

Sociaal-emotionele gezondheid bij kinderen met schisis

Ineke H.C. Hoek, Floris W. Kraaimaat, Ronald J.C. Admiraal, Anne Marie Kuijpers-Jagtman en Christianne M. Verhaak

- DOEL** Inzicht krijgen in de sociaal-emotionele gezondheid van 9-12-jarige kinderen met schisis; bepalen van de samenhang van hun gezondheid met aard en ernst van de schisis en met andere individuele kenmerken.
- OPZET** Beschrijvend; dwarsdoorsnedeonderzoek.
- METHODE** Door middel van vragenlijsten, ingevuld door ouders, leerkrachten en kinderen, verzamelden wij van 80 kinderen gegevens over sociaal-emotionele gezondheid, aard en ernst van de schisis en individuele kenmerken. Met χ^2 -toetsen, enkelvoudige variantieanalyse en correlatieve analyse bepaalden wij de onderlinge samenhang tussen deze factoren.
- RESULTATEN** In grote lijnen week de sociaal-emotionele gezondheid van kinderen met een schisis niet af van die van normgroepen. Ouders van kinderen met schisis rapporteerden meer teruggetrokken of depressief gedrag bij hun kind dan ouders uit de normgroepen. Kinderen met schisis vertoonden minder grensoverschrijdend gedrag. Leerkrachten rapporteerden relatief meer sociale problemen. 1 op de 3 kinderen had leerproblemen. Een betere sociaal-emotionele gezondheid hing samen met minder spraakproblemen, maar niet met een meer of minder afwijkend uiterlijk. Een negatiever zelfbeeld en meer leerproblemen hingen samen met een slechtere sociaal-emotionele gezondheid.
- CONCLUSIE** Kinderen met en zonder schisis verschillen in het algemeen niet van elkaar op het punt van sociaal-emotionele gezondheid. Kinderen met schisis hebben wel meer leerproblemen.

Een schisis is met een incidentie van 1 à 2 per 1000 geboortes een van de meest voorkomende aangeboren afwijkingen.¹ Iets minder dan de helft van de kinderen heeft een gecombineerde lip-, kaak- en gehemeltepleet, ruim een kwart heeft een geïsoleerde lip-kaakspleet, en het overige kwart een geïsoleerde gehemeltepleet.² Ondanks chirurgisch ingrijpen ontstaat vaak een blijvend afwijkend uiterlijk door de afwijkende vorm van neus en lip en door het achterblijven van de groei van de kaak en het middengezicht.³ Daarnaast hebben veel kinderen met een schisis aanvankelijk problemen met de voeding en krijgen ze later spraak- en gehoorproblemen.

Gedurende de eerste 18 jaar van hun leven ondergaan deze kinderen meerdere correctieve operaties en worden zij intensief orthodontisch en logopedisch behandeld. Deze multidisciplinaire behandeling vindt in Nederland plaats in een beperkt aantal gespecialiseerde centra, meestal verbonden aan een academisch ziekenhuis.

Wat betekent dit voor de sociaal-emotionele gezondheid van deze kinderen? De literatuur daarover levert geen eenduidig beeld op.⁴⁻¹³ De percentages van het aantal kinderen met sociaal-emotionele problematiek lopen uiteen van 18 tot ruim 40, tegenover 10-20 in de normgroepen.^{5,13-16} Deze tegenstrijdige resultaten hebben te maken met verschillen naar leeftijd en sekse, maar ook met methodologische beperkingen, waaronder een kleine omvang van de onderzochte populaties en het gebruik van onvergelykbare, vaak niet genormeerde, meetinstrumenten.

Universitair Medisch Centrum
St Radboud, Nijmegen.

Afd. Medische Psychologie:

drs. I.H.C. Hoek, prof.dr. F.W. Kraaimaat en

dr. C.M. Verhaak, klinisch psycholoog.

Centrum voor Schisis en

Aangeboren Schedel- en Gelaatsafwijkingen:

dr. R.J.C. Admiraal, kno-arts en psycholoog;

dr. A.M. Kuijpers-Jagtman, orthodontist.

Contactpersoon: dr. C.M. Verhaak

(c.verhaak@cukz.umcn.nl).

