

Rust en regelmaat: goed voor kind en ouders én hun interactie

BE van Sleuwen, M.A. Blom, M.M. Boere-Boonekamp, M.P. L'Hoir

De richtlijn 'aanpak van excessief huilen' is bedoeld voor verpleegkundigen en artsen Jeugdgezondheidszorg (JGZ). De JGZ-richtlijn beschrijft een methode waarin door regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie, extreem huilen bij zuigelingen afneemt en ouders en kind tot rust kunnen komen. De richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en heeft een groot draagvlak binnen de JGZ. De 2008-versie van de richtlijn is geaccordeerd door ActiZ, GGD Nederland en VNG. Enkele ketenpartners hebben echter commentaar geleverd op de richtlijn. Overleg tussen deze organisaties en de Richtlijn Advies Commissie (RAC) van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid heeft onvoldoende geleid tot afstemming. Eind januari is daarom besloten de richtlijn voorlopig niet vast te stellen. Het RIVM is van mening dat het niet in het belang van kind en ouder is als professionals van mening verschillen over de aanpak van dit ernstige probleem. In het najaar van 2009 zal een werkgroep starten met het ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn. Ook de KNOV is hierbij betrokken.

In twee artikelen in het januarinumnummer van dit tijdschrift zijn bezwaren geuit tegen de JGZ-richtlijn 'Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen'. Onderzoekers en mede-opstellers lichten hier als reactie op de bezwaren de richtlijn graag nog eens toe.

Doel van de interventies

De JGZ-richtlijn betreft twee interventies die gebruikt kunnen worden om overmatig huilen te reduceren: regelmaat en prikkelreductie, en dezelfde benadering gecom-

bineerd met inbakeren. Doel is om door het aanbieden van regelmaat met een vaste volgorde in gebeurtenissen binnen de slaap-waakcyclus, de baby voorspelbaarheid te bieden. Door herkenning 'weet' het kind wat het verwachten kan en zal het slapen tot hij of zij uitgerust wakker wordt, en drinken zoveel hij of zij nodig heeft. De oververmoeidheid en daarmee het overmatig huilen zullen verdwijnen. Wat overblijft is het huilen dat goed interpreteerbaar is. De lichaamstaal is weer 'leesbaar', waardoor de ouder weer sensitief responsief kan zijn. Dit komt een gezonde hechting ten goede.

Ontzeggen van sensitief responsieve zorg

Eén van de bezwaren tegen de JGZ-richtlijn is dat met de aanpak van 'in slaap laten huilen' de baby sensitief responsieve zorg ontzegd wordt.

Naar onze mening betekent sensitief responsieve zorg:

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 na goed drinken, knuffelen en spelen gaat gapen/jengelen, is te slapen leggen een passende respons: slapen op verzoek. Eenmaal in bed gelegd is oppakken van een moe kind dat als reactie op het te slapen leggen eventjes gaat huilen, niet aan de orde. Even laten huilen is soms nodig om het kind de kans te geven zelf in slaap te vallen. Er is evidentie dat extra dragen niet effectief is wanneer er sprake is van excessief huilen.^[1]

Onderdeel van de regelmaatadviezen is het stimuleren van de zelfregulatie van de baby wat betreft in slaap vallen, efficiënt drinken en eigen spel. Bij de meeste baby's die overmatig huilen is deze zelfregulatie niet voldoende ontwikkeld en is de lichaamstaal moeilijk te duiden door de ouders. Daardoor kan, goedbedoeld, maar voor de baby onvoorspelbaar ouderlijk gedrag ontstaan.

Dr. BE van Sleuwen, Dr. MM Boere-Boonekamp en Dr. MP L'Hoir zijn verbonden aan TNO, Kwaliteit van Leven te Leiden; MA Blom is verbonden aan het Therapeuticum te Utrecht en Dr. A.C. Engelberts is verbonden aan het Maaslandziekenhuis te Sittard

*Correspondentie: M.P. L'Hoir, TNO KvL, PB 2215, 2301 CE Leiden
De redactie heeft de reactie op de kritiek op de JGZ-richtlijn 'aanpak van excessief huilen' ingekort. De uitgebreide versie is op te vragen bij de redactie via tvv@knov.nl.*

Bijvoorbeeld 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 kind én ouder, met tenslotte een verhoogd risico op kindermishandeling.^[2,3]

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. Door deze gewenning zal hij als vanzelfsprekend gaan slapen en slaapt dan de voor hem benodigde tijd. Bij de meeste kinderen zal dit zelf leren inslapen hooguit drie tot vier keer met huilen gepaard gaan, en dan ook met afname van duur en intensiteit.

