

Huilbaby's

M. P. L'Hoir and B. E. van Sleuwen

Inleiding

Alle baby's huilen van tijd tot tijd. Huilen is voor hen in de eerste levensmaanden het enige communicatiemiddel met de ouders/verzorgers. Het is een signaal van onlust en wekt zorggedrag op. Dit normale huilen vindt zijn piek rond de zesde week en daalt na de derde maand vanzelf tot een niveau dat gedurende het eerste levensjaar stabiel blijft. Het huilen vindt meestal geclusterd plaats, voor een groot deel gedurende de avonduren. Deze normale huilcurve blijkt niet afhankelijk te zijn van de verzorgingsstijl van de ouders. Het gewone huilpatroon hangt samen met fysiologische veranderingen en rijping in de eerste levensmaanden en het weerspiegelt veranderingen in de organisatie van het gedrag en het centrale zenuwstelsel.

Excessief huilen komt voor bij 5-20% van de baby's en is voor veel ouders een groot probleem. Soms is het zelfs een reden om troosttechnieken toe te passen die risicovol zijn, zoals de baby op de buik te slapen leggen (risico voor wiegendoed) (Jonge e.a., 2002) of hevig schudden (Frodi, 1985; Brugman e.a., 1999). Het vroegtijdig onderkennen en oplossen van het probleem is voor ouders en kind van grote waarde (Hiscock & Wake, 2002). Het gehele eerste jaar van een kind is tenslotte de meest kwetsbare periode in de relatievorming tussen ouder en kind.

Nicole en Marcel zijn sinds 7 weken ouders van een dochter, Amber. In de eerste week na de bevalling was Amber een rustige baby; ze sliep

M.P. L'Hoir (✉)

Mevrouw dr. Monique P. L'Hoir is als klinisch pedagoog/psychotherapeut/onderzoeker werkzaam in het Wilhelmina Kinderziekenhuis, umc Utrecht.

B.E. van Sleuwen (✉)

Mevrouw drs. Bregje E. van Sleuwen is als projectcoördinator van het onderzoek naar de effectiviteit van interventies bij huilbaby's werkzaam in het Wilhelmina Kinderziekenhuis, umc Utrecht.

veel en de borstvoeding kwam goed op gang. Nicole en Marcel genoten met volle teugen van hun eerste kind. Na de eerste week begon Amber steeds meer te huilen, zonder aanwijsbare reden, maar was wel goed te troosten. In de weken daaropvolgend nam het huilen toe en was Nicole de hele dag in de weer met Amber. Op de arm of in de draagdoek was Amber rustig en Nicole ging uren achtereen wandelen. Ze had geen moment meer voor zichzelf en ook 's nachts werd Amber regelmatig wakker. Nicole begon te twifelen; *'Zal Amber wel genoeg borstvoeding krijgen', 'Heeft ze misschien last van krampen', 'Zou haar iets mankeren?'*. Marcel en Nicole vroegen raad aan hun ouders en vrienden en kregen uiteenlopende tips. Nadat op het consultatiebureau koemelkeiwitallergie werd uitgesloten, vernamen ze dat het huilgedrag normaal is en vanzelf zou afnemen rond de derde maand. Nicole besloot te stoppen met het geven van borstvoeding, omdat ze met flesvoeding tenminste zeker wist dat Amber voldoende dronk. Maar daarna werd het huilen niet minder. Intussen waren Marcel en Nicole ten einde raad, raakten geïrriteerd en vooral Nicole was doodmoe. Nicole probeerde bij herhaling Amber in slaap te wiegen en haar daarna slapend weg te leggen. Dat lukte altijd maar even, ze deed slechts hazenslapjes. Nicole en Marcel namen haar bij hen in bed, hoewel ze weten dat dit bij een jonge baby niet verstandig is, maar slaapgebrek is een zwaarwegend argument. Nicole werd wanhopiger en betrapte zich op de gedachte: *'als je nu niet stopt dan doe ik je iets'*. Ze gingen terug naar het consultatiebureau, waar de wanhoop werd begrepen, de risicosituatie goed werd ingeschat en ouders adequaat werden geholpen.

Normaal huilen en excessief huilen

De vier aanleidingen om te huilen in het eerste levensjaar van een kind zijn de geboorte, honger, pijn en ongemak en huilen om aandacht. Huilen is naast brabbelen en lachen belangrijk hechtingsgedrag, bedoeld om aandacht en nabijheid van de ander te vragen. In de *eerste drie maanden* laat de baby onlustgevoelens blijken door te huilen. Het gaat hierbij om honger, kou of andere ongemakken. De baby zoekt bevrediging voor zijn behoeften. De verzorger wordt geassocieerd met het opheffen van de onlustgevoelens. Als de verzorger adequaat reageert, stopt het huilen. Tussen *de derde en zesde levensmaand* leert de baby zichzelf te troosten bij frustraties door op zijn handjes te kluiven. Op deze leeftijd kan een kind ook gaan huilen omdat hij iets wil, en niet meer alleen omdat hij onlustgevoelens ervaart. Een baby die huilt zonder aanwijsbare fysieke oorzaak en die niet vanzelf stil wordt, krijgt vaak aandacht als beloning en zo leert het kind dat aanhoudend huilen leidt tot aandacht. Hierbij hoort: 'jonge baby's kun je niet verwennen, maar wel gewennen'. In deze periode ontstaan door het samenspel tussen ouder en kind ritme en voorspelbaarheid, wat leidt tot gevoelens van veiligheid en geborgenheid. In de fase van *zes tot negen maanden* kan angst voor vreemden en separatieangst een rol gaan spelen bij huilgedrag. Baby's kunnen dan een periode meer huilen dan de ouders van ze gewend zijn. In de tweede helft van het eerste jaar wordt het huilen gerichter, de baby kan zijn huilen nu ondersteunen met andere communicatieve handelingen zoals het richten van zijn blik op de verzorger en het uitsteken van zijn handjes.