In dit artikel beschrijven wij een onderzoek naar de sociaal-emotionele gezondheid van kinderen met schisis. De volgende vragen staan daarbij centraal:

- (a) wat is de sociaal-emotionele gezondheid van basisschoolkinderen met schisis?
- (b) wat is de aard van eventuele sociaal-emotionele problematiek?
- (c) wat is de samenhang tussen sociaal-emotionele gezondheid, aandoeningsspecifieke kenmerken en individuele kenmerken van het kind?

METHODE

DEELNEMERS EN PROCEDURE

Patiënten van het schisisteam van het Universitair Medisch Centrum St Radboud, geboren tussen 1994 en 1996, en hun ouders werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Exclusiecriteria waren het bestaan van een syndromale aandoening en het niet beheersen van de Nederlandse taal. Tussen januari en maart 2006 werden 143 ouders van kinderen met een schisis aangeschreven, van wie er 15 niet reageerden en 32 deelname weigerden. Er waren 96 ouders en kinderen bereid deel te nemen. Uiteindelijk werden 80 oudervragenlijsten (ouders van 52 jongens en 28 meisjes), 69 kindervragenlijsten (45 jongens en 24 meisjes) en 62 leerkrachtlijsten volledig ingevuld retour gezonden.

MEETINSTRUMENTEN

Informatie over sociaal-emotionele factoren werd verzameld met behulp van de 'Strengths and difficulties questionnaire' (SDQ), de 'Child behavior checklist' (CBCL), ingevuld door de ouders, en de leerkrachtversie van het CBCL-instrument, de 'Teacher's report form' (TRF). De SDQ werd ingevuld door ouder, leerkracht en het kind zelf en omvatte 25 vragen over emotioneel en sociaal functioneren, over hyperactiviteit, gedragsproblemen en prosociaal gedrag.^{17,18}

Het probleemdeel van de CBCL (118 vragen) en de TRF (113 vragen) geeft inzicht in eventuele gedragsproblemen. Deze laatste kunnen internaliserend zijn (naar binnen gericht, zoals somberheid of angst) en externaliserend (naar buiten gericht, zoals agressief gedrag en hyperactiviteit).^{19,20} Het competentiedeel bevat vragen over het functioneren op school en de vrijetijdsbesteding. Hogere scores op SDQ, CBCL en TRF wijzen op een slechtere sociaal-emotionele gezondheid. Zowel de SDQ, de CBCL als de TRF geeft afkappunten. Bij scores die hoger zijn, is er een klinisch relevante afwijking van de sociaal-emotionele gezondheid ten opzichte van normgroepen.

Aandoeningsspecifieke factoren. Informatie over de aard van de schisis en het aantal operaties werd opge-

vraagd bij de ouders. Ouders en leerkrachten werd gevraagd de zichtbaarheid van de schisis aan te geven op een visueel-analoge schaal (VAS), van 0 (niet zichtbaar) tot en met 10 (zeer zichtbaar). Dit gebeurde ook voor de verstaanbaarheid (0: niet verstaanbaar; 10: net zo goed verstaanbaar als doorsnee kind) en nasaliteit (0: niet nasaal sprekend; 10: zeer nasaal sprekend).

Individuele kenmerken. De cognitieve vaardigheden en de schoolprestaties van het kind werden vastgesteld met behulp van informatie van de ouders, verkregen bij afname van de CBCL (te weten het schoolcompetentiedeel en de vragen over schooltype en doublures).

Het zelfbeeld werd bij de kinderen gemeten met de competentiebelevingsschaal (CBSK) voor kinderen van 8 tot 12 jaar (36 vragen). Deze schaal meet hoe kinderen zelf oordelen over hun competenties op de volgende gebieden: schoolse vaardigheden, sociale acceptatie, sportieve vaardigheden, fysieke verschijning, gedragshouding en gevoel van eigenwaarde.²¹ Een hogere score op de CBSK hangt samen met een grotere competentiebeleving.

STATISTISCHE ANALYSE

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen naar de aanwezigheid en de aard van sociaal-emotionele problematiek gebruikten wij beschrijvende analyses. De uitkomsten werden met t-toetsen en χ^2 -toetsen vergeleken met de gegevens van normgroepen. De samenhang tussen de sociaal-emotionele problematiek en het type schisis werd geanalyseerd met kruistabellen, χ^2 -toetsen en enkelvoudige variantieanalyse. P-waarden < 0,05 werden als statistisch significant beschouwd, ook bij de correlatieve analyses, waarin de samenhang tussen sociaal-emotionele aanpassing en aandoeningsspecifieke en individuele factoren werd onderzocht.

