

PERSISTENT INFANT CRYING: A SURVEY WITH SIXTY-EIGHT FAMILIES LEAD TO THE CONSTRUCTION OF AN ECLECTIC TREATMENT MANUAL TO MANAGE 'INFANT COLIC'.

A. De Wel¹, S. Kerkhofs¹, W. Hellinckx¹,
P. Onghena², Ph. Gillis³, M. Raes³

¹ Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek,
Faculteit Psychologie en Pedagogische
Wetenschappen, KULeuven

² Centrum voor Methodologie van het
Pedagogisch Onderzoek, Faculteit Psychologie
en Pedagogische Wetenschappen, KULeuven

³ Kinderartsenassociatie, Virga Jesse, Hasselt

1. Inleiding

Dat baby's huilen is op zich een zeer normaal en universeel gegeven, het is namelijk hun belangrijkste vorm van communicatie. Het normale huilen bereikt een piek rond de zesde levensweek en daalt na de derde maand spontaan tot een niveau dat gedurende het eerste levensjaar stabiel blijft⁵. Wanneer baby's deze rijpingscurve niet volgen en meer huilen dan verwacht, kan er sprake zijn van een excessief huilpatroon en spreekt men over 'een huilbaby'. In de Engelstalige literatuur spreekt men van: 'infant colic'.

Er bestaat geen consensus in de literatuur wat betreft de omschrijving, de prevalentie, de verklaring en de behandeling van een huilbaby⁴. De omschrijvingen variëren van kwantitatieve definities, gebaseerd op de huiluur van het kind tot kwalitatieve definities, gebaseerd op de beleving van de ouders van het huilen. Door het gebruik van verschillende definities zijn er grote schommelingen in de vermelde prevalentiecijfers. Carlier en Casier (2003)⁶ vonden cijfers tussen 1.5% tot 40% van de zuigelingen. Ook wat betreft de verklaring bestaat er onenigheid. In de literatuur worden drie verschillende verklaringmodellen teruggevonden: het medische verklaringmodel, het model vanuit de ontwikkelingsbenadering en het model gebaseerd op een verstoorde interactie in de opvoedingsrelatie. Volgens het medisch verklaringmodel kunnen darmproblemen,

ABSTRACT

All babies cry. It's their only way of communicating with us, so they cry for many different reasons. 'Infant colic' is referred to when a baby is crying excessive in the eyes of the beholder. Colic appears in the first months after birth. Normally, there is a peak in the crying pattern at the age of two to three weeks and crying drops at the age of three to four months. This phenomenon is usually referred to as 'three months colic' 1-3. Relatively little is known about the definition, prevalence, etiology and treatment of persistent infant crying⁴. In this study, parents were questioned how they experienced the treatment of their colicky infant. More than 88% of the parents was satisfied with the treatment proposed by their doctor. Nevertheless, almost 60% of the parents looked for other forms of support afterwards. These experiences were used to construct a treatment manual for unresolved infant irritability. Medical and educational aspects were combined in an attempt to draft an evidence-based eclectic approach of infant colic.

lactose-intolerantie, koemelkeiwitintolerantie, reflux of een infectie aan de basis liggen van het huilen^{1,7}. De ontwikkelingsbenadering gaat er vanuit dat huiltbaby's het moeilijker hebben om zichzelf te reguleren en stelt dat dit probleem zich vanzelf oplost rond de leeftijd van drie maanden⁸. In de benadering van de verstoorde interactie in de opvoedingsrelatie stelt men dat het pedagogisch aanbod van de ouders niet voldoende afgestemd is op de pedagogische vraag van het kind. Het huilen kan mogelijk ernstige gevolgen hebben voor de ouders, het kind en de ouder-kindrelatie.

Een literatuurstudie leerde ons dat er geen consensus bestaat over de behandeling van de huiltbaby en dat een éénduidige, effectieve aanpak, waarbij ook aandacht wordt geschonken aan de gevoelens en de beleving van de ouders, niet of onvoldoende voorhanden is⁴. Voor enkele interventies wordt steun gevonden in de literatuur: een hypoallergene voeding⁹, videohometraining (VHT) en videointeractiebegeleiding (VIB)¹⁰, het REST-programma¹¹, een geïndividualiseerd en multidisciplinair residentieel programma¹, een gedragsprogramma¹², inbakeren¹³ en een ziekenhuisopname¹⁴. Een behandeling door een chiropractor¹⁵, het toedienen van lactasedruppels¹⁶ en babymassage¹⁷ bleken niet, of weinig, effectief te zijn.

