

De relatie tussen geleidingslethorendheden en gedragsproblemen

E. Manders en J. Tyberghein

Katholieke Universiteit Leuven

Naast een mogelijk verband met spraak-, taal- en leerproblemen, worden middenoorproblemen in de literatuur ook wel verantwoordelijk geacht voor het ontstaan van gedragsproblemen bij jonge kinderen. Vooral als het gehoorverlies niet opgemerkt wordt door de omgeving, worden deze kinderen soms bestempeld als lui, onwillig, enz. Het kind gaat hiertegen reageren zodat een spanningsveld tussen kind en omgeving kan ontstaan met alle gevolgen van dien.

In een eigen onderzoek hebben wij de gedragsbeoordelingen van ouders van kinderen met chronische secretore otitis media vergeleken met die van ouders van een controlegroep van leeftijdsgenootjes. Wij vonden echter noch kwantitatieve noch kwalitatieve verschillen in de beoordelingen van beide groepen van ouders.

Inleiding

Chronische secretore otitis media (SOM) en het ermee gepaard gaande lichte tot matige gehoorverlies werd de laatste twintig jaar vaak in verband gebracht met het verhoogd voorkomen van spraak-, taal- en leermoeilijkheden (voor een overzicht zie o.a. Kavanagh, 1986 en Bluestone, 1983). Een aantal auteurs vermeldt daarnaast ook een mogelijke relatie met gedragsproblemen.

Zo deed Fisher (1966) een onderzoek naar het voorkomen van sociale en emotionele aanpassingsmoeilijkheden bij een groep gehoorgestoorde kinderen in de gewone school. Zestig procent van deze kinderen bleek een geleidingslethorendheid te vertonen. Hij vond een abnormaal hoge incidentie van onaangepast gedrag bij deze proefgroep (gemeten met de Bristol Social Adjustment Guides) en dit zowel in vergelijking met de testnormen als vergeleken met een controlegroep. Bij 47% van de slechthorende kinderen tegenover slechts 28% van de normaalhorende kinderen werd onaangepast gedrag opgemerkt. In tegen-

stelling tot wat men zou verwachten, kwam niet extreme teruggetrokkenheid, maar integendeel demonstratief gedrag het meest voor bij de slechthorenden.

Ook in de studie van Silva et al. (1982) waren het vooral de gedragskenmerken 'rusteloos', 'gejaagd', 'destructief', 'vaak ongehoorzaam' en 'niet geliefd door andere kinderen', welke significant meer toegeschreven werden aan kinderen met middenoorproblemen dan aan kinderen zonder audiologische of otologische afwijkingen. Bij dit onderzoek ging men naast motoriek, spraak, taal en intelligentie ook een aantal gedragskenmerken na via een gedragsvragenlijst aan de ouders en een gedragsbeoordeling door de psycholoog. Deze laatste vond bij de SOM-groep vaker een 'grotere afhankelijkheid', een 'kort aandachtsspan' en een 'beperkte doelgerichtheid', terwijl de hoger genoemde kenmerken meer gerapporteerd werden door de ouders. Hier dient echter bij vermeld dat voor 12 van de 15 door de psycholoog geobserveerde en voor 13 van de 18 door de ouders gerapporteerde gedragskenmerken geen significante verschillen voorkwamen. De onderzoeken van Hubbard et al. (1985) en van Webster et al. (1989) zijn de enige twee, waarbij geen verschillen in sociale rijping of gedrag werden gevonden. Het eerste vergeleek vroeg voor SOM behandelde kinderen met schizisproblematiek en laat of niet behandelde kinderen met dezelfde aandoening. Het tweede gaat uit van op zeer rigide wijze gecontroleerde paren van subjecten, waarbij telkens één met en één zonder SOM.

Roberts et al. (1989) constateerden bij negenjarige kinderen wel degelijk verschillen voor de aspecten 'taakgerichtheid' en 'zelfstandigheid', naargelang de kinderen langere of kortere tijd aan SOM hadden geleden en ook in de studie van Van Cauwenberge et al. (1986) worden de kinderen met SOM door de leerkrachten beschreven als zijnde 'minder aandachtig' en 'minder actief'. Adesman et al. (1990) vonden dat kinderen met ADD-H (Attentional Deficit Disorder with Hyperactivity), in vergelijking met een groep van leergestoorde kinderen, tijdens het jaar voorafgaand aan het onderzoek, significant meer middenoorproblemen hadden doorgemaakt.

