



universität
wien

DIPLOMARBEIT

EXZESSIVES SCHREIEN IM SÄUGLINGSALTER

zur Erlangung des akademischen Grades

Magistra der Psychologie

an der Fakultät für Geisteswissenschaften

der Universität Wien

Verfasser/in:	Verena Riske
Matrikelnummer:	0003489
Studienrichtung:	Psychologie (A296)
Begutachter:	o.Univ.Prof.em.Brigitte Rollett
Wien, am	13. Oktober 2008

Vorwort

Das Schreien ist für Babys ein wichtiges Kommunikationsmittel. Anfangs kann sich das Baby nicht anders mitteilen, als durch Schreien auf sich aufmerksam zu machen und der Mutter zu vermitteln, dass etwas nicht in Ordnung ist. Alle Babys weinen in den ersten Lebenswochen viel, aber einige schreien erheblich mehr und länger und lassen sich durch nichts beruhigen. Dauert das Schreien, Nörgeln und Weinen länger als drei Stunden am Tag und an mehr als drei Tagen pro Woche in einem Zeitraum von drei Wochen an, bezeichnet unter anderen der Psychologe Prof. Dr. Dieter Wolke das als „Schreibaby“. Meine Tochter, die vor drei Jahren nach einer völlig unkomplizierten Schwangerschaft und komplikationslosen Geburt schnell und gesund zur Welt kam, zählte zu den Babys, die durch ihr exzessives Schreien herausstechen. Gerade deshalb gilt mein persönliches Interesse anderen Betroffenen, denen ich vielleicht durch meine Arbeit helfen kann. Besonderes Augenmerk wird hierbei auf den Rhythmus gelegt. Dieser scheint gerade bei diesen schwierigen Babys einen besonders wichtigen Stellenwert einzunehmen. Auch das Temperament des Kindes wurde genau betrachtet. Gibt es bestimmte Temperamentstypen, die eher zu exzessivem Schreien neigen? Was sagt die Schwangerschaft und die Geburt selber über das Schreien des Kindes aus? Auf diese und ähnliche Fragen wird in der folgenden Diplomarbeit und dessen Untersuchung genau eingegangen.

INHALTSVERZEICHNIS:

Einleitung	5
Wissenschaftliche Grundlagen	7
1.1 Definitionen	7
1.1.1 Exzessives Schreien	7
1.1.2 Regulationsstörungen der frühen Kindheit	8
1.1.3 Selbstregulation	10
1.1.4 Schreibaby – Nicht Schreibaby	11
1.2 Temperament	11
1.2.1 Goodness of fit model	14
1.3 Theorien über das exzessive Schreien	15
1.3.1 Unterschiedliche Denktraditionen	15
1.3.2 Die Theorie des „3-Monat-Kollik-Babys“	16
1.3.3 Stillen im Zusammenhang mit exzessivem Schreien	17
1.3.4 Die Theorie der Überreizung	18
1.3.5 Die Rolle des Rhythmus im Leben eines Schreibabys	19
1.3.6 Die Bedeutsamkeit einer intakten vorsprachlichen Kommunikation	20
1.3.7 Der „Teufelskreis“	21
1.3.8 Weitere, mit exzessivem Schreien einhergehende, Störungen und Folgen	22
1.3.9 Pränatale Stressbelastung und weitere Umwelteinflüsse als Ursache des exzessiven Schreiens	22
1.4 Der Verlauf des Säuglingsschreiens im ersten Lebensjahr	24
1.5 Nicht belegte und widersprüchliche Theorien über das exzessive Schreien bei Säuglingen	25
1.6 Das Befinden der Mütter	25
1.7 Handlungen, die exzessives Schreien entgegenwirken	27
1.7.1 Die Craniosacrale Therapie	29
1.7.2 Simulation der vorgeburtliche Situation	29
1.7.3 Die Technik der 5 „S“	30
1.7.4 Sprechstunde für Schreibabys – Schreiambulanzen	31

1.8	Auswirkungen von exzessiven Schreien im Säuglingsalter auf die spätere Entwicklung	34
	Zielsetzung und fragestellung	36
	Methoden	37
1.9	Verwendete statistische Verfahren	37
1.10	Stichprobenbeschreibung	40
1.11	Datenerhebung	40
1.12	Messverfahren und Untersuchungsinstrumente	41
1.12.1	Elternschaftsfragebogen von Nickel, Grant und Vetter (1990)	41
1.12.2	Temperamentsfragebogen (adaptiert, nach Thomas & Chess (1977) aus dem FIL-Projekt, Rollett & Werneck, 2001)	45
1.12.3	Allgemeiner Elternfragebogen (Verena Riske 2004)	45
	Resultate	47
1.13	Elternfragebogen	47
1.13.1	Familiäre Daten	47
1.13.2	Allgemeines zum Kind	51
1.13.3	Fragen zur Schwangerschaft und Geburt	72
1.13.4	Fragen zum Schreiverhalten des Kindes	99
1.13.5	Fragen zum Umfeld	133
1.13.6	Offene Fragen	136
1.14	Elternschaftsfragebogen von Nickel, Grant und Vetter (1990)	140
1.15	Temperamentsfragebogen	147
	Diskussion	154
	Zusammenfassung	158
	Literaturverzeichnis	161
	Tabellenverzeichnis	164
	Anhang	175

1.16	Elternschaftsfragebogen von Nickel, Grant und Vetter (1990)	175
1.17	Temperamentsfragebogen (adaptiert, nach Thomas & Chess (1977) aus dem FIL-Projekt, Rollett & Werneck)	182
1.18	Allgemeiner Elternfragebogen (Verena Riske 2004)	186
1.19	Schreiambulanzen in Österreich:	199
1.20	Tabellen	200
1.21	Lebenslauf Verena Riske	212

EINLEITUNG

Diese Arbeit untersucht die Unterschiede zwischen exzessiv schreienden Säuglingen und Säuglingen mit normalem Schreiverhalten.

Die Untersuchung fand bei 21 Schreibabys und 21 Säuglingen mit normalem Schreiverhalten in Österreich statt. Zum größten Teil lebten die untersuchten Babys und deren Familien in Wien, manche auch in Oberösterreich, Niederösterreich und einige in der Steiermark. Im Alter von 3-6 Monaten wurden den Müttern der Babys drei Fragebögen ausgehändigt. Der Elternschaftsfragebogen von Nickel, Grant und Vetter (1990) gibt Aufschluss über die elterlichen Rollen- und Erziehungsansichten. Der nach Thomas&Chess (1980) adaptierte Fragebogen wurde bereits im FIL-Projekt (Rollett & Werneck, 1993-2007) zur Erfassung des Temperaments verwendet.

Weiter wurde noch ein umfassender allgemeiner Fragebogen mit den Subkategorien familiäre Daten, Allgemeines zum Kind, Fragen zur Schwangerschaft und Geburt, Fragen zum Schreiverhalten des Kindes und Fragen zum Umfeld verwendet.

Aufgrund der Schwierigkeiten, Schreibabys im Alter zwischen 3-6 Monaten zu finden, fand die Beantwortung der Fragebögen im relativ langem Zeitraum von September 2004 bis Dezember 2006 statt. Gleichzeitig wurde versucht, eine vergleichbare Kontrollgruppe von Babys mit normalem Schreiverhalten zu finden, deren Müttern ebenfalls inhaltlich gleiche Fragebögen vorgelegt wurden.

Ziel war es, Unterschiede in den zwei Gruppen zu finden, von denen die Ursachen für das exzessive Schreien der klinischen Gruppe herausgefiltert werden kann.

In einer Vielzahl von Untersuchungen konnte ein Zusammenhang von Temperamentstyp und exzessivem Schreien nachgewiesen werden.

Unter anderem fand Barr (1989) einen Unterschied im Schreiverhalten in den Temperamentstypen. So wiesen der Großteil der exzessiv schreienden Babys in seiner Untersuchung ebenso ein schwieriges Temperament auf. In der Vergleichsgruppe der Babys mit normalem Schreiverhalten wurde dieser Temperamentstyp nicht beschrieben.

Demnach wurde auch in der Untersuchung dieser Diplomarbeit von einem Zusammenhang von schwierigem Temperament und exzessivem Schreien ausgegangen.

Ein weiterer Interessenspunkt war die Ernährung des Kindes. In der Literatur sind sehr kontroverse Ergebnisse zu diesem Thema zu finden. Beispielsweise berichtet Schiess (2004) von keinem Zusammenhang zwischen Stillen und exzessivem Schreien. In einer Vielzahl anderer Untersuchungen (Lucas & St. James-Roberts, 1998; Lee, 2000; Barr, 1989) zeigte sich dagegen dieser Zusammenhang sehr deutlich.

Dass jedoch das Schreien grundsätzlich ein lebensnotwendiges Verhalten ist, konnte in einer Studie in Afrika gezeigt werden. So haben fast alle Säuglinge mit vermehrtem Schreiverhalten bei einem zweiten Untersuchungszeitpunkt noch gelebt, viele der ruhigen Babys sind jedoch in der Zeit zwischen erstem und zweitem Untersuchungszeitpunkt verstorben, da sie meist zu wenig Nahrung oder Flüssigkeit bekamen. Durch exzessives Schreien erreichen die Säuglinge mehr Aufmerksamkeit, was in extremen Fällen sogar über Leben und Tod des Babys entscheidet.

Belege, dass in traditionellen Gesellschaften aber weitaus weniger geschrien wird konnte zum Beispiel Schön (1989) liefern. Auch Lee (1994) berichtet von keinem einzigen Fall von exzessivem Schreien in Korea, in westlichen Ländern jedoch scheint das exzessive Schreien weitaus häufiger vorzukommen. Ist das exzessive Schreien im Westen somit auf den mangelnden Körperkontakt, der hingegen den Säuglingen in traditionellen Gesellschaften übermäßig geboten wird, zurückzuführen? (Keller, 1997, S.722)

Zweifelloos stellt das Säuglingsschreien sehr hohe Ansprüche an die Eltern, vor allem, wenn das Schreien exzessiv und unstillbar scheint. Gerade in den westlichen Ländern führt die verzweifelte Suche nach Hilfe mit dem exzessiv schreienden Kind zu einer Vielzahl von Wegen zu Therapien, Ärzten, Ambulanzen und vieles mehr.

Die Ansichten von Experten über effektive Hilfen variieren zum Teil sehr stark. So berichten Hunziker und Barr (1986) beispielsweise von großen Erfolgen durch vermehrtes Tragen des Kindes. In Schreiambulanzen wie etwa der Münchner Forschungs- und Beratungsstelle wird diagnostisches sowie therapeutisches Angebot für betroffene Familien angeboten (Oerter, 1999, S.149).

WISSENSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN

1.1 Definitionen

1.1.1 Exzessives Schreien

Die Sozialpädiatrie (Carey, 1998; Straßburg, 1990) entwickelte ein Klassifikationssystem mit vier Stufen, die einen guten Gesamtüberblick über die verschiedenen Schreiarten des Säuglings geben:

1, das primär physiologische Schreien

Ursache dieses Schreien sind Faktoren wie Hunger, Durst, Lärm etc.

2, das primär pathologische Schreien

Grund hierfür sind Chromosomenanomalien

3, das sekundäre (exzessive) Schreien

Ursachen sind Schmerzen bei Erkrankungen wie Mittelohrentzündung, Angina etc.

4, das primär exzessive Schreien / chronische Unruhe

Die Genese hierfür ist bislang ungeklärt. Ursachen wie Interaktionsstörung zwischen Bezugsperson und Säugling, erhöhte Irritabilität des Säuglings, gastrointestinale Störungen, und eine Vielzahl anderer Faktoren werden vermutet (Keller, 1997, S.719-721). Thema dieser Diplomarbeit ist alleinig die vierte Stufe dieses Klassifikationssystems, daher das primär exzessive Schreien.

Definition eines „Schreibabys“ nach Wessel und Mitarbeiter (1954):

Schreien und Quengeln für mehr als 3 Stunden am Tag, für mehr als 3 Tage pro Woche, über die letzten 3 Wochen. Diese Dreierregel trifft auf jedes fünfte bis zehnte Kind zu. Wessel beschreibt weiter, dass die vermehrte Schrei- und Unruhedauer typischerweise um den 7. bis 10. Lebenstag beginnt und meist in den Abendstunden auftritt. In der Literatur wird dieses erstmalige exzessive Schreiens in der zweiten Lebenswoche des Säuglings mehrfach genannt (Esser, 2002, S. 87). Wie Wessel bereits 1954 berichtet, weisen auch Hewson, Oberklaid & Menahem 1987 auf einem Startzeitpunkt des exzessiven Schreiens in der zweiten Lebenswoche hin. Ein Maximum der Schreidauer ist mit 6 Wochen erreicht und nimmt bis zum 3. Lebensjahr kontinuierlich wieder ab. Dieser Verlauf ist für „normale“ Säuglinge und

gesunde Frühgeborene ebenso charakteristisch wie für Schreibabys. Natürlich ist die Schreidauer in den ersten zwei Gruppen erheblich geringer als bei exzessiv schreienden Säuglingen. (Keller, 1997, S.727)

Prospektiv epidemiologische Studien identifizieren 20 bis 25% der Babys im Alter von sechs Wochen als „exzessive Schreibabys“. Zur Diagnostik wurden hier Elternbefragungen und Beobachtungsprotokolle verwendet. (St. James-Robert & Hallil, 1991; Petermann, Niebank & Scheithauer, 2000, S.202).

Esser (2002) beschreibt die Wachphasen von Schreibabys wie folgt:

Die Wachphasen sind durch chronische motorische Unruhe, Schreckhaftigkeit, Irritierbarkeit, häufiges Quengeln, Schreien und die Ablehnung von horizontaler Lagerung in Rücken- oder Bauchlage gekennzeichnet. Ruhig-aufmerksame Wachphasen sind selten und kurz, eher reagieren die Kinder auf eine angebotene Stimulation mit heftiger Erregung (Hyperreaktivität), sind rasch überreizt, halten sich aber mit Hilfe eines ständigen Wechsels von Reizen und intensiven vestibulären Reizen (Herumtragen, Schaukeln, Hüpfen) eine Zeit lang in Balance. (S.86)

Papousek und von Hofacker (1995, 1998, zitiert nach Esser, 2002, S.86) bezeichnen das Hauptproblem dieser Kinder in ihrer Unfähigkeit, abschalten und sich selbst beruhigen zu können.

Laut Carey (1989) ist ein Zusammenwirken von intrinsischen Faktoren beim Baby (Hypertonie, schwieriges Temperament, geringe sensorische Reizschwelle) und extrinsischen Faktoren (Ängstlichkeit der Mutter, unangemessene Handlung von Mutter und Vater) Ursache für das exzessive Schreien des Kindes. Auch Papousek (zitiert nach Keller, 1997, S.738) beschreibt ein sehr komplexes Modell bezüglich dieses Zusammenwirkens.

1.1.2 Regulationsstörungen der frühen Kindheit

Exzessives Schreien zählt, wie auch Schlaf- und Fütterstörungen, chronische Unruhe, Trennungsangst und Trotzanfälle zu den Regulationsstörungen der frühen Kindheit.

In den meisten Fällen tritt nicht nur eine Regulationsstörung alleine auf, mehrere Störungsbilder sind gleichzeitig oder nacheinander zu finden. Alle Formen von Regulationsstörungen sind Extremausprägungen von normalem Verhalten. Jedes dieser Störungsbilder stellt erhebliche Ansprüche an die Eltern und kann die Eltern-

Kind-Beziehung belasten und gefährden. Eine wichtige Rolle spielt bei diesen Störungsbildern das Temperament. In den meisten Fällen weisen exzessiv schreiende Kinder ein schwieriges Temperament auf (siehe Kap.2.2), das ohnehin bereits besondere Anforderungen an die primären Beziehungspersonen stellt. Sehr häufig lassen sich Komplikationen in der vorsprachlichen Kommunikation bei diesen Störungsbildern entdecken (siehe dazu Kap. 2.3.6.). Die Ursache all dieser Störungsbilder lässt sich nie eindeutig festsetzen. Es kann weder einer strikt pädiatrischen Ursache, Temperamentsmerkmalen oder Wahrnehmungsstörungen des Kindes, noch dem Versagen der Mutter oder anderer Umwelteinflüsse eindeutig zugeschrieben werden.

Allerdings wird das Zusammenspiel von multiplen, organischen und psychosozialen Risikofaktoren von Seiten des Kindes, wie auch von Seiten der Eltern als Ursache von Regulationsstörungen angesehen (Oerter, 1999, S.162, 167).

Mehrere Studien (z.B.: Wolke, 1995 & Papousek, 2004 in Papousek, Schieche, & Wurmser, 2004, S.60) weisen darauf hin, dass Regulationsstörungen in den meisten Fällen nicht die einzige Ursache sind, sondern meist mehrere Störungsbilder gemeinsam vorhanden sind. Der Großteil der als exzessiv schreiende Säuglinge vorgestellten Kinder (96,3 Prozent) in der Untersuchung von Papousek wiesen im Alter von 0-3 Monaten auch Probleme der Schlaf-Wach-Regulation auf.

Auch zwischen 4 und 6 Monaten wiesen 90,7 Prozent der exzessiv schreienden Säuglinge Schlafprobleme auf. 41,2 Prozent wiesen auch im ersten Lebensjahr zusätzlich Fütterungsstörungen auf, bei 13,2 Prozent war das exzessive Schreien mit dysphorischer Unruhe kombiniert.

In einer weiteren Untersuchung mit von Kies und Kalies (2006) konnte ein Zusammenhang zwischen Fütterungsstörungen und Schlafstörungen mit exzessiv schreienden Säuglingen festgestellt werden. Allerdings zeigte sich in dieser Untersuchung ein derartiger Zusammenhang lediglich bei Babys, bei denen das exzessive Schreien länger als 3 Monate andauerte. Von der Gesamtstichprobe von 1865 Babys wurden 16,3% als exzessiv schreiend beurteilt. Aus dieser Gruppe wiesen 19,1% auch Fütterungsstörungen und 12,8% Schlafstörungen zusätzlich zum exzessiven Schreien auf (von Kies, Kalies, & Papousek, 2006).

Von Hofacker und Papousek (1998) konnten ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und sehr irritierbaren Babys feststellen. So wurden mehr als zwei Drittel der Kinder, die mit Schlafstörungen im 2. Lebenshalbjahr vorgestellt

wurden, rückwirkend von ihren Eltern als irritierbare Babys beschrieben (Petermann et al. 2000, S.209).

Die Verfestigung von Schlafstörungen bei Schreibabys führen Petermann et al. (2000) auf eine „Wechselwirkung aus mangelndem Einüben der Selbstregulationsfähigkeit des Kindes und Fehlschlägen von elterlichen Unterstützungsversuchen“ (S.209) zurück.

Malinowski & Böhm (1994) fanden ebenso einen Zusammenhang zwischen starkem Schreien und längeren Schlafunterbrechungen in der Nacht. Hurry, Bowyer & St. James.Roberts wiesen bereits 1991 auf eine Kombination von verringerter Schlafdauer am Tag und exzessivem Schreien hin.

Petermann et al. (2000) unterscheiden zwischen primären und sekundären Vulnerabilitätsfaktoren. Während erstere angeboren und eher unverändert sind, können letztere eher verändert werden, da sie erworben sind. Je nachdem, wann die Faktoren auftreten, wird zwischen pränatal, dazu zählen unter anderem das Alter der Mutter, Substanzmissbrauch oder Belastungen, perinatal oder sofort nach der Geburt (postnatal), hierzu werden Geburtskomplikationen, Geburtsgewicht etc. gezählt und als drittes Faktoren in der Folgezeit, wie zum Beispiel Gesundheitszustand im ersten Lebensjahr unterschieden (Papousek, M et al. 2004, S.62).

1.1.3 Selbstregulation

Bertalanffy (1968) beschreibt Selbstregulation folgendermaßen: „Selbstregulation in lebenden Organismen beinhaltet die selbstgesteuerte Verhaltensregulation im Kontext der Anpassung an und Auseinandersetzung mit der belebten und unbelebten Umwelt, unter Aufrechterhaltung eines psychophysischen Gleichgewichts.“ (Papousek, M. et al. , 2004, S.80) .

Wie jeder lebende Organismus weist auch der menschliche Säugling dynamische Systeme auf, die ihm helfen, sich mit der belebten und der unbelebten Umwelt aktiv auseinander zu setzen und sich, wenn nötig, erfolgreich anzupassen.

Brazelton (1984, zitiert nach Oerter, 1999) meint dazu:

Eine erfolgreiche Selbstorganisation zeigt sich beim Neugeborenen z.B. im Erreichen und Aufrechterhalten eines ruhig-aufmerksamen Wachzustandes, in einer ausgewogenen, kindlichen Anregbarkeit mit visueller Orientierung und gezielter Aufmerksamkeit und, bei Übermüdung, im „Abschalten“,

selbstberuhigendem Saugen an den Händchen und problemloser Übergang in den Schlaf. (S.152)

Bereits bei Neugeborenen kann es Unterschiede in den angeborenen Fähigkeiten zur Selbstregulation geben. Wenn ein Gleichgewicht zwischen aktivierenden und inhibitorischen Prozessen nicht möglich ist, kommt es zu einer Abweichung. Diese äußert sich, laut Papousek & Papousek (1979, zitiert nach Oerter, 1999) in vielen Fällen als unstillbares Schreien, „wenig später in motorischer und vegetativer Hyperreaktivität, Zustand der Überreiztheit, Einschlafproblemen und unruhigem Schlaf, und in der weiteren Entwicklung in geringer Aufmerksamkeitsspanne, motorischer Umtriebigkeit, geringer Frustrationstoleranz, Impulsivität, Trotzanfälle oder aggressivem Verhalten.“ (S.153)

Unreife oder ein schwieriges Temperament des Kindes können, wie auch andere Risikofaktoren, die Selbstregulation des Kindes beeinflussen. Da auch die komplementären elterlichen Fähigkeiten zu einer Selbstregulation des Säuglings von großer Bedeutung sind, sind im Falle eines schwierigen Temperaments oder großer Unruhe des Kindes, die Kompetenzen der Eltern besonders gefordert (siehe Kap. 2.2.).