Omdat we op zoek waren naar een meer uniforme en zoveel mogelijk op evidentie gebaseerde benadering van excessief huilende baby's, werd er enkele jaren geleden een samenwerking opgestart tussen het Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KULeuven en de afdeling Kinder- en Jeugdgeneseskunde Virga Jesseziekenhuis, Hasselt (Carlier & Casier)⁶.

In deze bijdrage wordt, in het kader van een licentiaatverhandeling, via een praktijkgericht onderzoek gepeild naar de beleving van de ouders van hun huilend kind en van de hulpverlening die hen daaromtrent werd geboden.

Er wordt tevens een orthopedagogisch interventieprogramma voorgesteld voor gezinnen met een huiltbaby.

2. Onderzoek

2.1 Methode

2.1.1 Onderzoeksprocedure

In december 2006, werden uit het patiëntenbestand van twee kinderartsen ('A' en 'B') van de kinderartsenpraktijk Virga Jesse te Hasselt telkens de 50 meest recente dossiers geselecteerd met als aanmeldingsklacht: zuigelingen die volgens de ouders excessief huilden en waarvan het laatste consult betreffende het huilen minstens één maand geleden plaats vond. Nadat de ouders via het secretariaat waren gevraagd aan het onderzoek mee te werken en nadat ze hun toestemming hadden gegeven, werden zij door de

onderzoekers (ADW, SK) gecontacteerd tussen januari 2007 en april 2007. De contactpogingen met de ouders werden verspreid over verschillende uren en dagen ter preventie van een non-respons¹⁸. De deelnemende ouders werden gelijk verdeeld over de beide kinderartsen. Aan moeders en vaders werden via een telefonische enquête twee onderzoeksvragen voorgelegd: 1) hoe beleven ouders die klaagden over het huilen van hun baby, minimum één maand en maximum veertien maanden na het kinderartsenconsult, hun kind en 2) hoe beleven ouders die klaagden over het huilen van hun baby, minimum één maand en maximum veertien maanden na het kinderartsenconsult, de hulpverlening? Voor een inkijk in de volledige vragenlijst kan contact worden opgenomen via het e-mailadres onderaan de tekst.

Deze studie werd in november 2006 goedgekeurd door de ethische commissie van het Virga Jesseziekenhuis te Hasselt.

2.1.2 Statistische analyses

Bij het bespreken van de resultaten vermelden wij telkens de p-waarde die werd bekomen door het uitvoeren van de Fisher's exact toets door het computerprogramma Statistical Analysis System (SAS Institute Inc., 2001). We hanteren een significantieniveau van $\alpha = 0.05$.

2.2 Resultaten

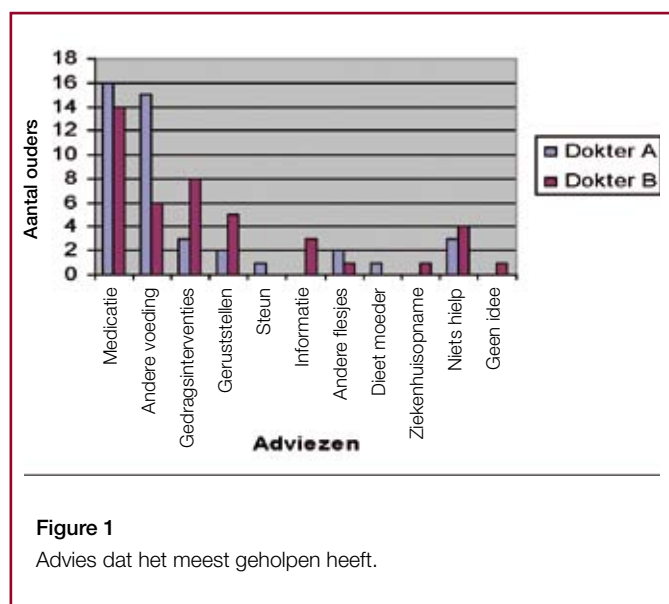
In totaal werden 68 ouders bevroegd waaronder 57 moeders en 11 vaders. Onder de excessief huilende zuigelingen waren er 43 jongentjes en 25 meisjes. Hun gemiddelde geboortegewicht was 3.410 kg (SD: 0.494). De gemiddelde leeftijd op de eerste consultatie in verband met het huilgedrag bedroeg 5.60 weken (SD: 3.43). Drieëndertig kinderen waren het eerste kind in het gezin, 22 het tweede, twee het derde, twee het vierde en één het vijfde kind. Van acht kinderen vonden we geen gegevens terug over de plaats in de kinderrij. De kinderen waren gemiddeld 34.62 weken oud (SD: 10.11) op het moment van de telefonische enquête.

