

Depressieve symptomen bij jongeren met gehoorverlies

samenhang met inzicht in de eigen en andermans emoties

CAROLIEN RIEFFE, STEPHANIE THEUNISSEN, MAARTJE KOUWENBERG

Vanuit de Universiteit van Leiden wordt onderzoek gedaan naar de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen en jongeren met een auditieve beperking. In dit artikel vertellen de auteurs over dat onderzoek, waarbij het doel is om depressieve klachten bij kinderen en jongeren met een gehoorverlies meetbaar te maken. Want juist deze problemen zijn door de omgeving moeilijk op te merken en krijgen daardoor niet altijd de aandacht die ze verdienen. Voor een professional dus van belang om hier alert op te zijn.

Inleiding

Externaliserende problemen, zoals gedragsproblemen en agressie, worden gemakkelijk opgemerkt door de buitenwereld. Dit gedrag is thuis en in de klas lastig, en daarom krijgen dergelijke problemen bijna als vanzelf veel aandacht van professionals en in de literatuur. Ook bij kinderen met gehoorverlies wordt vaak melding gemaakt van externaliserende problemen (Meerum Terwogt & Rieffe, 2004).

Internaliserende problemen, zoals depressieve klachten, zijn moeilijker door anderen waar te nemen en worden ook door professionals vaak niet opgemerkt. Als men afgaat op observaties door ouders of leerkrachten is er vaak gevaar voor onderdiagnose, omdat depressieve symptomen zo moeilijk zichtbaar kunnen zijn voor de buitenwereld.

Bovendien, als kinderen zich niet makkelijk kunnen uiten en niet over hun gevoelens kunnen praten, is het voor de omgeving vaak lastig te achterhalen wat zich precies in een kind afspeelt. Bij jongeren met een gehoorverlies zou dit nog eens een versterkend effect kunnen hebben, want communicatieproblemen met de veelal horende ouders en leerkrachten kunnen nog eens extra bijdragen aan deze onderdiagnose.

Toch is er een groeiende stapel literatuur waaruit blijkt dat depressie in de kindertijd een serieus probleem kan zijn.

Prevalentie gegevens geven aan dat tussen de één en acht procent van de kinderen met een normaal gehoor een diagnose krijgen voor depressie volgens de DSM-IV criteria (Birmaher et al., 1996; Lewinsohn, Clarke, Seeley, & Rohde, 1994). Ook bij kinderen en jongeren met gehoorverlies komen er steeds meer onderzoeksgegevens waaruit blijkt dat depressieve klachten vaak voorkomen en zelfs vaker dan bij kinderen met een normaal gehoor (Konuk, Erdogan, Atik, Ugur, & Simseyilmaz, 2006; Kouwenberg, Rieffe, & Theunissen; Theunissen et al., 2011; Van Gent, Goedhart, Hindley, & Treffers, 2007). Er is echter nog maar weinig bekend over de oorzaken van depressieve klachten bij kinderen en jongeren met gehoorverlies. Voor behandeling is het wel belangrijk om inzicht te hebben in welke factoren ten grondslag liggen aan depressieve klachten bij deze specifieke doelgroep. Of anders geformuleerd: wat we graag zouden willen weten is in hoeverre deze factoren hetzelfde zijn als voor kinderen met normaal gehoor en in hoeverre bepaalde factoren uniek zijn voor kinderen met gehoorverlies.

