

# Rust en regelmaat: goed voor kind en ouders én hun interactie<sup>#</sup>

BE van Sleuwen\*, MA Blom\*\*, MM Boere-Boonekamp\*, MP L'Hoir\*

\*TNO Kwaliteit van Leven, Leiden, \*\*Therapeuticum, Utrecht

*In twee artikelen in Tijdschrift voor Verloskunde zijn bezwaren geuit tegen de JGZ-richtlijn 'Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen'. In dit artikel gaan we hier nader op in en weerleggen we de geopperde bezwaren.*

*Conclusies:*

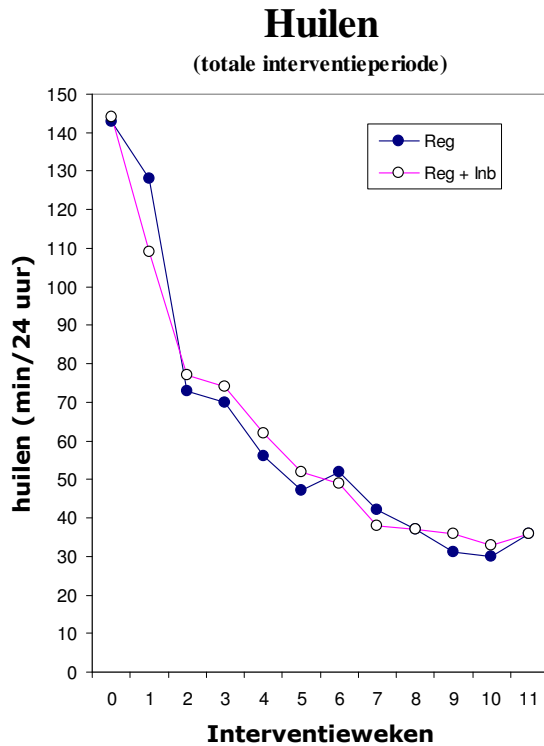
- *Er is geen wetenschappelijke evidentie dat in slaap laten huilen als kortdurend onderdeel van de rust en regelmaat aanpak schade berokkent aan het kind.*
- *Integendeel. Onderzoek laat zien dat huilen snel afneemt en slapen toeneemt en de vicieuze cirkel wordt doorbroken. In ditzelfde onderzoek geven ouders 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 op zichzelf 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.*
- *De kritiek van het NIP is niet steekhoudend. Literatuur ter onderbouwing is foutief of onterecht aangehaald.*
- *Bij juiste toepassing van rust en regelmaat loopt de borstvoeding geen gevaar.*
- *Ons inziens zijn de verschillen tussen partijen kleiner dan de overeenkomsten en overbrugbaar.*

## **Onderbouwing van de rust en regelmaat aanpak bij excessief huilen**

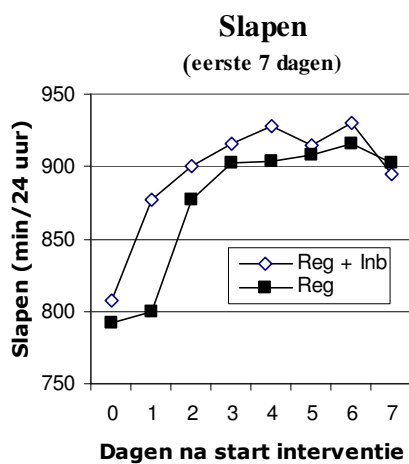
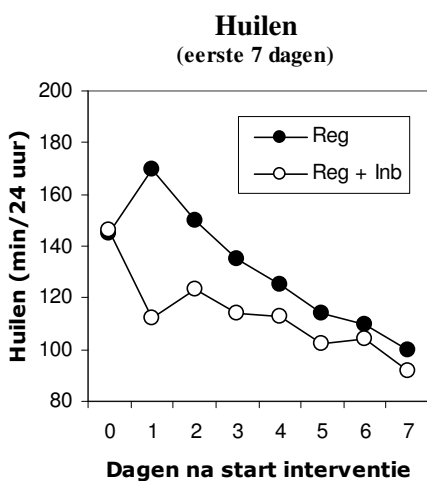
De richtlijn "Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen" is bedoeld voor verpleegkundigen en artsen Jeugdgezondheidszorg (JGZ). De JGZ-richtlijn beschrijft twee interventies die gebruikt kunnen worden om overmatig huilen te reduceren: regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie, en dezelfde benadering gecombineerd met inbakeren. Doel is om door het aanbieden van regelmaat met een vaste volgorde in gebeurtenissen binnen de slaap-waakcycli, de baby voorspelbaarheid te bieden. Door herkenning 'weet' het kind wat het verwachten kan en zal het slapen tot hij of zij uitgerust wakker worden, 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. Ouders geven aan zich zekerder te voelen in de omgang met hun baby en dat deze tevredener is, meer lacht, minder geprikkeld is, effectiever drinkt en tevreden op zichzelf kan spelen. De baby kan meer genieten van aanraking en knuffelen en voelt meer ontspannen aan. De ouders geven op hun beurt aan dat ook zij weer van hun kind kunnen genieten.