Excessief huilen betekent dat een baby langer dan drie uur per dag, minstens drie dagen per week en, later toegevoegd, gedurende ten minste drie opeenvolgende weken achtereen huilt (Lucassen e.a., 2002). De verpleegkundige definitie luidt: 'een toestand waarin een op het oog gezonde baby perioden van veel huilen, jengelen en prikkelbaarheid laat zien, gedurende een aantal uren per dag en meerdere dagen per week, waarbij de ouders vragen hebben en niet weten om te gaan met het huilgedrag van de baby'. Volgens de meest subjectieve definitie huilt een baby overmatig wanneer de ouders aangeven dat de baby veel huilt. Uit onderzoek blijkt dat de perceptie van ouders kan verschillen. Slechts 39% van de zuigelingen die volgens de ouders excessief huilden, hilde ook daadwerkelijk 'drie uur of meer per etmaal'.

Normale huiluur verschilt per leeftijd: vlak na de geboorte huilt een kind 1-1,5 uur; rond de zesde week bereikt het huilen een piek van 2-2,5 uur; daarna is de

huiluur gemiddeld 1,5 uur (Rautava e.a., 1993; Iglowstein e.a., 2003). Om de diagnose 'excessief huilen' te krijgen is het een voorwaarde dat het kind normaal groeit en moeten mogelijke onderliggende lichamelijke oorzaken/ziekten zijn uitgesloten. Ten slotte is bekend uit akoestisch onderzoek dat 'huilbaby's' niet alleen ontroostbaar lang huilen, maar ook scherp, indringend en wisselend van toon.

Prevalentie van excessief huilen

Uit Nederlands onderzoek bleek dat gemiddeld 13% van de zuigelingen in de leeftijd van 1 tot 6 maanden op minstens één dag in de week meer dan 3 uur hilde. Voor zuigelingen van ongeveer één maand was dit percentage 24 en bij drie maanden 11. Bijna 5% van de baby's hilde meer dan 3 uur op meer dan de helft van de dagen in de week en voor 2% van de zuigelingen was dit zo gedurende drie weken (Brugman e.a., 1999).

Bij baby's met een laag geboortegewicht (< 2500 gram) komt excessief huilen meer voor dan bij zwaardere baby's. Lager opgeleide ouders en ouders uit minder verstedelijkte gebieden ondernemen minder activiteiten om het huilen te reduceren in vergelijking met hoger opgeleiden en inwoners van verstedelijkte gebieden. Excessief huilen komt vooral voor in de eerste drie levensmaanden, met – net als bij normaal huilen – een piek rond de leeftijd van zes weken.

Vermoedelijk is excessief huilen in de tijd toegenomen, maar prevalentie onderzoek hiernaar ontbreekt. De aanpak die door de consultatiebureaus wordt geboden is door de tijd heen wel veranderd, wat zou kunnen samenhangen met een mogelijke toename van huilen. In de jaren vijftig golden de drie R's: rust, reinheid, regelmaat. De aanpak wordt getypeerd door regelmaat. In de jaren zestig en zeventig is er een sfeer van *laissez-faire*: verpleegkundigen hebben het gevoel dat zij in een keurslijf zitten en ouders accepteren de opgelegde regels niet meer. De jaren tachtig en negentig zijn de jaren van 'vraaggericht werken': de ouders moeten expliciet aangeven dat de baby overmatig huilt en soms luidt het antwoord dan: 'Dat is normaal en het gaat vanzelf over'. Juist bij een probleem als excessief huilen lijkt gedragsmodificatie wenselijk. Hometraining gericht op het verbeteren van de interactie tussen ouder en kind komt in zwang.

Wanneer een baby eenmaal begonnen is met huilen, lijkt het huilen zichzelf in stand te houden. 'Niets doen en afwachten' lijkt contraproductief te zijn. De zelfwerkzaamheid van ouders heeft geleid tot het uitproberen van allerlei troosttechnieken, maar juist de veelheid aan prikkels lijkt ineffectief.

Psychosociale aspecten

Oorzaak of gevolg?