Silva en medewerkers (1982) stellen dat het beeld dat zij aantreffen bij kinderen met (een voorgeschiedenis van) SOM opmerkelijk veel gelijkenissen vertoont met het profiel van kinderen, die beschreven worden als 'minimaal hersenbeschadigd'. Zij suggereren in dit verband zelfs dat een aantal gevallen van zogenaamde 'minimal brain dysfunction' in de toekomst beter zouden kunnen worden aangeduid als lijdend aan 'minimal eustachian tube dysfunction'.

Ook Hersher (1978) stelde een hoge incidentie van middenoorproblemen vast bij kinderen met gedragsproblemen (hyperactiviteit) en leerstoornissen, welke waren gediagnostiseerd als minimaal hersenbeschadigd. Deze studie vertoont echter een aantal zwakke punten op methodologisch vlak (o.a. een erg twijfelachtige diagnose van SOM).

Uit onderzoek van Mc Gee et al. (1982) blijkt dat kinderen, die op de leeftijd van zeven jaar ernstige gedragsproblemen vertoonden, twee maal meer kans maakten op vijfjarige leeftijd SOM te hebben gehad. Ook uit deze studie bleek een sterk significante associatie tussen (vooral bilaterale) SOM en hyperactiviteit,

vastgesteld via een maat gevormd door de items 'rusteloosheid', 'drukte' en 'slechte concentratie/niet kunnen stilzitten'. Bijna één op vier kinderen (23.3%) met kenmerken van hyperactief gedrag vertoonde op de leeftijd van vijf jaar een beeld van bilaterale SOM, tegenover slechts één op twintig van de kinderen zonder gedragsproblemen.

Verklaringsmodellen

Mc Gee et al. (1982) waarschuwen ervoor hun gegevens weliswaar als suggestief, maar toch als tentatief te beschouwen en zij menen dat verder onderzoek naar een mogelijk causaal verband zeker aangewezen is. Zo is het volgens hen best mogelijk dat de associatie SOM en gedragsproblemen gemedieerd wordt door een derde variabele, zoals b.v. socio-economische status. Bij de studies van Silva et al. (1982) en van Mc Gee et al. (1982) kwamen weliswaar geen duidelijke verschillen in socio-economische status of moederschapkenmerken (algemene ontwikkeling en opleiding van de moeder, ervaring in de omgang met kinderen, enz.) tot uiting, maar deze laatste auteurs vonden in de voorgeschiedenis van de kinderen met gedragsmoeilijkheden wel veel meer echtscheidingen en familiale conflicten terug, een gegeven dat ook reeds door Eisen (1962) vermeld werd. Tevens kwamen er meer perinatale complicaties voor, hoofdzakelijk dysmaturiteit. Dit laatste bleek in het onderzoek van Bishop & Edmundson (1986) ook het geval te zijn voor kinderen met een voorgeschiedenis van SOM.

Dit zou kunnen betekenen dat middenoorproblemen misschien niet de oorzaak zijn van de gedragsmoeilijkheden, maar dat zij mogelijk wel als een bijkomende bron van stress gaan fungeren bij een reeds bestaande risicogroep. Een analoge redenering gaat ook op voor het mogelijk negatief effect op de taalontwikkeling en op het schools presteren, waar we hier echter niet verder op in gaan.

De meest waarschijnlijke verklaring voor het ietwat verhoogd voorkomen van gedragsproblemen bij kinderen met SOM dient gezocht te worden in het gehoorverlies, dat met de aandoening gepaard gaat. Wellicht ontstaan de gedragsproblemen en het onaangepast reageren op basis van de reacties van de personen uit de omgeving van het kind, die de gehoorproblemen niet als zodanig onderkennen en het kind beschouwen als dom of onaandachtig. Verhelderend en vermeldenswaard in dit verband is de observatie van Fisher (1966) dat bij de door hem gevolgde groep van slechthorende kinderen een aangepaste medische begeleiding in de meeste gevallen slechts ingesteld werd nadat de kinderen op school (b.v. ter gelegenheid van een gehoorscreening bij het medisch onderzoek) als slechthorend onderkend waren. Vele ouders hadden weliswaar reeds veel vroeger opgemerkt dat hun kind niet of pas laat reageerde op bepaalde geluiden, maar zoals gezegd schreven ze dit eerder toe aan een gebrekkige aandacht dan aan een verminderd gehoor. Ook uit een studie van Maw & Tiwari (1988) bleek dat er in de meeste gevallen twee jaren verliepen tussen het eerste vermoeden van een gehoorverlies bij een kind en een bezoek aan de N.K.O.-arts.

