

Excesszív sírás csecsemő- és kisgyermekkorban

Excessive crying in infancy and toddlerhood

DANIS ILDIKÓ PH.D.¹, SCHEURING NOÉMI DR.², PAPP ESZTER DR.²,
NÉMETH TÜNDE DR.³, SZABÓ LÁSZLÓ PROF.^{2,4}

¹Mentálhigiéné Intézet, Semmelweis Egyetem – Bright Future Humán Kutató és Tanácsadó Kft.
²Heim Pál Gyermekkorház Budapest, Belgyógyászat – ³Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest – ⁴Családgondozási Módszertani Tanszék, Egészségtudományi Kar, Semmelweis Egyetem

Levelező szerző:

DR. DANIS ILDIKÓ
Bright Future Humán Kutató és Tanácsadó Kft.
2131 Göd, Hét vezér u. 14.
06-20-394-1587; ildiko.danis@brightfuture.hu

Támogatások forrása:

Fővárosi Közgyűlés Egészségügyi és
Szociálpolitikai Bizottsága (127/2010. (14.27)
számú határozat alapján)
Szundi Alvászavaros Gyermekéért Közhasznú
Alapítvány
Heim Pál Gyermekkorház Fejlesztéséért Alapítvány
Electrooxygen Kft.

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: Az erőteljes sírás gyakori szülői panasz csecsemő- és kisgyermekkorban. Ha mértéke az első 3 hónapban meghalad egy klinikai kritériumot, a jelenséget *excesszív sírásnak*, ha a későbbiekben is fennmarad, *perzisztáló sírásnak* nevezzük.

Módszerek: Az *Egészséges Utódokért projekt* az első magyar kutatás, amely a kisgyermekkoros regulációs problémákat, köztük az erőteljes sírást is vizsgálta. A kutatásba 3 év alatti gyerekek családjait (n=1164) vontuk be. Több módszer (pl. orvosi konzultációk) mellett a sírás viselkedéséről és a szülői megnyugtatósi törekvések sikeréről kérdőívekben is beszámoltak a szülők.

Eredmények: Nem volt lehetőségünk az excesszív és perzisztáló sírás gyakoriságának megállapítására, csak az azok felé mutató gyanújeleket ismerhettük fel. Az anyák becslése alapján a megkérdezés előtti két hétben az erőteljes (naponta 1 óránál több) sírás gyakorisága 9,3% volt. Naponta 3 óránál többet a gyerekek 2,5%-a sírt. Nemi különbség nem mutatkozott a sírás mennyiségében. Az életkorral minimálisan csökkent a sírás mennyisége, de az erőteljesen sírók csoportjában életkori hatást nem találtunk. Az anyák 12,5%-a nem érezte magát sikeresnek a megnyugtatósi terén, és a sírási időszakok – az időtartamtól függetlenül – az anyák felét (54,5%-át) nagymértékben megviselték. Az első gyerekek valamivel többet sírtak, anyáik kevésbé érezték magukat magabiztosnak a megnyugtatósi terén. Minimális különbséggel, de úgy tűnt, a kevésbé iskolázott anyák küzdenek meg jobban a sírással.

Következtetések: Az excesszív csecsemőkoros sírás a regulációs zavarok elsőként felbukkanó formája, a szakirodalom szerint a kisgyerekek 8-40%-ánál jelentkezik és előrejelez későbbi viselkedési problémákat. Mivel a szülők számára valódi kihívást jelent a sírással való megküzdés, a témakör nagyobb figyelmet érdemel mind a kutatás, mind a gyakorlati segítségnyújtás terén.

KULCSSZAVAK: Erőteljes sírás csecsemő- és kisgyermekkorban, kólika, excesszív és perzisztáló sírás, Egészséges Utódokért projekt

SUMMARY

Introduction: Intensive crying is a frequent parental complaint in infancy and toddlerhood. The phenomenon is called *excessive crying* if the level of crying behaviour exceeds a clinical criterion in the first three months. If it maintains subsequently, then it is called *persistent crying*.

Methods: The 'FOR HEALTHY OFFSPRING' Project was the first Hungarian research examining intensive infant and toddler crying among other early childhood regulatory problems. Data were gathered from 1164 families with 0-3-year-old children. Besides other methods (e.g. medical consultations) parents answered questionnaires about crying behaviour of their children and the success of their efforts to reassure.

Results: There was no opportunity to determine the frequency of excessive and persistent crying in our sample, only to detect signs showing suspicion towards their presence. Based on estimates of the mothers, the frequency of intensive crying (more than 1 hour per day) during the two weeks before the survey was 9.3%, and 2.5% of the children cried more than 3 hours every day. There was no gender difference in the amount of crying. This decreased slightly by age, but in the group of intensive criers age effect was not found. 12.5% of the mothers did not feel success in reassurance, and one half of the mothers (54.5%) was intensively worn out due to the crying periods, regardless of their duration. First-born children were crying a little more, and their mother felt less confident in reassurance. Although with minimal difference, less educated mothers seemed to struggle more effectively with crying.

Conclusions: Excessive infant crying is the first emerging form of regulation disorders. According to the

literature it occurs in 8-40% of young children, and predicts future behavioural problems. As coping with crying is a real challenge for parents, the topic should deserve more attention in both research and practical fields of assistance.

KEYWORDS: Intensive crying in infancy and toddlerhood, colic, excessive and persistent crying, „For Healthy Offspring” project

BEVEZETÉS

A normál sírás és az excesszív sírás elkülönítése

A csecsemőkori sírás pszichobiológiai szempontból az intenzív belső diszkomfort ösztönös kifejezése, ami a – fájdalom, éhség, szomjúság, félelem, unalom stb. enyhítése iránti – szükségletek kielégítetlensége miatt jelentkezik. Ez az evolúciósan megalapozott jelzés a szociális környezetet fiziológiai és pszichológiai szempontból is arra motiválja, hogy a sírást minél hamarabb megszüntesse és a csecsemő aktuális szükségleteit kielégítse (Ziegler és mtsai, 2008).

Úgy tűnik, hogy a csecsemőkori *normál sírás* időbeli lefutása fordított U-alakú görbét mutat az első hónapokban (Barr, 1990). A születés utáni hetekben folyamatosan nő a napi sírás mennyisége, 6-8 hetesen elér egy csúcspontot (átlagosan 2 óra sírást és nyugtószkodást naponként), majd folyamatosan csökken a 4. hónapig. A sírások, nyugtószkodások időszaka általában a késő délutáni-esti órákra koncentrálódik, függetlenül a gyerekek kulturális háttérétől (Barr és mtsai, 1991).