Emotieregulatie is hierbij een belangrijke kandidaat. Emotieregulatie verwijst naar het vermogen om de intensiteit en/of de duur van een negatieve emotie te beperken. Het is wel goed om een beetje boos te worden als je een klas-



Foto: Peter Stratting

genootje wilt laten merken dat je ergens genoeg van hebt, maar teveel woede kan averechts werken. Bovendien moet de boosheid ook weer overgaan als de situatie voorbij is, en niet te lang blijven aanhouden. Eerder onderzoek heeft al laten zien dat goede emotieregulatie een probleem is bij kinderen met gehoorverlies (Rieffe, Kouwenberg, Scheper, Wiefferink, & Smit, 2009). Na een negatieve gebeurtenis houden de negatieve emoties bij kinderen met gehoorverlies langer aan dan bij kinderen met normaal gehoor (Rieffe, in druk). Langdurige negatieve emoties kunnen leiden tot meer negatieve stemmingen en meer depressieve klachten in een normaal horende populatie. De vraag is of dit dan ook versterkt zo geldt voor de groep kinderen en jongeren met gehoorverlies.

Naast emotiedisregulatie kan sociaal disfunctioneren ook een rol spelen in het ontstaan van depressieve klachten. Kinderen die vaker gepest worden, tonen meer negatieve stemmingen (Camodeca & Goossens, 2005). Daarnaast blijkt herhaaldelijk dat kinderen met gehoorverlies minder inzicht hebben in andermans (negatieve) emoties en meer problemen ondervinden in conflicthantering dan kinderen met normaal gehoor (Rieffe & Meerum Terwogt, 2002, 2006) waarover wij al vaker in *Van Horen Zeggen* hebben gerapporteerd (Meerum Terwogt, Rieffe, & Smit, 1999,

2002). Vooral de problemen in de Theory of Mind ontwikkeling (c.q. inzicht in en voorspelbaarheid van andermans gedrag en emoties) van kinderen met gehoorverlies wordt in dit verband vaak genoemd. Mogelijk spelen dergelijke sociale problemen ook een rol bij het ontstaan van depressieve klachten bij deze groep. Onopgeloste sociale conflicten en onbegrip hierover zouden kunnen leiden tot sterkere negatieve gevoelens en klachten van depressie op de lange termijn.

INTERNALISERENDE PROBLEMEN ZIJN MOEILIK WAAR TE NEMEN EN WORDEN VAAK NIET OPGEMERKT

In het huidige artikel willen wij beschrijven hoe wij onderzoek hebben opgezet en uitgevoerd om depressieve klachten bij kinderen en jongeren met gehoorverlies meetbaar te maken. We staan relatief uitgebreid stil bij de methoden die we hiervoor speciaal hebben ontwikkeld, omdat het afnemen van vragenlijsten bij kinderen met gehoorverlies een specifieke aanpak vereist. Hierbij wordt tevens rekening gehouden met verschillende subgroepen



binnen de populatie met gehoorverlies. In onze studie zijn we vooral geïnteresseerd in factoren die uniek zijn voor de groep kinderen en jongeren met gehoorverlies. Wij willen hierbij opmerken dat we geen klinische diagnose voor depressie hanteren, maar ervoor hebben gekozen om te bekijken in welke mate depressieve symptomen voorkomen in een gewone steekproef; en hoe deze symptomen samenhangen met andere variabelen, zoals emotieregulatie en inzicht in andermans emoties.

Meetbaar maken van depressie

Er zijn verschillende manieren om depressieve symptomen bij kinderen en jongeren te meten, bijvoorbeeld door middel van observaties, interviews, vragenlijsten aan ouders of leerkrachten, of zelfrapportage vragenlijsten. Zoals vermeld is het beter om het kind zelf als informant te gebruiken bij het meten van interne processen zoals depressie of angst. Onderzoek heeft ook uitgewezen dat zelfrapportage vragenlijsten aanbevolen zijn om (subjectieve) interne proces-

DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ JONGEREN MET GEHOORVERLIES



Daarom maken wij in onze studies voornamelijk gebruik van bestaande zelfrapportage vragenlijsten.