Minimum één maand en maximum veertien maanden na het laatste kinderartsenconsult, gaf geen enkele ouder aan dat het slechter ging met het huilgedrag. Vijfenzestig ouders (95.59%) gaven aan dat het beter ging met het huilgedrag van hun kind. Volgens drie ouders (4.41%) was het huilgedrag hetzelfde als op het moment van de laatste consultatie. De gemiddelde leeftijd waarop het huilen verbeterde, was 14.87 weken (SD: 7.30). Tweeënzestig ouders (91.18%) zeiden dat hun kind troostbaar was, vijf ouders (7.35%) gaven aan dat het troosten moeilijk ging en volgens één ouder (1.47%) was de baby niet troostbaar.

Zestig ouders (88.24%) waren tevreden over de hulpverlening door de kinderarts. Vier ouders (5.88%) waren redelijk tevreden en nog eens vier ouders (5.88%) waren niet tevreden. Er kon geen statistisch significante samenhang worden gevonden tussen de tevredenheid over de hulpverlening en de kinderarts die geraadpleegd werd ($p = 0.46$).

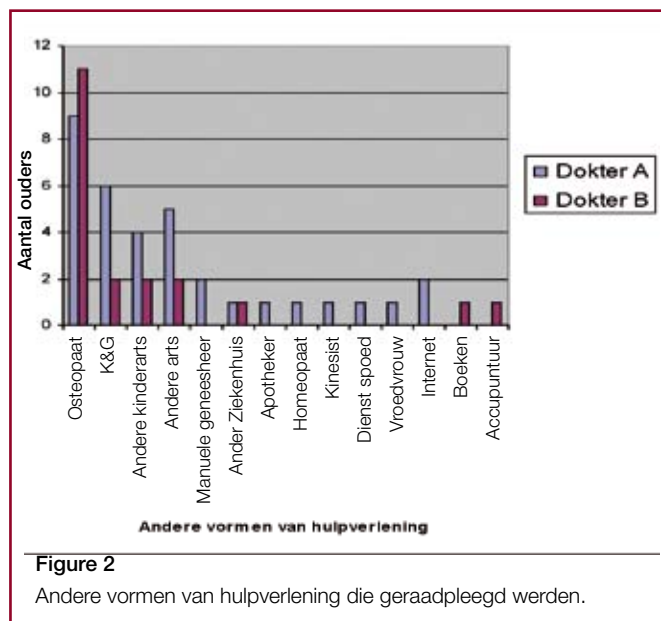
Achtenvijftig ouders (85.29%) gaven aan dat de behandeling effect had. Volgens tien ouders had de behandeling niet veel (4.41%) of geen (10.29%) effect. Er was geen statistisch significante samenhang tussen het effect van de behandeling en de dokter die geraadpleegd werd ($p = 1.00$).

De ouders konden op de vraag 'welk advies had het meest effect?' meer dan één antwoord geven waardoor het aantal antwoorden het aantal respondenten overschrijft (figuur 1).



Medicatie werd het meest genoemd als doeltreffend advies ($n=30$). Vervolgens werden andere voeding ($n=21$), gedragsinterventies ($n=11$) en geruststelling door de kinderarts ($n=7$), frequent vermeld. Er was geen statistisch significant verband tussen het advies en de kinderarts die geraadpleegd werd ($p = 0.08$). Er werd een statistisch niet-significant verschil gezien tussen de dokters wat betreft het soort advies dat volgens de ouders geholpen had. Zowel bij dokter A ($n=16$) als bij dokter B ($n=14$) wordt medicatie het meest genoemd. De gedragsinterventies daarentegen worden bij dokter B ($n=8$) als tweede meest effectieve behandeling genoemd in tegenstelling tot dokter A ($n=3$), bij wie andere voeding ($n=15$) als tweede meest effectieve behandeling wordt vermeld.

