incubadora; tomar decisiones a veces difíciles e inmediatas; informar a familiares y amigos, y acompañar a las madres, una vez recuperadas, a conocer al hijo por primera vez. Se trata de 'un estrés sin descanso' (Fava, 2010), que con frecuencia los padres enfrentan en soledad, sin tratar de volver una carga más pesada a sus parejas, aun muchas veces agobiados por los compromisos del trabajo que no pueden evitar.

Los padres de los recién nacidos prematuros hospitalizados en la UCIN ejercerán las funciones ya mencionadas a pesar de que a menudo sientan que experimentan una sensación de alienación mientras ejerzan la paternidad (Pohlman, 2009), una sensación de desorientación (Lindberg et al., 2007) y la falta de control (Arockiasamy, Holsti y Albersheim, 2008). Estos hombres sufren un alto incremento de ansia, estrés y depresión; estados emotivos que dificultan el desarrollo de los roles como padres, así como parejas, con posibles consecuencias tanto en el estado emotivo de las madres como en el proceso de la relación con el hijo nacido prematuramente (Stefana y Lavelli, 2016).

En ese sentido, es importante recalcar que el estado emotivo de los padres es difícilmente visible, ya que están de forma constante ocupados en manejar sus propias emociones, tratando de conciliar cómo exteriorizar sus propios estados de ánimo con los que piensan sean los que los

demás esperan de ellos (Hugill, Letherby, Reid y Lavender, 2013). Así, frecuentemente, sus condiciones emocionales se manifiestan fuera de la UCIN, lejos de los 'ojos' del personal del hospital, o durante mucho tiempo no se produce en absoluto debido a la utilización de mecanismos psicológicos de defensa, como la negación. En este último caso, a menudo, el hombre se derrumba mucho más tarde, y una vez más lo hace de una manera sutil y difícil de observar. Se debe agregar que no es poco usual que en el transcurso del periodo de recuperación del hijo, estos padres experimenten sentimientos de exclusión, miedo y frustración, y se sientan poco apoyados o considerados, sea por parte del personal del hospital como de los mismos parientes.

## Discusión

Como ya se ha dicho anteriormente, en el campo de la prematuridad, la mayor parte de las investigaciones y los programas de apoyo que han sido realizados hasta ahora se han concentrado principal o exclusivamente en el bebé y la madre. Sin embargo, los datos que provienen de los estudios que han puesto su atención también en la figura del padre/pareja están de acuerdo que este tiene un papel crítico; además, sugieren la necesidad de considerar los estados emotivos y los comportamientos del padre y la mamá de igual manera en relación con el bebé y hacia la pareja.

Véanse entonces algunos de los principales resultados logrados de dichos estudios. Si se examinan a los autores que han analizado la interacción recién nacido - padre, se descubre que estos revelan una asociación entre un alto

nivel de ansiedad en el padre, poca sensibilidad diádica en la relación y desarrollo de un apego inseguro (Baldoni et al., 2010); así como entre la depresión del padre y la interacción emocionalmente distante (Sethna, Murray, Netsi, Psychogiou y Ramchandani, 2015), y entre esta última y el desarrollo temprano de conductas de externalización (Ramchandani et al., 2013). Sin embargo, de algunos otros estudios, se conoce que la participación de los padres en el cuidado de sus hijos, debido a las visitas de los bebés prematuros hospitalizados en la UCIN, es un predictor de la relación padre-hijo y del desarrollo cognitivo de este último; así como de una mejor experimentación de la paternidad (Levy-Shiff, et al., 1990; Yogman, Kindlon y Earls, 1995).

Además de la literatura sobre los padres de los niños nacidos prematuramente, se sabe que la participación paterna (versus participación ausente) puede moderar (versus exacerbar) los efectos negativos, a largo plazo, que la depresión materna posee en el desarrollo de los primeros años de vida del bebé; particularmente, en cuanto al desarrollo de conductas de internalización (Mezulis, Hyde y Clark, 2004). Por último, en cuanto a la relación de pareja, se ha demostrado que el vínculo de apoyo de los padres ayuda a las madres a mitigar el estrés de la nueva maternidad (Robertson, Grace, Wallington y Stewart, 2004).

Asimismo, sumado a lo que se ha referido hasta ahora, se puede agregar que, en términos de dificultades especiales en el periodo neonatal (como lo son aquellos causados por el nacimiento prematuro), la relación conyugal se vuelve

problemática, y si los padres no son ayudados para que apoyen a sus propias parejas y así desempeñar un rol protector hacia el binomio madre - recién nacido, las madres cónyuges tienen una mayor posibilidad de desarrollar un trastorno depresivo respecto a las madres sin pareja (Bilszta, Tang, Meyer, Milgrom, Ericksen y Buist, 2008).

### Conclusiones

Es necesario que tanto los investigadores como los médicos hagan un esfuerzo extra e inviertan mayores esfuerzos, y de manera más consistente, en tratar a los padres. Como refiere el pediatra y psicoanalista británico Donald Winnicott (1952), no existe un niño con una entidad independiente, sino uno que se relaciona con su ambiente; o sea, con el entorno familiar compuesto por la madre y el padre (cuando Winnicott habla de 'madre', considera al ambiente principal, del cual también el padre forma parte). Esto significa que es fundamental cuidar, de igual manera, a ambos, además del recién nacido prematuramente.