1.1.4 Schreibaby – Nicht Schreibaby

In der Untersuchung dieser Diplomarbeit wurde eine Versuchsgruppe (VG), die aus 21 exzessiv schreienden Babys (SB) besteht, sowie einer Kontrollgruppe (KG), die aus 21 „normalen“, nicht exzessiv schreienden Säuglingen (NSB) besteht, verwendet.

Im Folgenden werden die Bezeichnungen SB für exzessiv schreiendes Baby, NSB für nicht exzessiv schreiendes Baby, sowie VG für Versuchsgruppe und KG für Kontrollgruppe verwendet.

1.2 Temperament

In verschiedenen Temperamentstheorien wird Temperament als „angeborene, biologisch determinierte Verhaltensdispositionen, die individuellen Persönlichkeitsmerkmalen zugrunde liegen und weitgehend stabil sind,“ definiert.

Temperament als Risikofaktor für die frühe psychosoziale Entwicklung wird erst seit kurzem intensiver erforscht.

Temperament ist der Ausdruck für individuelle Besonderheiten in emotionalen und formalen Aspekten des Verhaltens (unter Ausschluss von Intelligenz und Pathologie), die schon sehr früh in der Entwicklung zu beobachten sind, eine relativ hohe zeitliche Stabilität und eine enge Beziehung zu physikalischen Mechanismen aufweisen.

Rothbart & Bates (1998, zitiert nach Oerta & Montada, 2002) verstehen unter Temperament „konstitutionell verankerte Wurzeln von emotionalen, motorischen und aufmerksamkeitsbezogenen Reaktionen und der Selbstregulierung“ (S.188). Sie beschreiben die heute akzeptierten Temperamenteigenschaften des Kindes folgendermaßen:

Tabelle 1: Temperamentsmerkmale im frühen Kindesalter (nach Wiesenbaker & Huttunen, 1994; Rothbart & Bates, 1998)

Schüchternheit/Gehemmtheit:	Langsames oder gehemmtes Annäherungsverhalten in neuen oder ungewissen Situationen.
Negative Emotionalität/ Stimmungslage:	Disposition zum häufigen Ausdruck negativer Affekte wie Furcht, Ärger und allgemeinem Unwohlsein
Aktivität/Intensität:	Niveau grobmotor. Aktivität einschließlich Ausmaß von Bewegung und Energieniveau von Reaktionen
Aufmerksamkeit/Ausdauer	Grad, in welchem äußere Reize auf die Richtung des Verhaltens Einfluss nehmen oder es verändern können bzw. Ausmaß zu dem eine Tätigkeit trotz vorhandener Hindernisse weitergeführt wird.
Anpassungsfähigkeit:	Fähigkeit, sich an Veränderungen in eingefahrenen Gewohnheiten anzupassen oder sich in neuen Situationen zurechtzufinden.
Regelmäßigkeit biologischer Funktionen:	Regelmäßigkeit bzw. Vorhersagbarkeit des Auftretens biologischer Funktionen, wie der Schlaf- Wach-Rhythmus, Hunger oder Stuhlgang.
Sensorische Reizschwelle:	Die Stärke eines Reizes, die nötig ist, um auf sensorischer Ebene eine wahrnehmbare Reaktion hervorzurufen, unabhängig von der Form, die diese Reaktion annimmt.

Thomas und Chess (1977) zeigten anhand von Untersuchungen, dass es drei wichtige Temperamentsfaktoren gibt: Der positive Affekt und die Annäherung, der negative Affekt und das aktive Bemühen um Kontrolle (effortful control).

Sie beschreiben in ihrer New Yorker Längsschnittsstudie demzufolge drei Temperamentstypen:

Kinder mit schwierigem, langsam auftauendem und pflegeleichtem Temperament. Als vierter Temperamentstyp wurde die unauffällige Normalgruppe bezeichnet.

Schwieriges Temperament:

Unregelmäßige biologische Funktionen, Vermeidungsreaktionen hinsichtlich neuer Menschen und Situationen, langsames Anpassungsvermögen an Veränderungen, hohe Erregungsintensität und eine vorwiegend negative Stimmungslage. 10% der Kinder der NYLS-Untersuchung konnten diesem Typus zugeordnet werden.

Langsam auftauendes Temperament:

Vermeidungsverhalten bei neuen Menschen und Situationen, gemächliche Anpassung an Veränderungen, Reaktionen gemäßiger und weniger heftig, Aktivität niedriger als beim schwierigen Temperament. 15% der Kinder der NYLS-Untersuchung entsprachen diesem Typus.

Einfaches Temperament:

Regelmäßige biologische Funktionen, Annäherungsreaktionen gegenüber neuer Menschen und Situationen, gutes Anpassungsvermögen an Veränderungen, gemäßigte, vorwiegend positive Stimmungslage. 40% der Kinder der NYLS-Untersuchung gehören zu diesem Typus (Berk, L., 2005, S.244-246).

Auch heute geht man tendentiell von 3 unterschiedlichen Temperamentstypen aus. Es werden impulsiv - unbeherrschte (undercontrolled), gehemmt - überkontrollierte (overcontrolled) und ich - starke Kinder unterschieden.

Kinder mit impulsiv-unbeherrschtem Temperament werden als „hochaktiv, impulsiv“ beschrieben, sie „zeigen eine geringe Frustrationstoleranz und neigen zu starkem Widerstand gegenüber Kontrollversuchen anderer“.

Genau gegenteilige Eigenschaften, nämlich Gehemmtheit und Ängstlichkeit, weisen overcontrolled Kinder auf.

Vor allem extravertiert und belastbar scheinen ich - starke Kinder zu sein. Der Anteil der Kinder, die dieses Temperament aufweisen beträgt laut Robins, Johns und Caspi (1998) etwa 40%. Etwa je 10-15% aller Kinder werden als under- oder overcontrolled beschrieben (Petermann et al., 2000, S.261).

Eine Untersuchung von Barr. (1989) ergab einen Zusammenhang zwischen exzessivem Schreien und einem schwierigen Temperament. So wiesen aus einer Gesamtstichprobe von 374 Babys die meisten der exzessiv schreienden Kinder ein schwierigeres Temperament auf. Aus der Vergleichsgruppe der nicht Schreibabys wurde kein Kind mit schwierigem Temperament beschrieben.

Lehtonen, Korhonen und Korvenranta (1994) zeigten an einer Studie an 59 Schreibabys und 58 Babys einer Kontrollgruppe zeigen, dass das schwierige Temperament der Schreibabys lediglich von der Mutter/den Eltern empfunden wird. Anhand des Toddler Temperament Scale konnten keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gefunden werden. Die Mütter von exzessiv schreienden Säuglingen beschreiben ihre Kinder mit 3 Monaten als angespannter in ihren Reaktionen, weniger ausdauernd, unruhiger und mit einer negativen Stimmungslage als Mütter der Kontrollgruppe. Auch bezüglich der Schlafgewohnheiten konnten Lehtonen et al. keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen feststellen.

1.2.1 Goodness of fit model

Dieses Modell besagt, dass ein schwieriges Temperament lediglich dann negative Auswirkungen zeigt, wenn das Kind von einem schwierigen, bzw. negative beeinflussenden Umfeld umgeben ist. Als Beispiel für negative Umgebungsbedingungen wird Stress in der Partnerschaft der Eltern genannt (Stifter, 2005, S.1-4).

Die Entwicklungsprognose, wie auch die Stabilität der Temperamenteigenschaften sind laut Thomas & Chess einerseits von den Temperamenteigenschaften des Kindes, andererseits aber auch von der Belastbarkeit, den Erwartungen und Bewertungen, sowie dem eigenen Temperament der primären Bezugspersonen abhängig (Oerter, 1999, S. 158).

Auch Robins et al. (1998) gehen davon aus, dass drei Temperamentstypen zu unterscheiden sind: impulsiv-unbeherrschte (undercontrolled), gehemmt-überkontrollierte (overcontrolled) und ich-starke Kinder.

Kagan (1997) unterscheidet Kinder mit hoher und mit niedriger Reaktionsempfindlichkeit. Kinder der ersten Gruppe reagieren auf neue oder diskrepante Reize wachsam oder zum Teil mit Furcht, Kinder mit niedriger Reaktionsempfindlichkeit sind auf neue Reize eher neugierig und wenden sich deren

zu. 1997 führte Kagan eine Studie an 462 Kindern durch. 20 Prozent der viermonatigen Babys stellten sich als hoch reaktive Säuglinge heraus, 40 Prozent als niedrig reaktiv (Oerta & Montada, 2002, S. 188).

Laut Stifter (2005) haben Kinder mit schwierigem Temperament in unterschiedlichen Charakteristiken extreme Ausprägungen, vor allem sind sie sehr schwierig zu beruhigen und fallen aufgrund dauernden Schreiens und ständiger Unruhe auf. Obwohl Temperament sich verändern kann, wird es im Laufe des Lebens als relativ stabil angesehen. Stifter weist auch auf den erblichen Faktor des Temperaments hin. Weiter unterscheidet sie zwischen „Kolikschreien“, das sich durch sehr intensives Schreien auszeichnet und einem häufigem sich Aufregen, was typisch für Babys mit einem schwierigen Temperament zu sein scheint. Die in letzterem Fall ständig auftretenden negative Ergebnisse sind besonders für die Eltern sehr belastend. Da das Temperament, wie erwähnt, relativ stabil ist, scheint das exzessivem Schreien, das auf ein schwieriges Temperament zurückzuführen ist, längerfristig größere Probleme zu verursachen als das „Kolikschreien“.

1.3 Theorien über das exzessive Schreien

1.3.1 Unterschiedliche Denktraditionen

Mütter von exzessiv schreienden Säuglingen suchen verzweifelt nach einer Erklärung, einer Ursache für das unstillbare Schreien des doch gesunden Kindes.

Eine Vielzahl von Theorien über dieses „Phänomen“ existieren und es werden im Volksmund die verschiedensten Ursachen behauptet.

Von „nur Buben wären Schreibabys“ über „eine Laktoseallergie sei die Ursache“, „das wächst sich schon raus, das ist normal“ oder „ausschließlich gestillte Kinder würde dieser Gruppe von Babys angehören“ bis hin zu „Stress oder auch zu viel Aktivität in der Schwangerschaft führe zu einem exzessiv schreienden Baby“ sind einige Theorien die in unserer Gesellschaft sehr verbreitet sind.

Fakt ist, dass normale Beruhigungsmethoden bei exzessiven Schreien keinerlei Wirkung zeigen und in den meisten Fällen kann auch keine organische Ursache für dieses exzessive Schreien gefunden werden. Da Kinderärzte, Medikamente und Beruhigungsversuche meist keine (positive) Wirkung zeigen, steigert sich das Schreien während des Tages und erreicht in den Abendstunden seinen Höhepunkt.

Da sich der Säugling durch nichts beruhigen lässt und auch nicht in der Lage ist, sich selbst zu beruhigen kommt es zu einer Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus. Der Großteil der exzessiv schreienden Säuglingen weist tagsüber ein Defizit an Schlaf auf, meist wird nur mehrmals in kurzen Phasen geschlafen. Erst in der Nacht ist ein etwas ruhigerer Nachtschlaf möglich (Papousek, M., 2005, S.208-10) (vgl. Kap. 2.3.4.).

1.3.2 Die Theorie des „3-Monat-Kolik-Babys“

Die Ergebnisse vieler Forschungsarbeiten sprechen gegen eine Theorie von Koliken. In weniger als 5% der Fälle von exzessiv schreienden Babys finden sich organische Ursachen, wie Milchunverträglichkeit, die zum vermehrten Schreien beitragen können (Barr, 1998; Petermann et al., 2000; Hiscock & Jordan, 2004).

Trotzdem wird das exzessive Schreien des Säuglings von Kinderärzten gern fälschlicherweise als Blähungen, Milchunverträglichkeit oder Nahrungsmittelallergie diagnostiziert (Hiscock & Jordan, 2004).

Dass Verdauungsprobleme die Ursache für exzessives Schreien sind, wie oftmals vermutet wird, widerlegen radiologische Untersuchungen des Darmgasinhaltes. Schreikinder zeigten diesbezüglich keinen Unterschied zu nicht exzessiv schreienden Kindern vor den Schreiperioden. Nachher allerdings sind Blähungen bei Schreikindern vermehrt aufgrund des Luftschluckens während des Schreiens. Blähungen sind demzufolge nicht die Ursache, sondern die Folge des exzessiven Schreiens (Lepold, 2002).

Auch Lehtonen (1994) beschreibt, dass maximal 10% der Schreikinder tatsächlich eine somatische Störung im Magen-Darm-Trakt aufweisen.

Wichtig ist jedoch trotz allem eine organische Abklärung (auf Milchunverträglichkeit, starkem Gastroösophagealen Reflux (GÖR), eingeklemmter Bruch, oder andere schmerzhaftes Erkrankungen).

Schiess et al. (2004) untersuchten die Ernährung des Säuglings in den ersten drei Monaten. Ihm zufolge scheint die Ernährung in diesem Altersabschnitt keinen Einfluss auf das Kolikvorkommen zu haben. Es wurde die Prävalenz von Koliken (nach Wessel) bei Kindern, die zu 90% gestillt wurden und bei Kindern, die zu 100% mit Flaschennahrung ernährt wurden, untersucht. Im ersten Lebensmonat war die Kolikprävalenz bei 12,1% der Muttermilchkinder (MM) und bei 12,0% der

Flaschenkinder (FM), im zweiten Monat 4,7% bei MM und 12,5% bei FM. Im letzten Untersuchungsmonat, dem 3. Lebensmonat, wiesen 0% der MM und 4,3% der FM Koliken auf. Es ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ernährung in den ersten drei Monaten und dem Kolikvorkommen bei Babys. Allerdings konnten Babys mit Kolik und Babys ohne Kolik sehr deutlich aufgrund der Dauer der täglichen Schreiminuten unterschieden werden.

1.3.3 Stillen im Zusammenhang mit exzessivem Schreien

Andere Ergebnisse als Schiess et al. (2004; siehe Kap.2.3.2.) erzielten hingegen Lucas und St. James-Roberts (1998). Sie konnten in ihrer Untersuchung mit 97 gestillten Kindern und Flaschenkinder (breast oder formula fed babies) zeigen, dass gestillte Kinder 40 Minuten mehr am Tag schreien, als Kinder der Vergleichsgruppe. 31% der Babys, die gesäugt werden, schreien mehr als 3 Stunden täglich. Aus der Gruppe der Flaschenkinder sind dies lediglich 12%. Ein weiterer Unterschied zeigte sich auch im Schlafverhalten; so schlafen gestillte Kinder im Alter von 6 Wochen durchschnittlich 80 Minuten am Tag weniger als Kinder der Vergleichsgruppe.

Auch Lee (2000) stellte einen Unterschied im Schreiverhalten von gestillten Babys und nicht gestillten Babys fest. Aus seiner Gesamtstichprobe von 188 gestillten und nicht gestillten Babys zeigte sich bei mit Muttermilch gefütterten Babys ein abendliches Schreimuster und ein Schreigipfel um die 7. Woche. In der Vergleichsgruppe konnte derartige Muster nicht oder kaum festgestellt werden.

Eine weitere Untersuchung von Barr et al. (1989) verdeutlicht erneut einen Zusammenhang zwischen Stillen und exzessivem Schreien. Aus einer Gesamtstichprobe von 374 Babys wiesen die gestillten Babys wesentlich mehr exzessive Schreiphasen auf als Flaschenkinder.

Angeführt sei auch noch das Ergebnis, das Haug-Schnabel (1993) bei seiner Untersuchung entdeckte: In seiner Stichprobe folgten Schreiphasen häufiger als vom Zufall erwartet gleich oder kurz nach dem Stillen. Ein Zusammenhang zwischen dem exzessiven Schreien und dem Stillen wird demnach auch von Haug-Schnabel vermutet (Keller, 1997, S.726).

1.3.4 Die Theorie der Überreizung

Eine weitere Ursache des exzessiven Schreiens wird der Überreizung zugeschrieben. Eine Überreizung durch zuviel Licht oder Geräusche kann zu einem Sinnesschmerz führen, weil den Augen oder Ohren des Babys zuviel auf einmal zugemutet wurde. Dies führt dazu, dass das Baby schreit, ohne sich beruhigen zu lassen (Morris, 1995, S.88).

Margret Nussbaum (1998) erwähnt, dass sogar allein das Anknipsen des Lichtes bei Schreibabys lange Schreiattacken auslösen kann.

Papousek & von Hofacker (1998) beschreiben Schreibabys als hyperreagibel und oft unfähig, die Wahrnehmung von Außenreizen abschalten zu können. (Petermann et al., 2000, S.203).

Papousek führt die Überreizung auf Missverständnisse von aktivierenden und hemmenden Prozessen zurück. Für eine intakte Selbstregulation ist eine Balance zwischen Aktivierung und Hemmung unerlässlich. Beispiele dafür wären die Wachheit und Schläfrigkeit, Erregung und Beruhigung oder auch Zuwendung und Abwendung.

Durch ein ständiges Wechselspiel kann die Balance gehalten werden. Bei Dysregulation kommt es jedoch zu einer Überregtheit und Hemmung. Folge ist meist eine Fehlanpassung, die mit exzessivem Schreien, ängstlicher Abwehr, Schlafstörungen etc. einhergeht (Papousek et al., 2004, S82).

Da diese Babys meist tagsüber lediglich mehrere sehr kurze Schlafperioden haben, kommt es in den späten Nachmittags- bzw. Abendstunden zu übermäßiger Ermüdung, was wiederum zu vermehrtem Schreien führt. Es beginnt ein Kampf gegen das Einschlafen, das die Eltern noch mehr dazu verleitet, das schreiende Kind durch Schaukeln, Wiegen, Hüpfen und andere Reize maskierende Geräusche wie Fön, Staubsauger oder Auto zu beruhigen zu versuchen. Diese zusätzlichen Reize bewirken bei dem ohnehin bereits überreizten, schreienden Kind jedoch eine gegenteilige Wirkung und tragen dazu bei, dass das Kind nicht lernen kann, sich selbst zu beruhigen und ruhig einzuschlafen.

Fels (2004) erklärt diese Überreizung als Negativspirale. Unruhige Kinder werden öfter hochgenommen, um sie zu beruhigen. Es wird das Visualisieren beschleunigt, da diese Kinder mehr Reizen ausgesetzt sind, als Kinder, die den ganzen Tag im

Kinderwagen oder Bettchen liegen. Durch diese Ablenkung kann kurzzeitige Ruhe bei den exzessiv schreienden Säuglingen erzeugt werden. Immer wieder neue Reize sind jedoch nötig, um das Kind ruhig zu halten. Dies führt zu einer Überreizung des Kindes, was wiederum das Schreien unterstützt. Die anfangs kurzzeitige Ruhe führt zu einer lang anhaltenden Schreiphase, in der das Kind die Vielzahl an gesammelten Reizen verarbeitet. In den meisten Fällen findet diese Verarbeitung in den späten Nachmittags- und Abendstunden statt. Die Vielzahl an Eindrücken, die während des ganzen Tages gesammelt wurden, müssen nun verarbeitet werden.

1.3.5 Die Rolle des Rhythmus im Leben eines Schreibabys

Steiner (zitiert nach Dahlke & Ruediger, 2001) sagte: „Alles Leben sei Rhythmus – ein Neugeborenes kann ohne verlässliche Rhythmen nicht gut gedeihen.“ (S.505)

Damit spricht er einen weiteren wichtigen Punkt an. In mehreren Studien wurde bereits belegt, dass Rhythmus für Babys eine sehr wichtige Rolle darstellt.

Bowlby setzte einen ganz bestimmten Rhythmus fest, in dem ein Kind geschaukelt werden soll, um ruhig zu werden: nämlich 60 mal in einer Minute in senkrechter Auf- und Ab-Bewegung, was man am besten im Laufen oder im Stehen mit wippenden Knien realisieren kann. Sei es, dass Rhythmen in Form von Beruhigungs- oder Einschlafritualen vorhanden sind, oder durch Fahren im Kinderwagen, Schaukeln auf dem Arm oder im Auto erzeugt werden. In jeder Form wirkt sich Rhythmus auf das Schreien des Kindes positiv aus (Dahlke & Ruediger, 2001, S.505).

Hält eine Mutter ihr Kind in den Armen, beginnt sie intuitiv, sich zu bewegen. Im Alltag lässt sich dies laufend beobachten, wenn eine Mutter, die ihr Kind hält, sich sanft wiegt und das Kind leicht schaukelt.

Auch der rhythmische Tagesablauf gibt Babys eine gewisse Sicherheit im alltäglichen Ablauf. Gerade für Schreibabys scheinen tägliche Rhythmen von großer Bedeutung zu sein. Nussbaum ist der Ansicht, dass manche Babys einfach Zeit brauchen, um außerhalb der Gebärmutter den Rhythmus zu finden (Nussbaum, 1998, S.16). Für Schreibabys scheint es eine gewisse Sicherheit zu sein, wenn sie im Alltag einen immer wiederkehrenden Rhythmus vorfinden, an den sie sich orientieren können.

1.3.6 Die Bedeutsamkeit einer intakten vorsprachlichen Kommunikation

Besondere Aufmerksamkeit gilt auch der vorsprachlichen Kommunikation in der frühkindlichen Entwicklung. Eine Regulationsstörung wie exzessives Schreien stellt erhöhte Anforderungen an die intuitiv elterlichen Kompetenzen und kann zu Störungen der vorsprachlichen Kommunikation führen. Gerade wenn der unstillbar schreiende Säugling sich durch nichts beruhigen lässt, sich weder anschmiegt an die Mutter, noch trösten lässt, Blickkontakt vermeidet und permanent die Mutter fordert, ist es für die Mutter beinahe unmöglich auf die unverständlichen und zum Teil widersprüchlichen Signale des Babys richtig einzugehen.

Folgen wie chronischer Stress, Erschöpfung, Schlafdefizit, Hilflosigkeit, ohnmächtige Wut oder Depression scheinen für die Eltern unvermeidbar zu sein.