Meten van depressieve symptomen bij jongeren met gehoorverlies

Echter, het afnemen van zelfrapportage vragenlijsten bij jongeren met gehoorverlies stelt onderzoekers voor een aantal dilemma's die nog niet zo makkelijk zijn op te lossen. Het doel van de studie is om inzicht in het sociaal-emotioneel functioneren van jongeren te krijgen en resultaten mogen niet beïnvloed worden omdat een jongere een vraag niet begrijpt. Kortom, het testmateriaal moet geschikt zijn voor deze specifieke doelgroep, en daarvoor hebben wij een aantal aanpassingen gedaan die hieronder kort zullen worden beschreven.

Ten eerste de taal. Er moet bepaald worden in welke taal de vragenlijsten worden aangeboden: in het Nederlands, in de Nederlandse Gebarentaal (NGT), of in het Nederlands ondersteund met Gebaren (NmG). In NmG wordt de volgorde van het Nederlands aangehouden, en dit wordt ondersteund met gebaren uit de NGT. Wij hebben er om praktische en financiële redenen voor gekozen om NmG niet apart aan te bieden. Wij hebben wel gekozen om kinderen de vragenlijsten in het Nederlands en/of de NGT aan te bieden. Het kind of jongere mocht zelf kiezen en speciaal hiervoor zijn alle vragenlijsten vertaald en gefilmd in NGT.

NA EEN NEGATIEVE GEBEURTENIS HOUDEN NEGATIEVE EMOTIES BIJ KINDEREN MET GEHOORVERLIES LANGER AAN DAN BIJ GOEDHORENDE KINDEREN

Ten tweede de vorm. Zelfrapportage vragenlijsten worden bij horende kinderen schriftelijk aangeboden. Kinderen kunnen dan het juiste antwoord aanvinken dat het meeste bij hen past en ze kunnen anoniem en in hun eigen tempo de vragen lezen, erover nadenken en beantwoorden. Om dit zelfde voor alle kinderen gelijk te houden, hebben we ervoor gekozen om elke vraag via een laptop aan te bieden. Schriftelijk, maar ook met een filmpje in NGT dat kinderen net zo vaak kunnen herhalen als zij willen. Onder elke vraag staan de drie antwoordcategorieën waaruit een kind kan kiezen in welke mate die vraag op hem of haar van toepassing is (niet, soms, vaak).

Ten derde de vertaling. Vertaling van de instructies bij iedere vragenlijst, van alle vragen, en de antwoordcatego-

Foto: Peter Strating

sen van kinderen en adolescenten te onderzoeken (Betts, Gullone, & Allen, 2009). Daarnaast blijken kinderen vanaf het achtste jaar zich meer bewust van hun eigen functioneren en zijn zij in toenemende mate in staat om op de eigen emoties en gedrag te reflecteren, maar ook om deze aan anderen te communiceren (Harris, 1989). Tijdens een diagnostisch interview kan natuurlijk veel diepte-informatie worden verkregen, maar dit is zeer tijdrovend en niet mogelijk als je grote groepen kinderen wilt onderzoeken.

rieën van het Nederlands naar de NGT is gedaan door een gekwalificeerde tolk. Om vast te stellen of de NGT versie en Nederlandse versie nog steeds overeenkwamen, is de NGT versie terugvertaald naar het Nederlands. Deze terugvertaling van de NGT naar het Nederlands liet geen discrepantie zien tussen de vertaalde en de originele vragen. Op basis hiervan kan er worden aangenomen dat de Nederlandse en NGT versie hetzelfde meten.

Ten vierde de inhoud van de vragen. Vragen kunnen betrekking hebben op situaties die misschien niet direct van toepassing zijn op jongeren met gehoorverlies. Een voorbeeld hiervan is de vraag over hoe jongeren omgaan met problemen. Sommige jongeren gaan dan 'afleiding zoeken door een boek te lezen'. Jongeren met gehoorverlies blijken vaak moeite met taal en lezen te hebben.