Wanneer we spreken over de gevolgen van excessief huilen voor het kind, het gezin en de directe omgeving dan is het van belang onderscheid te maken tussen baby's die kort na de geboorte begonnen met huilen en na drie, vier maanden de zo vaak beschreven afname van het huilen laten zien en baby's die na deze periode nog steeds excessief huilen. In deze laatste groep wordt een grote druk gelegd op het kind en de ouders en lijkt vanzelfsprekend een groter risico te bestaan op de ontwikkeling van problemen. De groep die na de leeftijd van vier maanden nog excessief huilt, ook wel 'persistent mother-infant syndrome' genoemd, verschilt van 'gewone' excessieve huilers op een aantal punten:

- meer problemen in andere gedragsdomeinen (voeden en/of slapen);
- een lichte ontwikkelingsachterstand;
- organische risicofactoren;
- prenatale stress;
- postnatale conflicten tussen de ouders;
- psychopathologie bij de ouder(s).

Het langdurige excessieve huilen lijkt een gevolg van dysfunctionele ouder-kind-interacties. Hoe langer deze dysfunctionele interacties in stand blijven, hoe meer geautomatiseerd en rigide ze worden. Deze groep zal gedeeltelijk samenvallen met de 'multi-problem' gezinnen die we onder andere zien binnen de medische kleuterdagverblijven (mkd's).

Het is veronderstelbaar dat overmatig huilen spanningen veroorzaakt binnen het gezin; de ouders raken uitgeput, worden onzeker en wanhopig van het huilen, waardoor spanningen toenemen. Omgekeerd is het eveneens mogelijk dat reeds bestaande spanningen worden overgebracht op de baby, die het huilen veroorzaken dan wel in stand houden. Rautava e.a. (1993) tonen aan dat zeker bij een subgroep reeds problemen voorafgaan aan het huilen, soms al tijdens de zwangerschap. Het is belangrijk zich bij de analyse van huilgedrag bewust te zijn van dit tweerichtingsverkeer.

Pedagogische problemen

Tegenwoordig zien we regelmatig het beeld van ouders die uren met hun baby rondlopen om hem te troosten. Het kind huilt minder omdat er een continu 'vermaakprogramma' wordt aangeboden. Het niet kunnen hanteren van overmatig huilen en het ontwikkelen van

schuldgevoelens of gevoelens van tekortschieten kunnen derhalve hun invloed doen gelden op andere pedagogische terreinen waar het stellen van grenzen belangrijk is. Huilen is in feite de eerste test voor ouders, de eerste eis van het kind, de eerste keer dat nee zeggen of grenzen stellen in het geding is, de eerste keer dat een ouder boos kan zijn om wat een kind doet, en de eerste uitdaging van de opvoeding. Huilen confronteert ouders voor het eerst met onderwerpen die gedurende de hele opvoeding spelen. Wordt het huilprobleem niet opgelost, dan kan het een voorbode zijn van problemen op het gebied van eten, slapen en gedrag (Zeifman, 2001).

Stemmingsgerelateerde problemen

De eerder genoemde oververmoeidheid is een voedingsbodem voor een depressie bij de moeder. Bijna de helft (49%) van de moeders met een baby die excessief huilt, heeft een milde tot ernstige postpartumdepressie of persoonlijkheidsproblematiek. Tevens blijkt dat baby's meer huilen en minder troostbaar zijn naarmate de moeder meer depressieve symptomen heeft. Moeders van een huilbaby blijken ook meer gefrustreerd, boos en angstig te zijn. Conflicten met de partner en met de eigen ouders na de geboorte bleken verdubbeld te zijn en sociale isolatie van moeders met huilbaby's steeg van 11% tijdens de zwangerschap naar 30% na de geboorte.

Interactionele problemen

Excessief huilen kan een blijvend negatief effect hebben op de interactie tussen ouder en kind. Ouders van kinderen tussen de negen en veertien maanden, met een geschiedenis van excessief huilen, bleken minder interacties te hebben met hun kind en minder responsief te zijn dan controleouders met een kind dat nooit excessief had gehuild. De verminderende responsiviteit van ouders ten opzichte van het huilen van de baby kan dus blijven voortbestaan tot na het eerste levensjaar, en een negatieve invloed hebben op de hechtingsrelatie.

Kindermishandeling

De duur van het huilen, de hoogte, de amplitude en het temporele patroon zijn allemaal van invloed op onze reacties op huilen. Als de grens van de 'kritische toxiciteit' is bereikt, kan huilen leiden tot vermijdingsgedrag

of agressief gedrag bij de ouders. De mate waarin een baby te troosten is, is een belangrijke factor, evenals de wijze waarop de ouder met het huilen omgaat en diens pedagogische vaardigheden. Bij 80% van ouders die een kind jonger dan een jaar mishandelden, werd dit voorafgegaan door huilen. Aanvankelijk is het huilen de trigger, maar later kan het kind zelf de aversieve stimulus worden. Ouders die zelf mishandeld, verwaarloosd of seksueel misbruikt zijn, hebben meer moeite met het aanbrengen van grenzen. Het vroegtijdig onderkennen van deze onderliggende problematiek en het vervolgens helpen van deze ouders met het aanbrengen van regelmaat en structuur, vraagt veelal intensievere aanpak, zoals bijvoorbeeld het inzetten van gespecialiseerde gezinshulp.

Achtergronden en mogelijke oorzaken

Onderzoek naar de wijze waarop ouders rapporteren over huilgedrag toonde aan dat relatief oudere moeders, die voor een lange periode scholing hadden genoten en niet-lichamelijke arbeid verrichtten het vaakst aangeven dat hun kind excessief huilt.