Nem kevés számban fordulnak elő olyan esetek, ahol a sírás akár napi több órán keresztül is fennmarad annak ellenére, hogy a szülői törekvések a csecsemő szükségleteinek kielégítésére megtörténnek. Gyakran megmagyarázhatatlannak tűnnek ezek a csillapíthatatlan sírási epizódok. A csecsemő- és kisgyermekkor alvászavarok (l. bővebben Scheuring és mtsai, 2015a,b,c) mellett a heves sírás az egyik vezető szülői panasz az angolszász gyermekorvosoknál és a védőnőknél (Long és Johnson, 2001). Természetesen a két problémakör, főleg a gyermekkor korai szakaszában nagymértékben összefügg.

A gyermekorvosi gyakorlatban az *excesszív sírás* kifejezést az első 3 hónap intenzív síró és nyugtószkodó viselkedésére használják. A normál sírás és az excesszív sírás tudományos és klinikai megkülönböztetését a mai napig elfogadott klasszikus „hármasszabály” alapján (Wessel és mtsai, 1954) tehetjük meg. *Excesszív sírásnak tekintjük, ha egy egyébként egészséges és jól táplált csecsemő az első 3 hónapban több, mint 3 órát sír és nyugtószkodik naponta, legalább a hét 3 napján és legalább három héttig tartó időszakban.* E klasszikus meghatározás szerint a nyugati kultúrákban a kutatásokban megadott definícióktól függően (Reineveld és mtsai, 2001) a szülők 8-40%-a számol be excesszív sírásról (Cowie, 2013; Cohen és Albertini, 2012; Kaley és mtsai, 2011).

A hagyományos medikális értelmezésben az excesszív sírás háttérében az éretlen bélműködés okozta hasi fájdalmakat említik, és a jelenséget kólikának nevezik¹. A gyermekorvosok a mai napig gyakran adnak valamilyen gyógyszerkészítményt az első 3 hónapban mutatkozó intenzív sírás panaszok esetén (Douglas, 2013). Ebben az értelmezési keretben – a megfigyelt tapasztalatok szerint – a bélrendszer érésevel a panaszok a 3 hónapos kort követően spontán elmúlnak. Még ha minden esetben valóban kólikáról, tehát hasi panaszokról lenne is szó, pszichológiai szempontból ez az időszak a sok sírás miatt jelentős stresszt jelenthet a szülők számára, és nagy mértékben kihathat a szülő-csecsemő interakciókra (van IJzendoorn és Hubbard, 2000; Bell és Ainsworth, 1972).

Az excesszív sírás azonban nem ugyanaz a jelenség, mint a kólika, annál egy szélesebb halmazt jelent, gyakran testi panaszok nélkül, illetve a heves sírás miatt másodlagos tünetekként mutatkozó testi panaszokkal (megfeszülés, kipirosodás, sok levegő nyelés miatti hasi fájdalmak). A kólikának megfigyelhető néhány elsődleges intenzív testi jellemzője, amelyek felismerése vagy hiánya segíti a kólika és az excesszív sírás elkülönítését (Lester és mtsai, 1990). Kólika esetében:

- a sírás nem csillapítható (az adekvát szülői interakciók ellenére sem),
- a sírás minden előzetes jel nélkül kezdődik és fejeződik be,
- éles, hangos sírásminta ismerhető fel („fájdalom-sírás”),
- tipikus testtartás mutatkozik: összeszorított öklök, behajlított lábak, grimaszolás, feszülő has.

St. James-Roberts és munkatársainak (1995) kimutatásai szerint az excesszíven síró csecsemők nem klinikai populációjában a napi össz sírásmennyiségből a “kólika- okozta fájdalom sírás” mindössze 11%, míg a “normál sírás” aránya 28%, a nyugtószkodás pedig 61%.

Az excesszíven síró csecsemők és szüleik jellemzői

Megnehezíti a két sírásminta elkülönítését, hogy hasonlóan a kólikához, az excesszíven síró csecsemőknél sem hatékonyak a szokásos megnyugtató stratégiák. Azonban ezek a csecsemők egyéb viselkedésbeli jegyekkel is rendelkeznek, amelyek a hasi panaszokat mutató gyerekekre nem feltétlenül jellemzők.

Az állandóan ébernek és ingeréhesnek tűnő gyerekeknek a szülők gyakran újabb és újabb pozíciókat, megnyugtató stratégiákat, játékokat találnak ki, ami éppen az ellenkező hatást éri el: a gyerekek túlingerlődnek, újra és újra sírni kezdenek. Gyakran az alapállapot egy nyugtószkodó, „semmi sem jó” állapot, ami aztán nagyon könnyen sírásba torkollik. Ezek a gyerekek gyakran motorosan is nyugtalanok, a függőleges testhelyzetet preferálják, míg külső ingerekre irritábilisak, a környezeti változásokkal szemben túlérzékenyek. Általá-

¹A nemzetközi irodalomban az „excessive crying” vagy a „colic” kifejezéssel találkozunk és gyakran ekvivalensnek értelmezik a terminusokat.

ban a késődélutánok és az esték nyugtalanok. Napközben általában ellenállnak az elavásnak, gyakran csak késő éjszaka képesek elaludni. Járulékos hatás így a diszfunkcionális alvás-ébrenlét szerveződés és az alváshiány, ami megintcsak túlingerlődéshez vezet. (Ziegler és mtsai, 2008)

Az excesszív sírás erőteljes prediktora a szülői kimerültségnek (Kurth és mtsai, 2011). Az állandó fáradtság és a megnyugtató sikertelensége a szülőknél gyakran erős feszültséget okoz. A síró csecsemők megnyugtatója és az állandó kimerültséggel való megküzdés számos szülőnek jelent igazi kihívást. Az első gyermekes anyák 46-87%-a számol be komoly mértékű fáradtságról, kimerültségről (Schytt és mtsai, 2005). Nem ritkán számolnak be alacsony énhatékonyságról is, ami számos esetben szorongással, dühvel és akár agresszív impulzusokkal és gondolatokkal vagy a gyermek negligálásával is együtt jár. Az excesszíven síró csecsemők és kimerült gondozók helyzete alapvető rizikófaktor a csecsemőkori bántalmazás tekintetében (Barr és mtsai, 2014; Lopesa és mtsai, 2013; Ziegler és mtsai, 2008; Carbaugh, 2004).