KINDEREN EN JONGEREN MET GEHOORVERLIES RAPPORTEREN MEER DEPRESSIEVE SYMPTOMEN DAN GOEDHORENDE KINDEREN

Een jongere met gehoorverlies kan ontkennend antwoorden op de vraag, maar niet omdat hij/zij geen afleiding zoekt als strategie voor het omgaan met problemen, maar omdat hij/zij niet gaat lezen. Op deze manier zou een vertekend beeld kunnen ontstaan. Om dit te voorkomen, hebben wij ervoor gekozen om dit soort voorbeelden te vervangen door voorbeelden die zowel op jongeren met als jongeren zonder gehoorverlies in deze leeftijdscategorie van toepassing kunnen zijn.

Ten vijfde de grammatica van de vragen. Het gegeven dat jongeren met gehoorverlies over het algemeen meer moeite hebben met taal en lezen dan horende jongeren, is tevens meegenomen in het maken van aanpassingen aan de vragen zelf. Bij voorkeur zouden vragen zo min mogelijk moeilijke vocabulaire moeten bevatten en moeten bestaan uit korte zinnen. Lange, uitgebreide vragen vormen een extra belasting voor het geheugen van de jongeren. In de originele vragenlijst om depressieve klachten te meten (de Child Depression Inventory, CDI; (Kovacs, 1985); Nederlandse vertaling; (Timbremont & Breat, 2002)) bestaat iedere vraag uit drie losse zinnen. In de huidige, aangepaste versie zijn de drie zinnen omgezet in één zin met drie korte antwoordmogelijkheden. De drie zinnen 'Ik heb soms zin om te huilen; Ik heb vele dagen zin om te huilen; Ik heb iedere dag zin om te huilen' zijn bijvoorbeeld omgezet in de zin: 'Ik heb zin om te huilen' met de drie antwoordmogelijkheden: 'soms; vele dagen; iedere dag'. In een pilot



studie met 100 horende jongeren werd een hoge correlatie gevonden tussen de originele en de aangepaste versie van de depressie vragenlijst die in dit onderzoek is gebruikt ($r = .75, p < .001$).

Andere zelfrapportage maten

De methode zoals hierboven beschreven van vertalen en aanbieden is ook bij al onze andere vragenlijsten toegepast die we in dit onderzoek hebben gebruikt. Voor de rapportage in dit artikel betreft dit vragenlijsten over a) emotie identificatie (mate waarin kinderen in staat zijn de eigen emoties te herkennen en te benoemen, bijvoorbeeld "Soms weet ik niet waarom ik boos ben"), b) emotieregulatie (bijvoorbeeld "Als ik een vervelende situatie meemaak, dan zeg ik tegen mezelf dat het niet belangrijk is"), en c) hoe vaak kinderen gepest worden (bijvoorbeeld "Word jij wel eens uitgescholden?"). Samenvattend bleek uit andere analyses, waarbij de doelgroep met gehoorverlies werd meegenomen, dat de interne consistentie van de verschillende vragenlijsten goed was. Deze uitkomsten bleven zo positief, ook als per groep apart werd gekeken (met of zonder gehoorverlies, met of zonder NGT). Met andere woorden,

DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ JONGEREN MET GEHOORVERLIES



Foto: Peter Stratting

onze aanpassingen ten aanzien van de taal, inhoud, grammatica, en vorm van aanbieden blijken goed te hebben gewerkt en deze uitkomsten laten zien dat we op betrouwbare wijze concepten als depressie en emotieregulatie kunnen meten bij kinderen en jongeren met gehoorverlies.