De eierwekker

Enkel 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

het huilen na ongeveer 10 tot 15 minuten in intensiteit afneemt en er steeds meer rustpauzes komen. Bij het derde of vierde slaapje gaat het kind al vaak slapen zonder te 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 et al, deze methode waarbij de eierwekker op 15 tot 30 minuten kon worden gezet, werd toegepast.^[4] Dit hulpmiddel kan in de praktijk de ene ouder steun bieden en de andere ouder niet. De jeugdverpleegkundige bespreekt met de ouders de reden van gebruik, waarbij de ouder uiteraard de keuze heeft dit al dan niet te doen.

Kort samengevat gaat het bij deze interventie 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.



15-30 minuten te zetten. De eierwekker is slechts een houvast voor de ouder om zicht op de reële tijd te houden (vijf minuten huilen lijken gevoelsmatig vaak een half uur) om zo het kind de kans te geven ongestoord zelf in slaap te leren vallen. De ouder kan wel 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 en dan weer weg gaan leidt tot heftig hernieuwd huilen. Terwijl als de ouder niet gezien wordt,

Het is dus een misverstand dat de interventie een langdurige periode betreft waarin ouders de baby consequent 15 tot 30 minuten laten huilen totdat het in slaap valt. De reacties op de conceptrichtlijn laten ons zien dat de richtlijn op dit punt meer duidelijkheid behoeft.

In slaap laten huilen zou negatieve psychische of neuropsychologische gevolgen hebben

Voor zover bekend is er geen wetenschappelijk of op

ervaringspraktijk gebaseerde evidentie die dit aantoont. 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 het huilen van excessief huilende baby's met 42% is afgenomen en na twee weken met 50%.^[5] Op dag 2 wordt ruim een uur langer geslapen (bij toepassing van regelmaat én inbakeren reeds op dag 1). Vanaf dag 3 is de slaapduur 2 uur per dag langer.

Gezien de positieve uitwerking die rust en regelmaat (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 ons inziens aannemelijk dat de kortdurende stress van het in slaap huilen geen blijvende negatieve gevolgen heeft. Bovendien blijkt uit een literatuuroverzicht dat geen van de gedragsmatige methodes die toegepast worden om te leren zelf in slaap te vallen, zoals het R&R-advies (rust en regelmaat) negatieve effecten heeft, maar wel positieve voor zowel kind als ouder.^[18] Zo rapporteerden de ouders een snelle en dramatische verbetering in hun algehele psychische gesteldheid. Ook meldden ze dat de doeltreffendheid van hun ouderschap en de tevredenheid in hun relatie verbeterd was.^[18]

Negatieve effecten werden geopperd door Nossent van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).^[6] De literatuur waarop dit gebaseerd is, betreft speculaties en veronderstellingen^[7], of studies over trauma's na seksuele of fysieke mishandeling, dood van een ouder, oorlogsgeweld, etc.^[8,9] Daarnaast gaat het NIP voorbij aan een recent overzichtsartikel over de neurobiologie van stress en ontwikkeling.^[10] Hierin wordt niets genoemd over het in slaap laten huilen als een stressvolle gebeurtenis die een mogelijk traumatische invloed zou hebben. Relevant is ook het onderzoek van White et al. (2000) dat aantoont dat de fysiologische stressrespons van huilbaby's niet verschilt van die van niet-huilbaby's.^[11] Veelzeggend is ook dat wanneer op 'crying' en 'trauma' wordt gezocht via 'Web of Science', er geen artikelen gevonden worden die beschrijven dat veel huilen of veel laten huilen een trauma is. Wel wordt gevonden dat veel huilen een risicofactor is voor 'head trauma' en 'shaken baby syndrome'.^[2] Het NIP haalt ook onderzoek aan met rattenpups naar de negatieve gevolgen van onthouding van zorg. Uit bestudering van deze literatuur (studies van Anisman et al. (1998), en Francis & Meaney (1999)) blijkt evenwel dat zaken door elkaar worden gehaald.^[12,13] Kortdurende, herhaalde separatie van moederlijke zorg zou langdurige 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. Anisman et al. benoemen dit als een inentingseffect dat de pups weerbaarder maakt tegen toekomstige stressoren en minder angstig.^[12] Deze korte scheidingen worden namelijk direct gecompenseerd door meer likken en verzorgen door de moederrat.



In de rust en regelmaat (R&R) interventie blijkt dat de uitgeruste baby knuffelen en ander lichaamscontact beter kan ontvangen dan daarvoor. Het drinken, direct aansluitend op de slaap, verloopt beter. Ook de zorg door de nu uitgeruste ouder verloopt beter en meer ontspannen. Het in slaap laten huilen zou leiden tot aangeleerde hulpeloosheid. De interventie zoals aanbevolen in de JGZ-richtlijn, leidt echter tot verdwijnen van overmatig huilen, het normale huilen als signaal blijft over. Lichaamstaal wordt duidelijker, waardoor de interactie tussen ouder en kind verbetert, en het kind ontvankelijker is voor knuffelen en lichamelijk contact. Deze kinderen vertonen dus totaal niet het apathische gedrag dat kenmerkend is voor aangeleerde hulpeloosheid.