---

<sup>#</sup> Een ingekorte versie van dit artikel is verschenen in Tijdschrift voor Verloskundigen, 34e jg, p.17-20a, mei 2009.



Onderzoek van Van Sleuwen et al. (2006) heeft aangetoond dat na het toepassen van de adviezen van regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie 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 20-25 minuten per dag meer, maar in de 2<sup>e</sup> week huilen ze gemiddeld ongeveer 70 minuten per dag minder dan bij aanvang. Wanneer de adviezen van regelmaat gecombineerd worden met inbakeren, blijft deze huiltoename op dag 1 achterwege; dan neemt de huilduur op dag 1 met gemiddeld 30-40 minuten af (zie figuur hieronder).



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).

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. 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. In plaats van met een controlegroep kunnen de in het onderzoek gevonden huiluurcurves vergeleken worden met normale huiluurcurves. Er blijken grote verschillen te zijn. 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<sup>e</sup> levensweek 70 minuten minder dan bij aanvang. Normale huiluurcurves (Lee et al. 2007: figuur 1) daarentegen laten zien dat huilen juist toeneemt tot de leeftijd van 6 weken en daarna pas geleidelijk afneemt.

#### *De positieve effecten van meer slapen*

Gezien de positieve uitwerking die de adviezen van 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 aannemelijk dat de kortdurende stress van het in slaap huilen geen blijvende negatieve gevolgen heeft. De kwalitatieve maat, de huilperceptieschaal, laat zien dat ouders tevreden zijn na de interventie en beter om kunnen gaan met het huilen.

In een 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 adviezen van regelmaat ook zijn, 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 globale 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.”<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> 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

Deze resultaten ondersteunen de adviezen van regelmaat, die een gedragsmatige methode is voor het *samenhangende* probleem van overmatig huilen en oververmoeidheid door een tekort aan slaap. Voor alle duidelijkheid, de adviezen van regelmaat hebben 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 van activiteiten waardoor het kind een eigen ritme ontwikkelt met voldoende slapen, drinken en tevreden spel.

#### *Ontstaansgeschiedenis van de richtlijn*

De Richtlijn “Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen” is een vervolg op de nota over inbakeren uit 2001. Om draagvlak te peilen werd de richtlijn in concept voorgelegd aan de stafverpleegkundigen en artsen jeugdgezondheidszorg. Daarna is de richtlijn aangeboden aan het inmiddels opgeheven Platform JGZ. Het stuk is vervolgens overgedragen aan het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid. De 2008-versie van de richtlijn is vastgesteld door de beroepsverenigingen AJN, V&VN, NVDA, geaccordeerd door ActiZ, GGD Nederland en VNG.

Op 26 januari 2009 is in de vergadering van de Richtlijnadviescommissie besloten om de richtlijn aan te houden. Het persbericht van het RIVM geeft de volgende uitleg: “De concept-richtlijn ‘aanpak van excessief huilen’ is bedoeld voor de verpleegkundigen en artsen 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 conceptrichtlijn is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en heeft een groot draagvlak binnen de Jeugdgezondheidszorg. Diverse organisaties die met de Jeugdgezondheidszorg samenwerken 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. In de RAC-vergadering van 26 januari j.l. is dan ook besloten de concept-richtlijn voorlopig niet vast te stellen. Het is niet in het belang van kind en ouder als professionals van mening verschillen over de aanpak van dit ernstige probleem.”

---

*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.”*

### *Waar we het over eens zijn*

Alvorens op de bezwaren van Nossent (2009) en Vanderveen-Kolkena & Pots (2009) in te gaan, geven we graag de overeenkomsten aan. Allereerst ons gezamenlijk doel: welzijn van baby en ouders. Verder noemt Nossent als punten van overeenstemming:

- het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen) onderschrijft het uitgangspunt van de richtlijn dat rust en voorspelbaarheid in de dagelijkse routine wenselijk is.
- Het NIP beseft dat er bij huilbaby's sprake kan zijn van oververmoeidheid, zowel aan de kant van de ouders als aan de kant van de baby. Ouders en huilbaby's moeten snel geholpen worden.
- Ook onderkent het NIP de negatieve gevolgen van excessief huilen (zoals bijvoorbeeld het risico op kindermishandeling).
- Hervatten van de slaap (van kind en ouders) en het bestrijden van oververmoeidheid hebben derhalve prioriteit.

Het zijn de adviezen van rust en regelmaat die hier hulp kunnen bieden.

### *Alternatieven*

Het NIP noemt als alternatieven mantelzorg of opname van kind en ouder(s) in een ziekenhuis (Nossent, 2009). Bij mantelzorg worden de ouders tijdelijk ontlast, maar dit hoeft niet tot de oplossing van het huilprobleem te leiden. Over tijdelijk opnemen in het ziekenhuis zijn voor- en nadelen beschreven (Zwart et al. 2007). Ouders en kind worden veelal de eerste dag(en) gescheiden om het gedrag van het kind goed te kunnen observeren. In eerste instantie wordt meestal regelmaat aangeboden (soms in combinatie met inbakeren) en een min of meer vast voedingsschema.