Eenenvertig ouders (60.29%) zochten na het laatste consult aan de kinderarts nog naar andere vormen van hulpverlening; zevenentwintig ouders (39.71%) zochten geen andere hulp meer voor het huilgedrag (figuur 2). In dalende volgorde van frequentie werden een osteopaat, Kind&Gezin en een andere arts het meest geraadpleegd. Van de ouders die dokter A of B consulteerden, zochten er respectievelijk 24 (70.59%) en 17 (50%) andere hulp ($p=0.13$).



3. Orthopedagogisch interventieprogramma

Ter aanvulling van de puur medische benadering en op basis van literatuurgegevens en persoonlijke ervaringen tijdens het bijwonen van enkele consultaties bij de kinderarts, werd een eigen orthopedagogisch interventieprogramma geconstrueerd voor gezinnen met een huilbaby. We gingen uit van het gezinspedagogische kader waarin opvoeding beschouwd wordt als een interactioneel netwerk van vier factoren: de persoonskenmerken van de gezinsleden, de subsysteemkenmerken, de algemene gezinskenmerken en de context van het gezin¹⁹. Zowel de opvoeders als de kinderen oefenen zelf invloed uit op de ouder-kind interacties en relaties. In een optimaal opvoedingsproces is het pedagogische aanbod van de ouders afgestemd op de pedagogische vraag van het kind. Dit is de centrale peiler in het gezinspedagogische kader. Verschillende studies leveren evidentie voor de beïnvloeding van het probleem van de excessief huilende baby door de verschillende factoren uit het gezinspedagogische kader, waarbij de interactie tussen ouders en baby niet optimaal verloopt¹⁰⁻¹². Niet de oorzaken van het huilen, doch wel de verschillende instandhoudende factoren worden opgespoord en aangepakt binnen een orthopedagogisch interventieprogramma. Op basis van deze handelingsgerichte diagnostiek werd uiteindelijk een draaiboek uitgeschreven waarbij in de mate van het mogelijke rekening werd gehouden met de verschillende factoren die het opvoedingsprobleem in stand kunnen houden. Chronologisch worden 5 stappen gezet:

- 1) de registratie van de aanmeldingsklacht,
- 2) het eerste consult bij de kinderarts,
- 3) het eerste consult bij de orthopedagoog,
- 4) het tweede consult bij de orthopedagoog en
- 5) het follow-up telefoongesprek door de orthopedagoog. De aanpak binnen elk van

deze delen wordt kort toegelicht. Voor een uitgebreidere verantwoording van het draaiboek kan contact worden opgenomen via het e-mailadres onderaan de tekst.

1. De aanmeldingsklacht

De aanmeldingsklacht betreft baby's wiens huilen door de ouders als excessief wordt ervaren. Het is een kwalitatieve definitie waarbij de ouders vinden dat hun baby meer weent dan ze verwachten en waarover ze een hulpvraag hebben aan de kinderarts. In de Engelstalige literatuur wordt daarvoor de term 'colic' gebruikt³.

2. Het eerste consult bij de kinderarts.

2.1 Eerst en vooral moet er volgens een stappenplan een medische oorzaak voor het huilen worden uitgesloten. Dit gebeurt door een pediatrisch onderzoek (anamnese en klinisch onderzoek) en eventueel aanvullende onderzoeken^{14,20}. Onderzoek wijst uit dat bij de meeste baby's die excessief huilen geen onderliggende medische oorzaak kan worden aangetoond voor hun huilgedrag^{14,21}. Wanneer een medische oorzaak wordt vastgesteld, wordt een aangepaste therapie opgestart en komt het kind niet in aanmerking voor een orthopedagogische behandeling.

2.2 Heel vaak blijven de ouders ervan overtuigd dat het huilen veroorzaakt wordt door de voeding, zodat, vooraleer een orthopedagogische interventie wordt opgestart, een voedingswijziging (hypoallergene voeding) wordt toegestaan, ook al is daarvoor geen duidelijke evidentie tijdens het pediatrisch onderzoek¹³.