RESULTATEN

SOCIAAL-EMOTIONELE GEZONDHEID

De sociaal-emotionele gezondheid zoals gemeten met de SDQ en de CBCL staat aangegeven in tabel 1. Daarin staat ook hoeveel procent van de kinderen een afwijkende sociaal-emotionele gezondheid had en hoe groot dat percentage is in normgroepen.

Ouders beschreven de sociaal-emotionele gezondheid van hun kind als vergelijkbaar met die van andere kinderen van dezelfde leeftijd, zowel op de SDQ als op de CBCL. Hetzelfde gold voor de leerkrachten. Ook kinderen met een schisis zelf rapporteerden een vergelijkbare sociaal-emotionele gezondheid als leeftijdgenootjes.

Nadere analyses op subschaalniveau (niet in tabel 1 weergegeven) laten zien dat kinderen met een schisis volgens hun ouders vaker klinisch relevant teruggetrokken gedrag vertoonden (15% tegenover 7% in normgroepen).

TABEL 1 Sociaal-emotionele gezondheid van kinderen met schisis, gemeten met 3 verschillende instrumenten (SDQ, CBCL en TRF) en de percentages kinderen met een schisis bij wie de scores afwijkend waren, vergeleken met scores in normgroepen

	gemiddelde ruwe score (score normgroepen)	SD	percentage met afwijkende score (percentage in normgroepen)
SDQ-totaalscore			
ouders (n = 80)	6,9 (6,7)	5,7	26,3 (20)
kind (n = 69)	8,5 (9,9)	5,2	14,3 (20)
leerkracht (n = 62)	6,4 (7,5)	5,3	11,3 (20)
CBCL (n = 80)			
internaliserende gedragsproblemen	51,5 (50,2)	10,6	23,8 (16)
externaliserende gedragsproblemen	47,9 (50,1)	9,8	12,5 (16)
totaal	49,3 (49,8)	10,3	20,0 (16)
TRF (n = 62)			
internaliserende gedragsproblemen	52,3 (50,3)	8,3	17,7 (16)
externaliserende gedragsproblemen	50,1 (50,6)	8,7	11,3 (16)
totaal	50,8 (50,2)	8,9	21,0 (16)

SDQ = 'Strengths and difficulties questionnaire'; CBCL = 'Child behaviour checklist'; TRF = 'Teacher report form'.

pen). Volgens hun leerkracht hadden zij ook meer sociale problemen (19,4% tegenover 7% in normgroepen). Het percentage kinderen met grensoverschrijdend gedrag was volgens ouders en leerkrachten lager dan in normgroepen (1,3 tegenover 7 in normgroepen).

SAMENHANG MET AANDOENINGSSPECIFIEKE FACTOREN

Van de 52 jongens en 28 meisjes hadden 25 (31,3%) alleen een gespleten lip, 33 (41,3%) een gespleten lip, kaak en gehemelte en 22 (27,5%) alleen een gespleten gehemelte. Uit de informatie van zowel ouders, leerkrachten als kinderen bleek dat er geen samenhang was tussen het type schisis en de sociaal-emotionele gezondheid (niet in een tabel weergegeven).

De kinderen hadden gemiddeld 2 operaties ondergaan (uitersten: 0-5; mediaan: 2); 40% was 3 keer of meer geopereerd, 39% had slechts 1 operatie gehad. De zichtbaarheid van de schisis was volgens ouders en leerkrachten beperkt: 74% van de ouders en 40% van de leerkrachten scoorde 5 of minder op de VAS. De verstaanbaarheid was in het algemeen goed: 6% van de ouders en 27% van de leerkrachten gaf voor de verstaanbaarheid een score van 5 of lager. De nasaliteit was volgens 80% van de ouders en 61% van de docenten beperkt (5 of minder).