Ervaring lijkt ook een rol te spelen; moeders van tweede of later geboren kinderen verschilden in het begrijpen, het troosten en hun reactie op het huilen ten opzichte van moeders van eerste kinderen. Deze laatsten ontwikkelden pas na verloop van tijd een adequate troostrespons. Ervaren moeders reageerden snel, actief en op de juiste manier op de aanwijzingen van hun kind. Zij waren zich terdege bewust van het feit dat hun eigen stemming van invloed kan zijn op hun begrip voor het huilen.

Ondanks veel onderzoek naar excessief huilen blijft onduidelijk wat de belangrijkste oorzaken zijn. Waarschijnlijk spelen verschillende factoren in wisselende combinaties een rol. Men gaat er nu veelal van uit dat bij excessief huilen sprake is van een samenspel van somatische en psychogene factoren vanuit het kind en de omgeving (Blancke, 1998).

Organische oorzaken

Naar schatting is er bij maar 5% van de huilbaby's een organische oorzaak, zoals koemelkintolerantie, refluxoesophagitis (terugstromen van voeding uit de maag naar de slokdarm, waardoor slokdarminfectie) of infecties (urinenewegen, middenoor). Soms worden zeldzame oorzaken opgespoord, zoals pathologie van het centrale

zenuwstelsel, aangeboren glaucoom, beschadiging van het hoornvlies, door de moeder tijdens de zwangerschap of bij borstvoeding ingenomen medicatie of drugs. Bij voedselintolerantie valt op dat de klachten gemiddeld op de leeftijd van 13 weken beginnen, hetgeen veel later is dan bij de klassieke huilbaby's wordt gezien. Over intolerantie van koolhydraten zijn onderzoeksresultaten niet eensluidend. Van dat terugstromen van voeding van de maag naar de slokdarm (gastro-oesofagale reflux) is bekend dat kinderen die dit hebben, bij 10 à 12 weken na de geboorte beginnen met zeuren en huilen en dat dit niet vermindert na de leeftijd van 4 à 5 maanden. Ten slotte is beschreven dat er een verband is tussen de grootte van de gewichtstoename en de huilbuien. De helft van de kinderen die op zes weken meer dan twee kilogram waren aangekomen, had meer dan drie uur per dag huilbuien.

Ouder/kindfactoren

Theoretisch is een goede adaptatie tussen kind en omgeving alleen mogelijk wanneer het klikt tussen het temperament van de baby en de verwachtingen, vragen en antwoorden van zijn verzorgers. Men kan zich voorstellen dat het huilgedrag van althans een gedeelte van de huilbaby's door hun moeilijke temperament kan worden uitgelegd. Gebruikmakend van de objectieve Toddler Temperament Scale werd echter geen verschil in temperament aangetoond tussen huilbaby's en controlekinderen. Maar moeders van huilbaby's vonden hun baby ook op latere leeftijd nog dikwijls moeilijker.

Uit prospectief onderzoek blijkt dat zowel prenatale als postnatale factoren een rol spelen bij de ontwikkeling van de interactie tussen ouder en kind. Ook vóór de zwangerschap zijn er factoren die later van invloed kunnen zijn op het huilgedrag van het kind binnen het gezin. Dergelijke factoren kunnen een optimale interactie tussen ouder en kind bemoeilijken, zoals beschreven door Zwart (Lucassen e.a., 2002):

- een moeizaam verlopen zwangerschap, waarbij de ouders zich zorgen hebben gemaakt over een goede afloop;
- een moeizame zwangerschap door gezondheidsproblemen van de moeder zelf (bijvoorbeeld ernstige zwangerschapvergiftiging);
- eerdere miskraam of doodgeboorte;
- relatieproblemen tussen de ouders of
- sociale problematiek van de ouders (bijvoorbeeld huisvesting, financiën, werk, woonomgeving).

Voorts is gevonden dat de ervaring van psychosomatische stress van de moeder tijdens de zwangerschap, ontevredenheid van beide ouders over hun seksuele relatie tijdens de zwangerschap en negatieve emoties over de geboorte van hun kind kunnen meespelen in het ontstaan van excessief huilen na de geboorte. Een stabiele relatie tussen de ouders betekent ook een verhoogde kans op een stabiele start voor een kind na de geboorte.

Diagnose

Een goede anamnese is onmisbaar (Lucassen e.a., 2002). Het is belangrijk vast te stellen of er werkelijk sprake is van excessief huilen. Op welke leeftijd begon het, hoe lang huilt het kind per dag, is het kind gemakkelijk te troosten? Ook moet gekeken worden naar onrust en jengelen ('fussing'). Het is van belang om mogelijke psychosociale factoren en problemen in de interactie tussen moeder (ouder) en kind in de beschouwing te betrekken gezien de mogelijke invloed hiervan op het huilgedrag.

Meestal kunnen eventuele lichamelijke oorzaken vrij eenvoudig worden uitgesloten. Het lichamenlijk onderzoek moet de ouders geruststellen en mogelijke verklaringen voor het excessieve huilen aantonen. Men richt zich daarbij in het bijzonder op de algemene indruk (ziet het kind er gezond en goed gevoed uit?), de toestand van de huid (tekenen van constitutioneel eczeem?), de longen (zeldzaam: piepende bronchi) en de buik (harde ontlasting palpabel?) (Lucassen e.a., 2002).