2.3 De kinderarts vertelt aan de ouders dat er voor het probleem van de huilende baby waarvoor geen duidelijke medisch onderliggende oorzaak wordt gevonden in teamverband wordt gewerkt en dat hij het wenselijk acht contact op te nemen met de orthopedagoog.

2.4 De kinderarts geeft, ter ondersteuning van zijn aanbeveling om de orthopedagoog te betrekken, reeds een mogelijke verklaring voor het huilgedrag. Hij legt uit dat kinderen kunnen verschillen in temperament en dat bepaalde baby's overgevoelig kunnen reageren op bepaalde prikkels vanuit de omgeving, terwijl andere baby's in dezelfde situatie helemaal geen problemen zullen vertonen.

2.5 Nadat de arts een mogelijke verklaring gegeven heeft voor het huilgedrag van de baby, moet hij een toelichting geven betreffende een vervolgspraak bij de orthopedagoog. Hij motiveert de tussenkomst van de orthopedagoog vanuit de deskundigheid van deze professionelen om interacties tussen ouders en kinderen te analyseren en bij te sturen binnen een bredere gezinscontext.

2.6 Om de gedragingen van het kind te begrijpen, moet er een analyse van het gedrag gebeuren. Er wordt aan de ouders gevraagd het huilgedrag van hun zuigeling in kaart te brengen aan de hand van een huilgedragboek²⁰. Vervolgens wordt de BABY-KIPPPPI (Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie) aan de ouders meegegeven²². De arts

geeft kort uitleg over het huilgedragboek en de vragenlijst en motiveert de ouders om deze ingevuld mee te brengen naar het volgende consult bij de orthopedagoog.

2.7 Tot slot recapituleert de arts wat er tijdens dit consult werd besproken.

3. Het eerste consult bij de orthopedagoog (binnen de 5 dagen)

3.1 De orthopedagoog begint zijn gesprek door een link te leggen met het consult bij de kinderarts. De orthopedagoog informeert hoe het nu gaat met de ouders en stelt zich kort voor. Hij probeert een goede werkrelatie op te bouwen.

3.2 Na een tijdje probeert de orthopedagoog het gesprek meer te sturen. Hij vraagt niet alleen naar de verklaring van de ouders, maar maakt tegelijkertijd ook een verklaringsanalyse voor zichzelf en genereert hierbij verschillende hypothesen (e.g. individuele ouderproblematiek, gestoorde gezinsrelatiepatronen, contextuele problemen en/of primaire opvoedingsproblemen).

3.3 Het huilgedragboek en de BABY-KIPPPPI worden opgevraagd en een nieuw huilgedragboek voor de komende week wordt meegegeven. Het ingevulde huilgedragboek wordt besproken. De orthopedagoog gaat samen met de ouders op zoek naar welke handelingen al uitgeprobeerd zijn en welke daarvan wel of niet geholpen hebben om de baby te troosten.

3.4 Nadat het intakegesprek halverwege is, worden de behandelingsinterventies voorgesteld die hypothesegestuurd zijn, afhankelijk van de verklaring van het huilgedrag door de hulpverlener die zich daarbij baseert op de bespreking van het huilgedragboek :

- De ouders kunnen aangeraden worden een time-out in te bouwen^{11,20}. Het sociale netwerk rond de ouders wordt hierdoor gemobiliseerd. Indien de ouder(s) nood heeft aan een time-out voor langere duur, kan een ziekenhuisopname overwogen worden¹⁴.
- Een aangepaste vorm van 'video-interactie-begeleiding' (VIB) kan aangewezen zijn. De interactie tussen ouders en kind wordt gefilmd en nadien samen geanalyseerd¹⁰.
- Een babymassage behoort ook tot de mogelijke interventies. Dit kan de ouderlijke sensitiviteit bevorderen¹⁷.
- Inbakeren wordt ook vaak aangeraden bij kinderen die zichzelf moeilijk kunnen reguleren¹³.
- Samen met de ouders kan er ook een geïndividualiseerd dagschema gemaakt worden. Dit dagschema moet enige routine en regelmaat in het leven van de baby brengen¹¹.
- Als laatste interventie kan de orthopedagoog samen met de ouders een aantal troosttechnieken exploreren om zo het spectrum van pedagogische handelingen van de ouders te verbreden^{1, 12, 13}.