Naar het oordeel van de leerkrachten was er een samenhang tussen de kwaliteit van de spraak en de sociaal-emotionele gezondheid (TRF: $r = 0,36$; $p < 0,01$), in het bijzonder sociale gezondheid (TRF: $r = 0,49$; $p < 0,01$; SDQ: $r = 0,25$; $p < 0,05$). De zichtbaarheid van de schisis

en het aantal operaties hingen niet samen met de sociaal-emotionele gezondheid.

INDIVIDUELE FACTOREN

Het zelfbeeld van kinderen met een schisis bleek bij meisjes hoger te liggen dan in normgroepen, op alle schalen van de CBSK. Dit was ook het geval bij jongens, met uitzondering van de schalen 'schoolse vaardigheden' en 'fysieke verschijning'. Kinderen met een schisis lieten meer leerproblemen zien ($p < 0,01$). Dat bleek uit het schoolcompetentiedeel van de CBCL. Een groot deel had of heeft leerproblemen (39%) of had ooit gedoubleerd (15%). Landelijk ligt het percentage doublures veel lager (2,4). Kinderen met schisis volgen ook vaker speciaal onderwijs (12,5% tegenover 5,4% landelijk).²²

Tabel 2 geeft een overzicht van de correlaties tussen sociaal-emotionele gezondheid en de individuele kenmerken, leerproblemen en zelfbeeld.

Een betere sociaal-emotionele gezondheid, gerapporteerd door ouders, hing over het algemeen samen met een positiever zelfbeeld van het kind op alle schalen, het minst echter met sportieve vaardigheden en fysieke verschijning. Sociaal-emotionele gezondheid zoals beoordeeld door de leerkrachten op de TRF en SDQ hing vrijwel alleen samen met een positief oordeel van de kinderen zelf over hun gedrag. Tenslotte vonden wij ook een samenhang tussen de sociaal-emotionele gezondheid en de schoolcompetentiescores op de CBCL. Betere schoolprestaties hingen samen met een betere sociaal-emotionele gezondheid, zowel in de rapportages van de ouders, de leerkrachten als het kind zelf.

BESCHOUWING

SOCIAAL-EMOTIONELE GEZONDHEID

Over het geheel genomen kan men concluderen dat de sociaal-emotionele gezondheid van kinderen met schisis niet afwijkt van die van kinderen zonder schisis. Dit is in overeenstemming met de resultaten in de literatuur. De samenvattende schalen van de SDQ, CBCL en TRF laten geen verschillen zien tussen kinderen met en zonder schisis. Op subschaalniveau zijn er kleine verschillen met normgroepen. Kinderen met een schisis vertonen wat vaker teruggetrokken gedrag, lijken wat vaker sociale problemen te hebben en laten minder grensoverschrijdend gedrag zien. Met andere woorden, ze zijn stiller en maken minder problemen dan gemiddeld.

AANDOENINGSSPECIFIEKE EN INDIVIDUELE FACTOREN

Wij vonden geen relatie tussen sociaal-emotionele gezondheid en het type schisis, in tegenstelling tot andere studies.^{4,8,23} Mogelijk waren de groepen daarvoor te klein. In de groep kinderen van 9 tot 12 jaar vonden wij een

TABEL 2 Samenhang tussen het zelfbeeld van kinderen met schisis, hun competenties op school en sociaal-emotionele problematiek, weergegeven als correlatiecoëfficiënten van de scores op verschillende meetinstrumenten.* Bij de correlatiecoëfficiënten in rood is de correlatie statistisch significant ($p < 0,01$)

sociaal-emotionele problematiek	zelfbeeld volgens CBSK† (n = 69)						competentie op school volgens CBCL (n = 80)
	school-vaardigheden	sociale acceptatie	sportieve vaardigheden	fysieke vaardigheden	verschij-gedragshouding	gevoel van eigenwaarde	
CBCL							
internaliserend	-0,31	-0,32	-0,31	-0,21	-0,22	-0,33	-0,43
externaliserend	-0,28	-0,27	-0,08	-0,22	-0,37	-0,31	-0,42
totaal	-0,38	-0,44	-0,31	-0,27	-0,38	-0,42	-0,54
TRF							
internaliserend	-0,29	-0,23	-0,14	-0,06	-0,27	-0,14	-0,45
externaliserend	-0,15	-0,11	0,04	-0,02	-0,41	-0,08	-0,16
totaal	-0,34	-0,24	-0,08	-0,04	-0,43	-0,22	-0,47
SDQ							
totaal ouderversie	-0,42	-0,43	-0,30	-0,30	-0,40	-0,50	-0,57
totaal kindversie	-0,56	-0,52	-0,21	-0,21	-0,57	-0,48	-0,43
totaal leerkrachtversie	-0,58	-0,22	-0,20	-0,24	-0,50	-0,39	-0,56

CBSK = 'Competentiebelevingsschaal voor kinderen'; CBCL = 'Child behaviour checklist'; TRF = 'Teacher report form'; SDQ = 'Strengths and difficulties questionnaire'.