A fin de brindar los cuidados necesarios y adecuados a los padres, es fundamental que los operadores de la UCIN puedan comprender y adaptarse a las prioridades específicas tanto de la madre como del padre, así como de la familia (Lantz y Ottosson 2014), preguntándose críticamente si el apoyo que ofrecen específicamente al padre sigue una concordancia con sus necesidades reales (Franck y Axelin, 2013) de orden emotivo. A pesar que la rutina cotidiana y las urgencias médicas, mayormente privan al staff del hospital tanto de tiempo como del espacio mental suficiente para estar física

y emotivamente con los padres, en particular las enfermeras y los psicólogos, quienes deben brindar un ambiente seguro (Winnicott, 1954; Winnicott, 1958) donde aquellos puedan iniciar a explorar sus propias experiencias internas; condición previa para que puedan tener contacto (emotivo y físico) con el propio bebé.

Ayudar a los padres a asumir un papel activo, central y profesional en el cuidado del propio bebé prematuro, contribuye con la constitución de un ambiente en el cual estos sienten que tienen el control sobre sus capacidades de responder a las necesidades fisiológicas y psicológicas del propio hijo, con potenciales resultados positivos con respecto al desestrés en ellos mismos como en el hijo (Jiang, Warre, Qiu, O'Brien y Lee, 2014). Además, tener ayuda con una mayor eficiencia en el cuidado del propio bebé durante su recuperación es una base fundamental al inicio para enfrentar el periodo que sigue a su alta hospitalaria (Melnik, Feinstein, Alpert-Gillis, Fairbanks, Crean, Sinkin et al., 2006), con la carga de responsabilidad y de estrés que esta última experiencia pueda acarrear (Ritchie, 2002; Smith, Dukhovny, Zupancic, Gates y Pursley, 2012).

La función de apoyo psicológico suele llevarse a cabo por el personal del departamento hacia las madres, y menos frecuente hacia los padres; tal vez porque son difícilmente accesibles. Resulta fuerte entonces la necesidad de estructurar programas de ayuda específica para los padres de los bebés recién nacidos, puesto que a menudo estos corresponden a la fuente principal de consuelo y sostén de sus parejas, pero frecuentemente se sienten impotentes de brindar

aquello, ya que se asumen aislados de su propio hijo y no considerados por parte del personal del hospital que se concentra principalmente, por no decir exclusivamente, en el bebé y la madre (Singh y Newburn, 2000). En este sentido, ocuparse también de los padres significa mejorar no solo la calidad de vida de ellos mismos y la relación padre-hijo, sino también el apoyo que pueden brindar este a la madre y a la relación madre-hijo. Por ese motivo, la ayuda tanto al padre como a la madre da como resultado el desarrollo neuropsicológico sano del bebé.

## Referencias

- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., et al. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 167-182.
- Ammaniti, M., Tambelli, R. y Odorisio, F. (2006). Intervista clinica per lo studio delle rappresentazioni paterne in gravidanza: IRPAG. *Età Evolutiva*, 85, 30-40.
- Arockiasamy, V., Holsti, L. y Albersheim, S. (2008). Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: A search for control. *Pediatrics*, 121(2), 215-222.
- Baldoni, F., Facondini, E., Minghetti, M., Romeo, N., Landini, A. y Crittenden, P. (2010). *Attachment relationships and psychosomatic development of the child in families with a preterm baby. A study in DMM perspective*. Presentazione alla 2nd Biennial Conference of the International Association for the Study of Attachment (IASA), 9-10.

- Bilszta, J., Tang, M., Meyer, D., Milgrom, J., Ericksen, J. y Buist, A. (2008). Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 56-65.
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M., Chou, D., Moller, A., Narwal, R., et al. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The Lancet*, 379, 2162-2172.
- Doyle, L. y Anderson, P. (2010). Adult outcome of extremely preterm infants. *Pediatrics*, 126, 342-351.
- Fava, G. (2010). Quando nasce un bambino premature. In Righetti, P. (ed.), *Gravidanza e contesti psicopatologici* (pp. 164-186). Milano: Franco Angeli.
- Fegran, L., Helseth, S. y Fagermoen, M. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 810-816.
- Feldman, R. (2007). Parent–infant synchrony and the construction of shared timing: physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 329-354.
- Franck, L. y Axelin, A. (2013). Differences in parents', nurses' and physicians' views of NICU parent support. *Acta Paediatrica*, 102, 590-596.
- Goldberg, S. y Di Vitto, B. (2002). Parenting children born preterm. In Bornstein, M. (ed.), *Handbook of parenting, vol. 1. Children and parenting* (pp. 209-231). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Hugill, K., Letherby, G., Reid, T. y Lavender, T. (2013). Experiences of fathers shortly after the birth of their preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42, 655-663.
- Jiang, S., Warre, R., Qiu, X., O'Brien, K. y Lee, S. (2014). Parents as practitioners in preterm care. *Early Human Development*, 90, 781-785.
- Johnson, S., Fawke, J., Hennessy, E., Rowell, V., Thomas, S., Wolke, D., et al. (2009). Neurodevelopmental disability through 11 years of age in children born before 26 weeks of gestation. *Pediatrics*, 124, 249-257.
- Jotzo, M. y Poets, C. (2005). Helping parents cope with the trauma of premature birth: An evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics*, 115, 915-919.
- Lantz, B. y Ottosson, C. (2014). Neonatal intensive care practices: Perceptions of parents, professionals, and managers. *Advances in Neonatal Care*, 14, 1-12.
- Lara-Carrasco, J., Simard, V., Saint-Onge, K., Lamoureux-Tremblay, V. y Nielsen, T. (2013). Maternal representations in the dreams of pregnant women: a prospective comparative study. *Frontiers in Psychology*, 4, 551.