De hechting tussen moeder en kind zou gevaar lopen

Volgens het NIP zou in onderzoeken naar de ontwikkeling van veilige hechting bij herhaling gevonden zijn dat er een positief verband bestaat tussen snel oppakken en troosten en afname van huilen. Het NIP verwijst naar: Bell en Ainsworth (1972) en Van IJzendoorn & Hubbard (2000).^[13,14] Van IJzendoorn & Hubbard (2000) vonden echter, in tegenstelling tot wat ze verwachtten, dat hoe vaker moeders de huiltjes van hun kinderen negeerden in de eerste negen weken, hoe minder vaak deze kinderen in de tweede negen weken huilen.^[14] Zij vonden ook dat snel reageren in de eerste negen weken geassocieerd is met een onveilig-vermijdende hechting op een leeftijd van 15 maanden. Deze studie weerspreekt daarmee de bevindingen van de invloedrijke studie van Bell en Ainsworth (1972).^[13] Zij concludeerden namelijk dat als

ouders niet prompt reageren op het huilen, het huilen zal toenemen. Daarnaast zou prompt reageren volgens hen een veilige hechting stimuleren. De dataset van Van IJzendoorn en Hubbard (2000) is veel groter (50 families) dan die van Bell and Ainsworth (26 families) en maakte daardoor een krachtigere multivariate analyse mogelijk. Van IJzendoorn en Hubbard wijzen overigens ook op andere studies die ontcrachten dat een snelle respons zou leiden tot minder huilen: Landau (1982) en St James-Roberts et al. (1998).^[16,17]

Er is geen onderzoek gedaan naar de invloed van in slaap laten huilen, als onderdeel van de R&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 geen nadelige invloed op de hechting, maar eerder een positieve.^[5,18]



Negatieve invloed op borstvoeding

Door een aantal lactatiekundigen wordt als bezwaar geuit dat de R&R aanpak de borstvoeding zou belemmeren.^[19] Het artikel door de secretaris van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (december 2008) presenteert een tegengestelde visie.^[20]

Bij goede begeleiding kan de borstvoeding meestal door blijven gaan, omdat de onzekerheid over de voeding als mogelijke oorzaak van het huilen, al snel weggenomen wordt; het huilen neemt immers snel af bij toepassing van R&R. Bovendien verbetert de afstemming van vraag en aanbod, omdat kind en moeder weer uitgerust zijn. Uit onderzoek naar gedragsmatige interventies bij zuigelingen en kinderen met inslaap- en doorslaapproblemen blijkt geen nadelig effect op het in standhouden van de borstvoeding noch op de totale dagelijkse melkinname.^[18] In de richtlijn wordt ervan uitgegaan dat de baby die jengelt enige tijd na effectief drinken en tevreden van de borst komen, slaap behoeft. De lichaamstaal 'jengelen' moet dan geduid worden als 'ik ben moe' en niet als 'ik wil de borst'. Het kind zal zich weer melden wanneer de honger hem wekt. Zogezegd wordt er geslapen op verzoek en gedronken op verzoek en is het kind dat het

aantal voedingen en het tijdstip van drinken bepaalt. Klinische praktijk en onderzoek laten zien dat een uitgerust kind na wakker worden goed in staat is adequaat te drinken.^[21] Een kind dat adequaat drinkt en verzadigd is, slaapt langer dan een kind met hazenslaapjes en frequent kleine voedingen. Om te voorkomen dat een kind te weinig frequent wordt aangelegd, is het advies in de richtlijn opgenomen om het kind zo nodig vier uur na de vorige voeding te wekken. Uiteraard betreft het lichamenlijk gezonde kinderen van moeders waarbij de borstvoeding goed op gang is. Door de interventie kan een kind op minder voedingen per dag uitkomen, maar het is onterecht om te zeggen dat dit nadelig is voor de borstvoeding.

Samenvatting

Er is geen wetenschappelijke evidentie die aantoont dat het gedurende 15-30 minuten in slaap laten huilen schade berokkent aan het kind, als dit een kortdurend onderdeel is van de adviezen van rust en regelmaat. Integendeel. Onderzoek laat zien dat huilen snel afneemt en slapen toeneemt en de vicieuze cirkel wordt doorbroken. Ouders geven aan zich zekerder te voelen in de omgang met hun baby, dat de baby tevreden is, meer lacht, minder geprikkeld is, langer slaapt en uitgerust wakker wordt, effectiever drinkt en tevreden zelf kan spelen. De baby kan meer genieten van aanraking en knuffelen en voelt meer ontspannen aan. De ouders geven aan dat ook zij weer van hun kind kunnen genieten. Bij juiste toepassing van rust en regelmaat loopt de borstvoeding geen gevaar.

