

Reactie op het commentaar op de concept richtlijn 'Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen'

Dr. M. l'Hoir, Leiden 16-2-2009

Inleiding

De conceptrichtlijn 'Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen' is in 2008 voor commentaar aangeboden aan het veld. Commentaar van de Stichting Zorg voor Borstvoeding, de Nederlandse Vereniging van Lactatiedeskundigen, het Nederlands Instituut van Psychologen, de KNOV en het Kenniscentrum Borstvoeding op de conceptrichtlijn was er op de volgende terreinen:

1. De wetenschappelijke onderbouwing van de rust en regelmaataanpak bij excessief huilen zou onvoldoende zijn.
2. De richtlijn zou onvoldoende aandacht besteden aan alternatieven.
3. Het in slaap laten huilen van zuigelingen zou mogelijk negatieve gevolgen hebben.
4. Het eventuele gebruik van de kookwekker bij het in slaap laten huilen van zuigelingen.
5. De anticiperende voorlichting in de richtlijn is onvoldoende
6. Het in slaap laten huilen zou negatieve gevolgen hebben voor de hechting tussen moeder en kind
7. De rust en regelmaat aanpak zou de borstvoeding belemmeren
8. In de richtlijn ontbreekt van informatie aan de ouders over het gedrag van de baby en het voeden op verzoek.

In het onderstaande artikel wordt puntsgewijs een reactie gegeven op de punten van commentaar.

Ad 1 De onderbouwing van de Rust en Regelmaat aanpak bij excessief huilen

Deze richtlijn omvat twee interventies die gebruikt kunnen worden om overmatig huilen te reduceren. Doel is om door het aanbieden van regelmaat met een vaste volgorde in de gebeurtenissen binnen de slaap-waakcycli, de baby voorspelbaarheid te bieden. Door herkenning 'weet' het kind wat het verwachten kan en zal zoveel slapen als hij nodig heeft, uitgerust wakker worden en drinken zoveel hij nodig heeft. Het knuffelen, interactie/inclusieve aandacht zal hij, nu uitgerust, beter kunnen ontvangen en beantwoorden, waarna hij prima in staat zal zijn op zichzelf tevreden te zijn/spelen. Wanneer hij dan, bij de eerste tekenen van vermoeidheid wakker in bed gelegd wordt, zal hij zelfstandig in slaap kunnen vallen. De oververmoeidheid en daarmee het overmatig huilen zullen verdwijnen. Wat overblijft is het huilen dat goed interpreteerbaar is. De lichaamstaal van het kind is weer 'leesbaar' geworden, waardoor de ouder weer sensitief responsief kan zijn wat van belang is voor een gezonde hechting.

Onderzoek van Van Sleuwen et al. (2006) heeft aangetoond dat na het toepassen van de adviezen van regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie reeds na één week de totale huilduur van excessief huilende baby's met 42% afneemt en na twee weken met 50%. Op dag 1 van de interventie huilen de kinderen gemiddeld nog zo een 20-25 minuten per dag meer, maar in de 2^e week huilen ze gemiddeld zo'n 70 minuten per dag minder dan bij aanvang. Wanneer de regelmaat-aanpak gecombineerd wordt met inbakeren blijft deze huiltouname op dag 1 achterwege; dan neemt de huilduur namelijk op dag 1 met gemiddeld 30-40 minuten af (zie figuur 2 in de 2006 studie).

Naast de afname in huilen is ook een toename in slapen gevonden. Op dag 2 wordt ruim een uur langer geslapen (bij toepassing van regelmaat + inbakeren: reeds op dag 1). Vanaf dag 3 is bij beide interventies de slaap met 2 uur per dag toegenomen (van Sleuwen et al. 2007).

Gezien de positieve uitwerking die de rust en regelmaat-aanpak (al dan niet gecombineerd met inbakeren) heeft op huilen, slapen, drinken, attitude van de ouders, herstel van de interactie en het welzijn van de baby, is het aannemelijk dat de kortdurende stress van het in slaap huilen geen blijvende negatieve gevolgen heeft. Slaap is een levensbehoefte van iedere baby. Het is dan ook met name de verbeterde slaapkwaliteit (meer slapen per etmaal, maar ook langere slaapduur per keer waardoor het kind echt uitgerust wakker wordt) die positieve gevolgen heeft voor kind en ouders. In een zeer uitgebreid, recent literatuuroverzicht wordt een aantal gedragsmatige methodes voor het zelf leren inslapen en doorslapen van zuigelingen en jonge kinderen geëvalueerd (Mindell et al. 2006. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *SLEEP* vol. 29, pp. 1263-1276). In geen enkele van deze gedragsmatige methodes, zoals de R en R aanpak er ook een is, zijn negatieve gevolgen vastgesteld. Integendeel, er wordt juist een hele reeks positieve effecten gevonden. Op p. 1270 staat het volgende:

“Nadelige bijkomende effecten als resultaat van deelname aan een op gedragsverandering gerichte slaapmethode zijn in geen van de studies gevonden. Integendeel, zuigelingen die deelnamen aan slaapinterventies bleken na de interventie zich meer geborgen te voelen,, meer voorspelbaar te zijn, minder prikkelbaar en minder te huilen en jengelen. Moeders gaven aan dat de op gedragsverandering gebaseerde slaapinterventies geen effect hadden op het in stand houden van de borstvoeding noch op de totale dagelijkse melkinname. (...) Er zijn verschillende potentiële mechanismen die deze bevindingen kunnen verklaren, maar één aannemelijke factor is de toegenomen totale slaapduur en verbeterde slaapkwaliteit die kinderen en hun ouders ervaren na een effectieve interventie.

Het is belangrijk er op te wijzen dat de gedragsmatige interventies ook leidden tot verbetering in het welzijn van de ouders, naast de specifieke voordelen van de veranderde slaappatronen bij de kinderen. (...) De resultaten van de studies waren in dit opzicht opmerkelijk eenduidig. Na de interventie voor de verstoorde slaap van hun kinderen, vertoonden de ouders snelle en dramatische verbeteringen in hun totale geestelijke gezondheidstoestand en rapporteerden minder symptomen van depressie. Ze rapporteerden ook dat de doeltreffendheid van hun ouderschap alsmede de tevredenheid in hun relatie verbeterd was, en dat de stress van het ouderschap verminderd was.”¹

¹ Mindell et al. (2006, p. 1270): *“Adverse secondary effects as the result of participating in behaviourally based sleep programs were not identified in any of the studies. On the contrary, infants who participated in sleep interventions were found to be more secure, predictable, less irritable, and to cry and fuss less following treatment. Mothers indicated that behaviorally-based sleep interventions had no effect on maintaining the practice of breast feeding or on infant’s total daily fluid intake. In a number of studies, parents of older children reported improvements in their children’s daytime behaviour after participation. For example, Seymour reported that 73% of parents reported positive changes in their child’s daytime behavior. There are several potential mechanisms to account for these findings, but 1 likely factor is the increased total sleep time and improved sleep quality that children and their parents experience following effective treatment.*

It is important to indicate that sleep related behavioral intervention also led to improvement in the well-being of the parents beyond the specific benefits in sleep patterns in the children. (...) The results were remarkably consistent across studies. Following intervention for their child’s sleep disturbance, parents exhibited rapid and dramatic improvements in their overall mental health status, reporting fewer symptoms of depression. They reported an increased sense of parenting efficacy, enhanced marital satisfaction, and reduced parenting stress.”

Deze genoemde resultaten ondersteunen de R en R aanpak, die een gedragsmatige methode is voor het *samenhangende* probleem van overmatig huilen en oververmoeidheid door een tekort aan slaap.

Voor alle duidelijkheid, de R en R aanpak heeft niet als doel een baby te trainen 's nachts door te laten slapen, noch is het een methode waarbij slapen en voeden op gezette tijden plaatsvindt. Rust en regelmaat betekent het aanbieden van een vaste volgorde waardoor het kind een eigen ritme ontwikkelt met voldoende slapen, drinken en tevreden spel.

Voorwaarde voor het toepassen van regelmaat en het zelf in slaap leren vallen is vanzelfsprekend dat de baby niet huilt door andere oorzaken. Een kind dat ziek is of huilt door honger mag nimmer huilend in bed gelegd worden. Zoals bij elke interventie zijn er helaas altijd voorbeelden uit de praktijk waar deze niet goed wordt toegepast.