Met de regelmaat adviezen kan in de eigen vertrouwde thuissituatie laagdrempelige professionele begeleiding worden geboden. Vanzelfsprekend wordt samen met de ouder gekeken naar wat in hun situatie het beste past en de meeste kans van slagen heeft. Ook de mogelijkheid van video interactie training kan worden overwogen of verwijzing naar bijvoorbeeld een kinderfysiotherapeut, maatschappelijk werkende, psycholoog of psychiater of naar gespecialiseerde gezinszorg of een babygroep verbonden aan medisch kinderdagverblijven (MKD). Over de werkzaamheid van bestaande interventies wordt momenteel 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. In het najaar van 2009 zal een werkgroep starten met het ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn.

### **Antwoorden op bezwaren tegen de richtlijn**

#### ***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 huult, is een adequate respons. Wanneer de baby huult 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, jengelt of huult en tevens via zijn 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 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 (Barr et al. 1991).

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. 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 (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. Door deze gewenning zal hij als vanzelfsprekend gaan slapen en slaapt dan de voor hem benodigde tijd. Bij de meeste excessief huilende zuigelingen zal dit zelfstandig inslapen hooguit 3-4 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 15-30 minuten te zetten. De eierwekker is slechts een houvast voor de ouder om enig 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, 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. 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 Van Sleuwen et al. 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 de reden van gebruik, waarbij de ouder uiteraard de keuze heeft dit al dan niet te doen.

Het onderzoek van Van Sleuwen et al. (2006) 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 afneemt. In ditzelfde onderzoek geven ouders aan zich zekerder te voelen in de omgang met hun baby en dat zij weer van hun kind kunnen genieten o.a. omdat ze meer uitgerust zijn door meer slaap.

De zinsnede 'de eierwekker op 30 minuten zetten' wordt geïsoleerd uit de richtlijn gelicht, terwijl hij een klein onderdeel is van een 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.

Het in het begin even laten huilen onder gecontroleerde omstandigheden is een onderdeel van de adviezen van regelmaat voor 'overmatig huilende zuigelingen die in zijn geheel en onder begeleiding gevolgd dient te worden. Samen met de verpleegkundige JGZ kan er met de richtlijn als leidraad hulp op maat geformuleerd worden. De verpleegkundige JGZ 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 jeugdarts/huisarts voor opnieuw lichamelijk onderzoek.

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. 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.***

Zowel bij de start van het onderzoek en ook nu is er, voor zover bekend, geen wetenschappelijke evidentie of op ervaringspraktijk gebaseerde evidentie die dit aantoon. 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.

Negatieve effecten werden geopperd door Nossent van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). We gaan puntsgewijs in op de door Nossent (2009) genoemde bezwaren.

### *1 Psychische schade*

Nossent noemt dat een baby die je stelselmatig lang laat huilen later moeite zal hebben met stressregulatie en het omgaan met spanningen. Stelselmatig lang laten huilen zal zeker psychische schade teweeg kunnen brengen. Echter, bij de adviezen van regelmaat is totaal geen sprake van stelselmatig lang laten huilen.

Uit onderzoek van White et al. (2000) blijkt dat de fysiologische stressrespons van huilbaby's niet verschilt van die van niet-huilbaby's.<sup>2</sup> De onderzoekers onderzochten de verschillen in gedragsmatige en fysiologische respons tussen huilbaby's (bepaald volgens Wessel's criterium) en niet-huilbaby's van gemiddeld 60 dagen oud. Doel van dit onderzoek was te bepalen of de fysiologische respons op twee korte periodes van lichamelijke metingen aan het kind verschilt tussen beide groepen. De eerste set van metingen omvatte het meten van oortemperatuur, gewicht, lengte en hoofdomtrek (8 minuten); de tweede, 16 minuten durende set omvatte, terwijl de baby bij de ouder op schoot zat, bilaterale oorcontrole, beluisteren met de stethoscoop, oraal onderzoek, en visueel onderzoek met een lampje; aansluitend volgde een ontwikkelings-screening test op de onderzoekstafel. Tussen beide sets van metingen zat het kind ongeveer 7-8 minuten alleen bij zijn ouder. Zoals verwacht huilden de huilbaby's meer en intenser dan de niet-huilbaby's tijdens deze 3 periodes (1<sup>o</sup> meetsessie, bij de ouder, 2<sup>o</sup> meetsessie). De huilbaby's waren ook significant minder troostbaar dan de niet-huilbaby's. Opmerkelijk echter was dat voor drie fysiologische stressparameters: hartslag, vagale tonus en cortisol, in geen enkele van de 3 periodes een significant verschil gevonden werd tussen huilbaby's en niet-huilbaby's. Samengevat zien we dat gedragsmatig beide groepen kinderen sterk verschillen in hun reactie, terwijl hun fysiologische respons niet of nauwelijks verschilt. De relevantie van deze bevinding voor de adviezen van regelmaat bij huilbaby's lijkt duidelijk. Huilbaby's huilen overmatig veel en intens, maar dit gaat niet gepaard met een overmatige fysiologische stressrespons: hun autonome en neuroendocriene systeem reageert op vergelijkbare wijze als dat van niet-huilbaby's, concluderen de onderzoekers. Het is dan ook aannemelijk dat het kortdurend zichzelf in slaap laten huilen niet gepaard gaat met een overmatige fysiologische stressreactie.