De doelgroep

Slechthorendheid bij kinderen wordt gedefinieerd als een gehoorverlies van minimaal 35 decibel, veroorzaakt door geleidings- of conductief verlies. Ongeveer 0,9 op elke 1000 geboortes heeft gehoorverlies (Watkin & Baldwin, 2011). Het merendeel hiervan is aangeboren, de overige (0,25) bestaan uit progressieve en/of verworven gehoorverliezen. Hoe ouder het kind wordt, hoe groter de kans op slechthorendheid is. Op negenjarige leeftijd is de prevalentie gestegen tot ongeveer 1,65 per 1000 (Watkin & Baldwin, 2011). Dove of slechthorende kinderen worden in ruim 96% van de gevallen geboren bij goedhorende ouders (Karchmer & Mitchell, 2004). In deze grote groep is spraak in plaats van gebaren het meest gebruikte communicatiemiddel. Deze kinderen hebben dus geen of minder toegang tot gesproken taal en dat kan leiden tot minder

communicatie vaardigheden, met alle gevolgen van dien. Tegenwoordig krijgen veel kinderen, die doof of ernstig slechthorend (geboren) worden en weinig baat hebben bij een regulier hoortoestel, een cochleair implantaat (CI) aangemeten. Op dit moment betreft dit ongeveer 95% van alle kinderen uit deze doelgroep. Sommige kinderen komen na de aanmeting van het CI op het niveau van een goedhorend leeftijdsgenootje; anderen zijn nog (deels) afhankelijk van gebarentaal. Ook wat betreft het te volgen onderwijs variëren de resultaten. Ongeveer 50% van de kinderen komt op het reguliere onderwijs terecht, voor de andere 50% blijft tweetalig cluster 2 onderwijs de aangewezen vorm (De Raeve & Lichtert, 2011). Sinds de landelijke invoering van de Neonatale Gehoorscreening in 2006 wordt slechthorendheid steeds vroeger gedetecteerd. Twee weken na de geboorte wordt ieder kind in Nederland gescreend op slechthorendheid. Dit heeft geleid tot eerdere opsporing en behandeling van de slechthorendheid en dus vroegere implantatie. Gemiddeld worden kinderen nu geïmplanteerd rond hun eerste levensjaar. Daarnaast weten we dat hoe jonger kinderen zijn als zij een CI krijgen, hoe beter en sneller de taal zal ontwikkelen. Zij kunnen namelijk meer geluiden waarnemen, op

een vroeger moment in hun leven, zodat de taal en spraak eerder en sneller kunnen ontwikkelen. Deze verbetering leidt vervolgens weer tot betere communicatie, resulterend in contact met de ‘horende’ wereld en meer autonomie voor het kind. Echter, het effect van een CI op sociaal en emotioneel functioneren en de ontwikkeling van psychopathologie is tot op heden nog onduidelijk.

Van de kinderen en jongeren die meedoen aan het huidige onderzoek is de jongste negen jaar oud. Kortom, zij zijn allen geboren voor de invoering van de Neonatale Gehoorscreening en daarom hebben velen van hen pas op latere leeftijd een CI gekregen. Dit komt enerzijds door de andere diagnostiek voor gehoorverlies die toen gangbaar was, anderzijds doordat minder goed bekend was dat implantatie op jonge leeftijd de belangrijkste succesfactor is voor het ontwikkelen van gesproken taal. Voordat de Neonatale Gehoorscreening was ingevoerd, werden alle kinderen gescreend met de Ewing/CAPAS test. Hierbij stond de testleider achter het kind en maakte geluiden. Gekeken werd of het kind hierop reageerde. Deze manier van opsporen had een aantal nadelen, zoals het feit dat kinderen pas op hun negende maand werden getest en daarom pas laat de juiste hulp kregen, en het feit dat kinderen met ontwikkelingsachterstanden, autisme of visuele problemen, niet in staat waren om de test te doen. Daarom is deze screening vervangen door de Neonatale Gehoorscreening.

Deelnemers aan het huidige onderzoek

In totaal hebben 220 kinderen tussen de 9 en 15 jaar oud meegedaan aan de studie die wij hier beschrijven. Alle deelnemers hebben een normale intelligentie (> 80) en

geen andere medische problemen. 80 kinderen zijn slechthorend of doof, met een minimum van 40 dB in het beste oor, gedetecteerd voor het 5e levensjaar. Ze zijn afkomstig van zowel regulier als speciaal onderwijs. Van deze 80 kinderen hebben 53 een conventioneel hoortoestel en 29 een CI.