De onderzochte steekproef in de studie van Van Sleuwen et al. (2006) is voldoende groot (n=398) om conclusies te kunnen verbinden aan statistische vergelijkingen. Dit hoge aantal heeft een analyse per leeftijdsklasse (jongere en oudere baby's) mogelijk gemaakt. De onderzoekers geven aan dat er geen controlegroep met 'care as usual' is opgenomen in hun studie. Het is een ethisch vraagstuk om mensen met een probleem te betrekken in een onderzoek, zonder hen hulp of zicht op verbetering te bieden. Vergelijking van de in het onderzoek gevonden huilcurves met normale huilcurves laat grote verschillen zien. In de eerste twee weken na het starten van de interventie trad een sterke afname in huilen op, gevolgd door een meer geleidelijke afname. Bijvoorbeeld, kinderen die met 4 weken oud gestart zijn met de interventie huilden in hun 6^e levensweek 70 minuten minder dan bij aanvang. Normale huilcurves (Barr et al. 2006) daarentegen laten zien dat huilen juist toeneemt tot de leeftijd van 6 weken en daarna pas geleidelijk afneemt (zie figuur 1 op pagina 136 in Van Sleuwen 2008).

Ad 2. Alternatieven bieden voor andere aanpak

Voorgestelde alternatieven waren mantelzorg of een opname van het kind in ziekenhuis, zodat de ouder(s) even rust krijgen (Nossent, 2009). Dit kan op weg naar een hulpaanbod thuis, de ouders tijdelijk ontlasten. Als de omgang met het kind na thuiskomst hetzelfde wordt voortgezet als voorheen, zal het huilen blijven bestaan. Tijdelijk opnemen in het ziekenhuis is een mogelijke vorm van hulp, waar ouders in overleg met de kinderarts toe kunnen overgaan. Ouders en kind worden soms de eerste dag(en) gescheiden om het gedrag van het kind goed te kunnen observeren. Er wordt in eerste instantie veelal regelmaat aangeboden en een min of meer vast voedingsschema.

De hulp die in de richtlijn is beschreven is bedoeld voor begeleiding van ouders van huilbaby's die thuis in de eigen omgeving geboden wordt met de laagdrempelige professionele begeleiding van het consultatiebureau.

De richtlijn beschrijft de aanpak van excessief huilen in de jeugdgezondheidszorg. Het rust en regelmaat advies, al dan niet aangevuld met inbakeren is nader uitgewerkt. De volgende aanvulling zou, op grond van het gegeven commentaar, kunnen worden opgenomen in de concept-richtlijn: "*Vanzelfsprekend kunnen ouders ook op andere manieren worden begeleid met een baby die overmatig huilt, zoals bijvoorbeeld met*

behulp van video interactie training. Zij kunnen ook verwezen worden naar andere disciplines, zoals de kinderfysiotherapeut, maatschappelijk werkende, psycholoog of psychiater of naar de gespecialiseerde gezinszorg of een naar een babygroep verbonden aan medisch kinderdagverblijven (MKD).

Over de werkzaamheid van de bestaande verschillende interventies wordt momenteel de evidentie verzameld die in de multidisciplinaire Richtlijn Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ) Richtlijn "Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van baby's die excessief huilen", zal worden beschreven.

Ad 3 Het ontzeggen van sensitief responsieve zorg bij het in slaap laten huilen zou nadelige gevolgen hebben

Sensitief responsieve zorg betekent: (1) sensitief zijn voor het gedrag van het kind, (2) dit op de juiste wijze interpreteren en (3) een passende respons geven. Sensitief responsieve zorg wordt uiteraard niet ontraden in de aanpak. Integendeel; cruciaal is evenwel dat het gedrag, met name het huilen, op de juiste wijze geïnterpreteerd wordt.

Dragen en troosten als reactie op een baby die huilt, is een adequate respons. Wanneer de baby huilt vanwege honger, wat zeker het geval is na een poos slapen, is voeden, uiteraard, de passende respons: voeden op verzoek. Wanneer een gezonde baby, die kortgeleden goed gedronken heeft, huilt en tevens via z'n lichaamstaal (vermoeidheidssignalen) laat zien dat hij moe is en toe is aan slapen, dan is een passende respons dat hij te slapen wordt gelegd: slapen op verzoek. Eenmaal in bed gelegd is oppakken bij huilen niet aan de orde, maar het even laten huilen soms nodig zodat het kind leert om zelf in slaap te vallen. Er is evidentie dat extra dragen niet effectief is wanneer er sprake is van excessief huilen (Barr et al. 1991).

Onderdeel van de adviezen is het aanleren van de zelfregulatie van de baby met betrekking tot zelf in slaap vallen, eigen spel, efficiënt drinken en het zichtbaar maken van eigen behoeftes door duidelijke lichaamstaal. Bij de meeste baby's die overmatig huilen is deze zelfregulatie niet of niet voldoende ontwikkeld. Daardoor ontstaat goedbedoeld, maar voor de baby onvoorspelbaar ouderlijk gedrag van dragen, wiegen, rondjes rijden in de auto, of wipstoelgebruik in een poging het huilen te doen stoppen en de baby in slaap te krijgen. Zo ontstaat een negatieve spiraal van hazenslaapjes of zelfs nauwelijks slapen leidend tot oververmoeidheid bij het kind, maar ook bij de ouders, met tenslotte een verhoogd risico op kindermishandeling (aan kindermishandeling gaat in 80% van de gevallen huilen vooraf (Weston 1968).