Bij ditzelfde onderzoek werd ook in de thuissituatie cortisol gemeten op 4 tijdstippen over de dag, t.w. 7-8 uur, 10 uur, 16 uur en 20 uur. Er bleek gemiddeld genomen over de hele dag geen significant verschil te zijn in cortisolniveau. Wel bleek de mate van afname van cortisol gedurende de dag voor de niet-huilbaby's sterker te zijn dan voor de huilbaby's. Bij de niet-huilbaby's nam cortisol af van 0.51 microgram/dl in de ochtend naar 0.13 microgram/dl in de avond; bij de huilbaby's nam cortisol af van 0.34 in de ochtend naar 0.22 in de avond. De niet-huilbaby's sliepen tevens ruim 2 uur per etmaal meer dan de huilbaby's. De auteurs vermoeden dat het afgevlakte cortisolritme bij huilbaby's te maken kan hebben met een uitgestelde ontwikkeling van dit cortisolritme óf kan komen door een onderdrukkend effect van slaapttekort en veel huilen.

---

<sup>2</sup> White et al. p. 873: "Thus, infants with colic were more behaviorally distressed than infants without colic, but they showed the same autonomic and neuroendocrine stress reactions."



Drie dagen nadat een huilbaby via de adviezen van regelmaat heeft geleerd om zelf in slaap te vallen slaapt hij 2 uur meer. Het is waarschijnlijk dat deze extra slaap zal bijdragen aan het ontwikkelen van een cortisolritme zoals dat bij de niet-huilbaby's gevonden werd.

## 2 Neuropsychologische gevolgen

Nossent schrijft: *“De gevolgen van het ontzeggen van ouderlijke zorg bij huilen en het dwingen tot zelfregulatie zijn niet gering. Commons en Miller, onderzoekers aan de Harvard University, leggen een verband tussen het apart leggen en niet reageren op het huilen van baby's en het later ontwikkelen van een Post Traumatische Stress Stoornis: 'Parents should recognize that having their babies cry unnecessarily harms the baby permanently (...) It changes the nervous system so they're overly sensitive to future trauma.'”*

Deze uitspraak van Commons komt uit the Harvard University Gazette van 9 april 1998. Dit stukje in Harvard's universiteitsblad is geschreven door Alvin Powell naar aanleiding van een voordracht die Commons en Miller gepresenteerd hebben op een bijeenkomst van de AAAS in februari 1998 (Commons en Miller 1998). Deze voordracht, getiteld: *Emotional learning in infants: a cross-cultural examination*, is voor zover we weten niet gepubliceerd in een wetenschappelijk tijdschrift, maar is wel op internet te vinden. De voordracht begint met de volgende zin: *“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.”*

En aan het eind van het artikel worden de volgende suggesties gedaan:

*“We are suggesting two possible early effects of early child rearing practices:*

- a) different emotional behaviors related to arousal versus lack of arousal, expectations for contact with consoling individuals when one is upset or alone, and differential anticipations for other features of interactions with others (Commons, 1991).
- b) possibly long term differences in the release of cortisol and possible related changes in brain structure due to the relative stressfulness of certain practice.”

Kortom, Commons en Miller *speculeren* over mogelijke lange termijn effecten en ze *suggereren* mogelijke effecten van opvoeding van het jonge kind. Zelf hebben ze dergelijk onderzoek niet uitgevoerd. Zoals hierboven al is aangegeven blijkt uit een recent wetenschappelijk literatuuroverzicht (Mindell et al. 2006) dat geen van de gedragsmatige methodes die toegepast worden om te leren zelf in slaap te vallen, zoals de adviezen van rust en regelmaat er ook een is, negatieve effecten heeft, maar juist wel veel positieve.

## 3 Neuropsychologische gevolgen

Nossent schrijft dat er veel onderzoek gedaan is naar de gevolgen van 'early-life stress'. Ze verwijst naar studies (Nemeroff, 2004; Perry e.a. 1995) die de gevolgen van dergelijke 'early-life stress' onderzocht hebben. Bij raadpleging van deze literatuur blijkt echter dat het in deze artikelen gaat om de volgende 'early-life stressors': sexuele of fysieke mishandeling, dood van een ouder, oorlogsgeweld, opgroeien in een gewelddadige omgeving (binnen- of buitenshuis), etc.