Alle jongeren werden individueel getest op school of thuis in twee sessies van gemiddeld 45 minuten per keer. Tussen de twee sessies zat ongeveer een week. Tijdens de sessies was een (gebarentaalvaardige) onderzoeker aanwezig om vragen te beantwoorden en uitleg te geven. De jongeren werden vooraf bekend gemaakt met de testprocedure door middel van oefenvragen.

Resultaten en Discussie

Zoals uit andere onderzoeken naar voren kwam, blijkt ook nu weer dat kinderen/jongeren met gehoorverlies meer depressieve symptomen rapporteren dan goedhorende kinderen. Dit geldt voor de groep met gehoorverlies als geheel. Dus ook als we kijken naar subgroepen blijft dit beeld overeind. Dit betekent dat de mate van gehoorverlies niet samenhangt met de mate van depressie. Ook wanneer we de slechthorende groep uitsplitsen naar type hoortoestel, CI of regulier hoortoestel, zien we geen verschil in de mate van depressieve symptomen, terwijl de groepen vergelijkbaar zijn op gebied van taalvaardigheid en intelligentie. Ondanks dat het type hoortoestel in deze populatie geen verschil maakt voor het aantal depressieve symptomen, dient hier wel een kanttekening te worden geplaatst. Zoals eerder beschreven is onze groep kinderen met een CI relatief laat geïmplant. Ze zijn allemaal geboren voordat de Neonatale Gehoorscreening was ingevoerd, waardoor hun doof- of slechthorendheid pas laat is opgespoord. Inmiddels weten we uit meer recente literatuur dat hoe eerder kinderen geïmplant zijn, des te beter hun ontwikkeling – in de breedste zin van het woord – is. Onze conclusie gaat dus niet op voor de nieuwe en toekomstige generatie CI-gebruikers. Tot slot, sociaal-economische status, leeftijd, geslacht, en de ernst van gehoorverlies (matig, ernstig of zeer ernstig/doof) blijken niet gerelateerd te zijn aan depressieve symptomen.

Slechts twee variabelen maken wel een verschil: het schooltype waar kinderen onderwijs volgen en de voorkeurstal van de kinderen. Kinderen met gehoorverlies in het reguliere onderwijs rapporteren minder depressieve symptomen dan kinderen in het speciaal onderwijs. Ook worden minder depressieve symptomen gerapporteerd door kinderen die gesproken taal als hun eerste taal hebben, vergeleken met de kinderen die NGT of NmG als eerst taal gebruiken. Waarschijnlijk hebben we hier te maken met een vorm van natuurlijke selectie: de goedfunctionerende kinderen met gehoorverlies worden



Foto: Peter Strating

DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ JONGEREN MET GEHOORVERLIES



Foto: Peter Stratting

binnen het reguliere onderwijs geaccepteerd. De kinderen met gehoorverlies die het minder gemakkelijk hebben, of minder goed presteren worden waarschijnlijk vaker binnen het speciale onderwijs opgevangen, waar tevens vaak wordt onderwezen in NmG of NGT. Wanneer we de groep kinderen die op het speciaal onderwijs zitten, nader bekijken, zien we inderdaad dat ze bijna allemaal NmG/NGT gebruiken. Met andere woorden: waarschijnlijk komen deze verschillen niet door de vorm van onderwijs, maar door de verschillen in de kinderen die naar de ene of de andere vorm van onderwijs gaan.