Papousek (1996) führte Interaktionsanalysen bei 46 exzessiv schreienden Säuglingen zwischen einem und sechs Monaten und einer Kontrollgruppe durch. Eine weitere Untersuchung dazu folgte von von Hofacker und Papousek (1998). Grundgedanke war, dass die intuitiven Kompetenzen zur Beziehungsgestaltung bei diesen Eltern gehemmt sind und daraus Probleme in der Eltern-Kind-Beziehung resultieren.

Die Ergebnisse konnten dies jedoch nicht bestätigen. Etwa gleich war der Anteil der Mütter in beiden Gruppen (etwa je 80%) bei denen die Ausprägung der intuitiven Kompetenzen gut bis optimal eingestuft wurde.

Die Mütter von Schreibabys besitzen demnach intuitiv die Kompetenz zur Beziehungsgestaltung in gleichem Maße wie Mütter mit normalen, nicht exzessiv schreienden Säuglingen. Allerdings misslingt bei Müttern mit exzessiv schreienden Kindern die Kommunikation, wenn diese versuchen, ihr schreiendes Baby zu beruhigen. (Petermann et al. 2000, S.203-205)

Papousek & Papousek (1987) weisen auch darauf hin, dass adaptive Regulationsprozesse lediglich durch komplementär angelegte Fähigkeiten auf Seiten des Säuglings, wie auch auf Seiten der Eltern, richtig gelenkt werden können. Eltern besitzen beispielsweise die Fähigkeit, ihr Verhalten (Kinetik, Mimik, Gestik, sowie die Stimme und die Sprache) an die jeweilige Wahrnehmungs- und Integrationsfähigkeiten ihres Kindes anzupassen. Durch Signale des Kindes erhalten Sie wiederum Antwort, ob ihr Verhalten angenommen werden konnte oder nicht.

Scheint es Probleme bei der Verständigung zu geben, ändern die Eltern das Verhalten und versuchen es so abzustimmen, dass es vom Säugling richtig und leicht verstanden werden kann.

1.3.7 Der „Teufelskreis“

Auch die Erregung, Nervosität oder Ungeduld der Eltern kann sich mittels Körpersprache auf das Baby übertragen und demnach zu exzessivem Schreien führen. Morris (1995) beschreibt diesen Vorgang wie folgt: „Wenn das Baby nicht aufhören will zu schreien werden die Eltern oft so nervös, dass sich ihre Spannung auf das Baby überträgt, wodurch alles nur noch schlimmer wird. So entsteht ein Teufelskreis, in dem die Eltern fürchterlich leiden und die Babys unaufhörlich Notsignale senden.“ (S.91)

Auch Papousek (2004) beschreibt diesen dysfunktionalen Teufelskreis:

„Da die Eltern mit einem exzessiv schreienden Säugling schwierigen und hohen Anforderungen ausgesetzt sind und wiederholt Misserfolge erleben, kann es zu einer Spirale negativer Gegenseitigkeit kommen – ein dysfunktionaler Teufelskreis.“

Papousek beschreibt die Situation, in der ein 3 Monate alter Junge mit frühkindlicher Regulationsstörung absolut keine Interaktionsbereitschaft im Zwiegespräch mit der Mutter zeigt. Die Mutter, innerlich angespannt und verletzt, wiederum bedrängt das Baby umso mehr mit Spielen und Anregungen, um es zu einem Blickkontakt zu verleiten. Der Säugling jedoch reagiert mit einer noch verstärkten Abschottung. In den Augen der Mutter scheint diese Reaktion des Kindes eine absichtliche Ablehnung, eine Art Folge ihres mütterlichen Versagens zu sein. Demzufolge ist es verständlich, warum die Mutter das Kind ohne Pause und mit raschem Wechsel zu stimulieren versucht, ohne dabei auf die Signale, die das Kind sendet, richtig einzugehen.

Die Reaktionsweise des Kindes, nämlich das Abschalten, das Hemmen der Interaktionsbereitschaft, zeigt, dass es sich vor dem Zuviel, das die Mutter dem Säugling bietet, zurückzieht. Diesen Teufelskreis konnte Prof. Dr. med. Papousek unterbrechen, indem sie die Mutter bat, ihr Kind für zwei Minuten zu ignorieren. Der Kleine zeigte daraufhin sofort durch u.a. anhaltende Blickzuwendung Interesse am Zwiegespräch mit der Mutter.

1.3.8 Weitere, mit exzessivem Schreien einhergehende, Störungen und Folgen

In der Literatur wird immer wieder der Zusammenhang zwischen exzessivem Schreien und anderen Regulationsstörungen, wie Schlaf- oder Fütterprobleme betont. Obwohl die Störungsbilder sehr unterschiedlich sind, zeigt sich das Profil der Belastungsfaktoren sehr ähnlich. In der Münchner Schreiambulanz wird demzufolge auch vermutet, dass die betroffenen Kinder aus ähnlichen Bevölkerungen stammen.

Wie in Kap. 2.1.2. bereits kurz erwähnt, weist unter anderem Wolke (1995) darauf hin, dass Regulationsstörungen in den meisten Fällen nicht als einzelne Störung isoliert aufzufinden sind, sondern meist mehrere Störungsbilder gemeinsam vorhanden sind (Papousek, 2004, S.60).

Eine Untersuchung von Papousek (2004; siehe Kap.2.1.2.) zeigt, dass beinahe alle exzessiv schreienden Kinder (96,3 Prozent) auch Probleme der Schlaf-Wach-Regulation aufweisen. Weiter ist diese Regulationsstörung sehr häufig mit dysphorischer Unruhe kombiniert.

Papousek (1996) konnte in einer Untersuchung mit exzessiv schreienden Säuglingen und deren Eltern weitere dysfunktionale Interaktionsmuster im Fütterkontext (34%) und im ruhigen Zwiegespräch zwischen Mutter und Kind (40%) feststellen.

Frodi (1985) weist auch auf eine eventuell mögliche Vernachlässigung oder Misshandlung bei exzessiv schreienden Säuglingen hin. Misshandlung oder Vernachlässigung können laut Frodi Ursache, Folge oder auch Verstärkungsfaktor des exzessiven Schreiens sein. (Esser, 2003).

Zusammenhänge zwischen exzessivem Schreien und Auffälligkeiten in der neurologischen Entwicklung konnte Papousek feststellen. 60,2 Prozent der klinischen Stichprobe zeigten derartige Auffälligkeiten (Papousek, 2004, S.69).

1.3.9 Pränatale Stressbelastung und weitere Umwelteinflüsse als Ursache des exzessiven Schreiens

Bereits 1941 weist Sontag darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen pränatalen psychischen Belastungen und dem Entstehen kindlicher Verhaltensprobleme gibt. Er führte diese Probleme auf die Irritabilität und Hyperreaktivität des autonomen Nervensystems zurück. Neuere Untersuchungen

(Hoegdall et al., 1991; Rautava, Helenius & Lehtonen, 1993; Rautava et al., 1995) belegen ebenso, dass pränatale Stressbelastung auf die spätere Schreibereitschaft Einfluss geben kann. Als derartige Belastungen werden unter anderem ein negativ bewerteter Schwangerschaftsverlauf, psychosomatische Beschwerden, Depressionen, Paarkonflikte etc. genannt.

Ein erhöhter Stresshormonspiegel der Mutter kann sich laut Field et al. negativ auf die Entwicklung des Kindes im Mutterlaib auswirken (Papousek, M. et al., 2004).

Hiscock und Jordan (2004) zeigten anhand einer Untersuchung mit 1204 Kindern, dass sich die Mutter-Kind-Beziehung, Ängste oder Depression der Mutter, grundsätzlicher Stress, schlechte Beziehungsqualität, unbefriedigte Sexualbeziehungen, Probleme in der Schwangerschaft und Komplikationen bei der Geburt auf das Schreien des Kindes auswirken kann. Exzessives Schreien ist demnach bei Kindern, die von oben genannten Belastungen beeinflusst wurden, häufiger als bei Kindern, die solchen Belastungen nicht ausgesetzt waren.

Studien von Hoegdall et al. (1991) beziehen sich in erster Linie auf mütterliche Faktoren, die ihnen zufolge Ursache von kindlichen Regulationsstörungen zu sein scheinen. Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Wochenbettdepressionen und der kindlichen Irritabilität, chronischer Unruhe und anderen auffälligen Verhaltensmerkmale festgestellt werden (Oerter 1999, S.161).

Eine Untersuchung von Papousek et al. zeigte, dass organische Risikofaktoren in der klinischen Gruppe um das zwei- bis vierfache erhöht waren als in der Vergleichsgruppe. Hier weist ein großer Teil der Mütter von Kindern mit einer Regulationsstörung vor allem schwere Hyperemesis (17,3 Prozent) und vorzeitige Wehen mit medikamentöser Behandlung (20,3 Prozent) auf. Insgesamt zeigte sich in dieser Untersuchung, dass Mütter, die eine Beratung in der Spezialambulanz aufsuchten, weitaus mehr organische sowie psychosoziale Belastungen in der Schwangerschaft aufwiesen als Mütter der Vergleichsgruppe, die keine Beratung aufsuchten (Papousek et al., 2004, S 63).

Konflikte zwischen den Eltern wirken sich in jeder Altersstufe negativ auf das Kind aus, dennoch scheint es gerade in der Gruppe der Kinder mit Regulationsstörungen einen erhöhten Zusammenhang mit Paarkonflikten zu geben. Jede zweite Mutter der klinischen Stichprobe in der Untersuchung von Papousek et al. berichtet von ausgeprägten Paarkonflikten. In knapp der Hälfte der Fälle nahmen die Paarkonflikte erst postnatal ihren Anfang. Papousek erklärt dies jedoch mit den postpartalen

Anpassungsleistungen sowie den erhöhten Belastungen durch die Regulationsstörung des Kindes (Papousek et al., 2004, S.69).

1.4 Der Verlauf des Säuglingsschreiens im ersten Lebensjahr

Die ersten Tage nach der Geburt scheinen exzessiv schreiende Säuglinge noch zur „Erholung“ zu brauchen. In dieser Zeit ist bei kaum einem gesundem Säugling exzessives Schreien an der Tagesordnung. Das Schreien wird jedoch kontinuierlich gesteigert und erreicht um die 6. Lebenswoche ihren ersten Schreigipfel. Dies ist bei normalen Babys ebenso zu beobachten, wie auch bei exzessiv schreienden Babys, bei denen das Schreien im Vergleich in Dauer und Intensität natürlich um vieles stärker ausgeprägt ist als bei normalen Babys.

Die meisten aller Schreibabys beginnen erst ab der 2. Lebenswoche exzessiv zu schreien. Selbst frühgeborene Schreibabys beginnen erst etwa zwei Wochen nach dem errechneten Geburtstermin mit den exzessiven Schreiphasen (Egli, 2003).

In einer Untersuchung von Papousek (2004) wurden noch weitere Gipfel um den 9., 12., 15. und 18. Lebensmonat festgestellt.

In dieser Untersuchung waren neben dem exzessivem Schreien bei 95,5 Prozent der als Schreibabys vorgestellten Kinder Probleme der Schlaf-Wach-Regulation vorhanden.

St. James-Roberts und Halil (1991) untersuchten die Schreiprofile von 68 exzessiv schreienden Säuglingen und 400 Säuglinge einer unauffälligen Kontrollgruppe. Die Gruppe der exzessiv schreienden Säuglinge zeigte dasselbe Schreimuster wie die Babys der Kontrollgruppe, allerdings war das Schreiausmaß in der klinischen Gruppe wesentlich höher.

Bedeutend scheint es, das exzessives Schreien im 1. Halbjahr von späteren Formen exzessiven Schreiens abgegrenzt wird. Obwohl bisher noch unzureichende Forschung diesbezüglich stattgefunden hat, konnte unter anderen Wolff (1987) zeigen, dass das Schreien im ersten Halbjahr einen Verhaltens- und Befindlichkeitszustand des gesamten Organismus darstellt. Unter anderem wird dieser durch langsam an- und abschwellendes, tonisches Schreiverhalten deutlich.

Im zweiten Halbjahr spielt der phasische Charakter eine große Rolle im Schreiverhalten. Das Schreien ist nun nicht mehr unwillkürlicher Ausdruck sondern wird nun als instrumentelles, später auch als intentionales Signal genutzt. (Esser, 2002)

1.5 Nicht belegte und widersprüchliche Theorien über das exzessive Schreien bei Säuglingen

Keine überzeugenden Belege konnten zur Hypothese, ob exzessives Schreien Ausdruck und Folge von ungünstigen elterlichen Beziehungs- und Interaktionsverhalten sind, gefunden werden. Hiscock und Jordan (2004) zeigten jedoch anhand ihrer Untersuchung mit 1204 Kindern, dass sich schlechte Beziehungsqualität, unbefriedigte Sexualbeziehungen sowie Stress auf das Schreien des Kindes auswirken kann.

Unsicherheit der Eltern scheint keinen Einfluss auf das exzessive Schreien des Kindes zu haben, so sind in etwa gleich viele Erstgeborene, wie auch später geborene Kinder Schreibabys.

Keinen Einfluss auf das exzessive Schreien scheinen der sozioökonomische Status der Familie, sowie der Ausbildungsstand der Eltern zu haben (Petermann et.al., 2000, S.203; Keller, 1997, S.729).

Auch das Geschlecht des Säuglings, Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen sowie Frühgeburtlichkeit scheinen nicht Ursache für das exzessive Schreien zu sein (Lehtonen, 1994).

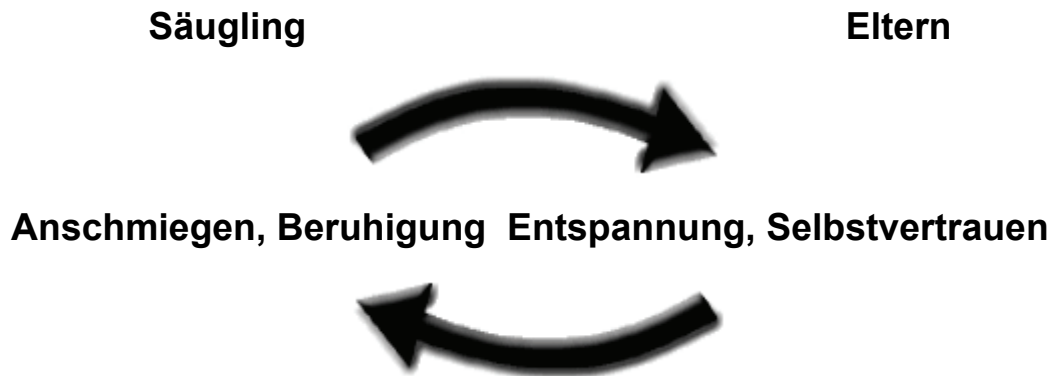
Van der Wal, van den Boom, Pauw-Plomp, & de Jonge (2006) konnten in ihrer Untersuchung jedoch ein erhöhtes Vorkommen von Schreibabys bei Buben, Erstgeborenen und Babys, die mit Flaschenmilch gefüttert werden feststellen.

1.6 Das Befinden der Mütter

Kindliche Auslöse- und Feedbacksignale haben großen Einfluss auf das elterliche Verhalten und Befinden. Schreit das Baby wird bei den Eltern eine Alarmbereitschaft ausgelöst. Es werden Beruhigungsmethoden angewendet, die das Baby dazu bewegen, sich an die Eltern anzuschmiegen und sich zu beruhigen. Dies erzeugt

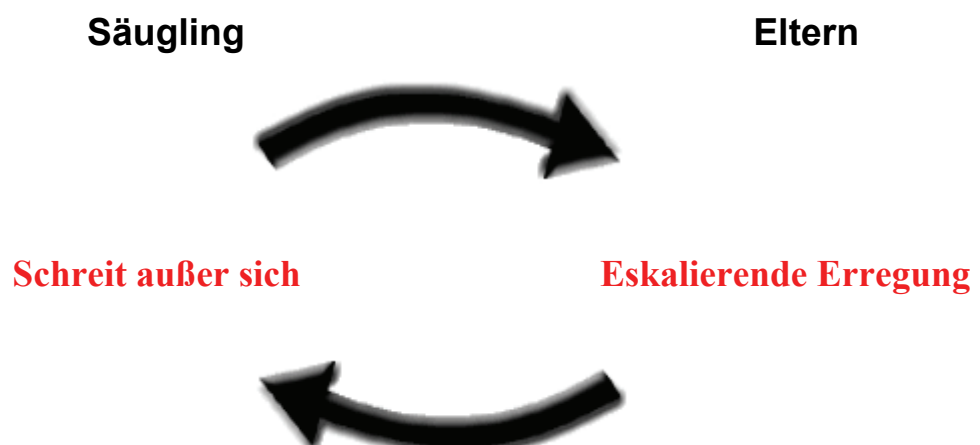
wiederum Ruhe bei den Eltern und sie werden in ihrem Selbstvertrauen auf ihre intuitiven Kompetenzen bestärkt. Auf diese Weise entsteht ein Engelskreis positiver Gegenseitigkeit.

Abbildung 1: „Engelskreis“ positiver Gegensätzlichkeit“



Bei exzessiven, unstillbaren Säuglingen ist dieser Engelskreis so gut wie nie vorhanden. Zwar löst auch hier das Schreien zuerst einmal Alarmbereitschaft und Beruhigungshilfen bei den Eltern aus, das Baby beantwortet dies jedoch mit taktiler Abwehr und verstärktem Schreien. Folge davon sind daher das Gefühl des Versagens bei den Eltern und noch mehr Beruhigungsversuche. Da das Baby auch auf weitere Beruhigungsversuche nicht positiv reagiert, sondern weiter außer sich schreit kann es dazu kommen, dass die Eltern das Kind schütteln oder es anschreien.

Abbildung 2: „Teufelskreis“ eskalierender Erregung und negativer Gegenseitigkeit



Aufgrund der Annahme, dass exzessives Schreien die Eltern-Kind-Beziehung beeinträchtigt, welche wiederum Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung des

Kindes hat, wurden Untersuchungen angelegt, in welchen der Effekt des exzessiven Schreiens auf die spätere Entwicklung des Kindes hat.

Die Untersuchungen zeigten, dass exzessives Schreien mehr Auswirkungen auf die Eltern als auf das Kind hat. Dies zeigt sich unter anderem in übermäßigem Stress, gesteigerter Angst, sowie Verzweiflung und geringe Selbstwirksamkeit.

Bei „Kolikbabys“ konnten derartige negative Folgen bei den Eltern oder in der Eltern-Kind-Beziehung nicht festgestellt werden (Stifter, 2005; Papousek, 2004).

1.7 Handlungen, die exzessives Schreien entgegenwirken

Jede Mutter macht sich in der Schwangerschaft ein Bild von ihrem Baby. Selbstverständlich zeigt dieses Bild ein hübsches, süßes, knuddeliges, rundherum gesundes und zufriedenes Baby, das sich liebevoll an die Mutter kuschelt.

Es gibt wahrscheinlich nichts, was enttäuschender, entmutigender, eventuell sogar verletzender ist, als dieses schreiende Baby in den Armen nicht beruhigen zu können. Demzufolge werden eine Vielzahl an Behandlungen ausprobiert, eine Vielzahl an Beruhigungsmethoden versucht sowie Ratschläge und „alte Weisheiten“ von Bekannten und Verwandten befolgt. Doch je mehr Quellen die Eltern befragen, umso mehr geraten sie in ein irritierendes Handlungsdilemma.

Eine der ersten Anlaufstellen ist in den meisten Fällen der Kinderarzt, der als Mittel gegen das Schreien erst einmal blähungsmildernde Medikamente (wie etwa Kümmelzäpfchen, Lefaxin- oder SAB-Tropfen) verschreibt. Da jedoch wie bereits erwähnt, die Ursache des Schreiens bei diesen Kindern nicht Blähungen sind, sondern Blähungen die Folge des exzessiven Schreiens, führen diese Medikamente meist zu keiner Besserung. Es kann lediglich eine kurzfristige Besserung erzielt werden, da die durch das Schreien angestauten Blähungen durch die Medikamente gelöst werden. Der Ursache des exzessiven Schreiens kann allerdings mit derartigen Medikamenten nicht entgegengewirkt werden.

Vier verschiedene Behandlungsmethoden können nach Wolke (zitiert nach Petermann et al., 2000) unterschieden werden: „pharmakologische Behandlung, Verhaltensmodifikation der Eltern-Kind-Interaktion, Ernährungsveränderungen und naturopathische Behandlungen (alternative Heilverfahren).“ (S.359)

Bei erstgenannter Methode zeigt sich lediglich ein anticholerisches Pharmazeutikum (Dicyclomine) als wirksam in Bezug auf das exzessive Schreien. Da dieses Mittel

jedoch aufgrund der negativen Nebenwirkungen für Kleinkinder nicht angewendet werden darf, ist die Methode „pharmakologische Behandlung“ keine mögliche Alternative, dem exzessiven Schreien entgegenzuwirken.

Unzureichende Ergebnisse wurden bei alternativen Heilmethoden gefunden. Zwar können positive Wirkung durch Kräutertees, Sukrose oder Wirbelsäulenmanipulationen (wie zum Beispiel Craniosacraltherapie) erzielt werden, eindeutige Urteile diesbezüglich lassen jedoch bisherige Evaluationen nicht zu.

Lucassen (1998) stellte fest, dass Ernährungsumstellungen auf hypoallergene oder Soya-Flaschennahrung bzw. Diäten der Mutter während des Stillens in manchen Fällen eine positive Wirkung auf das exzessive Schreien haben können (Petermann et al., 2000). Da jedoch, wie unter anderem von Lehtonen et al. (1994) oder Bock (1997) gezeigt werden konnte, lediglich bei einem geringen, nämlich nur etwa 10%, Teil der Schreibabys das exzessive Schreien auf eine somatische Störung des Magen-Darm-Trakts zurückzuführen ist, zeigt sich eine Ernährungsumstellung beim Rest der Schreibabys als unwirksam (Petermann et al., 2000).

Wolke beschreibt eine Modifikation des Verhaltens der Eltern gegenüber dem exzessiv schreienden Baby als wirksamste Methode gegen das Schreien. Säuglinge regulieren Verhaltenszustände unterschiedlich. Reagieren die Eltern nun unangebracht, sind die Babys nicht im Stande, den Verhaltenszustand zu ändern, beispielsweise selber einzuschlafen oder die Fähigkeit, mit dem Schreien aufzuhören.