3.5 De laatste minuten van het intakegesprek worden besteed aan de synthese.

4. Tweede consult bij de orthopedagoog

- 4.1 Tijdens de tweede consultatie bij de orthopedagoog blijft het uitbouwen van een goede werkrelatie nog altijd een belangrijk thema. Men informeert hoe het nu gaat met de ouders en de huilbaby.
- 4.2 De orthopedagoog evalueert vervolgens samen met de ouders het huilboek. De huilboekjes van de afgelopen twee weken worden naast elkaar gelegd. Ouders kunnen zo een goed zicht krijgen op de mogelijke voor- of achteruitgang. De orthopedagoog vraagt vervolgens gericht naar de uitgevoerde handelingsadviezen.
- 4.3 Tot slot kan er tijdens dit bezoek nog even ingegaan worden op de BABY-KIPPPPI. De oudervragenlijst kan ons meer informatie opleveren ter ondersteuning van de vooropgestelde verklaringshypothese en het handelen eventueel helpen bijsturen.

5. Follow-up telefoongesprek

Na het tweede orthopedagogisch consult is het de bedoeling dat de ouders de kans krijgen om met de aangeboden adviezen aan de slag te gaan. Twee tot vier weken later wordt er telefonisch contact opgenomen met de ouders om de geboden hulp te evalueren.

Het gaat er bij het beëindigen van de hulp niet om of het huilen in zijn geheel opgelost is, maar of de ouders in staat zijn met de verkregen inzichten en vaardigheden zelf verder aan de slag te gaan²³.

4. Discussie en conclusie

Het is duidelijk geworden, zowel uit de literatuur als uit het onderzoek, dat een behandeling van (gezinnen met) huilbaby's niet langer kan beperkt worden tot medische interventies alleen. Vooreerst is het opvallend dat voor iets minder dan 10% van de ouders het troosten van de baby een probleem bleef. In heel wat gedragsprogramma's werd het exploreren van troosttechnieken als interventie bij gezinnen met een huilbaby opgenomen^{1,12,13}. Deze gedragsinterventie vormt alvast een belangrijke aanvulling op de strikt medische interventies.

Alhoewel meer dan 85% van de ouders de hulpverlening als doeltreffend beleefde, zocht toch nog meer dan 60% andere hulp. Daarenboven is er een relatief groot verschil in het zoeken naar andere hulp tussen de ouders die raadpleegden bij dokter A (70%) en de ouders die raadpleegden bij dokter B (50%). Op de vraag welk advies het meest geholpen had, scoorden bij dokter B de gedragsinterventies (kind inwikkelen, prikkelreductie, kind laten huilen) hoger dan bij dokter A. Deze gedragsinterventies wijken af van de klassieke medische interventies en worden vanuit de literatuur op hun efficiëntie ondersteund^{1,7,11,12,13}. Mogelijk kozen ouders bij dokter B daardoor minder voor andere, alternatieve vormen van hulpverlening. Een aantal ouders vertelde ook dat zij door de kinderarts geholpen waren voor het refluxprobleem, maar dat zij voor het huilprobleem naar andere hulpverlening uitkeken.

Deze bevindingen suggereren dat een beperking tot een strikt medische aanpak niet volstaat en dat er nood is aan een aantal onderbouwde, hypothesegestuurde gedragsinterventies. De orthopedagogiek is met zijn onderzoeksobject, namelijk gezinnen die in een opvoedingssituatie zitten die uitzichtloos is en waar zij zonder hulp van buitenaf niet uitgeraken, misschien wel dé gedoodverfde kandidaat om als discipline een aanvulling te geven op de medische interventies van de arts. Wij menen met ons draaiboek een realistisch samenwerkingsverband tussen beide disciplines aangereikt te hebben voor de begeleiding van gezinnen met een huilbaby.