Om de negatieve spiraal te doorbreken zal het kind op de eerste plaats moeten leren om zonder hulp te gaan slapen. Door de baby bij de eerste signalen van vermoeidheid wakker in bed te leggen, gaat hij het bed als vertrouwde inslaapplek herkennen en ook als vertrouwde plek waar hij weer wakker wordt, herkennen. Hij geeft zich dan als vanzelfsprekend over aan de slaap en slaapt de voor hem benodigde tijd. Bij de meeste kinderen zal dit hooguit 3-4 keer met huilen gepaard gaan, en dan ook met afname van duur en intensiteit.

Alleen voor huilbaby's die dit zelf in slaap vallen niet gewend zijn luidt het advies **alleen voor de eerste 2 dagen van de interventie** om de eierwekker op 30 minuten te zetten (de eierwekker is slechts een houvast voor de ouder om enig zicht op de tijd te hebben, vijf minuten huilen zijn in de beleving vaak gelijk aan een half uur!) om zo het kind de kans te geven ongestoord zelf in slaap te vallen. De ouder kan in deze periode wel naar haar kind gaan kijken, maar het is verstandig dat het kind op dat moment de ouder niet kan zien. Menig ouder vertelt dat zichzelf laten zien en

troosten, maar dan weer weg gaan leidt tot heftig hernieuwd huilen, terwijl als de ouder niet gezien wordt het huilen na ongeveer 10 tot 15 minuten in intensiteit afneemt en er steeds meer rustpauzes komen. De tweede keer dat het kind wakker te slapen wordt gelegd huilt het vaak niet meer dan 10 minuten en in de loop van de eerste dag kan het al zijn dat het kind gaat slapen zonder huilen. Wanneer het ander huilen dan bij inslapen betreft, is het uiteraard aan de orde om het kind te troosten.

Belangrijk om te noemen is, dat in het onderzoek (van Sleuwen, 2008) deze methode waarbij de kookwekker op 15 tot 30 minuten kon worden gezet, werd toegepast. Natuurlijk kan dit hulpmiddel in de praktijk de ene ouder steun bieden en de andere ouder niet. De jeugdverpleegkundige bespreekt met de ouders het al dan niet gebruiken van dit hulpmiddel, waardoor de ouder natuurlijk de keuze wordt geboden dit wel of niet te doen.

Het huilbabyonderzoek (WKZ) laat zien dat na één week interventie het huilen met gemiddeld ruim 40% afneemt en vanaf dag 3 het slapen met 2 uur per dag toeneemt. In ditzelfde onderzoek geven ouders aan zich zekerder te voelen in de omgang met hun baby, dat de baby veel tevredener is, meer lacht, minder geprikkeld is, langer slaapt en uitgerust wakker wordt, effectiever drinkt en tevreden op zichzelf kan spelen. De baby kan meer genieten van aanraking en knuffelen en de spanning lijkt “uit z’n lichaam verdwenen”. De ouders geven op hun beurt aan dat zij ook weer van hun kind kunnen genieten omdat ze meer uitgerust zijn door meer slaap.

Het in het begin even laten huilen onder gecontroleerde omstandigheden is een onderdeel van de regelmaat-interventie voor huilbaby’s die in zijn geheel en onder begeleiding gevolgd dient te worden. Samen met de verpleegkundige kan er met de richtlijn als leidraad hulp op maat geformuleerd worden. De verpleegkundige bespreekt ook wat er gedaan kan worden als het huilen langer aanhoudt en wat te doen als het huilen na 2 dagen niet afneemt en het slapen niet toeneemt. Dan kan een middenweg gezocht worden van wel troosten terwijl het kind in bed blijft, maar toch de regelmaat proberen te volgen. Zo nodig moet weer terugverwezen worden naar de CBarts/huisarts voor opnieuw lichamelijk onderzoek.

Kort samengevat gaat het om kortdurend laten huilen, opdat het kind de kans krijgt om zelf in slaap te vallen, waardoor de spiraal van steeds in slaap geholpen worden met hazenslaapjes en oververmoeidheid als gevolg, doorbroken wordt. Het resultaat is: meer slapen, overmatig huilen verdwijnt en alleen het huilen als signaal van honger, ongenoegen of pijn blijft over.