Az excesszív sírás mint regulációs zavar háttere és következményei

A kisgyermekkorai fejlődés során megfigyelhetők életkor-specifikus nehézségek, amelyek sorrendje nem véletlen az első életvekben (Zürichi-modell: Largo, 1993). Átmeneti megjelenésük a bio-pszicho-szociális mérőföldkövek idején kulcsfontosságú szabályozási folyamatok érési ugrását jelzik előre (l. Brazelton, „Touchpoints” koncepcióját, 1994), tartós fennállásuk viszont már excesszív gátló vagy excesszív aktiváló folyamatokkal magyarázható (l. Papousek diagnosztikus modelljét, 2008). A legtöbb probléma megjelenéséhez hozzárendelhető a differenciálódó és integrálódó szabályozási folyamatok egy-egy kulcs szakasza. Az első három hónapban a fejlődési kihívást a külvilághoz való alkalmazkodás, a fiziológiai és érzelmi reguláció jelenti, ekkor gyakran jelentkezik az excesszív sírás, mint a klasszikus regulációs zavarok triászának (excesszív sírás, alvászavar, táplálási zavar) elsőként felbukkanó tipikus formája (Papousek, 2008; magyarul l. Hédervári-Heller, 2008).

Mint már említettük, az excesszív sírás definíciója szerint legalább napi 3 óra sírásról van szó, a hét legalább három napján, legalább három hétig tartó időszakban. Klinikai szempontból azonban önmagában az időtartam ismerete nem elegendő. Az excesszív sírás terminus egyaránt utal a gyermek, a szülő és a köztük zajló interakciók problémájára (Papousek, 2008). A *perzisztáló excesszív sírás* terminust akkor használhatjuk, amikor a probléma a 3 hónapos kor után is fennmarad (Papousek és Hofacker, 1995). A rendszerszemléletű müncheni modellben (Papousek, 2000) a klinikai triád összetevői a következők:

- a csecsemő gyakori csillapíthatatlan sírása, amely az ébrenlét-alvás szerveződésben is gondot jelent,
- a szülő túlterheltsége és distressz érzése,
- gyakori interakciós hibák, amelyek fenntartják vagy fokozzák a problémát.

A Münchener Program klinikai mintájában (n=701; Wurmser és Papousek, 2008) a regulációs nehézségekkel jelentkező gyerekek 29,4%-a mutatott excesszív sírást, 25,8%-uk pedig diszfunkcionális alvás-ébrenlét szerveződést, amelyek az első 3 hónapban nagy fokban együtt jártak.

Wurmser és mtsai (2001) egy retrospektív telefonos felmérésben Németországban próbálták azonosítani az excesszív sírás gyakoriságát 0-3 éves korú mintán. Az anyák 21%-a számolt be excesszív sírásról az első hónapokban, 8,3%-uk pedig arról, hogy ezek a tünetek fennmaradtak még a 3 hónapos kor után is. Wolke és mtsainak (2002) követéses vizsgálatában az excesszíven síró csecsemők 48%-a még 6 hónaposan is perzisztáló sírást mutatott, sőt a regulációs problémák későbbi életkorokban is stabilan megmutatkoztak (Winsper és Wolke, 2013). Ez a csoport szignifikánsan több viselkedési problémát (externalizáló viselkedést, magatartásproblémákat, hiperaktivitást, alacsony fokú alkalmazkodást és nehéz temperamentumot) mutatott kisiskoláskorban. Egy 2011-es 22 tanulmányt vizsgáló meta-analízis (Hemmi és mtsai, 2011) is megerősítette ezt az eredményt, azzal a finomítással, hogy a későbbi viselkedési problémák rizikója emelkedik, ha a perzisztáló sírás mellett más pszichoszociális rizikófaktorok is jelen vannak.

Gyakori intuitív hipotézis, hogy a fiúk és az elsőszülöttek síróssabbak, de ezt még nagy mintán nem bizonyították. Ugyanakkor az első szülött gyermekek szülei hajlamosabbak hamarabb segítséget kérni, mivel lehangoltabbak az excesszív sírástól, mint a tapasztaltabb szülők. A legtöbb kutatás az anya életkorával, végzettségével és szocioökonómiai státuszával kapcsolatban nem talált jelentőségteljes hatásokat (St James-Roberts és Halil, 1991; Lehtonen, 1994).

Megfigyelések szerint, az “egyszerű” kólika mellett, amely hátterében tehát az éretlen bélműködés áll, más gastroenterológiai problémák is vezethetnek excesszív síráshoz: ilyenek pl. a laktóz intolerancia, tehát tejfehérje intolerancia, gastroözofageális reflux (GERD) (Douglas, 2013), azonban az elemzések szerint ezek a medikális okok is csak a megfigyelt esetek 5%-át magyarázzák (Ziegler és mtsai, 2008, Lehtonen és mtsai, 2000). Differenciáldiagnosztikai szempontból az excesszív sírás esetén ki kell zárni más heves fájdalmat okozó akut betegségeket (pl. középfülgyulladás, húgyúti gyulladás, bélfertőzések, csonttörések) és néhány neurológiai betegséget is (Ziegler és mtsai, 2008).

A medikális okok mellett extrém sírás hátterében számos pszichoszociális rizikó faktort azonosítottak pre- és posztnatális időszakban: ilyenek pl. az elsődleges gondozót terhelő magas stressz, szorongás, depresszió, partnerkapcsolati problémák, a saját származási családdal való problémák, distresszt okozó koragyermekkorai emlékek, nem várt várandósság, szociális izoláció, alacsony szocioökonómiai státusz, egyedüli szülőség stb. (Petzold et al, 2014; Gilkerson és Gray, 2014; Papousek, 2008; Papousek és Hofacker, 1998).

Az Egészséges Utódokért projektben módunk nyílt több mint 1000 0-3 éves gyermek szüleit kikérdezni a

csecsemő- és kisgyermekkori regulációs zavarokról, többek között a sírás viselkedéséről. Jelen tanulmányunkban a sírás viselkedés megfigyelhető sokszínűségéről és a több napi heves sírásepizódok előfordulási gyakoriságáról szolgáltatunk adatokat. A sírás más pszichoszociális tényezőkkel való összefüggéseiről egy későbbi tanulmányunkban számolunk be.