Vooraf in een klassituatie krijgen kinderen met lichte tot matige, fluctuerende gehoorverliezen het soms erg moeilijk. Als zij direct aangesproken worden kunnen

zij de indruk wekken normaal te horen, maar zij zijn niet in staat om in de klas de noodzakelijke luisterhouding te blijven opbrengen. Zij schijnen derhalve slechts dat te horen wat ze willen horen. Hun echte probleem, namelijk het verminderd horen, wordt daardoor niet onderkend en hun slechte luisterhouding wordt zowel door de ouders als door de leerkrachten afgedaan als luiheid, onwil, enz. Skinner (1978) vermeldt zelfs dat deze kinderen hun minder goed horen zullen trachten te camoufleren door te doen alsof ze de boodschap begrijpen. Zij zullen dan op goed geluk 'ja' knikken of iets mompelen in antwoord op een vraag, uit angst om voor ongehoorzaam of onoplettend door te gaan.

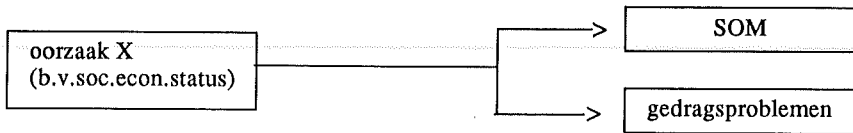
Het is waarschijnlijk op basis van de spanning, die zo ontstaat tussen het kind en de omgeving, dat er, vooral op de lagere school, sociale en emotionele aanpassingsproblemen, al dan niet in combinatie met leermoeilijkheden, kunnen rijzen. In de kleuterklas zullen deze problemen vaak minder aan de oppervlakte komen omdat daar, behalve bij specifieke activiteiten zoals bij poppenkast of bij voorlezen, nog geen echte luisterhouding of taakgerichtheid van het kind geëist wordt. Vanaf het eerste leerjaar echter wordt geconcentreerd luisteren en selectief (auditief) aandacht geven erg belangrijk, b.v. bij het leren lezen en schrijven. Als het kind met een licht tot matig gehoorverlies het ongeluk heeft in een grote, rumoerige klas terecht te komen, waar de akoestiek verre van ideaal is -wat volgens Downs (1981) zeer vaak het geval is- dan is het best mogelijk dat er problemen rijzen, zowel op het vlak van het schoolse leren als wat betreft gedrag en aanpassing.

Er groeit dan immers een spanningsveld tussen kind en opvoeder, waarin beide verstrikt raken (Van den Horst 1968). Als de omgeving het minder goed reageren toeschrijft aan onoplettendheid of gebrek aan belangstelling, zal zij haar pedagogisch handelen daarnaar richten en het kind bestraffen of links laten liggen. Het kind zal zich dan onbegrepen, onheus behandeld of achteruit gesteld voelen. Zo ontstaat er als het ware een vicieuze cirkel. Het kind verliest alle interesse in het schoolse leren en daardoor gaan de prestaties steeds meer achteruit.

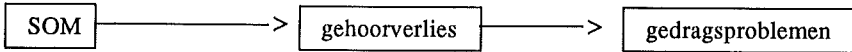
Een laatste, analoge verklaring voor het bestaan van een relatie tussen SOM en gedragsproblemen zou kunnen gezocht worden in de spraak- en taalmoeilijkheden, die optreden ten gevolge van het gehoorverlies. Volgens auteurs als Lehmann et al. (1979) signaleren ouders vaker gedragsmoeilijkheden bij kinderen met gehoorproblemen op grond van het feit dat zij hun noden en verlangens minder goed onder woorden kunnen brengen. Volgens Goorhuis-Brouwer (1982) gaan moeilijk sprekende kinderen zich op een andere, non-verbale wijze uiten en ontstaat er op die manier onaangepast demonstratief gedrag zoals schreeuwen, schoppen, slaan, driftbuien of gaat het kind zich integendeel uit de communicatie terugtrekken, soms zelfs in die mate dat zijn of haar gedrag autistiform aandoet. Dit wordt eveneens beschreven door Leviton (1980) en ook in het overzichts-artikel van Gordon (1991) wordt de link gelegd tussen spraak- en taalstoornissen bij kinderen en psychische, gedragsmatige en/of emotionele stoornissen, die soms lange tijd kunnen aanslepen.