Wolke (zitiert nach Petermann et al., 2000) formuliert dies folgendermaßen:

Die Säuglinge haben aufgrund der übermäßigen elterlichen Kontrolle (z.B.: Füttern bis zum „Umfallen“ oder die nächtliche Autofahrt zum Einschlafen) keine Möglichkeit, selbst Verhaltenskontrollfähigkeit zu erwerben. Individualisierte Umstellungen in der Regelmäßigkeit im Tagesablauf und Reduzierung von Überstimulierung sowie die Fokussierung auf ein positives Interaktionsverhalten reduzieren exzessives Schreien innerhalb kurzer Zeit. (S. 360)

Nachfolgend werden verschiedene Therapien und Handlungen, die exzessivem Schreien positiv entgegenwirken können, detailliert beschrieben.

1.7.1 Die Craniosacrale Therapie

Eine Craniosacrale Therapie zählt laut Wolke (2000) zu den alternativen Heilmethoden. Wie bereits vorhin erwähnt, zeigt diese Methode in einigen Fällen eine Besserung des Schreiverhaltens. Eine derartige Therapie ist vor allem nach protrahierten und traumatischen Geburten ratsam. Diese Therapie geht auf den Osteopathen Dr. Willhelm Sutherland zurück, der Anfang des letzten Jahrhunderts entdeckte, dass die einzelnen Knochen des Schädels einem bestimmten Rhythmus folgen, dem Cranio Sacralen Rhythmus.

Nach Klinke (2007) ist Craniosacraltherapie:

das Erspüren feinsten Bewegungen, wie dem Cranio Sacralen Puls und anderer noch feineren Rhythmen im Körper und der Kontakt mit der ihnen zugrundeliegenden, jedem Individuum innewohnenden Stille – einer dynamischen Stille aus der das Leben seine Kraft und die Fähigkeit zu Selbstregulation und Selbstheilung schöpft.

1.7.2 Simulation der vorgeburtliche Situation

Neugeborene befinden sich in einer intensiven Phase der Anpassung an die ungewohnte Umgebung. Schlaf-Wach-Rhythmus, Temperaturhaushalt und Immunsystem entwickelten sich, Umwelteindrücke müssten verarbeitet, neue Ernährungsgewohnheiten erlernt werden. Prof. Papousek: „Diese Reifeprozesse gelingen einigen Babys, andere tun sich schwer damit.“ (Mück, 2007).

Handlungen, die das Baby symbolisch in den Mutterleib zurückversetzen, zeigen oft gute Erfolge bei schreienden Säuglingen.

Morris (1995) bezeichnete die Situation im Mutterleib für Babys als „Paradies“. Das Baby ist wohligh warm im Bauch der Mutter eingebettet. Während es ständig mit lebenswichtigen Funktionen wie Essen und Trinken versorgt wird, wird es durch die Bewegungen der Mutter sanft und rhythmisch geschaukelt. Versetzt man nun den Säugling in einer stressigen oder unglücklichen Phase in diese Geborgenheit zurück, indem man Teile der vorgeburtlichen Situation simuliert, wirkt das tröstend und beruhigend auf den Säugling.

Fröhlich Egli (2003) spricht von einem vierten Trimester, das manche Säuglinge nach der Geburt brauchen. Dieses Uterusgefühl, um sich beruhigen und einschlafen zu können scheint für manche Neugeborene unerlässlich zu sein.

Wird das Kind in einer Bauchtrage, im Tragetuch oder einfach nur am Körper geschaukelt und gewiegt, wird das Baby meist ruhiger. Auch eine Autofahrt oder Spazierfahrt im Kinderwagen kann durch die dadurch erzeugten Schaukelbewegungen ein schreiendes Kind beruhigen. Die Bewegungen erinnern an die Gehbewegungen der Mutter im Mutterleib und geben dem Säugling eine gewisse Sicherheit.

Hunziker und Barr (1986) konnten anhand einer Studie von 99 Mutter-Baby-Paaren zeigen, dass sich vermehrtes Tragen des Säuglings auf dessen Schreiverhalten positiv auswirkt. 43% der Babys, die um die 6. Lebenswoche viel getragen werden, schrien weniger und waren ruhiger in dieser Zeit, als Babys der Kontrollgruppe, die weitaus seltener getragen wurden.

Auch Hiscock und Jordan (2004) weisen darauf hin, dass Babys, die häufiger getragen werden, weniger schreien als Babys, die selten getragen werden.

1.7.3 Die Technik der 5 „S“

Fröhlich Egli (2003) beschreibt diese Technik nach Dr. Harvey Karp folgendermaßen:

Swaddling (Straff wickeln)

Side/Stomach (Seiten- oder Bauchlage)

Shushing (Schsch sagen)

Swinging (Schaukeln, bewegen)

Sucking (Saugen)

1. S: Straff wickeln

Das nicht zu warm angezogene Kleinkind wird mit dem Rücken auf eine quadratische Decke oder Stoffwindel gelegt und damit straff nach ganz präziser Anleitung eingewickelt.

2. S: Seiten- oder Bauchlage

Der Vater (kein Milchgeruch!) legt das eingepackte Kindlein auf seinen Unterarm, sodass es auf der Seite oder auf dem Bauch liegt, den Kopf durch die Hand des Erwachsenen gestützt. Die Methode eignet sich überhaupt sehr

gut für Väter, weil ihnen damit parallel zum Stillen der Mutter eine ganz wichtige Funktion in der Kinderbetreuung zukommt, statt dass sie hilflos und zunehmend zornig danebenstehen.

3. S: *Schaukeln*

Mit kleinen, raschen Bewegungen wird das Kind auf dem Arm etwas gewippt oder geschaukelt – das geht auch gut während des Herumgehens. Achtung: der kindliche Kopf muss durch die Hand gestützt werden!

4. S: *Schsch sagen*

Wenn das Kind jetzt noch nicht ruhig ist, sich zu ihm herunterbeugen und ihm rhythmisch ins Ohr «schsch» – «schsch» sagen («Gefäßgeräusch»), mindestens so laut, wie das Kind.

5. S: *Saugen*

Sauggeräusche beruhigen das Kind, sei dies durch Saugen an der Brust, der Flasche, einem Finger oder einem Spielzeug. (S.726-729)

1.7.4 Sprechstunde für Schreibabys – Schreiambulanzen

Anfang der neunziger Jahre ist in der Münchner Forschungs- und Beratungsstelle *Frühentwicklung und Kommunikation* im Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin die *Münchner Sprechstunde für Schreibabys* entstanden. Konzepte, Methoden und Ergebnisse der entwicklungspsychologischen Säuglings- und Kleinkindforschung ist die Basis dieser Einrichtung. Eltern, deren Säuglinge oder Kleinkinder an einer vorsprachlichen Regulations- oder Beziehungsstörung leiden können diese Sprechstunde in Anspruch nehmen.

Eines der Hauptanliegen dieser Beratungsstelle ist es, der Mutter Wertschätzung entgegenzubringen und ein offenes Ohr für ihre Belastungen, Enttäuschungen und Verletzungen zu haben, da die Mütter von Schreibabys oft den Eindruck haben, ihr Bemühen, eine gute Mutter zu sein würde absolut keine Wirkung zeigen (Oerter, 1999, Kap5, S.149).

Das Kinderzentrum München bietet diagnostisches sowie therapeutisches Angebot für betroffene Familien. Durch die therapeutischen Maßnahmen sollen eine Gefährdung und Störung der Eltern-Kind-Beziehung vermieden und eine Verbesserung der sozial-emotionalen Entwicklung des Babys erzielt werden.

Ein Pädiater und ein Psychologe führen mit den Eltern/dem Elternteil ein halbstrukturiertes diagnostisches Interview durch. Dadurch werden verschiedenste Informationen wie etwa prä-, per- und postnatale Belastungen, aktuelles Befinden etc. erhoben. Neben dem Anamnesegespräch wird das Kind auch fachlich medizinisch untersucht. Das Verhalten in Eltern-Kind-Interaktionen sowie die Selbstregulationsfähigkeit des Kindes werden mittels Videoaufzeichnungen beobachtet. Weiter werden die Eltern gebeten, Tagebuchaufzeichnungen zu machen, um auch das Verhalten in der häuslichen Umgebung festzuhalten und noch einige weitere Fragebögen zu bearbeiten.

Die Münchner Sprechstunde berichtet von einer Häufung Erstgeborener in ihren Beratungen. Sie führen das auf mangelnde Erfahrung zurück (Papousek, 2004, S.50,S.72).

Auch in Österreich gibt es mehrere Anlaufstellen für Schreibabys und deren Eltern. In Wien beispielsweise bietet das Willhelminenspital, das Preyeresche Krankenhaus, sowie das Krankenhaus in Mödling Schreiambulanzen an. (Informationen dazu siehe Anhang)

Ob nun begleitende Unterstützung von außen in einer Schreiambulanz, bei einem für das exzessive Säuglingsschreien spezifizierten Kinderarzt, Arzt, Psychologin, einer Hebamme oder einer anderen Anlaufstelle gesucht wird, spielt laut Taubman (1983) keine Rolle. Wichtig erscheint nur, *dass* eine Unterstützung von außen, die ein effizientes Interventionsprogramm bereitstellen oder einüben kann, angenommen wird. Derartige Programme zeigen Wirkung, wenn an den elterlichen Beruhigungsstrategien und der familiären Situation angesetzt wird und die Eltern durch aktive Begleitung eines Interventionsleiters unterstützt werden. Listen mit Interventionen, die den Eltern ohne weitere Unterstützung angeboten werden, sind nicht effizient (Keller, 1997, S.744).

Des Weiteren werden Behandlungsziele und Interventionsansätze zur Beruhigung detailliert aufgeführt. Diese Auflistung basiert unter anderen auf Ergebnisse und Ratschläge von Brazelton (1962), Thompson (1986), Gray (1987), Taubman (1988, 1993) und Wolke (1993).

Tabelle 2: Keller, 1997, S.748-749

Behandlungsziele:	Angebot eines möglichst breiten Spektrums von elterlichen Strategien, um dem Kind zu helfen, seine individuelle interne Verhaltensorganisation finden zu können und seine Selbstregulationsfähigkeit zu stärken. Schulung der elterlichen Sensitivität und Responsivität für die Vielursächlichkeit kindlichen Schreiens. Systematische Herausarbeitung der situativen Schreieursache, indem möglichst viel Kontextinformation einbezogen und Schritt für Schritt unwirksame Faktoren ausgeschlossen werden.
Ansatzpunkt:	Informationen über
Eltern	den wichtigen Signalcharakter des Schreiens die durchschnittliche Schreidauer und deren Häufigkeitsverteilung über den Tag für diese Altersgruppe die möglichen Schreieursachen die Bedeutung eines auf den Schreianlass abgestimmten, prompten Reagierens die Bedeutung effizienten Beruhigens die Bedeutung eines individuellen auf das Kind abgestimmten Beruhigungsrepertoires die Bedeutung eines breiten, variierenden Beruhigungsrepertoires die Bedeutung des Stillens und Fütterns zur Beruhigung –keine Angst vor Überfütterung! die häufig inadäquate Beruhigungstechnik Stillen oder Füttern – Überprüfung der Nahrungsmenge! die Bedeutung der Eigenkontrolle über Verhaltenszustände auf dem Weg zur Selbstregulationsfähigkeit die Notwendigkeit einer Routine bei der täglichen Pflege und Betreuung des Kindes die Notwendigkeit einer größeren Abwechslung bei der täglichen Pflege und Betreuung des Kindes die Bedeutung eines engen Kontakts zwischen Eltern, Arzt und verschiedenen Beratungsstellen die Bedeutung sozialer Entlastung der Eltern die Bedeutung telefonischer Hilfe im „Notfall“
Ansatzpunkt:	Angebot von Nahrung und Flüssigkeit
Kind	Überprüfung von Änderung des Fütterungsstils Änderung von Nahrungs- und Flüssigkeitszusammensetzung, Verdünnen oder Eindicken der Nahrung Verbessern der Saugbedingungen

Einsatz von Medikamenten zur Beruhigung, zum Blähungsabgang, gegen Kolikschmerz und Sodbrennen
 Angebot von Schnuller, Brust oder Flasche zur Beruhigung
 Angebot von Körper- und Hautkontakt
 Angebot eines Positionswechsels (horizontal, vertikal, 30°-Position, Tragen, auf dem Bauch legen)
 Angebot vestibulärer Reizung durch verschiedenartiges Bewegtwerden
 Überprüfen und Änderung der Temperaturbedingungen durch Kleiderwechsel oder Außentemperaturänderung, zusätzliches Wärmeangebot
 Überprüfen und Änderung der Wickelbedingungen und Windeln
 Angebot von Singen, Musik und rhythmischen Geräuschen
 Angebot von Ruhe, kurzem Alleinsein und gedämpftem Licht
 Vermeidung von übermäßigen Reizen
 Angebot von anregender Interaktion durch Konversation, Spiel, Massage, Bad und Gymnastik
 Angebot von mehr Bewegungsfreiheit durch Ausziehen der Kleidung
 Angebot von Halt durch Einwickeln in ein Tuch

1.8 Auswirkungen von exzessiven Schreien im Säuglingsalter auf die spätere Entwicklung

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass sich exzessives Schreien auf die spätere Entwicklung des Kindes negativ auswirken kann. Unter anderem berichtet Stifter (2005), dass Probleme in der frühen Kindheit ein Prädiktor für Verhaltensprobleme im Vorschulalter, sowie für Anpassungsschwierigkeiten in der Adoleszenz. Vor allem bei Babys, die sich schnell aufregen und schwer zu beruhigen sind, besteht ein erhöhtes Risiko für aggressives Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme, so wie Probleme in der Merkfähigkeit. Hingewiesen wird jedoch, dass lediglich ein erhöhtes Risiko bestehen *kann*, dies jedoch nicht bei jedem exzessiv schreienden Säugling der Fall sein muss.

Wolke et al. (2002) konnten ebenfalls zeigen, dass exzessives Schreien mit einem gesteigerten Risiko einer Hyperaktivität und Schulproblemen in der Kindheit einhergeht.

Auch Papousek (2003) berichtet vom Säuglingsschreien als Vorbote für klinisch relevante Verhaltensauffälligkeiten im Alter von 30 Monaten. In 64,3 Prozent der in

der Münchner Sprechstunde für Schreibabys vorgestellten Kinder folgten dem exzessiven Schreien Schlafstörungen.

Der erstmaligen Vorstellung wegen exzessivem Schreien folgten in 59,6 Prozent der Fälle im Alter von 13,9 Monaten eine Vorstellung wegen Schlafprobleme, im Alter von 15,7 kamen 30,8 Prozent erneut wegen dysphorischer Unruhe. 19,2 Prozent der exzessiv schreienden Säuglingen wurden mit 28,1 Monaten aufgrund exzessivem Trotzens ein zweites Mal vorgestellt. Auch diese Untersuchung weist darauf hin, dass ein Störungsbild der Regulationsstörungen in der frühen Kindheit sehr selten allein das einzige Problem darstellt. Vielmehr scheinen mehrere Störungsbilder vereint zu sein und im Laufe der ersten Lebensmonate und –Jahre entweder gleichzeitig oder aufeinanderfolgend aufzutreten (Papousek, 2004, S. 62).

Anzumerken ist jedoch, dass die späteren „Schwierigkeiten“ bei einem Schreikind möglicherweise alleinig von den Eltern als solche bezeichnet werden. Eine Untersuchung von Lehtonen (1994) zeigte, dass Eltern ehemaliger Schreibabys ihr Kind mit einem Jahr weiterhin als schwieriger einstufen als Eltern unauffälliger Säuglinge. Eine objektive Beobachtung konnte allerdings nicht feststellen, dass diese exzessiv schreiende Kinder im Alter von einem Jahr noch als schwieriger einzustufen wären als Kinder der Kontrollgruppe. Lehtonen führt dies auf ein verzerrtes Bild der Mutter vom Säugling zurück. Die Mutter nahm den Säugling, wie auch später das schreiende Baby als extreme Belastung wahr. Dieses Bild verfestigte sich in der Wahrnehmung der Mutter (Keller, 1997, S.732).

Schreibabys haben keine besondere „Krankheit“. Sie sind empfindlicher, schlafen weniger, reagieren heftiger und intensiver auf äußere Reize und verfügen über eine verringerte Selbstregulationsfähigkeit. Es scheint, als würden sie einfach weniger gut mit dem Leben außerhalb des Mutterleibs zurechtkommen als die anderen. (Zitat nach Kurz-Lunkenbein & Nussbaum)

ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG

Die Literatur liefert bei einer Gegenüberstellung von Schreibabys und Nicht-Schreibabys zum Teil sehr widersprüchliche Ergebnisse. Die nachfolgende Untersuchung widmet sich somit erneut diesem Thema. Es sollen Unterschiede zwischen Schreibabys und Nicht-Schreibabys aufgezeigt werden, denen mögliche Ursachen des Schreiens zugeschrieben werden können und somit Aufschluss geben über wirksame Beruhigungsmethoden. Bezogen auf die vorangegangene Literatur ergaben sich für die Untersuchung folgende Fragen.

Fragen:

1. Gibt es Unterschiede – außer der Schreidauer – zwischen SB und NSB?
2. Wie beeinflussend ist die Schwangerschaft und die Geburt auf die Schreidauer des Kindes? Gibt es einen Zusammenhang zwischen Problemen in der Schwangerschaft und der Geburt und dem Schreien?
3. Welche (wirksamen) Möglichkeiten gibt es, ein Schreibaby zu beruhigen?
4. Welchen Einfluss hat das Temperament des Kindes auf das Schreien?
5. Welchen Einfluss haben die Erziehungseinstellungen der Eltern auf die Schreidauer des Kindes?
6. Welchen Stellenwert hat der Rhythmus im Leben eines Schreibabys?
7. Welche Methoden wenden die Mütter an, um ihr schreiendes Kind zu beruhigen und welche davon helfen?
8. Gibt es Unterschiede im Schlafverhalten von Schreibabys und nicht Schreibabys?

Im Folgenden werden die sich daraus ergebenden Hypothesen dargestellt:

Hypothese 1: Es gibt Unterschiede – außer der Schreidauer – zwischen Schreibabys und Nicht-Schreibabys.

Hypothese 2: Es gibt Unterschiede in erlebten pränatalen oder perinatalen Problemen, Stress oder Komplikationen in den beiden Versuchsgruppen.

Hypothese 3: Es gibt Möglichkeiten, ein exzessiv schreiendes Baby wirksam zu beruhigen.

Hypothese 4: Die Gruppe der Nicht-Schreibabys unterscheidet sich bezüglich ihrer Temperamentsmerkmale von der Gruppe der Schreibabys.

Hypothese 5: Die Erziehungseinstellungen der Eltern von Schreibabys unterscheiden sich von den Erziehungseinstellungen der Eltern von Nicht-Schreibabys.

Hypothese 6: Es gibt Unterschiede in der Notwendigkeit von Rhythmus in den beiden Versuchsgruppen.

Hypothese 7: Die Versuche von Mütter, ihr Schreibaby zu beruhigen unterscheiden sich von derartigen Versuchen von Müttern der Vergleichsgruppe.

Hypothese 8: Es gibt Unterschiede im Schlafverhalten von Schreibabys und Nicht-Schreibabys.

Hypothese 9: Es gibt Unterschiede in der Ernährung zwischen Schreibabys und Nicht-Schreibabys.

METHODEN

1.9 Verwendete statistische Verfahren

Deskriptive Statistik

Für die deskriptive Statistik wurden bei nominalskalierten Variablen absolute und relative Häufigkeiten, die in Prozent transformiert wurden, verwendet.

Für die Beschreibung der intervallskalierten Variablen wurden Mittelwert, Median, Minimum und Maximum verwendet als Lagemaße verwendet. Zur Beschreibung der Streuung der Merkmale wurde die Standardabweichung berechnet. Weiter wurden zur Verteilungsbeschreibung der Merkmale noch Schiefe (Skewness) und Wölbung (Kurtosis) sowie deren Standardfehlern berechnet.

Inferenzstatistik

χ^2 -Test für bivariate Häufigkeitsverteilungen

Der Chi2-Test dient der Analyse von bivariaten Häufigkeitsverteilungen von nominalskalierten Variablen. Dabei wird untersucht, ob die empirisch vorgefundene bivariate Verteilung mit einer theoretisch erwarteten bivariaten Verteilung übereinstimmt. Die Voraussetzung für die Berechnung eines χ^2 -Tests ist, dass nur max. 20% der möglichen Zellkombinationen der beiden abhängigen Variablen theoretische Erwartungswerte < 5 aufweisen. Wenn die Voraussetzung der erwarteten Häufigkeiten nicht erfüllt war, wurde der Fisher Exact –Test verwendet.

Varianzanalyse

Die Varianzanalyse ist eine Verallgemeinerung des t-Tests, das bedeutet, es wird die Fragestellung untersucht, ob zwei oder mehr Mittelwerte von Teilstichproben aus der gleichen Grundgesamtheit stammen. Die Varianzanalyse ist sowohl unvariat als auch multivariat einsetzbar. Auch die Anzahl der unabhängigen Variablen ist theoretisch nicht begrenzt. Bei signifikanten Ergebnissen der Varianzanalyse besteht die Möglichkeit, anschließende Post Hoc Tests durchzuführen. Diese Post Hoc Tests sind multiple Paarvergleiche, mit denen untersucht werden kann, welche Paare von Teilstichproben signifikante Mittelwerte aufweisen. Die Voraussetzungen zum Verwenden der Varianzanalyse sind metrisches Skalenniveau der abhängigen Variablen, Normalverteilung der abhängigen Variablen und Varianzhomogenität in den Ausprägungen der unabhängigen Variablen. Bei $n > 30$ kann Normalverteilung vorausgesetzt werden. Da in der vorliegenden Stichprobe die Stichprobengröße < 30 Personen je Untersuchungsgruppe war, wurde auf deskriptiver Basis eine Normalverteilungsüberprüfung mittels Schiefe und Wölbung durchgeführt. Liegt Normalverteilung vor, so ist der Erwartungswert von Schiefe und Wölbung jeweils Null. Durch die Berechnung der jeweiligen Standardfehler wurde ein näherungsweise Konfidenzintervall dieser beiden Parameter berechnet. Sofern in diesem Konfidenzintervall der Wert Null enthalten war, wurde Normalverteilung angenommen. Auf die Überprüfung der Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test wurde verzichtet, da er bei geringer Stichprobengröße nur eine geringe Power aufweist. Die Überprüfung der Varianzhomogenität erfolgt mittels Levene-Test.