In een recent overzichtsartikel van Gunnar and Quevedo (The neurobiology of stress and development. Annual Review of Psychology, 58: 145-173; 2007), is niets te vinden over of het in slaap laten huilen een zodanige 'early-life stressor' is dat dit een mogelijk blijvende negatieve invloed heeft op de regulatie van de HPA as. Als dat wel zo was dan hadden de

auteurs dit zeker benoemd in deze uitgebreide review, met hoofdstukken over *Infancy and early childhood* en over *Stress neurobiology and adverse experience: parental neglect and abuse*.

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”. Zoals bijvoorbeeld het artikel van Lee et al. (2007).

#### *4 Betreffende de rattenonderzoeken waar Nossent naar verwijst.*

Nossent schrijft: “*Er zijn aanwijzingen vanuit neuropsychologisch onderzoek met rattenpups dat herhaaldelijk kortdurende deprivatie van zorg langdurende gevolgen heeft voor de fysieke en psychische gezondheid.*” Om de daarop volgende tekst goed te kunnen volgen en de verwarring die dit stukje tekst oproept wanneer de literatuur waar Nossent naar verwijst bestudeerd wordt, op te klaren, is het goed om enige achtergrondinformatie te geven over deze rattenstudies. In veel rattenstudies wordt onderzoek gedaan naar de effecten van korter of langer durende scheiding van de moeder op haar pups door middel van 2 experimentele ingrepen.

1. Handling (H): 15 minuten per dag, gedurende een aantal dagen (10-20 bv.), wordt de moeder gescheiden van de pups. (Caldji et al., 2000, p. 220; Anisman et al. 1998, p. 150). Anisman et al. 1998, p. 150: “Brief maternal separation”.
2. Maternal separation (MS; scheiding van de moeder; deprivatie van moederszorg): 3-6 uur per dag, gedurende een aantal (10-14 bv.) dagen, wordt de moeder gescheiden van haar pups (Caldji et al., 2000, p. 220; Francis and Meaney 1999, p.129). Caldji et al. 2000, p. 220: “Thus, the maternal separation paradigm, unlike handling, represents the deprivation of maternal care.” Anisman et al. 1998, p. 152: “Protracted maternal separation”.

Nossent stelt dat herhaaldelijk kortdurende deprivatie van zorg langdurende gevolgen heeft voor de fysieke en psychische gezondheid van rattenpups. Ze schrijft er evenwel niet bij hoe kort deze kortdurende deprivatie is. Op basis van bovenstaande zou je denken dat hier de handling ingreep van 15 minuten per dag wordt bedoeld. Ze schrijft echter: “*Bij gedepriveerde pups wordt gevonden dat minder glucocorticoïdreceptoren ontwikkelen in de hippocampus en dat minder endorfinereceptoren groeien in de amygdala* <sup>[9-11]</sup>. *Deze processen maken dat de pups angstiger worden en minder stress kunnen verdragen en opvangen.*”

[Ref 9 = Anisman et al. 1998; Ref 10 = Francis and Meaney 1999; Ref 11 = Kuhn and Schanberg 1998]

Uit bestudering van Francis and Meaney (1999) blijkt echter dat de gedepriveerde pups degene zijn die onderworpen zijn aan de experimentele MS ingreep. Het zijn namelijk de MS pups bij wie minder glucocorticoïdreceptoren ontwikkelend worden in de hippocampus, terwijl de gehandlede pups juist *meer* glucocorticoïdreceptoren ontwikkelen in de hippocampus (zie Tabel 2 in Francis and Meaney 1999). En ook in Anisman et al. 1998, p. 151 staat: “Specifically, in aged rats that had received early-life handling, glucocorticoid receptors in the hippocampus and frontal cortex were increased”. Het is dus zeer verwarrend, eigenlijk gewoon fout, dat Nossent hier spreekt over *kortdurende* deprivatie, want de MS ingreep betreft juist de langer durende scheiding van de moeder, en bij die groep van pups worden de negatieve effecten gevonden die Nossent opsomt.

Nossent suggereert hier dus (impliciet) dat de experimentele ingreep waarbij rattenpups door een onderzoeker gedurende een tiental dagen dagelijks 3-6 uur van hun moeder gescheiden worden, vergelijkbaar zou zijn met een beperkt aantal keer een kind 15-30 minuten te laten huilen voor het inslapen, waarbij de baby door de moeder zelf in bed is gelegd.

**Als** dit laatste al vergelijkbaar zou zijn met een van de beide experimentele ingrepen in het rattenonderzoek, dan toch eerder met de handling ingreep, maar absoluut niet met de MS ingreep. En deze handling ingreep heeft geen negatieve effecten, maar juist positieve effecten. H pups vertonen namelijk een lagere stress respons en minder angstigheid dan de MS pups (Francis & Meaney 1999, table 2), en zelfs ook minder dan niet-gehandelde pups (NH pups; Caldji et al. 2000). Anisman et al. (1998, p 150) schrijven dan ook: “In rodents, handling (comprising brief periods of maternal separation over the first 14-21 postnatal days) exerts inoculating effects with respect to the impact of later stressors on neuroendocrine functioning and behavior, and several of these effects may still be apparent in rats at 24-26 months of age. As will be discussed later, this contrasts with the adverse consequences of protracted maternal deprivation (3 h or more each day).”