MÓDSZEREK

Vizsgálati személyek

Az *Egészséges Utódokért* projektben 0-3 éves gyermekeket nevelő családokat választottunk célcsoportnak. A kutatásba két forrásból nyertünk résztvevőket. Egyrészt a Heim Pál Gyermekkórház Belgyógyászati, Alvásdiagnosztikai és Neurológiai Osztályait (ambuláns vagy osztályos kivizsgálás, kezelés során) látogató családok (n=580), másrészt a kórház vonzáskörzetében és más budapesti kerületekben vagy Pest megyei településeken dolgozó védőnők és házi gyermekorvosok segítségével megszólított családok (n=584) töltötték ki kérdőívünket. Összesen 1164 kisgyermek szülei töltötték ki az íveket (csak anya 811 esetben, csak apa 31 esetben, mindkét szülő 322 esetben).

A válaszoló *anyák*² (n=1133) életkora $32,03 \pm 5,07$ év (min: 15, max: 49 év), az *apák* (n=353) életkora $34,8 \pm 5,3$ volt a kérdőívek kitöltésekor (min: 15 év, max: 60 év). A szülők többnyire Magyarországon születtek (91,2% és 91,7%), egy kisebb hányaduk pedig 9, illetve 6 másik országból származott. A legmagasabb iskolai végzettség megoszlása a következő volt: legalább középfokú végzettséggel az anyai minta 82,2%-a rendelkezett (47,3% felsőfokú diplomával is), a minta 17,8%-át jellemezte ennél alacsonyabb fokú iskolázottság. Az apák esetében 77,4% legalább középfokú érettségivel (43,1% felsőfokú diplomával is) rendelkezett, az apai almintá 19,7%-a rendelkezett legfeljebb szakmunkás bizonyítvánnyal. Családi állapot szerint az anyák 92%-a vagy házasságban, vagy élettársi közösségben nevelte a gyermeke(i)t (ez az arány a válaszoló apáknál 99,7% volt), csak 8% volt a valamilyen okból egyedül nevelő édesanyák aránya (a válaszoló apáknál ez az arány mindössze 0,3%). A kutatásban tehát apák főleg párjaikkal együtt vettek részt. A mintában az átlagos vállalt gyermekszám $1,66 \pm 0,89$ volt (min: 1, max: 8). Az anyai beszámolók szerint a *kutatás fókuszában lévő gyerekek* 99,5%-a biológiai szüleivel élt együtt, a gyerekek 0,4%-a volt örökbefogadott vagy nevelt gyermek, és 0,2%-a volt a partner előző kapcsolatából született gyermek. A gyerekek 52,7%-a volt fiú és 47,3%-a lány. A kérdőív kitöltésekor a gyerekek átlagéletkora $15,25 \pm 10,85$ hónap volt (min: 0,23, max: 58 hó; a gyerekek 96,7%-a volt 36 hónapos korú vagy ennél fiatalabb). A fókuszgyerekek testvérsorban elfoglalt hely

szerint többnyire (89,9%) első vagy második gyermekek voltak, csak 20,1%-uk volt harmadik vagy többedik a testvérsorban.

A családok szocio-demográfiai helyzetéről (lakás-, munka- és anyagi körülményeiről korábbi cikkünkben részletesen olvashatnak: Scheuring és mtsai, 2012). Mintánkban bár többségében vannak a legalább középfokú végzettségű, középosztálybeli szülők, akiknek életkörülményeik legalább „átlagosnak” mondhatók, a célzott életkori mintaválasztás mellett mind társadalmi-gazdasági státusban, mind a lakókörnyezet és az anyagi javak tekintetében megfelelő sokszínűség mutatkozik a mintán belül, amely a későbbi összefüggés-elemzések komplexitását biztosítja.

Mérőeszközök és eljárás

Kérdőívcsomagunkban egy saját szerkesztésű alapkérdőívben (szerk. Scheuring-Danis-Gervai, 2010; témákat részletesen l. Scheuring és mtsai, 2012) több téma mellett érdeklődtünk afelől, hogy jellemzik-e a gyermeket erős sírás és nyugtószkodás: *mennyit sírt pontosan az elmúlt két hétben³, amikor sírt a gyermek, mennyire könnyen tudta megnyugtatni a szülő, és mennyire érezte megterhelőnek ezeket a helyzeteket*. Kérdéseink zárt kérdések voltak: diszkrét kérdések válaszlehetőséggel és Likert-típusú skálaitemek 5 választható fokozattal.

A kérdőívcsomagot vagy kórházi dolgozók, vagy védőnők, néhány esetben házi gyermekorvosok juttatták el a szülőkhöz, akik önállóan töltötték ki azokat. A kórházi munka során néhány esetben, ahol azt a szülők igényelték olvasás-megértés nehézségeik miatt, a kórházi dolgozók a kérdések és válaszlehetőségek értelmezése, valamint a jelölés tekintetében felajánlották segítségüket a kitöltés során.

A beszámolók retrospektív szülői becsléseket tartalmaznak, a kutatásban pontos sírásnapló vezetésére nem volt mód. Bár a szülői becslések számos tényező mentén lehetnek torzítottak (pl. emlékezet, stressz és kimerültség szintje), mégis a napi rutin rendszeres követése miatt feltételezhetjük, hogy az anyák nagy többsége reálisan ítéli meg gyermekük sírásmennyiségét. A klinikai (védőnői, orvosi, pszichoterápiás) gyakorlatban is legtöbbször retrospektív kikérdezéssel jutunk ilyen információkhoz, így elemzésünk reprezentálja azt a szituációt, ahogy a kisgyermekes családokkal foglalkozó szakemberek értesülnek a sírással kapcsolatos adatokról.

Statisztikai elemzések

Adatainkon kvantitatív statisztikai próbákat végeztünk SPSS programcsomagon. Mivel a változók értékei ordinális skálán helyezkedtek el, illetve az eloszlások gyakran nagy mértékben ferdek voltak, ezért nem-parametrikus módszereket választottunk, melyek eseté-

² Az egyes kérdéseknél a legtöbb esetben találunk 1-2%-nyi hiányzó adatot, amit nem tüntettünk fel részletesen. A gyakorisági adatok mindig a valós válaszadók arányait tükrözik.