U-Test

Der U-Test ist verteilungsfreier Test für den Vergleich der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben. Der U-Test ist somit das parameterfreie Verfahren zum t-Test. Die Voraussetzung für die Berechnung des U-Tests ist mindestens Ordinalskalenniveau der abhängigen Variablen und Nominalskalenniveau der unabhängigen Variablen. Wenn die Voraussetzungen der Varianzanalyse nicht erfüllt sind, wurde der U-Test verwendet.

1.10 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt nahmen 21 Mütter von Schreibabys in der Versuchsgruppe und 21 Mütter von Nicht-Schreibabys in der Vergleichsgruppe an der Untersuchung teil. Das Alter der Babys lag zwischen 7,71 Wochen und 25,71 Wochen. Die Datenerhebung fand zwischen September 2004 und Dezember 2006 in Wien statt.

Die Suche nach der Stichprobe erfolgte mittels Internet (Hebammenforen), Schaltung von Berichten in Zeitungen, in Zusammenarbeit mit Hebammen und Kinderärzten sowie über persönliche Suche.

Einschlusskriterien der Schreibabys waren, dass das Baby mehr als 3 Stunden pro Tag schreit, das erstgeborene Kind ist, zwischen 3 und 6 Monaten alt ist und die Mutter in einer Beziehung lebt. Alle Kinder mussten körperlich gesund sein.

Ausschlusskriterien waren somit alleinerziehende Mütter, Geschwisterkinder und eine geringere Schreidauer als 3 Stunden pro Tag. Auch durften die Babys, wie in den Einschlusskriterien vermerkt, nicht jünger als 3 Monate und nicht älter als 6 Monate sein.

Es wurde versucht, zu dieser Versuchsgruppe eine vergleichbare Kontrollgruppe (= Vergleichsgruppe) zu finden. Berücksichtigt wurden dafür in erster Linie das Geschlecht, die Größe und das Gewicht des Kindes bei der Geburt, das Alter des Kindes, der Bildungsgrad sowie das Alter der Eltern und deren Beziehung zueinander.

1.11 Datenerhebung

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um ein quasiexperimentelles Design (Posttest-only design with nonequivalent groups).

Den Müttern von exzessiv schreienden Säuglingen, wie auch den Müttern der Kontrollgruppe wurde ein Fragebogen zur Erfassung der elterlichen Rolleneinstellung (Elternschaftsfragebogen (Nickel, Grant & Vetter, 1990), ein Fragebogen zur Erfassung des kindlichen Temperaments (adaptierter Temperamentsfragebogen von Thomas & Chess (1977) aus dem FIL-Projekt, Rollett & Werneck, 2001) sowie ein weiterer, von mir gestalteter Fragebogen mit den Skalen: familiäre Daten, Allgemeines zum Kind, Fragen zur Schwangerschaft und

Geburt, Fragen zum Schreiverhalten des Kindes, Fragen zum Umfeld, sowie zwei offene Fragen am Ende des Fragebogens überreicht.

Die drei Fragebögen mit dem Format Paper-Pencil-Tests wurden zum Teil per Post zugeschickt, teils persönlich den Müttern ausgehändigt.

Die Daten der Untersuchung sollen Aufschluss darüber geben, was Babys, die exzessiv Schreien, von Babys mit normalem Schreiverhalten unterscheidet. Besonderes Interesse galt dem Temperament und den Einstellungen der Eltern.

1.12 Messverfahren und Untersuchungsinstrumente

Wie bereits im vorigen Abschnitt dargestellt, wurde im Rahmen dieser Untersuchung die elterliche Rolleneinstellung mittels dem Elternschaftsfragebogen von Nickel, Grant und Vetter (1990) erfasst. Das Temperament des Kindes wurde zudem mittels dem Temperamentsfragebogen (adaptiert, nach Thomas & Chess (1977) aus dem FIL-Projekt, Rollett & Werneck, 2001) abgefragt. Die Skalen familiäre Daten, Allgemeines zum Kind, Fragen zur Schwangerschaft und Geburt, Fragen zum Schreiverhalten des Kindes, Fragen zum Umfeld wurden mittels einem dritten Fragebogen erhoben. Als „Status Baby“ wurde im folgenden die Unterscheidung zwischen Schreibaby und Nicht-Schreibaby bezeichnet. Nachfolgend werden die einzelnen Untersuchungsinstrumente ausführlich dargestellt.

1.12.1 Elternschaftsfragebogen von Nickel, Grant und Vetter (1990)

Mittels dieses 82 Items umfassenden Fragebogens (siehe Anhang) wird die elterliche Rolleneinstellung auf einer 4-stufigen Schätzungsskala von „stimme voll zu“ bis „lehne voll ab“ erfasst. Das Item 19 („*Seit dem Schuleintritt meines Kindes/meiner Kinder mache ich mir viel mehr Gedanken über meine berufliche Zukunft*“) wurde aus inhaltlichen Gründen eliminiert. In folgende 5 Skalen wurde dieser Fragebogen unterteilt: Traditionelle Elternrolle, Wert des Kindes, Belastung durch das Kind, Mutterrolle vs. Berufsrolle und reproduktiver Wert der Familie.

Skala: Traditionelle Elternrolle

Die Skala setzt sich aus folgenden Items zusammen.

1. Item1 Kind kann eher auf den Vater verzichten.
2. Item2 Müttern macht Essen herrichten mehr Spaß.
3. Item5 Kind benötigen mehr Zuwendung der Mutter.
4. Item9 Vätern ist es unangenehm, Kind Bekleidung zu kaufen.
5. Item11 Eher der Vater soll Vorbild für Sohn sein.
6. Item21 Aufgabe der Mutter Kind Geborgenheit geben.
7. Item23 Schwangerschaft = Bestandprobe für Beziehung!
8. Item27 Vater kann nur Frau unterstützen.
9. Item36 Mutter sollte eher Vorbild für Tochter sein.
10. Item41 Vater kann Kind nicht so gut versorgen.
11. Item45 Kind braucht Wärme von Mutter u. Vater.
12. Item46 Kind braucht mehr Nähe zur Mutter.
13. Item59 Vater kann Gehorsam besser vermitteln.
14. Item61 Kinderpflege ist Frauensache.
15. Item64 Väter können genauso mit Kind etwas anfangen.
16. Item67 Vater & Mutter gleich wichtig für das Kind.
17. Item77 Männer: weniger Gespür für Bedürfnis des Kindes.
18. Item81 Halte Väter für ungeschickt und hilflos.

Eine hohe Ausprägung in dieser Skala bedeutet, dass die Einstellung zur Elternschaft sehr traditionell ist: es herrscht die Meinung, dass die Mutter in Dingen, die das Kind betreffen, besser ist als der Vater. D.h. ihre Anwesenheit ist für das Kind wichtiger als jene des Vaters; zusätzlich kann sie mit dem Kind besser umgehen. Eine niedrige Ausprägung steht für ein neues Rollenverständnis, in welchem Mütter eine partnerschaftliche Erziehung der Kinder vertreten, wobei der Vater für das Kind als ebenso wichtig gesehen wird als die Mutter.

Skala: Wert des Kindes

Diese Skala enthält nachfolgende Items.

1. Item4 Kind aufwachsen sehen ist aufregend.
2. Item10 Kinder bringen Partner einander näher.
3. Item15 Wichtigstes im Leben: eigene Kind zu haben.
4. Item17 Leben ohne Kind stelle mir langweilig vor.
5. Item18 Partnerbeziehung fehlt was ohne Kind.

6. Item19 Mit Kind zu leben = die Welt neu entdecken.
7. Item24 Kind geben der Partnerbeziehung eigentlich Sinn.
8. Item29 Ohne Kind bleibt das Leben leer.
9. Item32 Stolz ein Kind gebären zu können.
10. Item33 Durch Verantwortung für Kind => erwachsen.
11. Item34 Durch eigene Kind erfahren was wichtig ist.
12. Item35 Für Heranwachsen gebraucht zu werden = wichtig.
13. Item37 Kind großziehen vermittelt was sinnvolles tun.
14. Item40 Durch Geburt Partner und ich näher gekommen.
15. Item53 Kindergroßziehen = interessante Aufgabe.
16. Item66 Ich finde schwangere Frauen anziehend.
17. Item72 Vom Kind gebraucht werden = schönes Gefühl.
18. Item75 Verantwortung für Kind = wichtige Erfahrung.

Eine hohe Ausprägung in der Skala „Wert des Kindes“ bedeutet, dass es für die Mutter sehr erfüllend ist, ein Kind zu haben. Der emotionale Wert des Kindes an sich ist sehr hoch. Eine niedrige Ausprägung kann dahingehend interpretiert werden, dass die Elternschaft und das Kind an sich für die Mutter mit einem geringen emotionalen Wert besetzt sind.

Skala: Belastung durch das Kind

Folgende Items umfasst die Skala Belastung durch das Kind.

1. Item14 Kinder lassen zu wenig Zeit für eigene Interessen.
2. Item30 Verantwortung für das Kind zu tragen = erdrückend.
3. Item31 Kind zu haben, bedeutet ständig eingebunden zu sein.
4. Item38 Durch Kind vom Partner stärker abhängig.
5. Item47 Kind schaffen Probleme auf Reisen.
6. Item48 Mit Kind kaum mehr eigene Freizeit.
7. Item50 Mit Kind kann man nicht richtig abschalten.
8. Item51 Ein Kind richtig erziehen ist schwierig.
9. Item55 Durch Kind vom Partner abhängig.
10. Item58 Kind schränken d. Eltern stark ein.
11. Item62 Beziehung zum Partner durch Kind beeinträchtigt.
12. Item63 Kind bedeuten finanzielle Belastung.
13. Item67 Frau durch Kind in persönlichen Freiheit eingeschränkt.
14. Item76 Durch Kind gezwungen Bedürfnisse zurückzustellen.

15. Item79 Kind verändern Partnerschaft enorm.

16. Item80 Leben genießen bevor man Kind bekommt

Hohe Werte in dieser Skala bedeuten eine sehr stark empfundene Belastung durch das Kind. Wird ein niedriger Wert erzielt, so stellt das Kind für die Mutter keine besondere Belastung dar.

Skala: Mutterrolle vs. Berufsrolle

Diese Skala setzt sich aus den folgenden Items zusammen.

1. Item3 Kindergroßziehen = befriedigender als Beruf.
2. Item13 Vater soll Pflege übernehmen, Frau entlasten.
3. Item28 Kind und berufliches Weiterkommen nicht vereinbar.
4. Item39 Für die Entwicklung schlecht, wenn Mutter berufstätig.
5. Item43 Frau sollte auf jeden Fall berufstätig sein.
6. Item57 Hausarbeit sollten beide gleich viel erledigen.
7. Item60 Kd.: Einschränkung d. Berufsarbeit nötig.
8. Item71 Wichtig: Freizeit bewahren auch mit Kind.
9. Item73 Muss sich entscheiden; Fam. od. Beruf.
10. Item78 Kleines Kind => Frau soll nicht außer Haus arbeiten.

Bei Personen, die in dieser Skala hohe Werte erreichen herrscht die Meinung, dass es die ausschließliche Aufgabe der Frau ist, sich um ihre Kinder zu kümmern. Eine Mutter sollte auf keinen Fall berufstätig sein. Bei niederen Werten vertritt die Mutter die Meinung, dass es durchaus in Ordnung ist, als Mutter an Karriere zu denken. Beruf und Familie sind ohne weiteres vereinbar.

Skala: reproduktiver Wert der Familie

Diese Skala umfasst die folgenden Items.

1. Item8 Kind haben = Wichtig f. Bez. zur eigenen Familie.
2. Item12 Tradition der Fam. durch Kind fortführen.
3. Item20 Wichtig f. Eltern, ihnen Enkel zu schenken.
4. Item26 Bez. zu Fam. durch Kind gestärkt.
5. Item44 Wichtig Kind haben => im Alter nicht alleine.
6. Item52 Wenn man Kind hat => in Not sich verlassen.
7. Item65 Wichtig für mich, Eltern Enkel zu schenken.
8. Item69 Mein Ansehen erhöht sich in Fam. durch Kind.

Eine hohe Ausprägung in dieser Skala bedeutet, dass es der Mutter wichtig ist, ein Kind zu haben, um die Tradition in der Familie fortführen und um ihre Eltern mit

Enkeln zufrieden zu stellen. Sie erwartet sich durch das Kind nicht nur mehr Ansehen in der Familie, sondern auch eine gewisse Absicherung für die Zukunft. Bei einer niederen Ausprägung sieht die Mutter das Kind nicht als „Statussymbol“ bzw. als „Altersvorsorge“.

1.12.2 Temperamentsfragebogen (adaptiert, nach Thomas & Chess (1977) aus dem FIL-Projekt, Rollett & Werneck, 2001)

Dieser Fragebogen gibt Aufschluss über das Temperament des Kindes. Mittels 44 Items werden die Skalen Stimmungslage, Unruhe, Irritierbarkeit, Rhythmisität, sowie Triebhaftigkeit abgefragt.

1.12.3 Allgemeiner Elternfragebogen (Verena Riske 2004)

Aufgrund der umfangreichen Thematik wurde ein neuer Fragebogen entworfen, der das exzessive Schreien aus verschiedensten Blickpunkten betrachtet und Unterschiede von Schreibabys und Nicht-Schreibabys auf einer breiten Bandbreite untersucht. Der aus 126 Items bestehende Fragebogen gibt Aufschluss über 5 Bereiche.

Familiären Daten

Dies Daten wurden mittels der ersten 10 Items abgefragt. Nachfolgend zwei Beispielitems.

Item 1 Sind Sie verheiratet

Item 10 Wo schläft das Kind

Allgemeines zum Kind

Diese Skala ergab sich aus den 20 weiteren Items (Item 11 bis Item 30). Im Folgenden zwei Beispielitem.

Item 11 Alter des Kindes

Item 30 Schlafplatz des Kindes tagsüber

Schwangerschaft und Geburt

Diese Daten klärten Item 31 bis Item 66 ab. Item 31 und 66 als Beispiel.

Item 31 Wie verlief die Schwangerschaft

Item 66 Gab es sonstige Probleme in der Partnerschaft nach der Geburt

Schreiverhalten des Kindes

Die Items 67 bis 118 gehören in diese Skala. Zwei Beispiele der 52 Items.

Item 67 Wann merkten Sie, dass Ihr Kind kein normales Schreiverhalten hat

Item 118 Macht Ihr Partner sonstige, nicht genannte Handlungen, wenn das Kind schreit.

Umfeld

Fünf Fragen zum Umfeld verdeutlichen die Hilfe aus der Umgebung des Kindes.

Item 119 Bekamen Sie Hilfe bei der Babybetreuung von Ihrem Partner

Item 120 Bekamen Sie Hilfe bei der Babybetreuung von anderen Personen

Item 121 Wenn ja, von welchen Personen bekamen Sie Hilfe

Item 122 Suchten Sie (professionelle) Hilfe in einer Schreiambulanz auf

Item 123 Wenn Sie derartige Hilfe aufsuchten, verbesserte sich dadurch Ihre Situation

Persönliche Meinung und Vorsätze

Am Ende konnten die Mütter in zwei offenen Fragen noch ihre persönliche Meinung über das Schreien und ihre Vorsätze für das Handling beim nächsten Kind mitteilen.

Item 124 Welche Ratschläge (von wem) bewirkten eine Änderung im Schreiverhalten

Item 125 Was ist Ihre persönliche Meinung, warum Ihr Kind soviel schreit

RESULTATE

1.13 Elternfragebogen

Die Parallelisierung bezüglich Alter und Geschlecht des Kindes, Alter und Bildungsgrad der Eltern sowie Beziehung der Eltern zueinander wurde erfüllt. Daten hierzu finden Sie im Anhang.

1.13.1 Familiäre Daten

Der Zusammenhang zwischen der Wohnfläche und dem Status Baby ist nicht signifikant ($F(1,40) = 0,878$; $p = 0,354$, $H^2 = 0,021$). Der Mittelwert der Wohnfläche bei Schreibabys liegt bei 95,43 (SD = 24,83) m². Die kleinste Wohnung der Schreibabys ist 59m², die größte 160m². In der Gruppe der Nicht-Schreibabys beträgt die durchschnittliche Wohnfläche 87,38 (SD = 30,55) m². Die kleinste Wohnung in der Gruppe der Nicht-Schreibabys beträgt 40m², die größte Wohnung 160m².

Tabelle 3: Größe der Wohnfläche

Status Baby	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Kein Schreibaby	87,38	30,552	80,00	40	150
Schreibaby	95,43	24,827	90,00	59	160
Insgesamt	91,40	27,795	89,50	40	160

Tabelle 4: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung

		Kein Schreibaby	Schreibaby
M		87,38	95,43
SD		30,55	24,83
Schiefe		0,59	1,34
SE Schiefe		0,50	0,50
Kurtosis		-0,18	1,84
SE Kurtosis		0,97	0,97
Min		40,00	59,00
Max		150,00	160,00

Tabelle 5: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen. Abhängige Variable:
Größe der Wohnfläche

F	df1	df2	Signifikanz
1,227	1	40	0,275

Der Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen wurde durchgeführt um zu überprüfen, ob die Varianzen homogen sind. In der gesamten Auswertung stellten sich alle Varianzen als homogen heraus.

Tabelle 6: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variable: Größe der Wohnfläche

Quelle	QS	df	MS	F	p	Partielles η^2
Korrigiertes Modell	680,02	1	680,02	0,87	0,354	0,021
Konstanter Term	350902,88	1	350902,81	452,83	<0,001	0,91
gruppe	680,02	1	680,02	0,87	0,354	0,02
Fehler	30996,09	40	774,90			
Gesamt	382579,00	42				
Korrigierte Gesamtvariation	31676,11	41				

Zwischen dem Status Baby und der Tatsache, ob das Kind ein eigenes Kinderzimmer besitzt, gibt es keinen signifikanten Zusammenhang ($\chi^2 (1) = 0,382$; $n = 42$; $p = 0,537$). 11 (52,4%) der Schreibabys besitzen kein eigenes Zimmer, 10 (47,6%) davon haben ein eigenes Kinderzimmer. In der Gruppe der Nicht-Schreibabys besitzen 9 (42,9%) der Babys kein eigenes Zimmer, 12 davon haben ein Kinderzimmer für sich. Die Aufteilung der Gruppen ist bezüglich der Tatsache, ob das Baby ein eigenes Kinderzimmer hat oder nicht, annähernd gleich verteilt.

Tabelle 7: Hat das Kind ein eigenes Kinderzimmer *Status Baby Kreuztabelle

		Kein Schreibaby	Schreibaby	Gesamt
nein	N	9	11	20
	Erw. N	10,00	10,00	20,00
	% innerh. Gruppe	42,86	52,38	47,62
ja	N	12	10	22
	Erw. N	11,00	11,00	22,00
	% innerh. Gruppe	57,14	47,62	52,38
Erw. Häufigk. < 5		0 Zellen (0%).		
Teststatistik		$\chi^2 = 0,38$; $df=1$; $n=42$; $p=0,537$		

Tabelle 8: durchschnittliche Wohnfläche und Vorhandensein eines eigenen Kinderzimmers in beiden Gruppe (auch nach diesen zwei Kriterien wurde parallelisiert)

	SB	NSB
Wohnfläche (MW)	95,43 m ²	87,38 m ²
Eigenes Kinderzimmer vorhanden	47,6%	57,1%

Auf die Frage, wo das Baby nachts schläft, ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Gruppe der Schreibabys und der Gruppe der Nicht-Schreibabys ($\chi^2 (2) = 1,635$; $n = 41$; $p = 0,441$). In der Gruppe der Schreibabys gaben 9 (45,0%) der Mütter an, dass ihr Kind im Elternbett schlafen würde. 8

(40,0%) der Mütter dieser Gruppe gaben an, ihr Kind würde zwar im Elternschlafzimmer schlafen, jedoch dort im eigenen Gitterbett. 3 (15,0%) der Mütter sagten, ihr Kind würde im Kinderzimmer im Gitterbett schlafen. In der Gruppe der Nicht-Schreibabys gaben 6 (28,6%) der Mütter an, dass ihr Kind im Elternbett schlafen würde, 9 (42,9%) der Babys dieser Gruppe würden im Elternschlafzimmer im Gitterbett schlafen und 6 (28,6%) der Babys würden im Gitterbett im Kinderzimmer die Nacht verbringen. Der Anteil der Babys, die im Elternbett schlafen, ist daher in der Gruppe der Schreibabys als in der Gruppe der Nicht-Schreibabys. Doppelt so viele Kinder aus letzterer Gruppe schlafen im eigenen Kinderzimmer im Gitterbett, verglichen mit der Gruppe der Schreibabys.

Tabelle 9: Wo schläft das Kind

		Häufigkeit	Prozent	Gültige %	Kum. %
Gültig	im Elternschlafzimmer im Bett der Eltern	15	35,7	36,6	36,6
	im Elternschlafzimmer im Gitterbett	17	40,5	41,5	78,0
	im Kinderzimmer im Gitterbett	9	21,4	22,0	100,0
	Gesamt	41	97,6	100,0	
Fehlend	0	1	2,4		
Gesamt		42	100,0		

Tabelle 10: Wo schläft das Kind * Status Baby Kreuztabelle

		Kein Schreibaby	Schreibaby	Gesamt
im Elternschlafzimmer im Bett der Eltern	N	6	9	15
	Erw. N	7,68	7,32	15,00
	% innerh. Gruppe	28,57	45,00	36,59
im Elternschlafzimmer im Gitterbett	N	9	8	17
	Erw. N	8,71	8,29	17,00
	% innerh. Gruppe	42,86	40,00	41,46
im Kinderzimmer im Gitterbett	N	6	3	9
	Erw. N	4,61	4,39	9,00
	% innerh. Gruppe	28,57	15,00	21,95
Erw. Häufigk. < 5		2 (33%) der Zellen; Min: 4,19		
Teststatistik		chi2 =1,64; df=2; n=42; p=0,441		

1.13.2 Allgemeines zum Kind

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Tatsache, ob das Baby geplant war oder nicht, und dem Status Baby ($\chi^2(1) = 15,429$; $n = 42$; $p < 0,001$).