Op die wijze leidt de gehoorstoornis t.g.v. SOM niet rechtstreeks tot ge-

model 1:



model 2:



model 3:

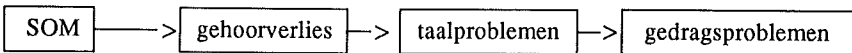


Fig. 1. Verklaringsmodellen voor een relatie tussen SOM en gedragsproblemen.

dragsafwijkingen, maar via de tussenliggende variabele van de taalproblemen. Een verschil met het vorige model is dat de gedragsmoeilijkheden reeds voor de lagere schoolleeftijd kunnen ontstaan.

We komen zo tot drie verklaringsmodellen voor een mogelijke relatie tussen SOM en gedragsproblemen (Figuur 1).

Op basis van de laatste twee modellen lijkt het belangrijk lichte tot matige slechthorendheden tijdig te onderkennen, zodat een aangepaste behandeling ingesteld kan worden alvorens er ernstige gedrags- of aanpassingsmoeilijkheden ontstaan.

In een eigen onderzoek hebben wij getracht om na te gaan of ouders van kinderen met aanslepende SOM hun kinderen qua gedrag anders beoordeelden dan ouders van kinderen uit een controlegroep, welke niet op basis van middenoorproblemen geselecteerd was.

Eigen onderzoek

Methode

Als onderdeel van een ruimere studie met betrekking tot de relatie tussen SOM en een aantal ontwikkelingsaspecten (Manders 1990), voerden wij een beperkt, vergelijkend onderzoek uit naar enkele gedragsmatige kenmerken.

Achttien kinderen bij wie de diagnose van hardnekkige, aanslepende secretaire otitis media gesteld was en bij wie als behandeling het plaatsen van trommelvliesbuisjes gepland was, vormden de SOM-groep. De controlegroep (CON-groep) bestond uit veertig kinderen, die random geselecteerd waren in de kleuter-

Tabel 1. Subjectkarakteristieken voor beide groepen.

	SOM-groep	CON-groep
aantal	18	40
aangemeld wegens	middenoor- problemen	–
leeftijd		
- gemiddeld	58 m	60 m
- bereik	48-72 m	51-70 m
opleidingsniveau van de ouders*		
- laag	17%	10%
- midden	50%	57%
- hoog	33%	33%
geslacht		
- jongens	55%	55%
- meisjes	45%	45%

* volgens de indeling van SCHROOTS en VAN ALPHEN-DE VEER (1984, p.34).

school. Leeftijd, geslachtsverdeling en opleidingsniveau van de ouders kwamen bij beide groepen overeen (zie Tabel 1).

Naast tympanometrisch en audiometrisch onderzoek, werd bij deze kinderen onderzoek verricht naar hun spraak-, taal- en cognitieve ontwikkeling. Op deze laatste aspecten gaan we echter hier niet verder in. Tevens gebruikten wij een vragenlijst om het gedrag te evalueren.

Aan de ouders van de kinderen uit zowel de SOM- als de controlegroep werd gevraagd uit een reeks van 20 gedragskenmerken die drie aan te duiden, waarvan ze vonden dat ze het best bij hun kind pasten en tevens die drie, die volgens hen het minst representatief waren voor hun kind. Negen kenmerken konden als 'positief' beschouwd worden, evenveel als 'negatief' en de twee overige als 'neutrale' kenmerken. Zes duiden eerder op extraversie, zes andere meer op introversie (zie Tabel 2).

Ter gelegenheid van een vervolgonderzoek na zes maanden naar het effect van het plaatsen van de trommelvliesbuisjes werden ook eventuele gedragsveranderingen bevraagd bij de ouders van de kinderen met SOM.