Een aandachtspunt bij de anamnese is de voeding: borst- of flesvoeding, voedingswisselingen, de hoeveelheid flesvoeding (te weinig of juist te veel), de relatie tussen het tijdstip van voeden en het optreden van klachten. Een relatie met het tijdstip van voeden is een argument voor een meer lichamenlijke oorzaak. Wanneer de groei van een kind achterblijft, dan dient het vervolgonderzoek hierop gericht te zijn.

Het heeft geen zin om te vragen naar symptomen als rood aanlopen bij het huilen, ontroostbaarheid, trappelen met de benen, winderigheid, moeizame defecatie en een opgezette buik. Deze symptomen lijken er niet werkelijk toe te doen. Ze geven de ouders wel het gevoel dat er een lichamenlijke oorzaak is (Lucassen e.a., 2002). Het lijkt van belang te vragen of de ouders roken. In verschillende onderzoeken wordt een verband aangetoond tussen roken door de ouders en het voorkomen van excessief huilen. Nog niet duidelijk is in hoeverre het roken een mogelijke marker is voor spanning en stress binnen die gezinnen.

Interventie

Huidige aanpak van excessief huilen in België en Nederland

Lichamenlijke oorzaken van huilen dienen te worden uitgesloten, wat betekent dat altijd een arts betrokken is bij de zorg. De voedsel-eliminatie-belasting-reëliminatie-test is voor de meeste zorgverzekeraars een voorwaarde om over te gaan tot vergoeden van hypoallergene voeding. Een beleid waarbij elke excessief huilende zuigeling, atopie of niet, een eliminatie- en provocatietest krijgt is niet opportuun, omdat het met de huidige stand van zaken theoretisch een te groot aantal foutpositieve diagnoses op zou leveren. Het is dan mogelijk dat ouders en artsen te lang en te intensief zouden doorgaan met niet-toereikende of op verkeerde indicatie voorgeschreven voedingen.

Op de consultatiebureaus worden adviezen gegeven aan ouders van huilbaby's. Binnen de consultatiebureaus bestaat ook de mogelijkheid om de baby te verwijzen voor video-hometraining. Al dan niet met behulp van video-opnamen wordt de interactie tussen ouder en kind in relatie tot het huilen geoptimaliseerd. Een andere optie is het deelnemen aan zogenaamde babygroepen, die zijn opgezet vanuit sommige medische kleuterdagverblijven (MKD's) of verwijzing naar gespecialiseerde gezinsverzorging (GGV), algemeen maatschappelijk werk (AMW), kinderfysiotherapeut of orthopedagoog. In een enkel geval wordt een baby opgenomen in het ziekenhuis, veelal om de ouders tijdelijk te ontlasten en de cirkel van wanhoop te doorbreken.

Wat volgens Blancke (1998) bij geen enkele begeleiding mag ontbreken is empathie waardoor ouders aangemoedigd worden hun hart te luchten. Een moeder zal immers niet zomaar vertellen dat de baby eigenlijk ongewenst was of dat ze liever een meisje had gekregen. De boodschap mag niet zijn 'je hebt gefaald als ouder', maar wel 'deze baby is erg moeilijk te verzorgen, maar samen kunnen we misschien wegen vinden om hem rustiger en handelbaarder te krijgen'. Ouders moeten opnieuw vertrouwen krijgen in hun competentie als ouder.

Naast empathie kunnen gerichte uitleg en instructies de effectiviteit van de begeleiding verhogen (Blancke, 1998). De eerste stap is een zo objectief mogelijke kijk op de baby en zijn verzorgers te krijgen. Daarbij helpt de beschrijving van het dagprogramma van het kind. Het subjectieve verhaal kan vervolgens worden getoetst aan de hand van het invullen van een vast omschreven huil-dagboek door de verzorgers. Zo kan men een hiërarchie opstellen van zaken die aan de orde moeten komen. Aan ouders met weinig ervaring met kinderen moet de avond-piek, de vermeerdering van het huilen tot de leeftijd van

zes weken en de afname rond de leeftijd van vier maanden worden uitgelegd. Ouders die denken dat er organische pathologie aan het huilen ten grondslag ligt, moet worden uitgelegd wat daarvan de signalen en symptomen zijn:

1. doordringend huilen met een hoog stemmetje;
2. huilen gedurende de hele dag met afwezigheid van de avondpieken;
3. optreden van frequente oprispingen van voedsel, braken, diarree of gewichtsverlies;
4. huilen dat slechts na 4 à 6 weken begint en niet vermindert na de vierde, vijfde levensmaand.

Ouders kunnen erop attent worden gemaakt dat een baby ons door objectieve parameters, zoals een goede eetlust, voldoende gewichtstoename en een normale temperatuur 'vertellen' dat er niets aan de hand is. Tevens kan het helpen om uit te leggen dat het verwonderlijk is dat niet alle baby's door hun normaal voedingsprogramma gaan huilen. Enkele weken na de geboorte is de hoeveelheid voedsel die een baby dagelijks inneemt al ongeveer gelijk aan een vijfde van zijn gewicht. Een enorm volume dat soms nog kan worden vermeerderd door luchthappen en nadien in zijn leven nooit meer zal worden geëvenaard. Niet te verwonderen dat elk kind al eens wat winderigheid vertoont en overmatig moet boeren.