In der Gruppe der Schreibabys war lediglich 1 (4,8%) der Babys nicht geplant, 20 (95,2%) der Babys dieser Gruppe waren hingegen geplante Babys. In der Gruppe der Nicht-Schreibabys waren 13 (61,9%) der Kinder nicht geplant und 8 (38,1%) geplant. Der Anteil der geplanten Babys in der Gruppe der Schreibabys deutlich größer als in der Vergleichsgruppe!

Tabelle 11: War Ihr Kind geplant * Status Baby Kreuztabelle

		Kein Schreibaby	Schreibaby	Gesamt
nein	N	13	1	14
	Erw. N	7,00	7,00	14,00
	% innerh. Gruppe	61,90	4,76	33,33
ja	N	8	20	28
	Erw. N	14,00	14,00	28,00
	% innerh. Gruppe	38,10	95,24	66,67
Erw. Häufigk. < 5		0 (0%) der Zellen		
Teststatistik		chi2 =15,43; df=1; n=42; p<0,001		

Tabelle 12: Planung der SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
geplant	95,2%	61,9%

Ein signifikanter Zusammenhang ergab sich zwischen dem Status Baby und der Tatsache, ob das Baby noch gestillt wird oder nicht ($\chi^2 (1) = 9,977$; $n = 42$; $p = 0,002$). In der Gruppe der Schreibabys wurde lediglich 1 (4,8%) der Babys nicht mehr gestillt, 20 (95,2%) der Babys dieser Gruppe wurden noch gestillt. In der Vergleichsgruppe wurden 10 (47,6%) der Babys nicht mehr gestillt, 11 (52,4 %) wurden noch gestillt. Der Anteil der gestillten Kinder ist in der Gruppe der Schreibabys deutlich höher als in der Gruppe der Nicht-Schreibabys.

Tabelle 13: Wird Ihr Kind zurzeit noch gestillt * Status Baby Kreuztabelle

		Kein Schreibaby	Schreibaby	Gesamt
nein	N	10	1	11
	Erw. N	5,50	5,50	11,00
	% innerh. Gruppe	47,62	4,76	26,19
ja	N	11	20	31
	Erw. N	15,50	15,50	31,00
	% innerh. Gruppe	52,38	95,24	73,81
Erw. Häufigk. < 5		0 (0%) der Zellen		
Teststatistik		chi2 =9,98; df=1; n=42; p=0,002		

Tabelle 14: Ernährungsweise von SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
Muttermilch	95,2%	52,4%
Flaschenmilch	4,8%	47,6%

Auf die Frage nach Gründen für einen Stillabbruch ergab sich aufgrund einer Häufigkeitsberechnung ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Versuchsgruppen. Eine der 21 Mütter von Schreibabys gab eine Brustentzündung als Grund an, weshalb sie abgestillt hatte. In der Gruppe der Nicht-Schreibabys gaben fünf der Mütter an, sie hätten zu wenig Milch gehabt, zwei der Mütter litten an einer Brustentzündung, eine Mutter hatte Abneigung gegen das Stillen, eine Mutter gab an, dass das Kind die Brust verweigert hatte und zwei der Mütter dieser Gruppe gaben Sonstiges als Grund für das Abstillen an.

Tabelle 15: Weshalb haben Sie abgestillt

	n	%	% Gültig	Kum. %
zu wenig Milch	5	11,9	41,7	41,7
Brustentzündung	3	7,1	25,0	66,7

	Abneigung der Mutter gegen das Stillen	1	2,4	8,3	75,0
	Kind verweigert die Brust	1	2,4	8,3	83,3
	Sonstiges	2	4,8	16,7	100,0
	Gesamt	12	28,6	100,0	
Fehlend	888	30	71,4		
Gesamt		42	100,0		

Tabelle 16: Weshalb haben Sie abgestillt * Status Baby Kreuztabelle

Kein Schreibaby	Schreibaby	Gesamt	
zu wenig Milch	5	0	5
Brustentzündung	2	1	3
Abneigung der Mutter gegen das Stillen	1	0	1
Kind verweigert die Brust	1	0	1
Sonstiges	2	0	2
Gesamt	11	1	12

Tabelle 17: Häufigkeiten der Gründe für einen Stillabbruch bei SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
Zu wenig Milch	5 von 21	0 von 21
Brustentzündung	2 von 21	1 von 21
Abneigung der Mutter gegen Stillen	1 von 21	0 von 21
Kind verweigert die Brust	1 von 21	0 von 21
Sonstiges	2 von 21	0 von 21

Ein nicht signifikanter Zusammenhang ergab sich aus den Stillproblemen und dem Status Baby ($\chi^2 (1) = 0,502$; $n = 31$; $p = 0,479$). 12 (60,0%) der Mütter von Schreibabys gaben an, es gab Probleme beim Stillen, 8 (40,0%) hatten keinerlei Probleme mit dem Stillen. In der Gruppe der Nicht- Schreibabys hatten 8 (72,7%) der Mütter Stillprobleme, 3 (27,3%) der Mütter gaben an, keine Probleme beim Stillen gehabt zu haben. Der Anteil der Mütter mit Stillproblemen ist in der Gruppe der Schreibabys etwas höher als in der Gruppe der Nicht-Schreibabys.

Tabelle 18: Gibt oder gab es Probleme beim Stillen *Status Baby Kreuztabelle

		Kein Schreibaby	Schreibaby	Gesamt
nein	N	8	12	20
	Erw. N	7,10	12,90	20,00
	% innerh. Gruppe	72,73	60,00	64,52
ja	N	3	8	11
	Erw. N	3,90	7,10	11,00
	% innerh. Gruppe	27,27	40,00	35,48
Erw. Häufigk. < 5		1 (25%) der Zellen, Minimum: 3,90		
Teststatistik		chi2 =0,5; df=1; n=31; p=0,479; fisher z-Test: p=0,698		

Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Status Baby und der Tatsache, dass die Mutter zu viel Milchproduktion hatte ($\chi^2(1) = 0,002$; $n = 32$; $p = 0,968$). 2 (9,5%) der Mütter von Schreibabys gaben an, zu viel Milchproduktion gehabt zu haben. 1 (9,1%) der Mütter aus der Gruppe der Nicht-Schreibabys gab an, an diesem Stillproblem gelitten zu haben. Der Anteil der Mütter mit diesem Stillproblem ist in beiden Gruppen annähernd gleich.

Tabelle 19: Hatten Sie zu viel Milchproduktion * Status Baby Kreuztabelle

		Kein Schreibaby	Schreibaby	Gesamt
Nein	N	10	19	29
	Erw. N	9,97	19,03	29,00
	% innerh. Gruppe	90,91	90,48	90,63
Ja	N	1	2	3
	Erw. N	1,03	1,97	3,00
	% innerh. Gruppe	9,09	9,52	9,38
Erw. Häufigk. < 5		2 (50%) der Zellen		
Teststatistik		chi2 =0; df=1; n=31; p=0,968, Fisher z-Test: p=1,000		

Ebenfalls kein signifikanter Unterschied ergab sich zwischen dem Status Baby und der Tatsache, dass die Mutter zu wenig Milchproduktion hatte ($\chi^2 (1) = 0,002$; $n = 32$; $p = 0,968$). 2 (9,5%) der Mütter von Schreibabys gaben an, zu wenig Milchproduktion gehabt zu haben. 1 (9,1%) der Mütter aus der Gruppe der Nicht-Schreibabys gab an, an diesem Stillproblem gelitten zu haben. Der Anteil der Mütter mit diesem Stillproblem ist in beiden Gruppen annähernd gleich.

Tabelle 20: Hatten Sie zu wenig Milchproduktion * Status Baby Kreuztabelle

		Kein Schreibaby	Schreibaby	Gesamt
nein	N	10	19	29
	Erw. N	9,97	19,03	29,00
	% innerh. Gruppe	90,91	90,48	90,63
ja	N	1	2	3
	Erw. N	1,03	1,97	3,00
	% innerh. Gruppe	9,09	9,52	9,38
Erw. Häufigk. < 5		2 (50%) der Zellen		
Teststatistik		chi2 =0; df=1; n=31; p=0,968 Fisher z-Test: p=1,000		

Auch gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Status Baby und einer Brustentzündung der Mutter (Fisher Exact-Test: $p=1,000$). 2 (9,5%) der Mütter von Schreibabys gaben an, eine Brustentzündung gehabt zu haben. 1 (9,1%) der Mütter aus der Gruppe der Nicht-Schreibabys gab an, an diesem Stillproblem gelitten zu

haben. Der Anteil der Mütter mit diesem Stillproblem ist in beiden Gruppen annähernd gleich.

Tabelle 21: Brustentzündung *Status Baby Kreuztabelle

		Kein Schreibaby	Schreibaby	Gesamt
nein	N	10	19	29
	Erw. N	9,97	19,03	29,00
	% innerh. Gruppe	90,91	90,48	90,63
ja	N	1	2	3
	Erw. N	1,03	1,97	3,00
	% innerh. Gruppe	9,09	9,52	9,38
Erw. Häufigk. < 5		2 (50%) der Zellen		
Teststatistik		Fisher z-Test: p=1,000		

Kein signifikanter Zusammenhang ergab sich auch zwischen dem Status Baby und der Tatsache, dass das Kind zu hastig trinkt und sich oft verschluckt ($\chi^2 (1) = 0,178$; $n = 32$; $p = 0,673$). 3 (14,3%) der Mütter aus der Gruppe der Schreibabys berichteten von diesem Stillproblem. Aus der Vergleichsgruppe hatte nur eine (9,1%) Mutter mit ihrem Baby dieses Problem. Der Anteil der Mütter mit diesem Stillproblem ist in der Gruppe der Schreibabys gering höher als in der Vergleichsgruppe.

Tabelle 22: Trinkverhalten (zu hastig) * Status Baby Kreuztabelle

		Kein Schreibaby	Schreibaby	Gesamt
nein	N	10	18	28
	Erw. N	9,63	18,38	28,00
	% innerh. Gruppe	90,91	85,71	87,50
ja	N	1	3	4
	Erw. N	1,38	2,63	4,00
	% innerh. Gruppe	9,09	14,29	12,50
Erw. Häufigk. < 5		2 (50%) der Zellen		
Teststatistik		chi2 =0,18; df=1; n=32; p=0,673; Fisher z-Test: p=1		

Zwischen dem Status Baby und der Tatsache, dass das Baby sehr langsam trinkt und beim Stillen immer einschläft besteht kein signifikanter Zusammenhang (Fisher Exact-Test: $p=0,534$). Zwei (9,5%) der Mütter aus der Gruppe der Schreibabys berichtete von diesem Problem. Aus der Gruppe der Nicht-Schreibabys gab keine (0,0%) Mutter dieses Problem an. Der Anteil der Mütter mit diesem Stillproblem ist demnach in der Gruppe der Schreibabys etwas höher als in der Vergleichsgruppe.

Tabelle 23: Trinkverhalten (langsam, schläft ein) * Status Baby Kreuztabelle

		Kein Schreibaby	Schreibaby	Gesamt
nein	N	11	19	30
	Erw. N	10,31	19,69	30,00
	% innerh. Gruppe	100,00	90,48	93,75
ja	N	-	2	2
	Erw. N	0,69	1,31	2,00
	% innerh. Gruppe	-	9,52	6,25
Erw. Häufigk. < 5		2 (50%) der Zellen		
Teststatistik		Fisher z-Test: $p=0,534$		

Weiter gab es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Status Baby und sonstigen Stillproblemen (Fisher Exact-Test: $p=0,534$). Zwei (9,5%) der Mütter von Schreibabys gaben sonstige Probleme beim Stillen an. Keine (0,0%) Mutter aus der Vergleichsgruppe gab sonstige Stillprobleme an. Der Anteil der Mütter mit sonstigen

Stillproblemen ist demnach in der Gruppe der Schreibabys etwas höher als in der Vergleichsgruppe.

Tabelle 24: Sonstige Stillprobleme * Status Baby Kreuztabelle

		Kein Schreibaby	Schreibaby	Gesamt
Nein	N	11	19	30
	Erw. N	10,31	19,69	30,00
	% innerh. Gruppe	100,00	90,48	93,75
Ja	N	-	2	2
	Erw. N	0,69	1,31	2,00
	% innerh. Gruppe	-	9,52	6,25
Erw. Häufigk. < 5		2 (50%) der Zellen		
Teststatistik		Fisher z-Test: p=0,534		

Tabelle 25: Aufteilung der Stillprobleme bei SB und NSB im Vergleich

	Kein Schreib.		Schreib.		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Hatten Sie zu viel Milchproduktion	1	9,09%	2	9,52%	3	9,38%
Hatten Sie zu wenig Milchproduktion	1	9,09%	2	9,52%	3	9,38%
Hatten Sie eine Brustentzündung	1	9,09%	2	9,52%	3	9,38%
Trinkt Ihr Kind zu hastig und verschluckt sich oft	1	9,09%	3	14,29%	4	12,50%
Trinkt Ihr Kind zu langsam und schläft beim Stillen immer ein	0	0,00%	2	9,52%	2	6,25%
Gab es sonstige, oben nicht erwähnte Probleme beim Stillen	0	0,00%	2	9,52%	2	6,25%

Zwischen den Stillabständen und dem Status Baby gibt es keinen signifikanten Unterschied ($z = -0,891$; $p = 0,373$). 8 (38,1%) der Schreibabys werden alle 1,5 – 2,5 Stunden gestillt. 11 (52,4%) der Babys dieser Gruppe werden alle 2,5 – 3,5 Stunden gefüttert und bei 2 (9,5%) der Schreibabys betragen die Stillabstände mehr als 3,5 Stunden. In der Vergleichsgruppe werden 6 (28,6%) der Babys alle 1,5 – 2,5 Stunden gestillt oder bekommen das Fläschchen. Alle 2,5 – 3,5 Stunden bekommen 11 (52,4%) dieser Gruppe das Fläschchen/werden gestillt und bei 4 (19,0%) der Nicht-Schreibabys betragen die Stillabstände mehr als 3,5 Stunden. Der Anteil der Babys bezüglich Stillabstände ist demnach in beiden Gruppen annähernd gleich verteilt.

Tabelle 26: In welchen Abständen wird ihr Kind gestillt * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
alle 1,5-2,5 Stunden	N	6	8	14
	Erw. N	7,00	7,00	14,00
	% innerh. Gruppe	28,57	38,10	33,33
alle 2,5-3,5 Stunden	N	11	11	22
	Erw. N	11,00	11,00	22,00
	% innerh. Gruppe	52,38	52,38	52,38
Abstände > als 3,5 Stunden	N	4	2	6
	Erw. N	3,00	3,00	6,00
	% innerh. Gruppe	19,05	9,52	14,29

Tabelle 27: Mann-Whitney-Test Ränge

	Status Baby	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
In welchen Abständen wird Ihr Kind gestillt	Kein Schreibaby	21	23,02	483,50
	Schreibaby	21	19,98	419,50
	Gesamt	42		

Tabelle 28: Statistik für Test

	In welchen Abständen wird Ihr Kind gestillt
Mann-Whitney-U	188,500
Wilcoxon-W	419,500
Z	-,891
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,373

Tabelle 29: Stillabstände der SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
1,5 – 2,5 Stunden	38,1%	28,6%
2,5 – 3,5 Stunden	52,4%	52,4%
mehr als 3,5 Stunden	9,5%	19,0%

Der Zusammenhang zwischen Status Baby und Teeangebot ist nicht signifikant ($\chi^2(3) = 5,168$; $n = 41$; $p = 0,160$). Einmal am Tag bekommen 2 (10,0%) der Schreibabys und 1 (4,8%) der Nicht-Schreibabys einen Tee. Jeweils 1 (5,0% bei Schreibabys und 4,8% bei Nicht-Schreibabys) Baby aus jeder Gruppe bekommt immer Tee zwischen den Mahlzeiten. 3 (15,0%) der Schreibabys und 10 (47,6%) der Nicht-Schreibabys bekommen immer Tee, wenn sie danach verlangen. 14 (70,0%) der Schreibabys und 9 (42,9%) der Babys aus der Vergleichsgruppe bekommen nie Tee, diese Kinder werden ausschließlich gestillt. Der Großteil der Schreibabys bekommt demnach nie Tee, die meisten (70,0%) werden ausschließlich gestillt. Der Großteil (47,6%) der Nicht-Schreibabys bekommt immer Tee, wenn sie danach verlangen.

Tabelle 30: Bekommt das Kind zusätzlich Tee zum Trinken * Status Baby
Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Ja, 1x am Tag	N	1	2	3
	Erw. N	1,54	1,46	3,00
	%innerh. Gruppe	4,76	10,00	7,32
Ja, immer zwischen den Mahlzeiten	N	1	1	2
	Erw. N	1,02	0,98	2,00
	%innerh. Gruppe	4,76	5,00	4,88
Ja, immer wenn es danach verlangt	N	10	3	13
	Erw. N	6,66	6,34	13,00
	%innerh. Gruppe	47,62	15,00	31,71
Nein, nie. Kind wird nur gestillt	N	9	14	23
	Erw. N	11,78	11,22	23,00
	%innerh. Gruppe	42,86	70,00	56,10
Erw. Häufigk. < 5		2 (50%) der Zellen. Min: 0,98		
Teststatistik		chi2 =5,17; df=3; n=42; p=0,160		

Tabelle 31: Teegabe bei gestillten SB und gestillten NSB im Vergleich

	SB	NSB
1x / Tag Tee	10,0%	5,0%
immer Tee zwischen den Mahlzeiten	5,0%	5,0%
immer Tee, wenn danach verlangt	15,0%	47,6%
kein Tee, ausschließlich gestillt	70,0%	42,9%

Zwischen dem Status Baby und dem Akzeptieren des Fläschchens besteht kein signifikanter Zusammenhang (Fisher Exact-Test: $p=0,410$). Während es bei der Gruppe der Schreibabys bei 5 (23,8%) der Babys Probleme beim Akzeptieren des Fläschchens gab, waren es in der Vergleichsgruppe nur 2 (9,5%) der Babys, die in dieser Hinsicht Probleme machten. Der Anteil der Schreibabys, die beim

Akzeptieren des Fläschchens Probleme bereiteten war daher etwas erhöht in Vergleich mit Nicht-Schreibabys.

Tabelle 32: Gibt/Gab es Probleme beim Akzeptieren des Fläschchens * Status Baby
Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
nein	N	19	16	35
	Erw. N	17,50	17,50	35,00
	% innerh. Gruppe	90,48	76,19	83,33
ja	N	2	5	7
	Erw. N	3,50	3,50	7,00
	% innerh. Gruppe	9,52	23,81	16,67
Erw. Häufigk. < 5		4 (50%) der Zellen, Min.0,98		
Teststatistik		Fisher z-Test: p=0,410		

Tabelle 33: Probleme beim Akzeptieren der Flasche bei SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
Probleme beim Akzeptieren des Fläschchens	23,8%	9,5%

Einen signifikanten Zusammenhang gibt es zwischen dem Status Baby und dem Essverhalten ($\chi^2(3) = 9,218$; $n = 42$; $p = 0,027$). 8 (38,1%) der Schreibabys und 17 (81,0%) der Nicht-Schreibabys trinken ruhig und regelmäßig. 3 (14,3%) Babys aus der Gruppe der Schreibabys trinken hastig und immer nur sehr wenig. Aus der Vergleichsgruppe konnte dies für keines (0,0%) der Babys ausgesagt werden. 7 (33,3%) der Schreibabys und 2 (9,5%) der Nicht-Schreibabys scheinen immer hungrig zu sein und trinken gierig. 3 (14,3%) der Mütter von Schreibabys und 2 (9,5%) der Mütter von Nicht-Schreibabys kreuzten Sonstiges an. Der Großteil der Nicht-Schreibabys trinkt demzufolge ruhig und gleichmäßig. Schreibabys scheinen demnach entweder ruhig und regelmäßig zu trinken oder scheinen immer hungrig zu sein und sehr gierig zu trinken.

Tabelle 34: Wie ist grundsätzlich das Essverhalten des Babys * Status Baby
Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Kind trinkt ruhig und regelmäßig	N	17	8	25
	Erw. N	12,50	12,50	25,00
	% innerh. Gruppe	80,95	38,10	59,52
Kind trinkt hastig und immer nur wenig	N	-	3	3
	Erw. N	1,50	1,50	3,00
	% innerh. Gruppe	-	14,29	7,14
Kind scheint immer hungrig zu sein und trinkt gierig	N	2	7	9
	Erw. N	4,50	4,50	9,00
	% innerh. Gruppe	9,52	33,33	21,43
Sonstiges	N	2	3	5
	Erw. N	2,50	2,50	5,00
	% innerh. Gruppe	9,52	14,29	11,90
Erw. Häufigk. < 5		6 (75%) der Zellen, Min.1,50		
Teststatistik		chi2 =9,22; df=3; n=42; p=0,027		

Tabelle 35: Essverhalten von SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
trinkt ruhig und regelmäßig	38,1%	81,0%
trinkt hastig und immer sehr wenig	14,3%	0,0%
scheint immer hungrig, trinkt gierig	33,3%	9,5%
Sonstiges	14,3%	9,5%

Der Zusammenhang zwischen dem Wickelverhalten und dem Status Baby ist nicht signifikant ($\chi^2(2) = 4,306$; $n = 42$; $p = 0,116$). 18 (85,7%) der Nicht-Schreibabys und 13 (61,9%) der Schreibabys sind ruhig und lassen sich meist brav wickeln. Während 3 (14,3%) der Schreibabys viel strampeln und sehr weinen beim Wickeln, kommt das in der Vergleichsgruppe nie vor (0,0%). Sonstiges Wickelverhalten weisen 5 (23,8%) der Schreibabys und 3 (14,3%) der Nicht-Schreibabys auf. Die Aufteilung der verschiedenen Gruppe ist demnach relativ gleich.