Ad 4 Kookwekker

De zinsnede ‘de eierwekker op 30 minuten zetten’ wordt geïsoleerd uit de richtlijn gelicht, terwijl hij een klein onderdeel is van een heel pakket van zorgvuldig op elkaar afgestemde adviezen en alleen als zodanig ingezet dient te worden.

Nu wordt de schijn gewekt dat dit bij **elk** huilen het advies zou zijn. Bijvoorbeeld ook bij doorkomende tandjes, zo schrijven moeders wel. Zowel de media als een heel aantal websitehouders, die zich willen inzetten voor het kleine kind, halen vervolgens dergelijke foutieve zinnen aan. Dan is het niet verwonderlijk dat er nogal wat kritiek komt. En helaas is het ook niet te voorkomen dat ouders die de klok hebben horen luiden en op eigen houtje zonder begeleiding aan de slag gaan, dan soms ook verhalen over hun dagenlang huilende kind. Wat bij goede begeleiding juist niet zou hoeven te

gebeuren. Met andere woorden, ouders hebben begeleiding nodig en die wordt geboden door de JGZ.

Ad 5 Anticiperende voorlichting

De informatie over anticiperende voorlichting kan inderdaad worden aangevuld. Het voostel daarvoor is:

Het moge duidelijk zijn dat we ouders van baby's die heerlijk slapen, weinig huilen en tevreden wakker zijn, niets hoeven te adviseren.

Preventie van excessief huilen is aan de orde bij kinderen die toenemend huilen en oververmoeid raken. Dit kan ontstaan door een combinatie van factoren, maar het wordt zichtbaar doordat kinderen hazenslaapjes doen, niet uitgerust wakker worden en daardoor ook niet in staat zijn tevreden rond te liggen kijken of te spelen. Het kan ook zijn dat ze frequent weinig drinken, niet op eigen kracht in slaap komen, zichzelf uit de slaap houden, te vroeg wakker worden of onverklaarde darmkrampjes hebben. Uiteraard moet duidelijk zijn dat deze gedragingen niet een gevolg zijn van een lichamelijke probleem. Bij borstvoeding moet een tekort aan melkinname uitgesloten zijn.

Bij deze kinderen kunnen ouders geïnformeerd worden over de rust en regelmaat adviezen die worden gebruikt bij baby's die excessief huilen. De JGZ medewerker neemt samen met de ouder het besluit of ze deze adviezen al meteen gaat toepassen of dat deze richting geven aan de omgang met het kind.

Bij gezonde kinderen kan met deze adviezen voorkomen worden dat het huilen toeneemt en oververmoeidheid ontstaat. Naar het effect van rust en regelmaat als preventieve maatregel is geen onderzoek gedaan en er is dus ook geen evidentie voorhanden. Vanuit praktijkervaring lijkt het echter goed om rust en regelmaat in te bouwen in de omgang met een onrustige baby. Rust en regelmaat zorgt binnen 1 tot 2 weken voor nieuwe patronen. Het voorkomen van veel huilen is te verkiezen boven het behandelen ervan op een later tijdstip.

Uit onderzoek naar de werkzaamheid van anticiperende of preventieve voorlichtingprogramma's met betrekking tot inslaap- en doorslaapproblemen blijkt dat de effectiviteit van dergelijke programma's hoog is (Mindell et al. 2006). Vrijwel alle programma's bevatten de aanbeveling om baby's slaperig maar wakker ("drowsy but awake") in bed te leggen om ze zo te helpen de vaardigheid te ontwikkelen zelfstandig in slaap te vallen (Mindell et al. 2006, p. 1267).

Ad 6 Het in slaap laten huilen zou negatieve psychische of neuropsychologische gevolgen hebben. De hechting tussen moeder en kind zou gevaar lopen.

Zowel bij de start van het onderzoek alsook nu is er, voor zover bekend, geen wetenschappelijke evidentie of op ervaringspraktijk gebaseerde evidentie die dit aantoon. Gezien de positieve uitwerking die de rust en regelmaat-aanpak (al dan niet gecombineerd met inbakeren) heeft op huilen, slapen, drinken, attitude van de ouders, herstel van de interactie en het welzijn van de baby, is het aannemelijk dat de kortdurende stress van het in slaap huilen geen blijvende negatieve gevolgen heeft.