Moeders en vaders die er toch van overtuigd blijven dat het huilen wordt veroorzaakt door pijn tengevolge van gasvorming in de darmen, vragen meestal een voedselwijziging. Verandering van melkvoeding geeft wel eens tijdelijk verlichting. Maar de klachten komen dikwijls vlug terug, zodat ongerustheid van de ouders nog groter zal worden. Onderzoek heeft uitgewezen dat kinderen van wie de voeding frequent werd veranderd, later nog steeds als kwetsbaarder werden aangezien.

Het geven van bovenstaande informatie is belangrijk om 'medisch shoppen' te voorkomen (Blancke, 1998).

Onderzoek naar de werkzaamheid van interventie

Veel onderzoek naar excessief huilen is voornamelijk gericht op gastro-intestinale klachten als mogelijke oorzaak: de onrijpheid van de darmen, type voeding, intolerantie voor koemelk en voor lactose. Uit drie recente reviews blijkt dat het geven van weihydrolysaatmelk een effectieve behandeling is (Lucassen e.a., 1998; Wade & Kilgour, 2001; Garrison & Christakis, 2000). Ineffectief is veelvuldig dragen van het kind en het toedienen van simethicone (vermindert intraluminale gasvorming). Onvoldoende evidentie bestaat er voor sojamelk,

caseïnehydrolysaat, melk met een laag lactosegehalte, sucrose, kruidenthee en gedragsmodificatie.

Uit een aantal kleine gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (Cremers e.a., 2000) blijkt dat het geven van gerichte adviezen en reductie van stimuli tot meer verbetering (afname van huilen met gemiddeld 2,1 uur) leidt dan alleen een empatisch interview of melkverandering (afname van huilen 1,2 uur per dag).

Een aantal andere studies, die niet voldoen aan de randomisatierichtlijnen, dan wel het blinderen of de follow-up eisen, leveren niettemin interessante informatie op. In de studie 'Moeders helpen moeders bij excessief huilen' (Wolke e.a., 1994) bestonden de geboden adviezen uit drie stappen: 1) de ouders geruststellen dat het kind niet ziek is, 2) ouders informeren over huilen bij baby's en 3) een optimistische interventie waarbij ouders geholpen worden effectief te reageren op hun kinderen. Onderdelen van deze aanpak zijn: introduceren van regelmaat in de dagelijkse routine, externe regulatie die de interne gedragsorganisatie van de baby steunt. Reduceren van overstimulatie, zoals extreem wiegen, continu dragen, maar induceren van stimulatie zoals sociale interactie en suggesties voor 'spel' en ouders leren dat men het kind niet steeds voedt als de baby huilt of rondrijdt totdat de baby slaapt. De kern van deze aanpak is om niet direct te interveniëren, zodat het kind zelf bekwaam wordt in het reguleren van zijn gedrag.

Recent onderzoek (Huhtala e.a., 2000) is gedaan naar het effect van babymassage vergeleken met dat van een 'wiegvibrator'. In dit onderzoek werd geen verschil gevonden tussen beide interventies. Beide hadden enig effect na drie weken, maar de auteurs schrijven de vermindering van het huilen niet toe aan de interventies, maar aan het natuurlijk verloop van het huilen. In een gerandomiseerd, geblindeerd placebogecontroleerd onderzoek met 76 baby's (Olafsdottir e.a., 2001) blijkt dat het effect van chiropraktische ruggenwervelmanipulatie (het kiss-syndroom) even groot is als niet interveniëren. Na acht dagen lie-ten beide groepen een afname van het huilen zien van 3,1 uur. Deze daling werd verklaard uit het algemeen steunend effect van de interventie en het natuurlijk verloop van het huilen.

Samenvattend is overtuigend aangetoond dat er bij de huilbaby behandelingen met een groot placebo-effect en met het natuurlijk beloop rekening moet worden gehouden. Er is nader onderzoek nodig naar de werkzame elementen van toegepaste methodieken.

Inbakeren, lopend onderzoek

Momenteel wordt wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effectiviteit van inbakeren en het bieden van

ritme en regelmaat bij baby's die excessief huilen. Inbakken is het in doeken wikkelen van een kind, van schouder tot tenen, waardoor lichaamsbewegingen worden beperkt, zodat het kind over het algemeen gemakkelijker in slaap komt en minder vaak tussentijds wakker wordt (Gerard e.a., 2002). Indien aangetoond wordt dat de aanpak een positief effect heeft, zal deze methode officieel worden geïmplementeerd in de jeugdgezondheidszorg.