³ Mivel nem készítettük fel a szülőket a sírás-viselkedés megfigyelésére, az utolsó két hét napjaira való visszaemlékezést kértük csupán. Ez a vizsgált periódus nem meríti ki az excesszív sírás klaszszikus kritériumait, de a megbecsült sírás mennyiségéből megfogalmazhatunk gyanút az excesszív sírásra vonatkozóan.

ben az átlagkülönbségeket parametrikus módszerrel is ellenőriztük. A változók együtt járásának vizsgálatára Spearman-korrelációt (Rho , p), két csoport átlagkülönbségeinek tesztelésére Mann-Whitney-próbát (Z , p , $M \pm St.D.$), több csoport esetében Kruskal-Wallis-tesztet ($Z(df)$, p , $M \pm St.D.$) használtunk.

EREDMÉNYEK

Mennyire gyakori az erőteljes sírás nyűgösködés csecsemő- és kisgyermekkorban?

A teljes minta 73,2%-ában a gyerekek naponta maximum 30 percet sírtak. Az anyák 10,9 %-a számolt be arról, hogy nem tűnt fel számukra egyáltalán sírás, viszont 9,3%-uk ($n=90$) szerint gyermekük napi több, mint 1 órát sírt az elmúlt két hétben (1. ábra). 3 óránál is többet a családok kb. 2,5%-ában sírt a gyermek. A sokat síró gyerekek almintájában előforduló gyakoriságokat a 2. ábra részletezi.

A megnyugtató sikere

A síró-nyűgösködős időszakokban az anyák 12,5%-a nem érezte magát sikeresnek a megnyugtató terén, de ezek a periódusok az anyák többségét (54,5%-át) nagymértékben megviselte.

Az anyák szubjektív megítélései között az összefüggések mértéke nem haladta meg az enyhe együttjárást. Minél magabiztosabbnak érezte magát egy anya gyermeke jelzéseinek értelmezésében, annál kevesebb sírásról számolt be ($Rho=-0,25$, $p<0,001$), annál sikeresebbnek érezte magát megnyugtató stratégiáiban ($Rho=0,32$, $p<0,001$) és nagyon enyhe fokban annál kevésbé viselték meg a síró időszakok ($Rho=-0,15$, $p<0,001$). Minél jellemzőbb volt az intenzív sírás a gyermekre, annál kevésbé érezte magát sikeresnek az anya a megnyugtatóban ($Rho=-0,41$, $p<0,001$), ugyanakkor csak nagyon enyhe összefüggésben állt ez azzal, hogy érzelmileg mennyire terheltek meg az anyát a síró időszakok ($Rho=0,18$, $p<0,001$). E két utóbbi változó (megnyugtató – érzelmi megterhelés) is nagyon enyhén járt csak együtt ($Rho=-0,15$, $p<0,001$). Vagyis az érzelmi megterhelés akár független lehet attól, hogy egy sírási epizódban hatékonyan él meg magát a szülő a megnyugtató terén, vagy sem.

Számít-e a nem, az életkor és a testvérsorban elfoglalt hely?

Nemi különbséget nem találtunk a sírás terén. Enyhe negatív lineáris összefüggést találtunk a gyermekek életkora és a sírás becsült mennyisége között ($Rho=-0,26$, $p<0,001$). Az erőteljesen sírók (1. több mint 1 óra; $n=90$) almintájában viszont nem mutatható ki szignifikáns életkori hatás az átsírt órák számában!

Bár mintánk nem reprezentatív, érdekesnek tartjuk a sírás-időtartamról szóló kategóriák gyakoriságának változását az életkori alcsoportokban (3. ábra). Minden

életkorban azoknak a gyerekeknek az aránya a legkisebb, akiket nem látnak sírni az édesanyák, de ebben van egy lineáris növekvő tendencia az életkori csoportokban. Ennek tükröképeként a nagyon sokat síró gyerekek aránya folyamatosan csökken az életkorral. A leggyakoribb kategória végig a napi maximum 15 perc sírás, amely az első másfél évben növekszik, aztán pedig minimális változásokkal az életkori alminták 42-45%-ában releváns. A napi 15-30 percet síró gyerekek aránya csökken az első másfél évben, majd 22-25%-on stagnál a 2-3. életévben. A 30 perc-1 óra tartamban síró gyerekek aránya az első 2,5 évben fordított U-alakban változik: először van egy jelentősebb csökkenés, majd a 3. év elején ismét egy növekedés, utána pedig egy radikálisabb csökkenés.

A testvérsorban elfoglalt hellyel kapcsolatban találtunk szignifikáns különbségeket, de ezek minimálisak. Az első gyerekek többet sírnak, mint a harmadik vagy többedik gyerekek ($F(2)=9,184$; $p=0,010$; első gyerekek ($n=654$): $2,3 \pm 1,2$ > többedik gyerekek ($n=114$): $2,0 \pm 1,1$; második gyerekek ($n=354$) $2,2 \pm 1,1$). A harmadik vagy többedik gyereknél a megnyugtató is könnyebbnek tűnik, mint az elsőnél ($F(2)=8,996$; $p=0,011$; első gyerekek ($n=648$): $4,3 \pm 0,8$ < többedik gyerekek ($n=113$): $4,6 \pm 0,7$; második ($n=352$) $4,4 \pm 0,8$). Első gyereknél jobban megviseli a mamákat a sírás, mint a második vagy többedik gyereknél ($F(2)=18,430$; $p<0,001$; első ($n=649$) gyerekek: $3,7 \pm 1,1$ > többedik ($n=111$) gyerekek $3,2 \pm 1,4$ és második ($n=348$) gyerekek: $3,4 \pm 1,3$)

Számít-e az anya iskolázottsága?

Az anyák iskolázottságával is csak minimális jelentőségű összefüggéseket találtunk. Az anyák végzettségi foka és a csecsemő jelzéseinek értéke enyhe negatív együttjárást mutatott ($Rho=-0,18$, $p<0,001$). A legfeljebb középfokú végzettségű anyák a felsőfokú végzettségűekkel szemben kismértékben ugyan, de a gyermek jelzéseinek magabiztosabb értéséről ($Z=-5,33$, $p<0,001$, $4,26 \pm 0,73$ vs. $4,04 \pm 0,74$), kevesebb sírásról ($Z=-2,36$, $p<0,001$, $2,66 \pm 1,14$ vs. $2,82 \pm 1,13$) és hatékonyabb megnyugtatóról ($Z=-1,97$, $p=0,049$, $4,40 \pm 0,75$ vs. $4,31 \pm 0,79$) számoltak be. Ezek a különbségek nem lényegiek, de szisztematikus tendenciát mutatnak arra, mintha a képzetesebb édesanyák elbizonytalanodóbbak lennének.