Negatieve effecten zijn geopperd (Nossent, 2009), maar de literatuur waarop dit gebaseerd is, betreffen speculaties en veronderstellingen (Commons & Miller 1998)², of studies over trauma's die het gevolg zijn van seksuele of fysieke mishandeling, dood van een ouder, oorlogsgeweld, opgroeien in een gewelddadige omgeving etc (Nemeroff 2004; Perry et al. 1995). In een recent overzichtsartikel over de neurobiologie van stress en ontwikkeling (Gunnar & Quevedo 2007), waar niet naar verwezen wordt, wordt niets genoemd over of het in slaap laten huilen een zodanig stressvolle gebeurtenis is dat dit een mogelijk traumatische invloed zou hebben.

Ook is onderzoek met rattenpups genoemd. Uit bestudering van deze literatuur (Anisman et al. 1998; Francis & Meaney 1999) blijkt evenwel dat zaken door elkaar worden gehaald. Kortdurende, herhaalde separatie van moederlijke zorg zou langdurende negatieve gevolgen hebben voor de fysieke en psychische gezondheid van rattenpups. Vervolgens worden echter de negatieve effecten genoemd die het gevolg zijn van *langerdurende*, herhaalde scheidingen (3-6 uur per dag, gedurende 10-21 dagen). Kortdurende separaties (15 min per dag, gedurende 10-21 dagen) blijken juist positieve gevolgen te hebben, zoals beter bestand zijn tegen toekomstige stressoren en minder angstigheid. Deze korte scheidingen worden namelijk direct gecompenseerd door meer likken en verzorgen door de moederrat.

Het in slaap laten huilen zou leiden tot aangeleerde hulpeloosheid. De R en R interventie leidt echter tot verdwijnen van overmatig huilen, het normale huilen als signaal blijft over. Lichaamstaal wordt duidelijker, waardoor interactie tussen ouder en kind verbetert, en kind ontvankelijker is voor knuffelen en lichamelijk contact. Deze kinderen vertonen dus totaal niet het apathische gedrag dat kenmerkend is voor aangeleerde hulpeloosheid.

Ook wordt naar onderzoeken over de ontwikkeling van veilige hechting verwezen (Bell & Ainsworth 1972 en Van IJzendoorn & Hubbard 2000). Bij herhaling zou in deze onderzoeken gevonden zijn dat er bij gewone, gezonde baby's een positief verband bestaat tussen snel oppakken en troosten in de eerste weken en afname van het huilen op langere termijn. Dit is onjuist. Van IJzendoorn & Hubbard (2000) vonden namelijk, in tegenstelling tot wat ze verwachtten, dat hoe vaker moeders de huiltjes van hun kinderen negeerden in de eerste 9 weken, hoe minder vaak deze kinderen in de tweede 9 weken huilen³. Deze studie weerspreekt daarmee de bevindingen van de invloedrijke studie van Bell and Ainsworth (1972). Deze laatste concludeerden namelijk het omgekeerde: als ouders niet prompt reageren op het huilen, zal het huilen toenemen. Daarnaast vonden Bell & Ainsworth dat prompt reageren een veilige hechting stimuleert. Ook deze bevinding is niet door Van IJzendoorn en Hubbard gevonden. Zij vonden juist: snel reageren in de eerste 9 weken is geassocieerd met een onveilig-vermijdende hechting met 15 maanden oud. (De dataset van Van IJzendoorn en Hubbard is veel groter (50 families) dan die van Bell en Ainsworth (26 families) en maakt daardoor een krachtiger statistische analyse

² Deze voordracht van Commons en Miller begint aldus: "The current paper examines subcortically based early emotional learning in infants from diverse cultures. We speculate about some long-term deleterious or beneficial effects of this early learning."

³ Van IJzendoorn & Hubbard (2000): "Contrary to our expectations, the more frequently mothers ignored their infants' crying bouts in the first nine-week period, the less frequently their infants cried in the following nine-week period, even if intervening variables like earlier crying and synchronous responsiveness were controlled for."

mogelijk.) De auteurs wijzen ook op andere studies die het algemene concept dat snelle respons zou leiden tot minder huilen ontcrachten (Landau 1982; St James-Roberts et al. 1998).

Er is geen onderzoek gedaan naar de invloed van in slaap laten huilen, als onderdeel van de R en R interventie, op de hechting tussen kind en ouders. Onderzoek hiernaar is wenselijk. Op basis van klinische ervaring, de resultaten uit het onderzoek van Van Sleuwen et al. (2006), en overig onderzoek (Mindell et al. 2006), verwachten wij dat de hechting niet in gevaar gebracht wordt. (Zie ook wat in de eerste paragraaf genoemd is als onderbouwing van de R en R aanpak.)