Resultaten

De twee groepen verschilden zeer duidelijk van elkaar wat betreft het aantal type B-tympanogrammen, welke indicatief zijn voor een afwijkende middenoordruk en dus voor een beeld van secretoire otitis media. Bij de SOM-groep kwam deze

Tabel 2. Overzicht van de door de ouders als meest en als minst typisch beschouwde gedragskenmerken van hun kind (in procent).

	Quotering	SOM-groep		CON-groep	
		Meest	Minst	Meest	Minst
Aanhankelijk	posit./intro	9	0	14	0
Agressief	negat.	3.7	11	0.8	13.5
Verlegen	negat./intro	5.5	11	6.5	6
Doorzettend	posit./extra	1.8	3.7	9	3.5
Sociaal	posit./extra	13	1.8	5	1.5
Tegendraads	negat.	1.8	3.7	2.5	6
Aandachtig	posit.	7.5	0	7.5	0
Open	posit./extra	5.5	1.8	9	0.8
Volgzaam	neutr./intro	0	0	0	0
Behulpzaam	posit./extra	9	0	11.5	0
Zelfstandig	posit./extra	13	5.5	11	3.5
Gemakzuchtig	negat.	3.7	1.8	3	6
Eigenzinnig	neutr./extra	5.5	1.8	4	1.5
Koppig	negat.	7.5	3.7	5	2.5
Mee gaand	posit./intro	1.8	0	2.5	0.8
Onaandachtzaam	negat.	0	7.5	0	11
Gesloten	negat./intro	5.5	13	1.5	11
Hulpbehoevend	negat./intro	3.7	16.5	0.8	11.5
Werkzaam	posit.	0	3.7	4	0
Lui	negat.	1.8	13	0.8	21

vlakke curve in 82% van de gevallen voor, bij de controlegroep slechts in 17.9%. De gemiddelde gehoordrempel lag bij de SOM-groep op 27.7 dB (0.5, 1 en 2 kHz), bij de CON-groep op 17.7 dB. Dit verschil is significant ($t = 4.60$, $p < 0.02$, t -test).

Wat het gedrag betreft bleken beide groepen van ouders significant meer (χ^2 -test, $p < 0.01$) positieve epitheta, zoals sociaal of open, aan te geven als zijnde typisch voor hun kind, dan negatieve (b.v. gesloten, onaandachtzaam).

Wat de kenmerken betreft die de ouders het minst representatief vinden m.b.t. hun kinderen vinden we een omgekeerd resultaat. Vooral negatieve kenmerken achten de ouders weinig typerend voor hun kind, positieve worden hier zeer weinig aangestipt. De verschillen, die we hiervoor vinden zijn voor beide groepen significant ($p < 0.01$, χ^2 -test).

Als we de SOM- en de controlegroep onderling vergelijken aan de hand van de χ^2 -test, vinden we geen significante verschillen, hoewel er bij de ouders van de CON-groep een lichte tendens bestaat om, meer nog dan de ouders uit de SOM-groep, positieve eigenschappen aan hun kinderen toe te schrijven en hen omgekeerd ook nog iets minder vaak negatieve kenmerken toe te kennen (Tabel 3).

Tabel 3. Procentuele verdeling van de meest en minst typische gedragskenmerken, onderverdeeld in de categorieën positief, negatief en neutraal.

	Positief				Negatief				Neutraal			
	SOM		CON		SOM		CON		SOM		CON	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Meest typisch	33	61	89	74	18	33	26	22	3	5	5	4
Minst typisch	9	17	12	10	44	81	105	87	1	2	3	2

De hiërarchie van de meest als typisch geciteerde eigenschappen wordt gegeven in Tabel 4.

Als we de top-6 hiervan bekijken, dan zien we:

- (1) dat zowel bij de SOM- als bij de CON-groep deze 6 kenmerken goed zijn voor ongeveer 60% van het totaal,
- (2) dat hierbij slechts één negatief kenmerk ('koppig') voorkomt, namelijk op een gedeelde vijfde plaats bij de SOM-groep,
- (3) dat vier kenmerken bij beide groepen bij de eerste zes terug te vinden zijn (aanhankelijk, zelfstandig, behulpzaam, aandachtig).

Tabel 4. Hiërarchie van de door de ouders als meest typisch aangegeven gedragskenmerken.