Tabelle 36: Wie ist das Verhalten des Kindes beim Wickeln * Status Baby

Kreuztabelle

		Kein Schreibaby	Schreibaby	Gesamt
Kind ist ruhig und lässt sich (meist) brav wickeln	N	18	13	31
	Erw. N	15,50	15,50	31,00
	% innerh. Gruppe	85,71	61,90	73,81
Kind strampelt viel und weint sehr beim Wickeln	N	-	3	3
	Erw. N	1,50	1,50	3,00
	% innerh. Gruppe	-	14,29	7,14
Sonstiges	N	3	5	8
	Erw. N	4,00	4,00	8,00
	% innerh. Gruppe	14,29	23,81	19,05
Erw. Häufigk. < 5		4 (67%) der Zellen, Min.1,50		
Teststatistik		$\chi^2=4,31$; $df=2$; $n=42$; $p=0,116$		

Tabelle 37: Wickelverhalten von SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
sind ruhig, lassen sich brav wickeln	61,9%	85,7%
strampeln und weinen viel	14,3%	0,0%
Sonstiges	23,8%	14,3%

Ein signifikanter Unterschied konnte zwischen dem Status Baby und den Durchschlafstunden in der Nacht festgestellt werden ($z=-2,02$; $p=0,044$)

Tabelle 38: Mittlere Rangplätze: Durchschlafstunden und Status des Baby

	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Kein Schreibaby	16	13,88	222,00
Schreibaby	7	7,71	54,00
Gesamt	23		

	Wie lange schläft das Kind nachts durch
Mann-Whitney-U	26,00
Wilcoxon-W	54,00
Z	-2,02
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,044
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	0,047

Der Mittelwert für die Schreibbabys liegt bei 4,29 (SD=2,63; Median=3,00), für die Vergleichsgruppe wird ein Mittelwert 6,56 (SD=2,34; Median=6,50) errechnet.

Tabelle 39: Deskriptive Statistiken Durchschlafzeit nach Status des Babys

	Kein Schreibaby	Schreibaby	Gesamt
M	6,56	4,29	5,87
SD	2,34	2,63	2,60
Median	6,50	3,00	5,00
Minimum	3,00	2,00	2,00
Maximum	11,00	8,00	11,00

2 (9,5%) der Schreibabys schlafen zwei Stunden nachts durch, kein (0,0%) Baby aus der Vergleichsgruppe weist diese Anzahl an Durchschlafstunden auf. Drei Durchschlafstunden gab eine (4,8%) Mutter aus der Gruppe von Nicht-Schreibabys für ihr Baby an, 2 (9,5%) der Schreibabys schlafen drei Stunden nachts durch. 2 (9,5%) der Nicht-Schreibabys und 1 (4,8%) der Schreibabys schlafen 4 Stunden durch. 4 (19,0%) Nicht-Schreibabys schlafen 5 Stunden durch, keines (0,0%) der Schreibabys schläft diese Anzahl an Stunden nachts durch. 1 (4,8%) der Nicht-Schreibabys schläft 6 Stunden nachts durch, keines (0,0%) der Schreibabys schläft diese Anzahl an Stunden nachts durch. Sieben Durchschlafstunden weisen 3 (14,3%) der Nicht-Schreibabys auf, keines (0,0%) der Schreibabys schläft diese Anzahl an Stunden nachts durch. 2 (9,5%) der Schreibabys schlafen 8 Stunden nachts durch. 1 (4,8%) der Nicht-Schreibabys schlafen diese Anzahl an Stunden nachts durch. Weitere 2 (9,5%) der Nicht-Schreibabys schlafen 9 Stunden nachts durch, 1 (4,8%) dieser Babys schlafen 10 Stunden durch und 1 (4,8%) dieser Babys schlafen 11 Stunden durch. Aus der Gruppe der Schreibabys gibt es kein Baby, das mehr als 8 Stunden durchschläft. Allerdings gab es in der Gruppe der Schreibabys 14 (66,7%) Mütter, die diese Frage nicht beantworteten; aus der Vergleichsgruppe waren es lediglich 5 (23,8%) Mütter. Als Grund für das Ausbleiben der Antworten gaben die Mütter von Nicht-Schreibabys einheitlich an, ihre Kinder würden sehr unterschiedlich schlafen, darum würden sie die Frage so nicht beantworten können. Aus der Gruppe der Schreibabys gab der Großteil der Mütter an, ihr Kind würde so gut wie nie 2 Stunden ruhig durchschlafen, somit hätten sie die Frage nicht beantwortet. 5 Mütter aus der Gruppe der Schreibabys, gaben an, ihr Kind würde sehr unterschiedlich schlafen, einmal eine halbe Stunde, einmal mehrere Stunden.

Tabelle 40: Durchschlafverhalten der SB und NSB nachts im Vergleich (66% der Mütter von SB haben diese Frage NICHT beantwortet)

	SB	NSB
2 Durchschlafstunden	9,5%	0,0%
3 Durchschlafstunden	4,8%	9,5%
4 Durchschlafstunden	4,8%	9,5%
5 Durchschlafstunden	0,0%	19,0%
6 Durchschlafstunden	0,0%	4,8%
7 Durchschlafstunden	0,0%	14,3%
8 Durchschlafstunden	9,5%	4,8%
9 Durchschlafstunden	0,0%	9,5%
10 Durchschlafstunden	0,0%	4,8%
11 Durchschlafstunden	0,0%	4,8%

Zwischen dem Schlafverhalten nachts und dem Status Baby gibt es einen signifikanten U ($\chi^2 (2) = 16,395$; $n = 42$; $p < 0,001$).

Ein (4,8%) Baby der Gruppe Nicht-Schreibaby wacht ein oder mehrmals nachts auf, da es den Schnuller verloren hat. Kein (0,00%) Baby aus der andern Gruppe – Schreibabys – trifft auf diese Antwort zu. 19 (90,5%) der Schreibabys wachen nachts ein oder mehrmals auf und werden gestillt oder bekommen das Fläschchen. Lediglich ein (4,8%) Baby aus der Vergleichsgruppe wird ein oder mehrmals nachts gestillt/bekommt das Fläschchen. Ein (4,8%) Schreibaby bekommt nachts Tee zu trinken. Kein (0,0%) Baby aus der Vergleichsgruppe bekommt nachts Tee. 16 (76,2%) der Nicht-Schreibabys wachen ein oder mehrmals nachts auf und schlafen mühelos wieder ein. Für keines (0,0%) der Schreibabys trifft diese Aussage zu. Je eine (4,8%) Mutter eines Schreibabys und eine (4,8%) Mutter eines Nicht-Schreibaby haben die Antwort Sonstiges angekreuzt. Zwei (9,5%) Mütter aus der Gruppe Nicht-Schreibabys haben keine Antworten dieser Frage beantwortet.

Der Großteil der Schreibabys wird nachts ein oder mehrmals gestillt oder bekommt das Fläschchen. Der Großteil der Nicht-Schreibabys wacht zwar nachts ein oder mehrmals auf, schläft jedoch mühelos wieder ein.

Tabelle 41: Schlafverhalten nachts von SB und NSB im Vergleich (* 2 der Mütter von SB haben die Frage nicht beantwortet. ** Mehrfachantworten waren möglich)

	SB	NSB
Baby wacht 1 oder mehrmals pro Nacht auf, da es den Schnuller verloren hat.	4,8%	0,0%
Baby wacht 1 oder mehrmals pro Nacht auf und wird gefüttert.	90,5%	4,8%
Baby bekommt nachts Tee.	4,8%	0,0%
Baby wacht 1 oder mehrmals pro Nacht auf und schläft problemlos wieder ein.	0,0%	76,2%
Sonstiges	4,8%	4,8%

Der Zusammenhang zwischen dem Status Baby und dem Schlafverhalten tagsüber ist ebenfalls signifikant ($\chi^2(2) = 16,395$; $n = 42$; $p < 0,001$).

Während 12 (57,1%) der Nicht-Schreibabys ruhig und ohne Probleme einschläft, kann das nur eine (4,8%) der Mutter von ihrem Schreibaby behaupten. 14 (66,7%) der Schreibabys schlafen lediglich durch schaukeln oder tragen ein, 9 (42,9%) der Nicht-Schreibabys schlafen auf diese Weise tagsüber ein. 6 (28,6%) der Schreibabys schlafen ausschließlich auf dem Bauch der Mutter oder des Vaters ein. Kein (0,0%) der Nicht-Schreibabys schläft auf diese Weise tagsüber ein. Hier ist die Gruppe der Schreibabys in der Kategorie „Kind schläft nur durch schaukeln oder tragen ein“ überrepräsentiert. Der Großteil der Nicht-Schreibabys schläft ruhig und ohne Probleme tagsüber ein.

Tabelle 42: Wie ist das Schlafverhalten des Babys tagsüber * Status Baby
Kreuztabelle

		Kein Schreibaby	Schreibaby	Gesamt
Kind schläft ruhig und ohne Probleme ein	N	12	1	13
	Erw. N	6,50	6,50	13,00
	% innerh. Gruppe	57,14	4,76	30,95
Kind schläft nur durch schaukeln, tragen ... ein	N	9	14	23
	Erw. N	11,50	11,50	23,00
	% innerh. Gruppe	42,86	66,67	54,76
Kind schläft nur auf Bauch von Mutter/Vater	N	-	6	6
	Erw. N	3,00	3,00	6,00
	% innerh. Gruppe	-	28,57	14,29
Erw. Häufigk. < 5		2 (33%) der Zellen, Min.3,00		
Teststatistik		chi2 =16,39; df=2; n=42; p<0,001		

Tabelle 43: Schlafverhalten tagsüber von SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
Baby schläft ruhig und problemlos ein.	4,8%	57,1%
Baby schläft nur durch schaukeln oder tragen ein.	66,7%	42,9%
Baby schläft nur auf dem Bauch der Mutter oder des Vaters ein.	28,6%	0,0%
Sonstiges	4,8%	4,8%

Bezüglich der Häufigkeit des Schlafens tagsüber in Abhängigkeit vom Status des Babys ist kein signifikantes Ergebnis gegeben ($z = -0,109$; $p = 0,913$).

2 (9,5%) der Schreibabys schlafen nur mehr ein Mal zu Mittag. Aus der Vergleichsgruppe gibt es keine (0,0%) Babys, die diesen Schlafrhythmus aufweisen. Zwei mal am Tag schlafen noch 7 (33,3%) der Nicht-Schreibabys und 4 (19,0%) der Schreibabys. Beinahe gleich ist der Anteil an Schreibabys – 15 (71,4%)- und Nicht-Schreibabys – 14 (66,7%) – die drei oder mehrmals tagsüber schlafen. Beide

Gruppen sind daher anteilmäßig bezüglich der Häufigkeit des Schlafens tagsüber sehr ähnlich verteilt.

Tabelle 44: Mann-Whitney-Test Ränge

	Status Baby	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Wie oft schläft das Kind tagsüber	Kein Schreibaby	21	21,33	448,00
	Schreibaby	21	21,67	455,00
	Gesamt	42		

Tabelle 45: Statistik für Test

	Wie oft schläft das Kind tagsüber
Mann-Whitney-U	217,000
Wilcoxon-W	448,000
Z	-0,109
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,913

Tabelle 46: Häufigkeit des Schlafens tagsüber von SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
1 Schlafeinheit tagsüber	9,5%	0,0%
2 Schlafeinheiten tagsüber	19,0%	33,3%
3 oder mehr Schlafeinheiten tagsüber	71,4%	66,7%

Ein deutlicher Unterschied in den beiden Untersuchungsgruppen zeigt sich bei den Schlafplätzen tagsüber. Je 1 (4,8%) Baby aus jeder Gruppe schläft tagsüber im Kinderbett. 3 (14,3%) der Nicht-Schreibabys und 5 (23,8%) der Schreibabys schlafen immer am selben Ort. Je 1 (4,8%) Baby aus jeder Gruppe schläft tagsüber nur im Kinderwagen. 16 (76,2%) der Nicht-Schreibabys und 6 (28,6%) der Schreibabys schlafen immer an verschiedenen Orten. Während 8 (38,1%) der Schreibabys nur auf Mama und Papa einschlafen, trifft das für keines (0,0%) der Nicht-Schreibabys zu.

Tabelle 47: Wenn das Kind tagsüber schläft, wo schläft es da * Status Baby
Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
im Kinderbett	N	1	1	2
	Erw. N	1,00	1,00	2,00
	% innerh. Gruppe	4,76	4,76	4,76
immer am selben Ort (aber nicht im Kinderbett)	N	3	5	8
	Erw. N	4,00	4,00	8,00
	% innerh. Gruppe	14,29	23,81	19,05
nur im Kinderwagen	N	1	1	2
	Erw. N	1,00	1,00	2,00
	% innerh. Gruppe	4,76	4,76	4,76
immer verschieden	N	16	6	22
	Erw. N	11,00	11,00	22,00
	% innerh. Gruppe	76,19	28,57	52,38
nur auf Mama oder Papa	N	-	8	8
	Erw. N	4,00	4,00	8,00
	% innerh. Gruppe	-	38,10	19,05
Erw. Häufigk. < 5		8 (80%) der Zellen, Min.1,00		
Teststatistik		chi2 =13,05; df=4; n=42; p=0,011		

Tabelle 48: Schlafplätze tagsüber von SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
immer im Kinderbett	4,8%	4,8%
nicht im Kinderbett, aber immer am selben Ort	23,8%	14,3%
nur im Kinderwagen	4,8%	4,8%
immer an verschiedenen Orten	28,6%	76,2%
nur auf Mama oder Papa	38,1%	0.0%

1.13.3 Fragen zur Schwangerschaft und Geburt

Der Zusammenhang zwischen Problemen in der Schwangerschaft und dem Status Baby ist nicht signifikant ($\chi^2(1) = 0,389$; $n = 42$; $p = 0,533$). Keine Probleme in der Schwangerschaft hatten 13 (61,9%) der Mütter aus der Gruppe der Nicht-Schreibabys und 11 (52,4%) der Mütter von Schreibabys. 10 (47,6%) der Mütter aus der Gruppe der Schreibabys und 8 (38,1%) der Mütter von Nicht-Schreibabys hatten Probleme in der Schwangerschaft. Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Schwangerschaftsverlauf und dem Status Baby. 13 (61,9%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 11 (52,4%) der Mütter von Schreibabys berichten über eine normale Schwangerschaft, die ohne Probleme verlief. Je 4 (19,0%) der Mütter aus den zwei Gruppen hatten kleinere Probleme wie leichte Krämpfe, Erbrechen etc. in der Schwangerschaft. 4 (19,0%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 5 (23,8%) der Mütter von Schreibabys berichten über Schwangerschaftskomplikationen wie Frühwehen, Blutungen etc. Eine (4,8%) der Mütter von Schreibabys hatte in der Schwangerschaft einen Unfall mit Spitalsaufenthalt. Keine (0,0%) der Mütter von Nicht-Schreibabys musste auf Grund eines Unfalls ins Krankenhaus. Der Großteil der Schwangerschaften verlief in beiden Gruppen normal und ohne Probleme.

Tabelle 49: Wie verlief die Schwangerschaft * Status Baby Kreuztabelle
(Zusammenfassung in 2 Gruppe: Probleme und keine Probleme)

		NSB	SB	Gesamt
keine Probleme	N	13	11	24
	Erw. N	12,00	12,00	24,00
	% innerh. Gruppe	61,90	52,38	57,14
Probleme	N	8	10	18
	Erw. N	9,00	9,00	18,00
	% innerh. Gruppe	38,10	47,62	42,86
Erw. Häufigk. < 5		0 (0%) der Zellen		
Teststatistik		chi2 =0,39; df=1; n=42; p=0,533		

Tabelle 50: Schwangerschaftsverlauf bei SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
problemlose Schwangerschaft	52,4%	61,9%
kleinere Probleme in der SS (zB.: leichte Krämpfe, Erbrechen..)	19,0%	19,0%
Schwangerschaftskomplikationen (Frühwehen, Blutungen etc.)	23,8%	19,0%
Unfall während SS mit Spitalsaufenthalt	4,8%	0,0%

Es gibt keinen Unterschied zwischen dem Status Baby und Erkrankungen in der Schwangerschaft ($\chi^2 (1) = 0,933$; $n = 42$; $p = 0,334$). 15 (71,4%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 12 (57,1%) der Schreibabys hatten in der Schwangerschaft keine Erkrankung. 6 (28,6%) der Mütter aus der Gruppe der Nicht-Schreibabys und 9 (42,9%) der Mütter aus der Gruppe der Schreibabys erlitten in der Schwangerschaft eine Erkrankung. Die Erkrankung war bei 9 (42,9%) der Mütter von Schreibabys und bei 5 (23,8%) der Mütter aus der Vergleichsgruppe lediglich eine leichte Erkrankung wie etwa eine leichte Erkältung oder ein leichter grippaler Infekt. Eine (4,8%) der Mütter von Nicht-Schreibabys litt an einer ernsteren Erkrankung mit Medikamenteneinnahme in der Schwangerschaft. Keine (0,0%) der Mütter von

Schreibabys litt an solch ernsterer Erkrankung. Beide Gruppen sind bezüglich der Erkrankungen in der Schwangerschaft demnach in etwa gleich verteilt.

Tabelle 51: Erkrankungen in Schwangerschaft * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
keine Erkrankungen	N	15	12	27
	Erw. N	13,50	13,50	27,00
	% innerh. Gruppe	71,43	57,14	64,29
Erkrankungen	N	6,0	9,0	15,0
	Erw. N	7,50	7,50	15,00
	% innerh. Gruppe	28,57	42,86	35,71
Erw. Häufigk. < 5		0 (0%) der Zellen		
Teststatistik		chi2 =0,93; df=1; n=42; p=0,334		

Tabelle 52: Erkrankungen in der Schwangerschaft (SS) bei SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
keine Erkrankung in SS	57,1%	71,4%
leichte Erkrankung in SS (leichte Erkältung, etc.)	42,9%	23,8%
ernstere Erkrankung in SS mit Medikamenteneinnahme	0,0%	4,8%

Zwischen Ängste in der Schwangerschaft und dem Status Baby besteht kein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2(1) = 1,556$; $n = 42$; $p = 0,212$). 10 (47,6%) der Mütter von Schreibabys und 14 (66,7%) der Mütter der Vergleichsgruppe hatten in der Schwangerschaft keinerlei Ängste. Während 11 (52,4%) der Mütter von Schreibabys in der Schwangerschaft an Ängsten litten, taten dies nur 7 (33,3%) der Mütter der Vergleichsgruppe. Mütter von Schreibabys zeigen hiermit mehr Ängste in der Schwangerschaft als Mütter von Nicht-Schreibabys.

Tabelle 53: Hatten Sie irgendwelche Ängste in der Schwangerschaft * Status Baby Kreuztabelle

	NSB	SB	Gesamt
--	-----	----	--------

nein	N	14	10	24
	Erw. N	12,00	12,00	24,00
	% innerh. Gruppe	66,67	47,62	57,14
ja	N	7	11	18
	Erw. N	9,00	9,00	18,00
	% innerh. Gruppe	33,33	52,38	42,86
Erw. Häufigk. < 5		0 (0%) der Zellen		
Teststatistik		chi2 =1,56; df=1; n=42; p=0,212		

Als nicht signifikant erwies sich der Zusammenhang zwischen dem Status Baby und der Angst in der Schwangerschaft vor einer Fehlgeburt (Fisher-Exact-Test: $p=1,00$). Der Großteil der Mütter aus beiden Gruppe hatte nicht die Befürchtung, eine Fehlgeburt zu bekommen – 18 (85,7%) der Mütter von Schreibabys und 17 (81,0%) der Mütter aus der Vergleichsgruppe. 4 (19,0%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 3 (14,3%) der Mütter von Schreibabys hatte in der Schwangerschaft Angst, ihr Kind würde früher als der Geburtstermin zur Welt kommen.

Der Anteil von Müttern mit dieser Befürchtung ist in etwa gleich verteilt in beiden Gruppen.

Tabelle 54: Hatten Sie in der SS Angst, eine Frühgeburt zu bekommen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
nein	N	17	18	35
	Erw. N	17,50	17,50	35,00
	% innerh. Gruppe	80,95	85,71	83,33
ja	N	4	3	7
	Erw. N	3,50	3,50	7,00
	% innerh. Gruppe	19,05	14,29	16,67
Erw. Häufigk. < 5		2 (50%) der Zellen, Min: 3.50		
Teststatistik		Fisher z-Test: $p=1,00$		

Ebenfalls nicht signifikant zeigte sich der Zusammenhang zwischen Status Baby und der Angst, ein behindertes Kind zur Welt zu bringen (Fisher-Exact-Test: $p=1,00$). 18 (85,7%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 17 (81,0%) der Mütter von Schreibabys hatten diese Befürchtung nicht. 3 (14,3%) der Mütter aus der Gruppe

der Nicht-Schreibabys und 4 (19,0%) der Mütter von Schreibabys hatten Angst, ein behindertes Kind zu bekommen. Der Anteil von Müttern mit dieser Befürchtung ist in etwa gleich verteilt in beiden Gruppen.

Tabelle 55: Hatten Sie in der SS Angst, ein behindertes Kind zu bekommen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
nein	N	18	17	35
	Erw. N	17,50	17,50	35,00
	% innerh. Gruppe	85,71	80,95	83,33
ja	N	3	4	7
	Erw. N	3,50	3,50	7,00
	% innerh. Gruppe	14,29	19,05	16,67
Erw. Häufigk. < 5		2 (50%) der Zellen, Min: 3.50		
Teststatistik		Fisher z-Test: p=1,00		

Weiter war auch der Zusammenhang zwischen der Angst vor einem Kaiserschnitt und dem Status Baby nicht signifikant (Fisher-Exact-Test: $p=1,00$). Beinahe gleich viele Mütter (19 (90,5%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 20 (95,2%) der Mütter von Schreibabys) hatten diese Befürchtung nicht. Eine (4,8%) Mutter eines Schreibabys und 2 (9,5%) der Mütter aus der Vergleichsgruppe hatten Angst vor einem Kaiserschnitt. Der Anteil von Müttern mit dieser Befürchtung ist in etwa gleich verteilt in beiden Gruppen.