M.a.w. handling heeft dus een inentingseffect en maakt de pups weerbaarder tegen toekomstige stressoren en minder angstig. Dit positieve effect komt tot stand doordat de handling ingreep leidt tot meer likken en verzorging door de moederrat na de handling.

In de rust en regelmaat interventie blijkt dat de uitgeruste baby knuffelen en ander lichaamscontact beter kan ontvangen dan daarvoor; en dat het drinken, direct aansluitend op de slaap, efficiënter verloopt. Ook de zorg door de nu ook uitgeruste ouder verloopt beter en meer ontspannen dan daarvoor.

Kortom, Nossent spreekt over herhaaldelijk *kortdurende* deprivatie van zorg, maar ze noemt de effecten die behoren bij herhaaldelijk *langdurende* deprivatie van zorg (MS pups; 3-6 uur scheiding per dag gedurende 10-14 of soms 21 dagen). Hierdoor komt ze tot de geheel verkeerde conclusie dat 15-30 minuten in slaap laten huilen schadelijke neuropsychologische gevolgen zou hebben.

### *5 Aangeleerde hulpeloosheid*

Het in slaap laten huilen zou leiden tot aangeleerde hulpeloosheid. In het onderzoek van Van Sleuwen et al. geven ouders echter aan zich zekerder te voelen, de baby meer lacht, minder geprikkeld is, uitgerust is, effectiever drink, tevreden speelt en geniet van aanraking en knuffelen. Deze kinderen vertonen dus totaal niet het apathische gedrag dat kenmerkend is voor aangeleerde hulpeloosheid. Van het ‘Learned Helplessness Syndrome’ is hier geen sprake. Dit kan ontstaan wanneer je een individu langdurig aan zijn lot overlaat, of bij voortdurend negatieve prikkels aanbiedt op willekeurige tijdstippen.

In dit verband is het relevant om op te merken dat onlangs gevonden is dat rattenmoeders die herhaaldelijk lang (d.w.z. 3 uur per dag, gedurende 12 dagen) gescheiden werden van hun pups, symptomen van aangeleerde hulpeloosheid gingen vertonen. (Boccia ML et al. 2007 Repeated long separations from pups produce depression-like behavior in rat mothers, Psychoneuroendocrinology 32: 65-71).

## 6 Invloed op de ontwikkeling van de hechting

Nossent schrijft: *“De aanpak in de richtlijn is volstrekt strijdig met de uitkomsten uit onderzoeken naar de ontwikkeling van veilige hechting. In deze onderzoeken wordt bij herhaling gevonden dat er een positief verband bestaat tussen snel oppakken en troosten en afname van het huilen.”* Er wordt verwezen naar de studies van Bell & Ainsworth (1972), Hubbard & Van IJzendoorn (1991) en Van IJzendoorn & Hubbard (2000).

Deze bewering is onjuist aangezien de studie van Van IJzendoorn en Hubbard (2000), opgezet om de studie van Bell en Ainsworth (1972) te herhalen, juist tot tegengestelde conclusies komt. Het onderzoek van Van IJzendoorn en Hubbard (2000) laat zien dat de moeders die niet op elk huiltje van hun kind reageren (‘benign neglect’ noemen de auteurs dit) daarmee voorkomen dat hun kind meer gaat huilen; sterker nog hierdoor gaat hun kind juist minder huilen op termijn.<sup>3</sup> Het gaat hier om de huiltjes die de auteurs als “instrumentele huiltjes” bestempelen en die zij interpreteren in termen van conditionering (Hubbard & van IJzendoorn, 1991). Dit zijn huiltjes die toenemen dan wel in stand worden gehouden wanneer daar (positieve) aandacht aan gegeven wordt, en die geleidelijk aan zullen afnemen als ze genegeerd worden. Het gaat hier dus niet om het huilen dat een indicatie is van pijn of honger. Wanneer dit het geval is, moet daar natuurlijk wel positieve aandacht aan worden gegeven, en zo mogelijk deze pijn verholpen worden. De auteurs noemen dit ‘differentiële responsiviteit’: niet aan elk huilen dezelfde aandacht geven. Volgens de auteurs (2000, p.386) zouden sensitieve moeders in staat kunnen zijn om differentieel responsief te zijn m.b.t. verschillende typen van huilen. De kinderen waarbij vaak prompt gereageerd werd op elk huiltje bleken later (met 15 maanden oud) vaker ingedeeld te worden bij de onveilig-vermijgend gehechte kinderen. De moeders van deze kinderen lijken geneigd te zijn tot overstimulatie, en zouden hierdoor in feite, onbedoeld, hun kinderen helpen om meer te gaan huilen omdat het kind niet de gelegenheid wordt geboden zijn eigen ontwakende vermogens voor het reguleren van negatieve emoties te exploreren en te oefenen.