SOM-groep	%-voorkomen	CON-groep	%-voorkomen
1. Sociaal	13	1. Aanhankelijk	14
Zelfstandig	13	2. Behulpzaam	11.5
3. Aanhankelijk	9	3. Zelfstandig	11
Behulpzaam	9	4. Doorzettend	9
5. Aandachtig	7.5	Open	9
Koppig	7.5	6. Aandachtig	7.5
7. Verlegen	5.5	7. Verlegen	6.5
Open	5.5	8. Sociaal	5
Eigenzinnig	5.5	Koppig	5
Gesloten	5.5	10. Eigenzinnig	4
11. Agressief	3.7	Werkzaam	4
Gemakzuchtig	3.7	12. Gemakzuchtig	3
Hulpbehoevend	3.7	13. Tegendraads	2.5
14. Doorzettend	1.8	Meegaand	2.5
Tegendraads	1.8	15. Gesloten	1.5
Meegaand	1.8	16. Agressief	0.8
Lui	1.8	Hulpbehoevend	0.8
18. Volgzaam	0	Lui	0.8
Onaandachtzaam	0	19. Volgzaam	0
Werkzaam	0	Onaandachtzaam	0

Vergelijken we de top-12, dan blijkt:

- (1) dat bij allebei de groepen 12 van de 20 eigenschappen (= 60%) goed zijn voor 90% van de responsen van de ouders,
- (2) dat er bij de SOM-groep bij de eerste twaalf vijf negatief gekleurde eigenschappen vermeld worden, terwijl er dat bij de CON-groep slechts drie zijn,
- (3) dat 9 kenmerken bij beide groepen bij de eerste 12 terug te vinden zijn.

Bij de top-5 van de volgens de ouders het minst bij hun kind passende eigenschappen (Tabel 5), vinden we hier bij beide groepen enkel negatieve kenmerken, die goed zijn voor + 65% van de responsen. Vier kenmerken uit deze top-5 zijn dezelfde voor de twee groepen.

De eerste 11 kenmerken zijn goed voor meer dan 90% van de volgens de ouders minst typerende eigenschappen. Ook hier is er weer een erg grote consensus: 10 op 11 eigenschappen komen bij beide groepen overeen.

Ook wat betreft de dichotomie *extraversie/introversie* vinden we geen verschillen tussen beide groepen (Tabel 6).

Hieruit blijkt dat, zowel bij de SOM- als bij de CON-groep, kenmerken, die eerder wijzen op extraversie dubbel zo vaak als typerend worden toegeschreven aan de kinderen dan eerder naar introversie neigende eigenschappen.

Ondanks dit op zich reeds zeer positieve resultaat m.b.t. het gedrag voor het plaatsen van de trommelvliesbuisjes, meldt toch 55% van de ouders zes maanden

Tabel 5. Hiërarchie van de door de ouders als minst typisch aangegeven kenmerken.

SOM-groep	%-voorkomen	CON-groep	%-voorkomen
1. Hulpbehoevend	16.5	1. Lui	21
2. Gesloten	13	2. Agressief	13.5
Lui	13	3. Hulpbehoevend	11.5
4. Agressief	11	4. Onaandachtzaam	11
Verlegen	11	Gesloten	11
6. Onaandachtzaam	7.5	6. Verlegen	6
7. Zelfstandig	5.5	Tegendraads	6
8. Doorzettend	3.7	Gemakzuchtig	6
Tegendraads	3.7	9. Doorzettend	3.5
Koppig	3.7	Zelfstandig	3.5
Werkzaam	3.7	11. Koppig	2.5
12. Sociaal	1.8	12. Sociaal	1.5
Open	1.8	Eigenzinnig	1.5
Gemakzuchtig	1.8	14. Open	0.8
Eigenzinnig	1.8	Volgzaam	0.8
16. Aanhankelijk	0	Meegaand	0.8
Aandachtig	0	17. Aanhankelijk	0
Volgzaam	0	Aandachtig	0
Behulpzaam	0	Behulpzaam	0
Meegaand	0	Werkzaam	0

Tabel 6. Mate van voorkomen van kenmerken, die refereren aan intro- en extraversie.