Kórház és szűrővizsgálat: A regulációs zavarok gyanújelei

Vizsgálatunkat kiterjesztettük az irányban is, hogy a kórházi vagy területéről érkezett családok beszámolóiban volt-e különbség. Találtunk szignifikáns különbségeket, de ezek hatásnagyságban (vagyis átlagkülönbségben) minimálisnak mutatkoztak (csak 0,1-0,3 különbséget jelentettek az 5-fokú skálákon). A kórházi mintában valamivel többet sírtak a gyerekek, kevésbé tudták őket megnyugtatóni a szülők, és jobban meg is viselte őket ($p<0,05$). Itt számolhatunk egy olyan torzítással, hogy a kórházi mintába a gyerekek valamilyen aktuális betegség-

gük miatt kerültek, vagy éppen a kórházban tartózkodtak, ami befolyásolhatta az utóbbi két hét sírás mennyiségét.

A szűrővizsgálatokra 3 jelentősebb probléma miatt kerültek családok (intenzív sírás, táplálási és alvási problémák). Fontos kontroll-számítás, hogy a szűrővizsgálatra valóban azok jelentkeztek-e, illetve azokat küldték-e tovább a vizsgáló orvosok, akiknek tényleg jelentősebb problémáik voltak. Eredményeink szerint a szűrővizsgálaton részt vett gyermekek anyái kevésbé értékelték gyermekeik jelzéseit ($Z=-3,17$, $p=0,002$; $4,19\pm 0,73$ vs. $3,99\pm 0,80$), időbeli becslésben ($Z=-3,70$, $p=0,001$; $2,67\pm 1,11$ vs. $3,05\pm 1,22$) több sírásról számoltak be, kevésbé tudták gyermekeiket megnyugtatni ($Z=-4,52$, $p<0,001$; $4,41\pm 0,77$ vs. $4,12\pm 0,85$) és érzelmileg mindez jobban megviselte őket ($Z=-4,28$, $p<0,001$; $3,46\pm 1,23$ vs. $3,89\pm 1,07$). A szűrővizsgálaton nagyobb arányban vettek részt (valahol akár dupla akkora gyakorisággal) azok, akik kérdőíveikben a válaszadási spektrum problémát jelző végein helyezkedtek el (1. táblázat).

Mint említettük, ebben az írásunkban a sírás viselkedés változatosságáról és a több napi heves sírásepizódok előfordulási gyakoriságáról szolgáltatunk adatokat. A sírás más gyermeki, valamint szülői és környezeti pszichoszociális tényezőkkel való összefüggéseiről egy későbbi tanulmányunkban számolunk be.

MEGBESZÉLÉS

A Egészséges Utódokért projekt kérdőíves vizsgálatában nagy mintán illusztráltuk, hogy az erőteljes sírás jelentékeny probléma a 0-3 éves korú gyermekek esetében. Bár módszertani korlátok miatt (mintánk nem volt reprezentatív, nem készíthettük fel a szülőket a sírás szisztematikus megfigyelésére, retrospektív becslést kértünk a szülőktől) nem tudtuk kimutatni az excesszív és a perzisztáló sírás arányát, e felé mutató gyanújeleket megfogalmazhattunk a több mint 1000 fős mintában. A megkérdezett anyák közel 10%-a arról számolt be, hogy gyermekük több mint egy órát sírt naponta az elmúlt két hétben, 2,5% pedig naponta több mint 3 órát sírt. Egy közeli jövőben tervezett reprezentatív kutatásban célunk a szülők alaposabb kikérdezése gyermekeik sírás viselkedéséről, valamint az excesszív és perzisztáló sírás gyakoriságának pontosabb becslése.

A szakirodalom és kutatásunk alapján is elmondható, hogy a csecsemő- és kisgyermekkorú sírás megterhelő a szülők számára, valódi kihívást jelent a sírással való megküzdés. Ha a korai sírás mértéke jelentősen megnő és excesszív / perzisztáló sírás alakul ki, akkor az veszélyeztető lehet a korai szülő-gyermek interakciók és kapcsolat alakulására (extrém esetben bántalmazást is okozva) és a későbbi viselkedési problémák előfordulására.

A szakirodalom szerint a kérdéskör jelentékeny, a csecsemők 8-40%-át érinti ez a probléma, ezért a további kutatások és a problémákat enyhítő támogató beavatkozások (szülő-csecsemő konzultáció és terápia) eredményei Magyarországon is több figyelmet érdemelnek.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Az EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT projekt finanszírozására a Fővárosi Közgyűlés Egészségügyi és Szociálpolitikai Bizottsága 127/2010. (14.27) számú határozatával született támogatási szerződés. Az adatfelvétel után az elemzéseket a Szundi Alvászavaros Gyermekekért Közhasznú Alapítvány, a Heim Pál Gyermekkorház Fejlesztéséért Alapítvány, valamint az Electrooxygen Kft. támogatta. Szeretnénk köszönetünket kifejezni minden résztvevő családnak, kórházi kollégának és szakmai partnernek (kiemelten az MTA Természettudományi Kutatóközpont Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet munkatársainak, Gervai Juditnak és munkacsoportjának), akik támogatása nélkül a program nem valósulhatott volna meg.