- Levy-Shiff, R., Hoffman, M., Mogilner, S., Levinger, S. y Mogilner, M. (1990). Fathers' hospital visits to their preterm infants as a predictor of father-infant relationship and infant development. *Pediatrics*, 86, 289.
- Lindberg, B., Axelsson, K. y Öhring, K. (2007). The birth of premature infants: Experiences from the fathers' perspective. *Journal of Neonatal Nursing*, 13, 142-149.
- Marlow, N., Wolke, D., Bracewell, M. y Samara, M. (2005). Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. *The New England Journal of Medicine*, 352, 9-19.
- Melnyk, B., Feinstein, N., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H., Sinkin, R., et al. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118, 1414-1427.
- Mezulis, A., Hyde, J. y Clark, R. (2004). Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten. *Journal of Family Psychology*, 18, 575-588.
- Minde, K. (2000). Prematurity and serious medical conditions in infancy: Implications for development, behaviour, and intervention. In C.H. Zeanah (a cura di), *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 176-194). New York: Guilford.
- Moster, D., Lie, R. y Markestad, T. (2008). Long-term medical and social consequences of preterm birth. *New England Journal of Medicine*, 359, 262-273.
- Mwaniki, M., Atieno, M., Lawn, J. y Newton, C. (2012). Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults: a systematic review. *The Lancet*, 379, 445-452.
- Pancer, S., Pratt, M., Hunsberger, B. y Gallant, M. (2000). Thinking ahead: complexity of expectations and transition to parenthood. *Journal of Personality*, 68, 253-279.
- Pohlman, S. (2009). Fathering premature infants and the technological imperative of the neonatal intensive care unit: an interpretive inquiry. *Advances in Nursing Science*, 32, 1-16.
- Ramchandani, P., Domoney, J., Sethna, V., Psychogiou, L., Vlachos, H. y Murray, L. (2013). Do early father-infant interactions predict the onset of externalising behaviours in young children? Findings from a longitudinal cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54, 56-64.
- Ritchie, S. (2002). Primary care of the premature infant discharged from the neonatal intensive care. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 27, 76-85.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. y Stewart, D. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295.



- Sethna, V., Murray, L., Netsi, E., Psychogiou, L. y Ramchandani, P. (2015). Paternal depression in the postnatal period and early father–infant. *Interactions Parenting*, 15, 1-8.
- Singh, D. y Newburn, M. (2000). *Becoming a father: mens' access to information and support about pregnancy, birth and life with a new baby*. London: The National Childbirth Trust.
- Smith, V., Dukhovny, D., Zupancic, J., Gates, H. y Pursley, D. (2012). Neonatal intensive care unit discharge preparedness: Primary care implications. *Clinical Pediatrics*, 51, 454-461.
- Stefana, A. y Lavelli, M. (2016). I padri dei bambini nati pretermine: una risorsa su cui investire. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 20(2), 165-188.
- Stern, M., Karraker, K., Sopko, A. y Norman S. (2000). The prematurity stereotype revisited: Impact on mothers' interactions with premature and full-term infants. *Infant Mental Health Journal*, 21, 495-509.
- Talge, N., Holzman, C., Wang, J., Lucia, V., Gardiner, J. y Breslau, N. (2010). Late-preterm birth and its association with cognitive and socioemotional outcomes at 6 years of age. *Pediatrics*, 126, 1124-1131.
- Tambelli, R., Odorisio, F. y Ammaniti, M. (2010). Nella mente del genitore: Un confronto sulle narrazioni materne e paterne in gravidanza. *Infanzia e Adolescenza*, 9, 123-134.
- Tracey, N. (2000). *Parents premature infants*. London: Whurr.
- Treyvaud, K., Inder, T., Lee, K., Northam, E., Doyle, L. y Anderson, P. (2012). Can the home environment promote resilience for children born very preterm in the context of social and medical risk? *Journal of Experimental Child Psychology*, 112, 326-337.
- Winnicott, D. (1958). *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Tavistock Publications.
- World Health Organization. (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Geneva: WHO Press.
- Yogman, M., Kindlon, D. y Earls, F. (1995). Father involvement and cognitive/behavioral outcomes of preterm infants. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 58-66.