References

- Don, N., McMahon, C., & Fossiter, C. Effectiveness of an individualized multidisciplinary programme for managing unsettled infants. *Journal of Pediatric Child Health*, 2002, 38, 563-567.
- Helseeth, S. Help in times of crying: nurses' approach to parent with colicky infants. *Journal of Advanced Nursing*, 2002, 40(3), 267-274.
- Illingworth, R. Three month's colic. *Archives of Disease in Childhood*, 1954, 29, 165-174.
- Long, T., & Johnson, M. Living and coping with excessive infantile crying. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 34(2), 155-162.
- L'Hoir, M., & van Sleuwen, B. (2005). Baby's die excessief huilen. In G.A. Bakker, D. van Zeben-van der Aa, J. Dewispelaere, R. Vecht-van den Bergh, M. van der Meulen-van Dijk & V.H. Soyeze (Eds.), *Handboek Kinderen & Adolescenten* (pp.1-15). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Carlier, S., & Casier, V. (2003). Huilgedrag bij jonge kinderen. Onderzoek naar discriminerende opvoedings-, gezins- en kindfactoren. Niet-gepubliceerde licentiaatverhandeling Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Leuven.
- Armstrong, K., Precitera, N., & McCallum, R. Medicalizing normality? Management of irritability in babies. *Journal of Pediatric Child Health*, 2000, 36, 301-305.
- Helseeth, S., & Begnum, S. A comprehensive definition of infant colic: parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 2002, 11, 672-680.
- Lucassen, P., Assendelft, W., Gubbels, J., van Eijk, J., & Douwes, A. Infantile Colic: Crying Time Reduction With a Whey Hydrolysate: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Pediatrics*, 2000, 106, 1349-1354.
- Eliëns, M. (2003). Baby's in beeld. Onderzoek naar het effect van video-hometraining en video- interactiebegeleiding bij ouders van overmatig huilende zuigelingen. *Associatie Intensive Thuisbehandeling/De combinatie*. [WWW document]. Afgehaald van het WWW op 8 januari 2005: www.AITnl.org
- Keefe, M., Lobo, M., Froese-Fretz, A., Kotzer, A., Barbosa, G., & Dudley, W. Effectiveness of an intervention for colic. *Clin. Pediatr.*, 2006, 405, 123-133.
- James-Roberts, I., Sleep, J., Morris, S., Owen, C., & Gillham, P. Use of a behavioural programme in the first 3 months to prevent infant crying and sleeping problems. *Journal of Pediatric Child Health*, 2001, 37, 289-297.
- van Sleuwen, B., L'Hoir, M., Engelberts, A., Busschers, W., Westers, P., Blom, M., Schulpen, T., & Kuis, W. Comparison of behavior modification with and without swaddling as interventions for excessive crying. *The Journal of Pediatrics*, 2006, 149, 512-517.
- Nooitgedagt, J., Zwart, P., & Brand, P. Oorzaken, behandeling en beloop bij zuigelingen die vanwege excessief huilen waren opgenomen op de kinderafdeling van de Isala Kliniek te Zwolle, 1997/03. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2005, 149 (9), 472-477.
- Olafsdottir, E., Forshei, S., Fluge, G., & Markestad, T. Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation. *Archives of Disease in Childhood*, 2001, 84, 138-141.
- Kanabar, D., Randhawa, M., & Clayton, P. Improvement of symptoms in infant colic following reduction of lactose load with lactase. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2001, 14, 359-363.
- Huhtala, V., Lehtonen, L., Uvnäs-Moberg, K., & Korvenranta, H. Low Plasma Cholecystokinin Levels in Colicky Infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2003, 37, 42-46.
- 't Hart, H., van Dijk, J., de Goede, M., Jansen, W., & Teunissen J. (1996). *Onderzoeksmethoden*. Meppel: Boom.
- Hellincx, W. (2004). *Basiscursus gezinsgerichte pedagogische hulpverlening*. Leuven: Cursusdienst Pedagogische Wetenschappen.
- Hiscock, H., & Jordan, B. Problem crying in infancy. *Paediatrics*, 2004, 181 (9), 507-512.
- Barr, R. Changing our understanding of infant colic. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2002, 156, 1172-1174.
- Kousemaker, N., & Yildiz, E. Psychosociale problematiek bij baby's. *Onderkenning van dreigende en manifeste problematiek en het BABY-KIPPPPI*. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 2004, 43, 1-7.
- Lang, G., & van der Molen, H.T. (1995). *Psychologische gespreksvoering. Een basis voor hulpverlening*. Baarn: Nelissen.