Ad 7 De aanpak zou de borstvoeding belemmeren

Door een aantal lactatiekundigen wordt als bezwaar geuit dat de rust en regelmaat-aanpak de borstvoeding zou belemmeren (Vanderveen-Kolkena en Pots, 2009). Zie echter het artikel door M. van Noort, secretaris van de NVL, in het Verenigingsblad van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (december 2008) voor een visie waarin de overeenkomsten en verschillen helder zijn verwoord.

In het onderzoek van Van Sleuwen et al. (2006) zagen we bij start van de interventie:

- 41.7% BV, 43.3% KV, 15% BV+KV;
- 2 op 3 heeft voor huidige KV andere KV gebruikt
- gemiddeld 2 voedingswisselingen voor huidige KV
gemiddeld bij KV 2.4 weken uitsluitend BV gehad

Het onderzoek en ook ervaringen in het veld laten zien dat bij goede begeleiding de borstvoeding meestal door kan blijven gaan, omdat de onzekerheid dat de voeding de oorzaak van het huilen is, al snel weggenomen wordt. Hier zijn helaas nog geen cijfers van. Uit onderzoek naar gedragsmatige interventies die toegepast worden bij zuigelingen en kinderen met inslaap- en doorslaapproblemen, blijkt dat deze interventies geen nadelig effect hebben op het in standhouden van de borstvoeding noch op de totale dagelijkse melkinname (Mindell et al. 2006).

In de richtlijn wordt ervan uitgegaan dat de baby enige tijd na effectief drinken en tevreden van de borst komen, slaap behoeft en geen honger heeft, m.a.w. dat de lichaamstaal 'jengelen' na effectief drinken geduid moet worden als 'ik ben moe' en niet als 'kom maar aan de borst'. Het door slaap uitgeruste kind zal zich vanzelf weer melden voor voeding als de honger hem weer wekt. Uit de klinische praktijk en uit onderzoek blijkt dat een uitgerust kind op het moment dat het wakker wordt, goed in staat is adequaat te drinken (Nikolopoulou & St James-Roberts 2003). Dit kind vraagt veelal minder vaak om voeding dan een kind dat hazenslaapjes doet. Maar dit betekent niet dat de borstvoeding daardoor belemmerd wordt, integendeel. Het hazenslaapjes kind drinkt slordig en kort en leegt de borst onvoldoende, waardoor de melkaanmaak onvoldoende gestimuleerd wordt, valt vaak voortijdig aan de borst in slaap en wordt na kort slapen weer wakker omdat het alweer honger heeft. Het adequaat drinkende kind daarentegen stimuleert de borstvoeding meer doordat het de borst goed leeg drinkt, is bovendien langere tijd verzadigd en maakt daardoor zelf de tussentijd tussen de voedingen groter door langer slapen. Om te voorkomen dat een kind *te lang* gaat slapen en er dus *te weinig* frequent aangelegd wordt is het advies in de richtlijn opgenomen om het kind zo nodig na 4 uur te wekken. Uiteraard zijn de adviezen gericht op lichamelijk gezonde kinderen van moeders waarbij de borstvoeding goed op gang is.

Zogezegd is het heel wel mogelijk dat een kind als gevolg van de interventie op minder voedingen per dag uitkomt, maar om te zeggen dat dit nadelig is voor de borstvoeding is onterecht.

Ad 8 Ontbreken van informatie aan de ouders over het gedrag van de baby en het voeden op verzoek

Borstvoedingsbegeleiding valt onder de competentie van de JGZ en behoeft als zodanig niet expliciet beschreven te worden in de richtlijn. De essentie van de richtlijn is de ouder te begeleiden in het aanbrengen van regelmaat en eenduidigheid in de omgang met het kind in de basis domeinen als slapen, drinken, spelen. Dat is nieuw en wordt expliciet gemaakt. Uit klinische ervaring voor en na het onderzoek, en in het onderzoek zelf is gebleken dat al deze domeinen verbeteren. Het resultaat van de aanpak - zowel in het veld als in het onderzoek - wordt zichtbaar in de waarneming van de verpleegkundigen, het verhaal van de ouders en het dagboek; het uitgeruste kind huilt aanzienlijk minder en doet het op alle domeinen in korte tijd beter, zowel op het gebied van slapen, drinken als op het gebied van geven/ontvangen van lach/knuffelen en tevreden op zichzelf zijn/spelen.