	Kenmerken, geassocieerd met			
	Introversie		Extraversie	
	n	%	n	%
SOM-groep	14	13	26	24
CON-groep	31	13	60	25

na de ingreep bepaalde veranderingen. Vooral de omschrijving 'opener geworden', maar ook 'aangenamer' en 'blijer' komen een aantal keren terug.

Discussie

In de literatuur wordt nogal eens het verband gelegd tussen SOM en gedragsproblemen. Zeker als de middenoorproblemen en het ermee gepaard gaande gehoorverlies niet tijdig onderkend worden door de omgeving, lijkt dit ook niet onlogisch. Het slechter horen wordt dan nogal eens bestempeld als 'onwil, ongehoorzaamheid, onaandachtzaamheid enz.' (zie inleiding).

Nochtans vonden wij in onze studie geen verschillen, noch kwantitatief, noch kwalitatief, tussen de gedragsbeoordelingen van de ouders van de otitis-positieve kinderen en die uit de controlegroep. Beide groepen van ouders beoordeelden hun kinderen globaal zeer positief, met slechts een heel licht verschil ten voordele van de controlegroep. Ook wat betreft de als meest en minst typisch aangehaalde gedragskenmerken zagen we geen essentiële verschillen. Dit gold evenmin voor de kenmerken extra- versus introversie.

Eén verklaring voor het ontbreken van verschillen kunnen we misschien zoeken in het feit dat het bij onze SOM-groep ging over kinderen, waarbij de SOM in de meeste gevallen wel reeds was onderkend en waarbij het gehoorverlies de ouders wel degelijk was opgevallen. Maar liefst 95% van de ouders vermeldde bij navraag ooit al bij hun kind de indruk gehad te hebben van slechthorendheid.

Een andere verklaring kan gezocht worden in het feit dat de kinderen met SOM het in ons onderzoek op spraak-, taal- en cognitief gebied even goed bleken te doen als de kinderen uit de CON-groep (Manders 1990). Taalproblemen konden in onze proefgroep dus sowieso niet verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van gedragsmoeilijkheden ten gevolge van SOM (zie Figuur 1, model 3).

Dat de beoordeling globaal zo positief uitvalt voor alle kinderen is misschien te verklaren door het feit dat ouders nu eenmaal geneigd zijn hun kind wat op te hemelen. Het Vlaamse gezegde 'mijn kind, schoon kind' gaat blijkbaar ook voor de ouders uit ons onderzoek op.

Het is echter toch opvallend dat 55% van de ouders van de SOM-kinderen bij de evaluatie, zes maanden na de ingreep, gedragsveranderingen signaleren, meestal

in gunstige zin ('blijer', 'aangener', 'opener' geworden). Dit zou erop kunnen wijzen dat bepaalde, minder positieve kenmerken, die het kind misschien voor de ingreep vertoonde, de ouders niet eens meer opvielen, omdat deze wellicht slechts zeer geleidelijk tot ontwikkeling gekomen waren.

Besluitend willen wij stellen dat er vanuit de literatuur nogal wat argumenten zijn, die wijzen op een mogelijk verband tussen SOM en gedragsproblemen. Het lijkt ons dan ook belangrijk dat er bij gedragsmatige signalen van het kind (b.v. tegendraadsheid, onoplettendheid) rekening gehouden wordt met de mogelijkheid van het bestaan van een licht tot matig gehoorverlies. Bij enige twijfel kan dit dan best ook worden nagegaan.

Wij zijn echter op basis van ons, weliswaar beperkt onderzoek geneigd te geloven dat SOM bij normaal begaafde kinderen met een goede taalaanleg en met een bezorgde omgeving, die het minder goed horen tijdig onderkent, niet noodzakelijk aanleiding geeft tot gedragsproblemen. Verder grootschalig, multidisciplinair en longitudinaal onderzoek is echter nodig, zowel naar de precieze wisselwerking tussen secretore otitis media en ontwikkelingsproblemen, als naar de verschillende behandelingsmethoden voor de aandoening en hun effecten.

Summary

Besides a possible relationship with speech, language and learning disorders, conductive hearing loss is also sometimes mentioned as a cause of behaviour disorders in children. Especially when the hearing loss goes unnoticed, children with conductive losses are sometimes labeled as disobedient, inattentive or lazy. The child can react in turn to this attitude in such a way that this leads to growing tensions between the child and its caretakers. In our study we compared the behavioural evaluations of a group of parents of children suffering from secretory otitis media with those of parents of a group of control children. We did not find any significant differences between both groups in evaluating their children's behavior.