Irodalom

- BARR RG: The normal crying curve: what do we really know? *Dev Med Child Neurol* 1990; 32: 356-362.
- BARR RG, FAIRBROTHER N, PAUWELS J, GREEN J, CHEN M, BRANT R: Maternal frustration, emotional and behavioural responses to prolonged infant crying. *Infant Behavior & Development* 2011; 37: 652-664.
- BARR RG, KONNER M, BAKEMAN R, ADAMSON L: Crying in !Kung San infants: a test of the cultural specificity hypothesis. *Dev Med Child Neurol* 1991; 33(7):601-610.
- BELL SM, AINSWORTH MD: Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development* 1972; 43: 1171-1190.
- BRAZELTON TB: Touchpoints: opportunities for preventing problems in the parent-child relationship. *Acta Paediatrica* 1994; 83 Issue Suppl: 35-39.
- CARBAUGH SF: Understanding shaken baby syndrome. *Advances in Neonatal Care* 2004; 4: 105-114.
- COHEN GM, ALBERTINI LW: Colic. *Pediatr Rev* 2012; 33(7):332-334.
- COWIE J: Managing infant colic: a literature review. *Prim Health Care* 2013; 23(2):16-20.
- DOUGLAS PS: Diagnosing gastro-oesophageal reflux disease or lactose intolerance in babies who cry a lot in the first few months overlooks feeding problems. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2013; doi:10.1111/jpc.12153
- GILKERSON L, GRAY L: Fussy Babies: Early Challenges in Regulation, Impact on the Dyad and Family, and Longer-Term Implications. In: Brandt K, Perry B, Seligman S, Tronick E, editors. *Infant and Early Childhood Mental Health*. Alexandria VA: American Psychiatric Publishing, Inc., 2014: 195-208.
- HÉDERVÁRI-HELLER É: A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedés-szabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban. Budapest: Animula, 2008.
- HEMMI MH, WOLKE D, SCHNEIDER S: Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Arch Dis Child* 2011; 96(7): 622-629.
- KALEY F, RIED V, FLYNN E: The psychology of infant colic: a review of current research. *Infant Ment Health J* 2011; 32(5): 526-541.
- KURTH E, POWELL KENNEDY H, SPICHIGER E, HO E, ZEMP STUTZ E: Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery* 2011; 27: 187-194.
- LARGO RH: Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten: Störungen oder Normvarianten? *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 1993; 141: 698-703.
- LEHTONEN L: Infantile colic. *Annales Universitatis Turkuensis, Medica-Odontologica*, No. 151. Turku, Finland: Turku University, 1994.
- LEHTONEN L, GORMALLY S, BARR RG: Clinical pies for etiology and outcome in infants presenting with early increased

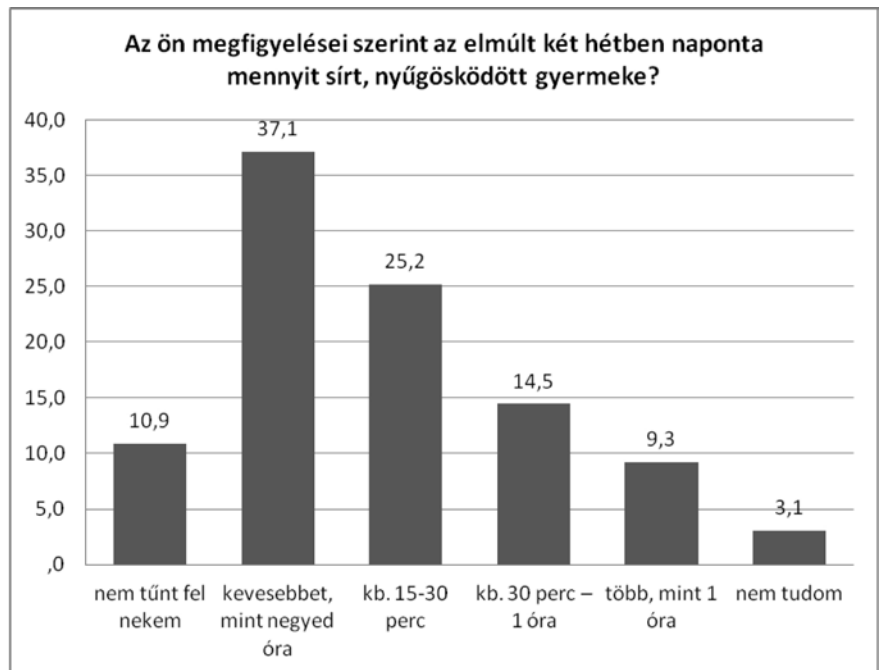
- crying. In: Barr RG, Hopkins B, Green JA, editors. Crying as a sign, a symptom, and a signal: Clinical, emotional and developmental aspects of infant and toddler crying. London, United Kingdom: MacKeith Press, 2000: 67-95.
- LESTER BM, BOUKYDIS CFZ, GARCIA-COLL CT, HOLE WT: Colic for developmentalists. *Infant Mental Health Journal* 1990; 11(4): 321-333.
- LONG T, JOHNSON M: Living and coping with excessive infantile crying. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34: 155-162.
- LOPESA NRL, EISENSTEINB E, WILLIAMSC LCA: Abusive head trauma in children: a literature review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89(5): 426-433.
- PAPOUSEK M: Persistent Crying, Parenting, and Infant Mental Health. In: Osofsky JD, Fitzgerald, HE, editors. *WAIMH Handbook of Infant Mental Health, Volume 4, Infant Mental Health in Groups at High Risk*. New York: Wiley, 2000: 419-447.
- PAPOUSEK M: Disorders of behavioral and emotional regulation: Clinical evidence for a new diagnostic concept. In: Papousek M, Schieche M, Wurmser H, editors. *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life: early risks and intervention in the developing parent-infant relationship*. Washington DC: Zero to Three, 2008: 53-84.
- PAPOUSEK M, VON HOFACKER N: Persistent crying and parenting: Search for a butterfly in a dynamic system. *Early Development and Parenting* 1995; 4(4): 209-224.
- PETZOLDT J, WITTCHEN H-U, WITTICH J, EINSLE F, HÖFLER M, MARTINI J: Maternal anxiety disorders predict excessive infant crying: a prospective longitudinal study. *Arch Dis Child*; doi:10.1136/archdischild-2013-305562.
- REIJNEVELD SA, BRUGMAN E, HIRASING RA: Excessive infant crying: the impact of varying definitions. *Pediatrics* 2001; 108(4): 893-897.
- SCHEURING N, DANIS I, GERVAI J: „Egészséges Utódokért” Kérdőívcsomagok. Kézirat. Budapest, 2010.
- SCHEURING N, DANIS I, NÉMETH T, PAPP E, CZINNER A: Az Egészséges utódokért projekt 2010-2011. A koragyermekkorai regulációs zavarok vizsgálata céljából indított hazai szűrőprogram kutatás-módszertani háttere. *Gyermekgyógyászat* 2012; 63(6): 320-325. (A teljes cikk online változata (p.1-15) elérhető a folyóirat honlapján.)
- SCHEURING N, DANIS I, PAPP E, NÉMETH T, SZABÓ L: Alvási szokások csecsemő- és kisgyermekkorban. *Gyermekgyógyászat* 2015a; 66(2): 40-45.
- SCHEURING N, DANIS I, PAPP E, NÉMETH T, SZABÓ L: Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban I.: Éjszakai ébredések. *Gyermekgyógyászat* 2015b, 66(3):149-153.
- SCHEURING N, DANIS I, PAPP E, NÉMETH T, SZABÓ L: Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban II.: Altatási és elalvási nehézségek. *Gyermekgyógyászat* 2015c; 66(4); megjelenés alatt.
- SCHYTT E, LINDMARK G, WALDENSTROM U: Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2005; 112: 210-217.
- ST JAMES-ROBERTS I, HALIL T: Infant crying patterns in the first year: normal community and clinical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1991; 32(6): 951-968.
- ST. JAMES-ROBERTS I, CONROY S, WILSHER K: Clinical, developmental and social aspects of infant crying and colic. *Early Development and Parenting* 1995; 4: 177-189.
- 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: 371-391.
- WESSEL MA, COBB JC, JACKSON EB, HARRIS GS, DETWILER AC: Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics* 1954; 14(5): 421-435.
- WINSPER C, WOLKE, D: Infant and Toddler Crying, Sleeping and Feeding Problems and Trajectories of Dysregulated Behavior Across Childhood. *J Abnorm Child Psychol*. 2014; 42(5): 831-843. doi: 10.1007/s10802-013-9813-1.
- WOLKE D, RIZZO P, WOODS S: Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics* 2002; 9(6):1054-1060.
- WURMSER H, LAUBEREAU B, HERMANN M, PAPOUSEK M, VON KRIES R: Excessive infant crying: often not confined to the first 3 months of age. *Early Human Development* 2001; 64(1): 1-6.
- WURMSER H, PAPOUSEK M: Facts and Figures: Database of the Munich Interdisciplinary Research and Intervention Program for fussy babies. In: Papousek M, Schieche M, Wurmser H, editors. *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life: early risks and intervention in the developing parent-infant relationship*. Washington DC: Zero to Three, 2008: 27-52.
- ZIEGLER M, CHUQUISENGO RW, PAPOUSEK M: Excessive crying in infancy. In: Papousek M, Schieche M, Wurmser H, editors. *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life: early risks and intervention in the developing parent-infant relationship*. Washington, DC: Zero to Three, 2008: 85-115.