Onze volgende vraag was met welke variabelen de mate van depressieve symptomen zouden samenhangen. Hier is al veel onderzoek naar gedaan in de populatie van goedgehoorende kinderen en jongeren. In overeenstemming met eerder onderzoek blijkt ook nu weer dat emotioneel functioneren een belangrijke factor is in verband met depressie. Het vermogen de eigen emoties te herkennen en te benoemen, maar ook het vermogen tot goede emotieregulatie, zoals het probleem oplossen in conflictsituaties, dragen allemaal bij aan minder depressieve klachten (Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum Terwogt, & Ly, 2008; Wright, Banerjee, Hoek, Rieffe, & Novin, 2010). Ditzelfde patroon vinden we in deze studie opnieuw, maar

nu ook voor de populatie met gehoorverlies. Uit eerder onderzoek bleek al dat kinderen met gehoorverlies redelijk goed in staat zijn de eigen emoties te herkennen en te differentiëren (Rieffe, in druk), al moet wel worden opgemerkt dat we daarbij alleen naar de “basis emoties”, zoals bang, boos, blij en verdrietig hadden gevraagd. Het vermogen tot differentiëren werd nu weer bevestigd, maar

KINDEREN MET GEHOORVERLIES ZIJN REDELIJK GOED IN STAAT DE EIGEN EMOTIES TE HERKENNEN EN TE DIFFERENTIËREN

bovendien blijkt dat dit vermogen net als bij goedgehoorende kinderen voorspellend is voor minder depressieve klachten. Dat er een direct verband lijkt te zijn tussen deze twee variabelen, suggereert dat ook voor kinderen en jongeren met gehoorverlies emoties een belangrijke bron van informatie zijn om de wereld om hen heen beter te begrijpen.

Wat betekenen deze resultaten voor de praktijk?

De resultaten van het hiernaast besproken onderzoeksproject willen wij graag omzetten naar een testbatterij die bruikbaar is voor de behandelaars van dove en slechthorende kinderen, zoals psychologen, orthopedagogen en ambulant begeleiders. De Universiteit Leiden (Carolien Rieffe, Ivet Pieper) en de NSDSK (Meinou de Vries, Karin Wiefferink) hebben, in samenwerking met een methodoloog (Paul Oosterveld), voor het komende jaar een projectgroep in het leven geroepen om een website te ontwikkelen die specifiek gericht is op de behandelaars. De website zal drie functies hebben. Allereerst is de website vrij toegankelijk voor het verkrijgen van uitgebreide informatie over sociaal-emotionele ontwikkeling bij kinderen in diverse leeftijdsgroepen. Ten tweede is er ook een applicatie beschikbaar waarbij de behandelaar ruwe test-scores van individuele kinderen invoert, die vervolgens worden omgezet in gestandaardiseerde scores en vergeleken worden met normscores. Daarnaast wordt er, op basis van deze vergelijking, een begeleidingsadvies op maat gegeven, afgestemd op de specifieke problematiek van het individuele kind. Kortom, de professional kan met één druk op de knop beschikken over advies op maat, om vervolgens een adequate behandeling in te kunnen zetten.

Immers, emoties geven aan wanneer en hoe een situatie belangrijk is (Rieffe, e.a., 2008) en zetten de persoon aan tot handelen om de situatie tot een zo goed mogelijk einde te brengen. Daarmee neemt de intensiteit van de emotie bijvoorbeeld vaak al sterk af.

Ondanks eerdere negatievere resultaten vinden we nu echter geen verschil in strategieën voor emotieregulatie tussen de groepen met of zonder gehoorverlies. In eerder onderzoek werd gevonden dat kinderen met gehoorverlies wel probleem oplossende strategieën konden aandragen, maar geen strategieën om je gedachten af te leiden van het probleem (Rieffe et al., 2008). Immers, in situaties waarin je niets meer kunt doen (je hondje is overleden, of je beste vriendje gaat verhuizen) kan het handiger zijn om afleiding te zoeken en je gedachten op iets anders te zetten, omdat het anders kan leiden tot piekeren wat de negatieve emotie alleen maar versterkt (Jellesma, Meerum Terwogt, Reijntjes, Rieffe, & Stegge, 2005). In het onderzoek dat we hier beschrijven ging het echter om een conflictsituatie met een leeftijdsgenootje en dan zien we geen verschil in emotieregulatie strategieën tussen beide groepen kinderen. Kinderen met en zonder gehoorverlies toonden evenveel probleemoplossende strategieën als strategieën om gedachten af te leiden. Bovendien, net als bij kinderen met normaal gehoor blijkt ook bij kinderen met gehoorverlies dat vooral probleemoplossende strategieën samenhangen met minder symptomen van depressie.