*De volgende vragenlijsten werden gebruikt: voor het zelfbeeld: CBSK; voor schoolcompetenties: CBCL; voor sociaal-emotionele problematiek: CBCL, TRF en SDQ. Hoe hoger de score op de CBCL, TRF en SDQ, des te groter is de sociaal-emotionele problematiek.

†Correlaties tussen CBSK en ouder vragenlijsten (CBCL en SDQ): n = 69; correlaties tussen CBSK en kindvragenlijsten (SDQ): n = 69; correlaties tussen CBSK en leerkrachtvragenlijsten (TRF en SDQ): n = 62.

mogelijke risicofactor in de spraakproblematiek. Er was namelijk een samenhang tussen meer sociaal-emotionele problemen en meer problemen met de verstaanbaarheid en met nasaliteit. Ook in eerder onderzoek werd een hoge correlatie tussen de kwaliteit van de spraak en het sociaal-emotionele welbevinden van kinderen met schisis gevonden.²⁴⁻²⁷ Spraakproblemen kunnen kinderen mogelijk belemmeren in hun sociale en emotionele ontwikkeling. Op grond van de beschikbare onderzoeksgegevens kunnen we echter niet stellen dat er een causaal verband is. Er was geen samenhang tussen sociaal-emotionele gezondheid en zichtbaarheid van de schisis. De kinderen zelf waren met hun uiterlijk net zo tevreden als leeftijd-

genootjes zonder schisis. Kinderen met een schisis hadden ook geen lager zelfbeeld. Dit is in overeenstemming met de bevindingen uit eerder onderzoek.²⁸ Opmerkelijk, maar eveneens eerder gerapporteerd, is het hoge percentage kinderen met leerproblematiek in de onderzoeksgroep.²³

BEPERKINGEN EN AANBEVELINGEN

De beperkingen van de studie schuilen in de kleine omvang van de onderzochte groep en in de opzet (dwarsdoorsnedeonderzoek). Ook vertekent de non-respons mogelijk de resultaten. Toch schetsen de resultaten van dit onderzoek een positief beeld van kinderen met een schisis, die wat betreft hun sociaal-emotionele gezondheid niet afwijken van leeftijdgenootjes.

Nader onderzoek zou de relatie tussen sociaal-emotionele gezondheid en schoolprestaties verder kunnen verduidelijken, in het bijzonder of er verschil is in sociaal-emotionele gezondheid tussen kinderen met een schisis en kinderen zonder schisis na controle voor schoolprestaties. Hierbij kan de rol van spraakproblematiek worden meegenomen, met de kwaliteit van de spraak als aparte controlevariabele.

LEERPUNTEN

- Kinderen met schisis wijken wat betreft hun sociaal-emotionele gezondheid niet af van kinderen zonder schisis.
- Spraakproblematiek is een mogelijke risicofactor voor een slechtere sociaal-emotionele gezondheid.
- Opmerkelijk is het hoge percentage kinderen met schisis dat leerproblemen heeft.