Ouders en kinderen moeten zo goed mogelijk geholpen worden. Eenduidige informatie, gebaseerd op evidentie, vormt hiervoor de basis. Op dit moment is er onrust en verwarring en dat dient de hulpverlening aan ouders van een baby die veel huilt niet.

Ons inziens zijn de verschillen tussen partijen kleiner dan de overeenkomsten. Ook het NIP onderschrijft namelijk het uitgangspunt dat rust en voorspelbaarheid in de dagelijkse routine wenselijk is. Tevens beseft het NIP dat bij een huilbaby sprake kan zijn van oververmoeidheid, zowel aan de kant van de ouders als aan de kant van de baby. Ouders en hun huilbaby moeten snel worden geholpen. Hervatten van de slaap door kind en ouders en het bestrijden van oververmoeidheid hebben prioriteit. In de multidisciplinaire richtlijn zal de evidentie voor bestaande manieren van hulp vanuit verschillende disciplines en echelons worden geordend en zullen de verschillen van mening hopelijk worden overbrugd. ■

De literatuurverwijzingen treft u aan op pag. 20a van de digitale versie van dit tijdschrift.

Bronnen pag. 17-20**Rust en regelmaat: goed voor kind en ouders én hun interactie**

1. Barr RG, McMullan SJ, Spiess H, et al. Carrying as colic "therapy": a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1991; 87: 623-630
2. Lee C, Barr RG, Catherine N & Wicks A. Age-related incidence of publicly reported shaken baby syndrome cases: Is crying a trigger for shaking? *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2007; 28(4):288-293
3. Weston J. (1968). The pathology of child abuse. In: Helfer R, Kempe C (Eds.). *The battered child*. Chicago: University of Chicago Press: 1968
4. van Sleuwen BE (2008) Infants that cry excessively: The effect of regularity and swaddling. Thesis, Utrecht University, The Netherlands
5. van Sleuwen BE, L'Hoir MP, Engelberts AC, Busscher WB, Westers P, Blom MA, Schulpen TWJ & Kuis W. Comparison of behavior modification with and without swaddling as interventions for excessive crying. *Journal of Pediatrics* 2006; 149: 512-517
6. Nossent S. Ondersteun de relatie bij overmatig huilen. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 19, januari 2009, p. 12-15a
7. Commons ML & Miller PM. Emotional learning in infants: a cross-cultural examination. Paper gepresenteerd op bijeenkomst van de AAAS, februari 1998, http://www.naturalchild.org/research/emotional_learning_infants.html
8. Nemeroff, C.B. 2004. Neurobiological Consequences of Childhood Trauma, *J Clin Psychiatry* 65 (suppl 1): 18-28.
9. Perry BD, Pollard RA, Blakley TL, Baker WL, Vigilante, D. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and 'use-dependent' development of the brain: How 'states' become 'traits'. *Infant Mental Health Journal*. 1995; 16(4): 271-291
10. Gunnar M & Quevedo K. The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 2007; 58: 145-173
11. White BP, Gunnar MR, Larson MC, Donzella B & Barr RG. Behavioral and physiological responsivity, sleep, and patterns of daily cortisol production in infants with and without colic. *Child Development* 2000; 71(4): 862-877.
12. Anisman H, Zaharia M, Meaney M & Merali Z. Do early-life events permanently alter behavioral and hormonal responses to stressors? *International Journal of Developmental Neuroscience* 1998; 16:149-164
13. Francis DD & Meaney MJ. Maternal care and the development of stress responses. *Current Opinion in Neurobiology*, 1999; 9: 128-134
14. Bell SM & Ainsworth MD. Infant Crying and Maternal Responsiveness. *Child Development*, 1972; 43:1171-1190
15. van IJzendoorn MH & Hubbard FO. Are infant crying and maternal responsiveness during the first year related to infant-mother attachment at 15 months? *Attachment & Human Development*, 2000; 2(3): 371-391
16. Landau R. Infant crying and fussing. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1982; 13: 427-443
17. 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
18. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS et al. 2006. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *SLEEP*, vol. 29(10): 1263-1276
19. Vanderveen-Kolkena M & Pots S. 2009. Lactatiekundig perspectief op 'aanpak van excessief huilen'. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 19, januari 2009, p. 16-18a
20. van Noort M (2008) Misverstanden rond de richtlijn "Aanpak excessief huilende baby's". NVL info. *Verenigingsblad van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen* Jg. 11, nummer 4, p. 25-27
21. 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.