Prognose

Uit follow-up onderzoek (Rautava e.a., 1995) blijkt dat in gezinnen met een kind dat in de babytijd excessief huilde, na drie jaar nog steeds meer problemen bestaan dan in controlegezinnen. De voormalige huilbaby's hadden meer slaapproblemen op driejarige leeftijd en sliepen vaker bij de ouders op de kamer dan kinderen uit de controlegroep. Voormalige huilbaby's hadden bovendien meer driftbuien op driejarige leeftijd dan kinderen uit de controlegroep. Dit duidt op problemen met het stellen van grenzen en het consequent omgaan met driftbuien. De ouders van de huilbaby's waren meer terughoudend met straffen dan ouders uit de controlegroep. Ten slotte waren deze ouders minder tevreden met de dagelijkse gang van zaken in hun gezin dan ouders zonder huilbaby.

Recent onderzoek (Wolke e.a., 2002) toont aan dat kinderen die excessief huilden in de eerste half jaar en bovendien slaap- en/of eetproblemen hadden een verhoogd risico hadden voor hyperactief gedrag op de leeftijd van acht tot tien jaar. Dit gedrag was weer gerelateerd aan matige leerprestaties. Voor deze associaties worden verschillende verklaringen gegeven. De perceptie van de ouder over het negatieve gedrag van hun kind zou blijven bestaan, ook als het huilen is gestopt. Anderen hebben aangegeven dat het aanhoudend huilen niet de oorzaak is, maar veel meer de blijvende problemen om controle te krijgen over het gedrag van het kind reflecteert, zoals de onmogelijkheid om het huilen te stoppen en slaap- en voedingsproblemen te reguleren. Dit zijn in feite voorlopers van gedragsproblemen en hyperactiviteit.

Excessief huilen dat verdwijnt bij de leeftijd van drie maanden lijkt niet gerelateerd aan deze langetermijngevolgen.

Preventie

Ouders willen niets liever dan het huilen van hun kind onder controle krijgen. Om het te stoppen, grijpen ze vaak op allerlei manieren in: oppakken, troosten, zingen en

wiegen, een troostkoffer, eindelijk dragen, op de arm in slaap laten vallen, te slapen leggen in elektronische wiebelbedjes en rondrijden met de auto. Maar een baby moet ook zelf leren zijn huilen te reguleren. Wanneer dit door de ouders wordt overgenomen, wordt het kind volledig afhankelijk van externe stimulatie. Gezonde interventies als wiegen of zingen kan men geleidelijk laten afnemen terwijl het kind rustig blijft; het zal dan steeds minder behoefte hebben aan wiegen of zingen. Wanneer het kind continu met externe stimuli tot rust wordt gebracht, kan het zijn eigen gedragsregulerende mogelijkheden niet optimaal ontwikkelen. Een baby kan bijvoorbeeld prima leren in zijn eigen bed in te slapen.

Ouders percipiëren huilen (te) snel als een teken van een onderliggende aandoening of pijn, de baby 'moet iets hebben' en komen dan in de problemen 'Rust, reinheid, regelmaat' in een nieuw jasje betekent eenvoudig: wakker worden, schone luier, voeding, vasthouden en knuffelen, rustig (zelf) spelen op een vaste plek (bijvoorbeeld de box) en moe worden. Bij dit signaal moet de baby wakker in zijn bed worden gelegd.

Verder is positieve communicatie met het kind een belangrijk onderdeel van de aanpak. Het kan helpen op een sussende, geruststellende toon te praten. Het kind verstaat niet de woorden, maar wel de non-verbale boodschap en de geruststellende intonatie waarbij hoge tonen worden gebruikt. Positief is het geven van ja-boodschappen bijvoorbeeld 'ja, pak je handje maar', 'ja, kijk maar naar de lamp' enzovoort. Het kindje ervaart dat zijn initiatieven goed zijn. 'Ja' heeft een positieve waarde. Leer ouders het gehuil niet in de negatieve sfeer te benoemen: 'nee, nee, nou niet huilen'. Dit bevestigt een negatieve belevings sfeer. Wel kan op sussende toon aan worden gegeven dat het signaal is ontvangen: 'ja, mamma zal je helpen, je vindt het niet zo fijn'.

Samenvatting en conclusie

Als een zuigeling veel huilt, zijn de gevoelens van onmacht bij de ouders groot. Overmatig huilen kan een negatieve invloed hebben op de interactie tussen ouder en kind, grote spanning bij de ouders veroorzaken en bijdragen tot het ontwikkelen van gedrags- en opvoedingsproblemen. Excessief huilen komt vooral voor in de eerste drie levensmaanden, met een piek rond de leeftijd van zes weken. Er kunnen verscheidene oorzaken aan ten grondslag liggen. Het benadrukken echter van somatische problematiek met voorbijgaan aan een moeizaam verlopende interactie tussen ouders en kind geeft meestal geen verbetering. Belangrijk is dat bij de ouders de onzekerheid over de gezondheidstoestand van hun kind en over hun eigen

functioneren als verzorger wordt weggenomen, opdat ze vervolgens op een adequate wijze hun rol als ouder weer kunnen vervullen.

De begeleiding van huilbaby's vergt tijd, inzet en deskundigheid van zowel de consultatiebureau-arts als van de wijkverpleegkundige. Binnen de totale zorg heeft de arts de verantwoordelijkheid voor het medisch onderzoek en de voedingskeuze. Bij de wijkverpleegkundige ligt het accent op de psychosociale begeleiding en de praktische voedings- en verzorgingsregulatie.