Naast vormen van emotieregulatie, hebben we ook gekeken naar de invloed van het sociaal functioneren op depressieve klachten. Voor beide groepen blijkt dat sociaal

functioneren een belangrijke rol speelt. Uit de literatuur wisten we al dat depressieve klachten toenemen naarmate kinderen vaker worden gepest (Kaltiala-Heino, Rimpelä, Marttunen, Rimpelä, & Rantanen, 1999). Ook in het huidige onderzoek blijken die twee variabelen samen te hangen.

Echter uniek voor de groep met gehoorverlies is de bijdrage van een slechte Theory of Mind aan depressieve symptomen. Er is al zeer veel onderzoek gedaan naar Theory of Mind bij kinderen met gehoorverlies (Rieffe & Meerum Terwogt, 2002), waaruit herhaaldelijk blijkt dat kinderen met gehoorverlies zelfs in de vroege pubertijd nog moeite hebben met taakjes die goedhorende vierjarige kinderen gemakkelijk kunnen uitvoeren. De vraag is of dit een onvermogen betreft bij deze kinderen met gehoorverlies, of dat het te wijten is aan een beperkte interesse om anderen te willen begrijpen (Rieffe & Meerum Terwogt, 2000). Echter, het feit dat gedrag en emoties van anderen voor kinderen met gehoorverlies moeilijker te begrijpen zijn, is blijkbaar wel iets dat deze kinderen zich aantrekken, gezien de samenhang met depressieve symptomen. Verder onderzoek zou kunnen bekijken of hier sprake is van een direct verband, of dat de verstoorde sociale relaties die hier mogelijk uit voortvloeien een mediërende rol spelen. Concluderend rapporteren kinderen en jongeren met gehoorverlies ook in dit onderzoek meer depressieve symptomen en deze blijken samen te hangen met zowel het eigen emotionele functioneren, als met het sociaal functioneren en vooral voor kinderen met gehoorverlies ook het sociale inzicht. Willen we internaliserende problemen, zoals depressie, bij deze specifieke doelgroep zoveel mogelijk voorkomen of zo effectief mogelijk behandelen, dan lijkt dit er op te duiden dat niet alleen introspectief (d.w.z. naar binnen gericht, op de eigen ervaringen en gevoelens) moet worden gekeken, maar dat ook het sociale inzicht een belangrijke plaats moet krijgen.

Over de auteurs

Carolien Rieffe is hoogleraar Sociale en Emotionele Ontwikkeling bij kinderen met Auditieve en/of Communicatieve Beperkingen aan de Universiteit Leiden, Ontwikkelingspsychologie, gevestigd door de NSDSK.

Stephanie Theunissen is arts-onderzoeker van de afdeling KNO van het LUMC, Universiteit Leiden en doet onderzoek naar symptomen van psychopathologie bij dove en slechthorende jongeren.

Maartje Kouwenberg is Promovenda bij de Sectie Ontwikkelingspsychologie aan de Universiteit Leiden. In haar proefschrift richt ze zich op de sociaal-emotionele ontwikkeling van dove en slechthorende kinderen en adolescenten.

Een uitgebreide lijst met literatuur is verkrijgbaar bij de reactie en te downloaden van de website www.simea.nl/vhz en www.fenac.nl/vhz