Hoewel de auteurs niet expliciet over inslaaphuiltjes spreken, kunnen deze ook als “instrumentele huiltjes” (1991) en de reactie daarop als overstimulatie (2000) beschouwd worden. Wanneer deze genegeerd worden (uiteraard wanneer je weet dat het kind geen pijn of honger heeft op basis van de gewone waarneming) worden deze huiltjes niet bekrachtigd en geef je deze kinderen de gelegenheid om zelf in slaap te vallen. M.a.w. je biedt ze hiermee de gelegenheid om hun zelfregulerend vermogen om zelf in slaap vallen te ontwikkelen. Met name dit laatste is een essentieel onderdeel van de regelmaat aanpak. Wanneer een kind namelijk zelf, met eventueel een inslaaphuiltje, wakker in slaap kan vallen, zal het de slaapduur slapen die hij nodig heeft, waardoor oververmoeidheid voorkomen wordt en daarmee ook veel huilen. Wakker in slaap vallen in het bedje waarin hij ook weer wakker wordt, biedt voorspelbaarheid voor het kind.

Deze studie van van IJzendoorn en Hubbard (2000) weerspreekt de bevindingen van de invloedrijke studie van Bell and Ainsworth (1972). Deze laatsten concludeerden dat wanneer ouders niet responsief zijn, d.w.z. niet prompt reageren op het huilen, het huilen zal

---

<sup>3</sup> 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.”

toenemen; daarnaast vonden ze dat snel reageren een veilige hechting stimuleert. Geen van deze bevindingen werd door van IJzendoorn en Hubbard (2000) gevonden. Zij vonden juist het volgende. (1) Hoe vaker moeders de huiltjes van hun kinderen negeren in de eerste 9 weken, hoe minder vaak deze kinderen in de tweede 9 weken huilen. (2) Snel reageren in de eerste 9 weken is geassocieerd met een onveilig-vermijdende hechting op 15 maanden. 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. De auteurs wijzen ook op andere studies die het algemene concept dat snelle respons zou leiden tot minder huilen ontkrachten (Landau 1982; St James-Roberts et al. 1998).

Kortom, negeren van “instrumentele huiltjes” is een vorm van sensitieve responsiviteit waarmee overstimulatie wordt voorkomen en waarmee tegemoet gekomen wordt aan de behoefte van het kind om zijn vermogen tot zelfregulatie te exploreren en te ontwikkelen.

Er is geen onderzoek gedaan naar de invloed van in slaap laten huilen, als onderdeel van de rust en regelmaat 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. (Zie ook wat hierboven genoemd is als onderbouwing van de adviezen van regelmaat.)

### ***De aanpak zou de borstvoeding belemmeren***

Door een aantal lactatiekundigen wordt als bezwaar geuit dat de adviezen van regelmaat de borstvoeding zou belemmeren (Vanderveen-Kolkema 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 tegengestelde visie.

Het onderzoek van Van Sleuwen et al. (2006) laat zien dat het vele huilen grote impact heeft op de keuze van de voeding. Bij de start van de interventie bleek namelijk: 42% gaf borstvoeding en 58% kunstvoeding, waarvan 15% BV+KV. Voorafgaand aan de kunstvoeding werd gemiddeld ruim 2 weken uitsluitend BV gegeven. Twee derde van de ouders die kunstvoeding gaven, gebruikten daarvoor een andere kunstvoeding met gemiddeld zelfs 2 voedingswisselingen. Kortom, door het vele huilen worden ouders onzeker en lijken de oplossing te gaan zoeken in voedingswisselingen.

Het onderzoek en ook ervaringen in het veld laten zien dat bij goede begeleiding de borstvoeding meestal door kan 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 toepassen 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 (Mindell et al. 2006).

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 door slaap uitgeruste kind zal zich vanzelf weer melden wanneer de honger hem wekt. Zogezegd wordt er geslapen op verzoek en gedronken op verzoek en is het 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 (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. Een kind dat hazenslaapjes doet drinkt veelal slordig en kort en leegt de borst onvoldoende, waardoor de melkaanmaak onvoldoende gestimuleerd wordt; het valt vaak voortijdig aan de borst in slaap en wordt na kort slapen weer wakker omdat het alweer honger heeft. Een kind dat adequaat drinkt daarentegen stimuleert de borstvoeding meer doordat het de borst goed leeg drinkt; het 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 dus *te weinig frequent* wordt aangelegd, is het advies in de richtlijn opgenomen om het kind zo nodig 4 uur na de vorige voeding te wekken. Uiteraard zijn de adviezen gericht op lichamelijk 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.

### ***Ontbreken van informatie aan de ouders over het gedrag van de baby en het voeden op verzoek***

BV begeleiding 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 basisdomeinen 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 en drinken als op het gebied van geven/ontvangen van lach/knuffelen en tevreden op zichzelf zijn/spelen.

De adviezen van regelmaat, 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.