Componenten van een planmatige aanpak kunnen de volgende zijn: ouders een dagindeling laten beschrijven; deze objectiveren via een huilboek; een voorstel van aanpak formuleren met daarin de voeding, het contact met de baby (ook als hij niet huilt), het de baby leren zijn eigen gedrag te reguleren, en het vermoeide kind wakker in bed leggen.

Adressen

Nederland Landelijk Centrum voor Ouder en Kindzorg (IcoKz), Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (Ivt), zie *Sociale Kaart Jeugdzorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. Stichting Lichaamstaal, zie *Sociale Kaart Jeugdzorg*. Stichting Wiegendood, zie *Sociale Kaart Jeugdzorg*. **België**

Kind en Gezin, Hallepoortlaan 27, 1060 Brussel, België. Tel. 02-533 12 11 E-mailadres: communicatie@kindengezin.be **Internet**

www.wiegendood.nl

www.kindengezin.be

Aangehaalde literatuur

- * Blancke, L. (1998). Handleiding bij de folder 'Huilen; hoe troost ik mijn baby?' & de brochure 'Huilbaby's; als troosten niet helpt'. Brussel, België: Kind en Gezin, afdeling preventieve zorg.
- Brugman, E., Reijneveld, S.A., Hollander-Gijsman, M.E. den, Brugmeijer, R.J.F., & Radder, J.J. (1999). *Peilingen in de jeugdgezondheidszorg 1997-1998, Melkvoeding en huilgedrag van zui-gelingen*. Leiden: tno Preventie en Gezondheid.
- * Cremers, H.G.A., Wijlick, E.H.J., van, & Ree, J.W. van (2000). Is elke baby een excessieve huiler? Een oriënterend onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*, 43(1), 7-11.
- Frodi, A. (1985). When empathy fails: aversive infant crying and child abuse. In B.M. Lester & C.F.Z. Boukydis (ed.). *Infant crying: theoretical and research perspectives*. New York/London: Plenum Press.

- Garrison, M.M., & Christakis, D.A. (2000). A systematic review of treatments for infantile colic. *Pediatrics*, 106, 184-190.
- Gerard, C.M., Harris, K.A., & Thach, B.T. (2002). Spontaneous arousals in supine infants while swaddled and unswaddled during Rapid Eye Movement and Quiet Sleep. *Pediatrics*, 110(6), e70.
- Hiscock, H., & Wake, M. (2002). Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *British Medical Journal*, 324, 1062-1067.
- Huhtala, V., Lehtonen, L., Heinonen, R., & Korvenranta, H. (2000). Infant massage compared with crib vibrator in the treatment of colicky infants. *Pediatrics*, 105(6), e84.
- Iglowstein, I., Jenni, O.G., & Molinari, L. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics*, 111(2), 302-306.
- * Jonge, G.A. de, L'Hoir, M.P., Ruys, J.H., & Semmekrot, B.A. (2002). *Wiegendood, ervaringen en inzichten*. Noorden: Stichting Wiegendood.
- * Lucassen, P.L.B.J., Zwart, P., Sleuwen, B.E. van, & L'Hoir, M.P. (2002). Excessief huilende zuigelingen. In J.C. van Es, J.N. Keeman, P.W. de Leeuw & F.G. Zitman (red.). *Het Medisch Jaar*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lucassen, P.L.B.J., Assendelft, W.J.J., Gubbels, J.W., Eijk, J.T.M., van, Geldrop, W.J., van & Knuistringh Neven, A. (1998). Effectiveness of treatments for infantile colic; systematic review. *British Medical Journal*, 316, 1563-1569.
- Olafsdottir, E., Forshei, S., Fluge, G., & Markestad, T. (2001). Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation. *Archives of Disease in Childhood*, 84, 138-141.
- Rautava, P., & Helenius, H., & Lehtonen, L. (1993). Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *British Medical Journal*, 307, 600-604.
- Rautava, P., Lehtonen, L., Helenius, H., & Silanpää, M. (1995). Infantile colic and family three years later. *Pediatrics*, 95(1), 43-47.
- Wade, S., & Kilgour, T. (2001). Infantile colic. *British Medical Journal*, 323, 437-440.
- Wolke, D., Gray, P., & Meyer, R. (1994). Excessive infant crying: a controlled study of mothers helping mothers. *Pediatrics*, 94, 322-332.
- Wolke, D., Rizzo, P., & Woods, S. (2002). Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics*, 109(6), 1054-1060.
- Zeifman, D.M. (2001). Developmental aspects of crying: infancy, childhood and beyond. In A.J.J.M. Vingerhoets & R.R. Cornelius, *Adult crying, a biopsychosocial approach*. East Sussex: Brunner-Routledge.

* = Aanbevolen literatuur voor de werker in de eerste lijn

Aanbevolen literatuur voor ouders

- Blom, R.A. (2002). *Inbakeren brengt rust. Een handleiding voor het inbakeren van je kind*. Zoetermeer: Weleda Nederland NV.
- Blom, R.A. (2003). *Regelmaat en inbakeren. Voorkomen en verhelpen van huilen en onrust*. Zeist: Christoffor.
- Kind & Gezin (2002). *Het ABC van baby tot peuter*. Brussel (B): Kind en Gezin, afdeling preventieve zorg.