Literatuur

- Adesman, A.R., Altshuler, L.A., Lipkin, P.H., & Walco, G.A. (1990). Otitis media in children with learning disabilities and in children with attention deficit disorder with hyperactivity. *Pediatrics*, 85, 442-446.
- Bishop, D.V.M., & Edmundson, A. (1986). Is otitis media a major cause of specific language disorders? *British J. of Disorders of Communication*, 21, 321-338.
- Bluestone, C.D. (1983). Workshop on the effects of otitis media on the child. *Pediatrics*, 71, 639-652.
- Downs, M. (1981). Contribution of mild hearing loss to auditory language learning problems, In: Roeser & downs (Ed.), *Auditory disorders in school-children: the law, identification, remediation*. Thieme-Stratton, New York.
- Eisen, N. (1962). Some effects of early sensory deprivation on later behavior. *J. of Abnormal Child Psychology*, 65, 338-342.
- Fisher, B. (1966). The social and emotional adjustment of children with impaired hearing attending ordinary classes. *British Journal of Educational Psychology*, 36, 319-321.

- Goorhuis-Brouwer, S.M. (1982). Therapie bij spraak-en taalgestoorde kinderen. *Logopedie en Foniatrie*, 54, 398-407.
- Gordon, N. (1991). The relationship between language and behaviour. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 33, 86-89.
- Hersher, L. (1978). Minimal brain dysfunction and otitis media. *Perceptual and motor skills*, 47, 723-726.
- Hubbard, T.W., Paradise, J.L., Mc Williams, B.J., Elster, B.A., & Taylor, F.H. (1985). Consequences of unremitting middle ear disease in early life: otologic, audiologic and developmental findings in children with cleft palate. *New England J. of Medicine*, 312, 1529-1534.
- Kavanagh, J.F. (1986). *Otitis media and child development*. York Press, Parkton.
- Lehmann, D.M., Charon, K., Kummer A., & Keith, R.W. (1979). The effects of chronic middle ear effusion on speech and language development: a descriptive study. *Int. J. of Pediatric O.R.L.*, 1, 137-144.
- Leviton, A. (1980). Otitis media and learning disorders. *J. of Developmental and Behavioral Psychology*, 1, 58-63.
- Manders, E. (1990). *Secretaire otitis media: een rem op de ontwikkeling? Een multidimensionale benadering*. Proefschrift K.U. Leuven.
- Maw, R., & Tiwari, R. (1988). Children with glue ear: how do they present? *Clinical Otolaryngology*, 13, 171-177.
- Mc Gee, et al. (1982). Behaviour problems and otitis media with effusion: a report from the Dunedin multidisciplinary child development study. *New Zealand Medical J.*, 95, 655-657.
- Roberts, J., Burchinal, M., Collier, A., Ramey, C., Koch, M., & Henderson, F. (1989). Otitis media in early childhood and cognitive, academic and classroom performance of the school aged child. *Pediatrics*, 83, 477-485.
- Silva, P., Kirkland, C., Simpson, A., Stewart, I., & Williams, S. (1982). Some developmental and behavioral problems associated with bilateral otitis media with effusion. *J. of Learning Disabilities*, 15, 417-21.
- Schroots, J., & Van Alphen de Veer, R. (1984). *Leidse Diagnostische Test, deel 1, handleiding*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Skinner, M. (1978). The hearing of speech during language acquisition. *Otolaryngological Clinics of North America*, 11, 631-50.
- Van Cauwenberge, P., Derycke, A., & Kluyskens, P. (1986). The influence of secretory and acute otitis media on speech and language development and psycho-social behavior. *Proceedings of the international conference on acute and secretory otitis media, part 1*, Kugler, 355-360.
- Van den Horst, A. (1968). Slechthorendheid, een stoornis die vaak dieper ingrijpt dan men gewoonlijk vermoedt. In: *Psychologen over het kind, deel 1*, Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Webster, A., Bamford, J., Thyer, N., & Ayles, R. (1989). The psychological, educational and auditory sequelae of early, persistent secretory otitis media. *J. of Child Psychology & Psychiatry*, 30, 529-46.