## Conclusies

1. Er is geen wetenschappelijke evidentie die aantoonde dat het gedurende 15-30 minuten in slaap laten huilen als kortdurend onderdeel van de adviezen van regelmaat schade berokkent aan het kind. Integendeel, wanneer excessief huilende baby's, die voorafgaande aan de interventie vaak 2-4 uur per dag huilen en jengelen, waarvan een groot deel *ontroostbaar*, binnen enkele dagen meer gaan slapen en minder gaan huilen dan zijn zowel deze baby's als hun ouders hierbij gebaat. Uit de positieve reacties van de ouders (van Sleuwen 2006) en de waarnemingen van de begeleidend verpleegkundigen, die ouder en kind een week na de start van de interventie terug zagen, blijkt niet dat de baby's op korte termijn enige schade hebben overgehouden aan het leren zelfstandig in slaap te vallen. Integendeel, de kinderen zagen er uitgerust uit, hadden weer kleur op de wangen, minder reflex-bewegingen, meer gerichte bewegingen, geen priemende ogen, waren niet meer hyperton en in staat tot tevreden eigen spel en interactie met de ouder.

Bij juiste toepassing van rust en regelmaat loopt de borstvoeding geen gevaar.

2. De kritiek van het NIP (Nossent 2009) op de richtlijn is niet steekhoudend. Op grond van de literatuur die is aangehaald door het NIP ter onderbouwing van de kritiek op de richtlijn, kan geconcludeerd worden dat deze of foutief of onterecht is aangehaald. Dat zijn de feiten.

Een ander feit is dat in Nederland ouders en kinderen zo goed mogelijk geholpen moeten 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 die kampen met een baby die veel huilt niet. Bovendien verschillen de groepen ouders van huilbaby's: de JGZ medewerkers zien alle ouders, waarbij het grootste gedeelte goed geholpen kan worden met gebruikmaking van de in de richtlijn uitgebreid beschreven methodiek. Ouders waarbij complexe (reeds bestaande) psychische problemen een rol spelen zijn gebaat bij een verwijzing naar een psycholoog.

Ons inziens zijn de verschillen tussen partijen kleiner dan de overeenkomsten. Ook het NIP onderschrijft namelijk het uitgangspunt dat rust en regelmaat 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 zorg vanuit verschillende disciplines en echelons worden geordend en zullen de verschillen van mening hopelijk worden overbrugd.

Tenslotte, Nossent (2009) pleit voor ondersteunen van de relatie bij overmatig huilen. Dit onderschrijven wij. Daarom adviseren wij: ondersteun de ouders bij het aanbrengen van rust en regelmaat, en het leren lezen van de lichaamstaal van hun kind, want dit komt ten goede aan kind en ouders én hun onderlinge interactie.

## Referenties

- 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
- Barr RG, McMullan SJ, Spiess H, et al. Carrying as colic "therapy": a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1991; 87: 623-630

- Bell SM & Ainsworth MD. Infant Crying and Maternal Responsiveness. *Child Development*, 1972; 43:1171-1190
- Boccia ML et al. 2007 Repeated long separations from pups produce depression-like behavior in rat mothers, *Psychoneuroendocrinology* 32: 65-71
- Caldji C, Francis D, Sharma S, Plotsky PM, Meaney MJ. The effects of early rearing environment on the development of GABA<sub>A</sub> and central benzodiazepine receptor levels and novelty-induced fearfulness in the rat. *Neuropsychopharmacology* 2000; 22(3): 219-229
- Commons ML & Miller PM. Emotional learning in infants: a cross-cultural examination. Paper gepresenteerd op bijeenkomst van de AAAS, februari 1998.
- Francis DD & Meaney MJ. Maternal care and the development of stress responses. *Current Opinion in Neurobiology*, 1999; 9: 128-134
- Gunnar M & Quevedo K. The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 2007; 58: 145-173
- Hubbard FOA & Van IJzendoorn MH. Maternal unresponsiveness and infant crying across the first 9 months: A naturalistic longitudinal study. *Infant Behavior and Development* 1991; 14, 299-312
- Kuhn C, Schanberg S. Responses to maternal separation: mechanisms and mediators. *International Journal of Developmental Neuroscience* 1998; 16: 261-270
- Landau R. Infant crying and fussing. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1982; 13: 427-443
- 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
- 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
- Nemeroff, C.B. 2004. Neurobiological Consequences of Childhood Trauma, *J Clin Psychiatry* 65 (suppl 1): 18-28.
- 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
- Nossent S. Ondersteun de relatie bij overmatig huilen. *Tijdschrift voor Verloskunde* 19, januari 2009, p. 12-15a
- 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
- 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
- RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, Richtlijn Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen, 2008
- 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
- 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
- Vanderveen-Kolkena M & Pots S. 2009. Lactatiekundig perspectief op 'aanpak van excessief huilen'. *Tijdschrift voor Verloskunde* 19, januari 2009, p. 16-18a
- Weston J. (1968). The pathology of child abuse. In: Helfer R, Kempe C (Eds.). *The battered child*. Chicago: University of Chicago Press: 1968
- 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.
- 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
- Zwart P, Vellema-Goud MG, Brand PL. Characteristics of infants admitted to the hospital for persistent colic, an comparison with healthy infants. *Acta Paediatrica*, 2007; 96: 401-405