De rust en regelmaat-adviezen, zoals deze in de interventie beschreven staan, voldoen aan de wens tot voeden op verzoek, waar terdege het belang van wordt onderschreven. De aanpak leidt tot een beter uitgerust kind, dat van nature wakker wordt door honger en dan vol overgave drinkt tot het genoeg heeft. Dan is er alle energie voor knuffelen, en tevreden alleen spelen. Het kind zal zich vol vertrouwen overgeven aan de slaap, als hij gewend is naar bed gebracht te worden bij de eerste tekenen van moeheid. Door de herkenning 'weet' hij immers waar hij aan toe is. Dan zal hij de slaap slapen die hij nodig heeft, om daarna weer wakker te worden door honger. Zogezegd wordt er op verzoek gevoed als er oog is voor de slaapbehoefte, de vermoeidheidssignalen goed geduid worden en er aansluitend op het wakker worden gevoed wordt. Dan is het het kind dat het aantal voedingen en het tijdstip van drinken bepaalt.

Literatuur

- Anisman H., Zaharia M, Meaney M, Merali Z (1998) Do early-life events permanently alter behavioral and hormonal responses to stressors? *International Journal of Developmental Neuroscience* 16:149-164
- Barr RG, Trent RB, & Cross J (2006). Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: Convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse & Neglect*, 30, 7-16
- Barr RG, McMullan SJ, Spiess H, et al. (1991) Carrying as colic "therapy": a randomized controlled trial. *Pediatrics* 87: 623-630
- Bell SM, Ainsworth MD (1972) Infant Crying and Maternal Responsiveness. *Child Development* 43:1171-1190
- Commons, ML & Miller, PM (1998) Emotional learning in infants: a cross-cultural examination. Paper gepresenteerd op bijeenkomst van de AAAS, februari 1998.
- Francis DD, Meaney MJ (1999) Maternal care and the development of stress responses. *Current Opinion in Neurobiology* 9: 128-134
- Gunnar M & Quevedo K (2007) The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology* 58: 145-173
- Landau R (1982) Infant crying and fussing. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 13: 427-443
- Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ & Sadeh A (2006) Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *SLEEP* 29(10): 1263-1276
- Nikolopoulou M & St James-Roberts I. Preventing sleeping problems in infants who are at risk of developing them. *Arch Dis Child* 2003;88:108-111
- Nemeroff, CB (2004) Neurobiological Consequences of Childhood Trauma. *Journal of Clinical Psychiatry* 65 (suppl 1): 18-28

- Nossent S (2009) Ondersteun de relatie bij overmatig huilen. *Tijdschrift voor Verloskunde* 19: 12-15
- Van Noort M (2008) Misverstanden rond de richtlijn "Aanpak excessief huilende baby's". NVL info. Verenegingsblad van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen Jg. 11, nummer 4, p. 25-27
- Perry BD, Pollard RA, Blakley TL, Baker WL, Vigilante, D (1995) Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and 'use-dependent' development of the brain: How 'states' become 'traits'. *Infant Mental Health Journal* 16(4): 271-291
- Vanderveen-Kolkema M & Pots S (2009) Lactatiekundig perspectief op 'aanpak van excessief huilen'. *Tijdschrift voor Verloskunde* 19: 16-18
- Van Sleuwen BE, L'Hoir MP, Engelberts AC, Busscher WB, Westers P, Blom MA, Schulpen TWJ & Kuis W (2006) Comparison of behavior modification with and without swaddling as interventions for excessive crying. *Journal of Pediatrics* 149: 512-517
- Van Sleuwen BE, Engelberts AC, Boere-Boonekamp MM & L'Hoir MP (2007). Behavior modification and swaddling as interventions to improve sleep: a link with obesity? *ADC online*: <http://adc.bmj.com/cgi/eletters/91/11/881#2849>
- Van Sleuwen BE (2008) Infants that cry excessively: The effect of regularity and swaddling. Thesis, Utrecht University, The Netherlands
- St James-Roberts I, Conroy S, & Wilsher K (1998) Links between maternal care and persistent infant crying in the early months. *Child Care: Health and Development* 24: 353-376
- Weston J. (1968). The pathology of child abuse. In: Helfer R, Kempe C (Eds.). The battered child. Chicago: University of Chicago Press: 1968
- Van IJzendoorn, MH & Hubbard FO (2000) Are infant crying and maternal responsiveness during the first year related to infant-mother attachment at 15 months? *Attachment & Human Development* 2(3): 371-391