ÁBRÁK ÉS TÁBLÁZATOK

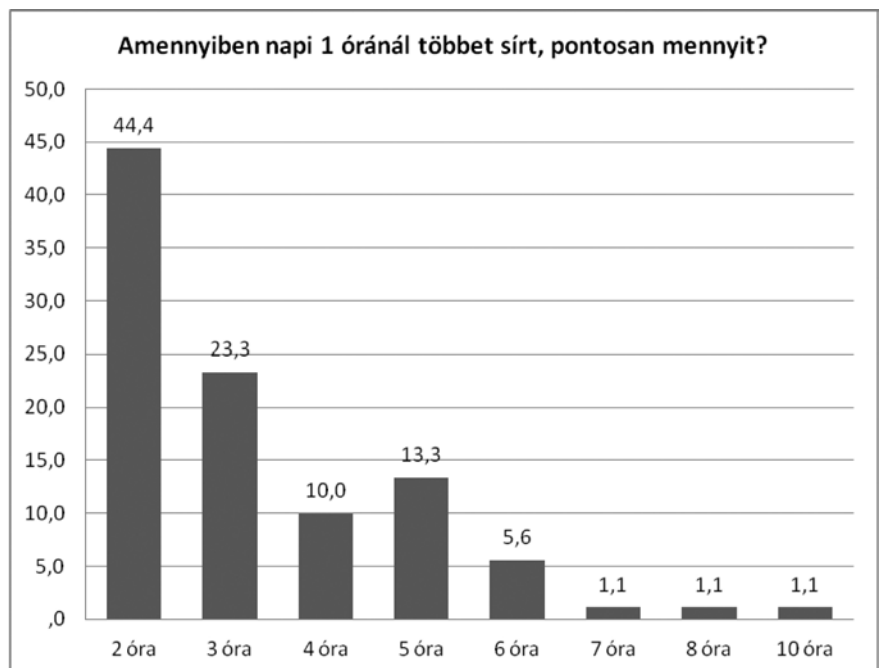
1. táblázat: Erőteljes sírás, nyugtalanság aránya a kérdőíves önbeszámolókból
(Anyai válaszok előfordulási gyakorisága)

	Kérdőívvel rendelkező teljes minta (n=1164, ebből anyák n=1133)	Szűrővizsgálaton részt vett (n=183)	Szűrővizsgálaton nem vett részt (n=981)
Az Ön megfigyelései szerint az elmúlt két hétben naponta mennyit sírt, nyűgösködött gyermeke? (több, mint 1 órát)	anyák (n=1112) 9,3%	anyák (n=177) 17,5%	anyák (n=935) 7,7%
Az ön megfigyelései szerint az elmúlt két hétben naponta mennyit sírt, nyűgösködött gyermeke? (legalább 3 órát)	anyák (n=1112) 2,5%	anyák (n=177) 5,7%	anyák (n=935) 2,0%
Mennyire tudja/tudta megnyugtani ilyenkor? (5-fokú Likert skála 1-3 értékei)	anyák (n=1118) 12,5%	anyák (n=180) 20%	anyák (n=938) 11,1%
Mennyire viselte/viseli meg Önt gyermeke sírása? (5-fokú Likert- skála 4-5 értékei)	anyák (n=1113) 54,5%	anyák (n=176) 69,3%	anyák (n=937) 51,7%

1. ábra: Napi sírás-nyűgösködés mértékének anyai megítélése az elmúlt két hétben (n=1112 fő alapján; %-os gyakoriságok)



2. ábra: A napi egy óránál többet síró gyermekek aránya az anyák beszámolóí szerint (n=90 fő alapján; %-os gyakoriságok)



3. ábra: Napi sírás-nyűgösködés mértékének változása az életkori csoportokban (n=1008 fő alapján; %-os gyakoriságok)