LITERATUUR

- 1 Heineman-de Boer JA. Kinderen met een aangeboren afwijking aan lip, kaak en gehemelte. Handboek kinderen en adolescenten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2000.
- 2 Akker AM, Hoeksma JB, Prah-Andersen B. Schisis in Nederland. De vraag naar de behandeling van patiënten met een schisis. Ned Tijdschr Tandheelkd. 1987;94:520-5.
- 3 Kuijpers-Jagtman AM, Borstlap-Engels VM, Spauwen PH, Borstlap WA. Teambehandeling van patiënten met een schisis. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2000;107:447-51.
- 4 Endriga MA, Kapp-Simon KA. Psychological issues in craniofacial care: state of the art. Cleft Palate Craniofac J. 1999;36:3-11.
- 5 Lockhart E. The mental health needs of children and adolescents with cleft lip and/or palate. Clin Child Psychol Psychiatry. 2003;8:7-16.
- 6 Thompson A, Kent G. Adjusting to disfigurement: processes involved in dealing with being visible different. Clin Psychol Rev. 2001;21:663-82.
- 7 Turner SR, Rumsey N, Sandy JR. Psychological aspects of cleft lip and palate. Eur J Orthod. 1998;20:407-15.
- 8 Hunt O, Burden D, Hepper P, Johnston C. The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. Eur J Orthod. 2005;27:274-85.
- 9 Bilboul MJ, Pope AW, Snyder HT. Adolescents with craniofacial anomalies: psychosocial adjustment as a function of self-concept. Cleft Palate Craniofac J. 2006;43:392-400.
- 10 Bjornsson A, Agustsdottir S. A psychosocial study of Icelandic individuals with cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofac J. 1987;24:152-7.
- 11 Broder HL, Smith FB, Strauss RP. Habilitation of patients with clefts: parent and child ratings of satisfaction with appearance and speech. Cleft Palate Craniofac J. 1992;29:262-7.
- 12 Slifer KJ, Amari A, Diver T, Hilley L, Beck M, Kane A, et al. Social interactions patterns of children and adolescents with and without oral clefts during a videotaped analogue social encounter. Cleft Palate Craniofac J. 2004;41:175-84.
- 13 Tobiasen JM, Hiebert JM. Clefting and psychosocial adjustment. Influence of facial aesthetics. Clin Plast Surg. 1993;20:623-31.
- 14 Krueckeberg SM, Kapp-Simon KA, Ribordy SC. Social skills of preschoolers with and without craniofacial anomalies. Cleft Palate Craniofac J. 1993;30:475-81.
- 15 Pope AW, Snyder HT. Psychosocial adjustment in children and adolescents with a craniofacial anomaly: age and gender patterns. Cleft Palate Craniofac J. 2005;42:349-54.
- 16 Speltz ML, Morton K, Goodell EW, Clarren SK. Psychological functioning of children with craniofacial anomalies and their mothers: follow-up from late infancy to school entry. Cleft Palate Craniofac J. 1993;30:482-9.
- 17 Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry. 1997;38:581-6.
- 18 Goedhart AW, Treffers DA, van Widenfelt BM. Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten. De Strengths and difficulties questionnaire (SDQ). Maandbl Geestelijke Volksgezondh. 2003;58:1018-35.
- 19 Verhulst FC, Ende J, Koot HM. Handleiding voor de CBCL/4-18, Nederlandse versie. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis/Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996.
- 20 Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2001.
- 21 Veerman JW, Straathof MA, Treffers PD, van den Bergh BR, ten Brink LT. Competentiebelevingsschaal voor kinderen (CBSK). Lisse: Swets & Zeitlinger; 1997.
- 22 De staat van het onderwijs, onderwijsverslag 2005/2006. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs; 2007.
- 23 Broder HL, Richman LC, Matheson PB. Learning disability, school achievement, and grade retention among children with cleft: a two-center study. Cleft Palate Craniofac J. 1998;35:127-31.
- 24 Damiano PC, Tyler MC, Romitti PA, Momany ET, Jones MP, Canady JW, et al. Health-related quality of life among preadolescent children with oral clefts: the mother's perspective. Pediatrics. 2007;120:283-90.
- 25 Richman LC. Facial and speech relationships to behavior of children with clefts across three age levels. Cleft Palate Craniofac J. 1997;34:390-5.
- 26 Broder HL, Smith FB, Strauss RP. Habilitation of patients with clefts: parent and child ratings of satisfaction with appearance and speech. Cleft Palate Craniofac J. 1992;29:262-7.
- 27 Broder HL, Smith FB, Strauss RP. Effects of visible and invisible orofacial defects on self-perception and adjustment across developmental eras and gender. Cleft Palate Craniofac J. 1994;31:429-36.
- 28 Leonard BJ, Brust JD, Abrahams G, Sielaff B. Self-concept of children and adolescents with cleft lip and/or palate. Cleft Palate Craniofac J. 1991;28:347-53.