Tabelle 56: Hatten Sie in der SS Angst, einen Kaiserschnitt machen lassen zu müssen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
nein	N	19	20	39
	Erw. N	19,50	19,50	39,00
	% innerh. Gruppe	90,48	95,24	92,86
ja	N	2	1	3
	Erw. N	1,50	1,50	3,00
	% innerh. Gruppe	9,52	4,76	7,14
Erw. Häufigk. < 5		2 (50%) der Zellen, Min: 1,50		
Teststatistik		Fisher z-Test: p=1,00		

Kein signifikanter Unterschied ergab sich aus dem Status Baby und der Angst vor einer schweren, komplizierten Geburt (Fisher-Exact-Test: p=1,000). Exakt gleich viele Mütter aus jeder Gruppe – 18 (85,7%) – hatten keine Angst vor einer schweren, komplizierten Geburt. Je 3 (14,3%) der Mütter jeder Gruppe fürchtete eine schwere und komplizierte Geburt.

Tabelle 57: Hatten Sie in der SS Angst vor einer schweren, komplizierten Geburt * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
nein	N	18	18	36
	Erw. N	18,00	18,00	36,00
	% innerh. Gruppe	85,71	85,71	85,71
ja	N	3	3	6
	Erw. N	3,00	3,00	6,00
	% innerh. Gruppe	14,29	14,29	14,29
Erw. Häufigk. < 5		2 (50%) der Zellen, Min: 1,00		
Teststatistik		Fisher z-Test: p=1,00		

Ebenfalls kein signifikanter Unterschied ergab sich aus dem Status Baby und der Angst, vom Partner allein gelassen zu werden (Fisher-Exact-Test: p= 1,000).

20 (95,2%) der Mütter je Gruppe hatten nicht die Bedenken, der Partner könne sie allein lassen. Je 1 (4,8%) der Mutter aus jeder Gruppe hatte jedoch diese Angst.

Der Anteil der Mütter mit diesen Bedenken ist demnach in den zwei Gruppen exakt gleich verteilt.

Tabelle 58: Hatten Sie in der SS Angst, von Ihrem Partner allein gelassen zu werden
* Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
nein	N	20	20	40
	Erw. N	20,00	20,00	40,00
	% innerh. Gruppe	95,24	95,24	95,24
ja	N	1	1	2
	Erw. N	1,00	1,00	2,00
	% innerh. Gruppe	4,76	4,76	4,76
Erw. Häufigk. < 5		2 (50%) der Zellen, Min: 1,00		
Teststatistik		Fisher z-Test: p=1,00		

Sonstige Ängste und der Status Baby weisen ebenso keinen signifikanten Unterschied auf (Fisher-Exact-Test: p=1,00). Beinahe gleich ist der Anteil an Müttern – 18 (85,7%) der Mütter von Schreibabys und 19 (90,5%) der Mütter aus der Vergleichsgruppe – die nicht an sonstigen Ängsten in der Schwangerschaft litten. 2 (9,5%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 3 (14,3%) der Mütter von Schreibabys hatten jedoch sonstige Ängste in der Schwangerschaft.

Tabelle 59: Hatten Sie sonstige, oben nicht genannte Ängste in der SS * Status
Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
nein	N	19	18	37
	Erw. N	18,50	18,50	37,00
	% innerh. Gruppe	90,48	85,71	88,10
ja	N	2	3	5
	Erw. N	2,50	2,50	5,00
	% innerh. Gruppe	9,52	14,29	11,90
Erw. Häufigk. < 5		2 (50%) der Zellen, Min: 2,50		
Teststatistik		Fisher z-Test: p=1,00		

Tabelle 60: Ängste in der Schwangerschaft (SS) bei Mütter von SB und NSB im
Vergleich

	SB	NSB
keine Ängste in der SS	47,6%	66,7%
Angst vor einer Fehlgeburt	14,3%	19,0%
Angst, ein behindertes Kind zu bekommen	19,0%	14,3%
Angst vor einem Kaiserschnitt	4,8%	9,5%
Angst vor einer schweren, komplizierten Geburt	14,3%	14,3%
Angst, vom Partner allein gelassen zu werden	4,8%	4,8%
sonstige Ängste	14,3%	9,5%

Bezüglich der Häufigkeit von Beziehungskrisen in Abhängigkeit vom Status des Babys ist kein signifikanter Zusammenhang gegeben ($z = -0,956$; $p = 0,339$).

Je 1 (4,8%) Mutter aus jeder Gruppe hatte in der Beziehung sehr oft Krisen. Oft bezeichnet eine (4,8%) der Mutter von Nicht-Schreibabys die Anzahl ihrer Beziehungskrisen in der Schwangerschaft. Keine (0,0%) der Mütter von Schreibabys

sagte dies aus. 12 (57,1%) der Mütter von Schreibabys und 7 (33,3%) der Mütter der Vergleichsgruppe bezeichnen die Anzahl ihrer Beziehungskrisen in der Schwangerschaft als selten. Nie hatten 12 (57,1%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 8 (38,1%) der Mütter von Schreibabys eine Krise mit ihrem Partner.

Die Mehrheit der Mütter gibt an, nie bzw. selten Beziehungskrisen mit dem Partner in der Schwangerschaft gehabt zu haben. Während etwas mehr Mütter von Schreibabys von seltenen Krisen sprechen, hatten etwas mehr Mütter von Nicht-Schreibabys nie eine Krise mit dem Partner.

Tabelle 61: Mann-Whitney-Test Ränge

	Status Baby	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Gab es während der Schwangerschaft irgendwelche Krisen mit Ihrem Partner	Kein Schreibaby	21	19,88	417,50
	Schreibaby	21	23,12	485,50
	Gesamt	42		

Tabelle 62: Statistik für Test

	Gab es während der Schwangerschaft irgendwelche Krisen mit Ihrem Partner
Mann-Whitney-U	186,500
Wilcoxon-W	417,500
Z	-0,956
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,339

Tabelle 63: Beziehungskrisen in der SS bei SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
sehr oft	4,8%	4,8%
oft	0,0%	4,8%
selten	57,1%	33,3%

nie	38,1%	57,1%
-----	-------	-------

Schreibabys unterscheiden sich von Nicht-Schreibabys unterscheiden sich bezüglich der Schwangerschaftswoche, an der sie zur Welt kamen nicht signifikant ($z = -0,127$; $p = 0,899$). Der Mittelwert bei Schreibabys beträgt die 38,86. (SD = 40,00) und bei Nicht-Schreibabys die 38,81. (SD = 39,00) Schwangerschaftswoche. Das jüngste Schreibaby kam in der 34. Schwangerschaftswoche, das älteste in der 42. Schwangerschaftswoche zur Welt. In der Vergleichsgruppe kam das jüngste Baby in der 28. Woche und das Älteste in der 42. Woche.

Tabelle 64: In welcher Schwangerschaftswoche kam das Kind zur Welt
Häufigkeiten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige %	Kum. %
28	1	2,4	2,4	2,4
34	2	4,8	4,8	7,1
35	2	4,8	4,8	11,9
36	3	7,1	7,1	19,0
37	2	4,8	4,8	23,8
38	6	14,3	14,3	38,1
39	5	11,9	11,9	50,0
40	6	14,3	14,3	64,3
41	10	23,8	23,8	88,1
42	5	11,9	11,9	100,0
Gesamt	42	100,0	100,0	

Tabelle 65: In welcher Schwangerschaftswoche kam das Kind zur Welt Mittelwerte

Status Baby	M	Median	SD	Minimum	Maximum
Kein Schreibaby	38,81	39,00	3,156	28	42
Schreibaby	38,86	40,00	2,594	34	42
Insgesamt	38,83	39,50	2,853	28	42

Tabelle 66: Mann-Whitney-Test Ränge

	Status Baby	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
In welcher Schwangerschaftswoche kam das Kind zur Welt	Kein Schreibaby	21	21,74	456,50
	Schreibaby	21	21,26	446,50
	Gesamt	42		

Tabelle 67: Statistik für Test

	In welcher Schwangerschaftswoche kam das Kind zur Welt
Mann-Whitney-U	215,500
Wilcoxon-W	446,500
Z	-0,127
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,899

Tabelle 68: Schwangerschaftswoche (Mittelwert, MW), in der SB und NSB geboren wurde im Vergleich

	SB	NSB
Schwangerschaftswoche (MW)	38,86. SS-Woche	38,81.SS-Woche

Bezüglich der anwesenden Personen bei der Geburt kann kein Signifikanztest berechnet werden, da in beiden Gruppen bei allen gebärenden Müttern ein Arzt und eine Hebamme anwesend waren. Bezüglich der Anwesenheit des Vaters sind kein Unterschiede gegeben (Fisher z-Test: $p=1,00$).

Tabelle 69: War der Vater des Kindes bei der Geburt anwesend * Status Baby
Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
nein	N	1	1	2
	Erw. N	1,00	1,00	2,00
	% innerh. Gruppe	4,76	4,76	4,76
ja	N	20	20	40
	Erw. N	20,00	20,00	40,00
	% innerh. Gruppe	95,24	95,24	95,24
Erw. Häufigk. < 5		2 (50%) der Zellen, Min: 1,0		
Teststatistik		chi2 =0; df=1; n=42; p=1; Fisher z-Test: p=1,0		

Tabelle 70: Anwesenheit des Vaters bei der Geburt eines SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
Vater des Kindes	95,2%	95,2%

Bezüglich der Dauer der Geburt in Abhängigkeit vom Status des Babys ergab sich kein signifikanter Zusammenhang ($z = -0,764$; $p = 0,445$). Bei 6 (28,6%) der Nicht-Schreibabys und bei der Hälfte, daher 3 (14,3%) der Schreibabys dauerte die Geburt von der ersten Wehe bis zum Gebären des Kindes weniger als 6 Stunden. Bei 8 (38,1%) der Schreibabys und 6 (28,6%) der Babys aus der Vergleichsgruppe dauerte die Geburt zwischen 6 und 12 Stunden. Bei je 4 (19,0%) der Babys aus jeder Gruppe dauerte die Geburt zwischen 12 und 24 Stunden. Bei 3 (14,3%) der Nicht-Schreibabys und 2 (9,5%) der Schreibabys dauerte die Geburt zwischen 24 und 36 Stunden. Die Geburt von 2 (9,5%) der Schreibabys dauerte länger als 36 Stunden. Je 2 (9,5%) der Babys aus jeder Gruppe hatten einen Kaiserschnitt und konnten daher keine Angaben zu dieser Frage geben. Mehr Geburten von Schreibabys hatten eine längere Dauer als die Geburten von Nicht-Schreibabys, bei denen der Großteil der Geburten sehr rasch stattfand.

Tabelle 71: Mann-Whitney-Test Ränge

	Status Baby	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Wie lange dauerte die Geburt von der ersten Wehe bis zum Gebären des Kindes	Kein Schreibaby	21	20,10	422,00
	Schreibaby	21	22,90	481,00
	Gesamt	42		

Tabelle 72: Statistik für Test

	Wie lange dauerte die Geburt von der ersten Wehe bis zum Gebären des Kindes
Mann-Whitney-U	191,000
Wilcoxon-W	422,000
Z	-0,764
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,445

Tabelle 73: Dauer der Geburt bei SB und NSB im Vergleich (* Je 9,5% der Babys aus jeder Gruppe kamen per Kaiserschnitt zur Welt, in den Fällen wurde diese Frage nicht beantwortet)

	SB	NSB
weniger als 6 Stunden	14,3%	28,6%
6 – 12 Stunden	38,1%	28,6%
12 – 24 Stunden	19,0%	19,0%
24 – 36 Stunden	9,5%	14,3%
länger als 36 Stunden	9,5%	0,0%

Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Geburtskomplikationen und dem Status Baby ($\chi^2(1) = 0,096$; $n = 42$; $p = 0,757$). Beinahe gleich ist der Anteil von Babys, die eine komplikationslose Geburt hatten. 12 (57,1%) der Nicht-Schreibabys und 11 (52,4%) der Schreibabys hatten eine Geburt ohne Komplikationen. Ebenfalls fast gleich ist der Anteil von Schreibabys – 10 (47,6%) –

und Nicht-Schreibabys – 9 (42,9%) -, bei denen es eine Geburt mit Komplikationen gab.

Tabelle 74: Gab es während der Geburt Komplikationen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
nein	N	12	11	23
	Erw. N	11,50	11,50	23,00
	% innerh. Gruppe	57,14	52,38	54,76
ja	N	9	10	19
	Erw. N	9,50	9,50	19,00
	% innerh. Gruppe	42,86	47,62	45,24
Erw. Häufigk. < 5		0 (0%) der Zellen,		
Teststatistik		chi2 =0,1; df=1; n=42; p=0,757		

3 (14,3%) der Nicht-Schreibabys und 4 (19,0%) der Schreibabys mussten aufgrund einer Gefährdung des Kindes schnell mittels Saugglocke, Kaiserschnitt etc. zur Welt geholt werden. Bei 18 (85,7%) der Nicht-Schreibabys und 17 (81,0%) der Schreibabys stellte sich diese Komplikation nicht. 2 (9,5%) der Mütter von Nicht-Schreibabys waren bei der Geburt akut gefährdet. In der Gruppe der Schreibabys war nur eine (4,8%) der Mutter gefährdet, dass das Kind schnell mittels Saugglocke, Kaiserschnitt etc. geholt werden musste. Bei 19 (90,5%) der Nicht-Schreibabys und 20 (95,2%) der Schreibabys trat diese Komplikation nicht auf. 2 (9,5%) der Mütter von Schreibabys und 4 (19,0%) der Mütter aus der Vergleichsgruppe bekamen bei der Geburt viele Medikamente gegen die Schmerzen. 17 (81,0%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 19 (90,5%) Mütter von Schreibabys bekamen keinerlei Medikamente. 4 (19,0%) der Mütter von Schreibabys und 3 (14,3%) der Mütter von Nicht-Schreibabys mussten bei der Geburt an den Wehentropf. Bei 17 (81,0%) Müttern von Schreibabys und 18 (85,7%) Müttern der Vergleichsgruppe war die Anwendung eines Wehentropfes nicht nötig. Gleich wie in der Gruppe der Schreibabys gab es bei 6 (28,6%) der Babys in der Vergleichsgruppe sonstige Komplikationen bei der Geburt. Bei 15 (71,4%) der Babys in jeder Gruppe gab es keine sonstigen Probleme bei der Geburt.

Tabelle 75: Geburtskomplikationen bei SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
keine Komplikationen	52,4%	57,1%
Kind war gefährdet	19,0%	14,3%
Mutter war gefährdet	4,8%	9,5%
Medikamentengabe bei Geburt	9,5%	19,0%
Wehentropf	19,0%	14,3%
sonstige Komplikationen	28,6%	28,6%

Bezüglich der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus und dem Status Baby ist kein signifikanter Zusammenhang gegeben ($z = -1,002$; $p = 0,317$). Eine (4,8%) Mutter eines Schreibabys war bei der Geburt des Babys gar nicht im Krankenhaus. Je eine (4,8%) Mutter aus jeder Gruppe war aufgrund einer ambulanten Geburt maximal 12 Stunden im Krankenhaus. 6 (28,6%) der Mütter von Schreibabys und 5 (23,8%) der Mütter der Vergleichsgruppe waren 1-3 Tage im Krankenhaus. Je 12 (57,1%) der Mütter aus jeder Gruppe waren bei der Geburt ihres Kindes 4-7 Tage im stationären Aufenthalt. Während 3 (14,3%) der Mütter von Nicht-Schreibabys mehr als 7 Tage im Krankenhaus waren, war es in der Gruppe der Schreibabys nur eine (4,8%) der Mütter. Die Aufteilung in diesen Kategorien ist in den zwei Gruppen beinahe identisch.

Tabelle 76: Mann-Whitney-Test Ränge

	Status Baby	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Wie lange blieben Sie im Krankenhaus	Kein Schreibaby	21	23,19	487,00
	Schreibaby	21	19,81	416,00
	Gesamt	42		

Tabelle 77: Statistik für Test

	Wie lange lieben Sie im Krankenhaus
Mann-Whitney-U	185
Wilcoxon-W	416
Z	-1,002
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,317

Tabelle 78: Aufenthaltsdauer von Mütter mit SB und NSB nach Geburt im Krankenhaus im Vergleich

	SB	NSB
Geburt extern, nicht im KH	4,8%	0,0%
ambulante Geburt	4,8%	4,8%
1 – 3 Tage stationär	28,6%	23,8%
4 – 7 Tage stationär	57,1%	57,1%
mehr als 7 Tage stationär	4,8%	14,3%

Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Status Baby und dem Aufenthaltsort des Babys während des Krankenhausaufenthaltes ($\chi^2(4) = 3,444$; $n = 39$; $p = 0,486$). Je 12 (57,1%) der Mütter aus jeder Gruppe hatten ihr Baby während des gesamten Krankenhausaufenthaltes immer bei sich im Zimmer. Ab und zu gaben 5 (23,8%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 4 (19,0%) der Mütter von Schreibabys ihr Kind in die Obhut der Krankenschwestern. 3 (14,3%) der Mütter von Schreibabys und eine (4,8%) Mutter aus der Vergleichsgruppe gaben ihr Kind die meiste Zeit ins „Kinderzimmer“, daher in die Obhut der Krankenschwestern. Während 2 (9,5%) der Mütter von Nicht-Schreibabys ihr Kind ausschließlich zum Stillen sahen, traf das für keine (0,0%) Mutter von Schreibabys zu.

Auch hier ist die Aufteilung in diesen Kategorien in den zwei Gruppen beinahe identisch. Zwei Müttern, die eine ambulante Geburt hatten und einer Mutter, die eine Hausgeburt hatte, wurde diese Frage nicht vorgegeben.

Tabelle 79: Wenn Sie im Krankenhaus waren, wo war Ihr Kind * Status Baby
Kreuztabelle

		NSB(n=20)	SB(n=19)	Gesamt(n=39)
die ganze Zeit bei mir im Zimmer	N	12	12	24
	Erw. N	12,31	11,69	24,00
	% innerh. Gruppe	60,00	63,16	61,54
z.T. bei mir im Zimmer, z.T. im "Kinderzimmer"	N	5	4	9
	Erw. N	4,62	4,38	9,00
	% innerh. Gruppe	25,00	21,05	23,08
Kind war fast immer im Kinderzimmer (bei Schwestern)	N	1	3	4
	Erw. N	2,05	1,95	4,00
	% innerh. Gruppe	5,00	15,79	10,26
ich sah das Kind nur zum Stillen/Flasche geben	N	2	-	2
	Erw. N	1,03	0,97	2,00
	% innerh. Gruppe	10,00	-	5,13
Erw. Häufigk. < 5		6 (75%) der Zellen, Min: 0,97		
Teststatistik		chi2 =3,09; df=3; n=42; p=0,378		

Tabelle 80: Aufenthaltsort des SB und NSB im Krankenhaus nach Geburt im Vergleich

	SB	NSB
immer bei Mutter	57,1%	57,1%
ab und zu im „Kinderzimmer“, meist bei Mutter	19,0%	23,8%
meiste Zeit im „Kinderzimmer“	14,3%	4,8%
Mutter sah Kind nur zum Stillen	0,0%	9,5%

Der Unterschied zwischen Problemen in der ersten Woche zu Hause und dem Status Baby ist knapp nicht signifikant ($\chi^2 (1) = 3,500$; $n = 42$; $p = 0,061$).

Während 15 (71,4%) der Mütter von Nicht-Schreibabys angeben, in der ersten Woche zu Hause keinerlei Probleme gehabt zu haben, können dies nur 9 (42,9%) der Mütter von Schreibabys behaupten. Sind es in der Gruppe der Nicht-Schreibabys 6 (28,6%) der Mütter, die von Problemen in der ersten Woche zu Hause berichten, sind es in der Gruppe der Schreibabys bereits doppelt so viele, nämlich 12 (57,1%). Schreibabys sind demnach in der Kategorie Probleme in der ersten Woche zu Hause überrepräsentiert.

Tabelle 81: Gab es Probleme mit dem Kind in der ersten Woche zu Hause * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
nein	N	15	9	24
	Erw. N	12,00	12,00	24,00
	% innerh. Gruppe	71,43	42,86	57,14
ja	N	6	12	18
	Erw. N	9,00	9,00	18,00
	% innerh. Gruppe	28,57	57,14	42,86
Erw. Häufigk. < 5		0 (0%) der Zellen		
Teststatistik		$\chi^2 = 3,5$; $df=1$; $n=42$; $p=0,061$		

Der Zusammenhang zwischen Stillproblemen in der ersten Woche zu Hause und dem Status Baby ist nicht signifikant (Fisher-Exact-Test: $p=0,652$). In beiden Gruppen klagten genau 4 (19,0%) der Mütter über Stillprobleme in der ersten Woche zu Hause. 17 (81,0%) Mütter je Gruppe hatten diese Probleme nicht. Der Anteil an Müttern, die über Stillprobleme berichteten, ist somit in beiden Gruppen exakt gleich.

Tabelle 82: Gab es in der ersten Woche zu Hause Probleme mit dem Stillen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	17	17	34
	Erw. N	17,00	17,00	34,00
	% innerh. Gruppe	80,95	80,95	80,95
ja	N	4	4	8
	Erw. N	4,00	4,00	8,00
	% innerh. Gruppe	19,05	19,05	19,05
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: $p=0,652$		

Tendenziell Signifikant ist hingegen der Zusammenhang zwischen Schlafproblemen und der Status Baby (Fisher-Exact-Test: $p=0,052$).

Während in der Gruppe der Schreibabys 4 (19,0%) der Mütter über Schlafprobleme ihres Kindes berichteten, hatte keine (0,0%) der Mutter der Vergleichsgruppe dieses Problem mit ihrem Kind. Somit war das Schlafen für 21 (100,0%) der Nicht-Schreibabys und für 17 (81,0%) der Schreibabys kein Problem. Die Schreibabys sind demnach in der Kategorie Schlafprobleme überrepräsentiert.

Tabelle 83: Gab es in der ersten Woche zu Hause Probleme mit dem Schlafen *
Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	21	17	38
	Erw. N	19,00	19,00	38,00
	% innerh. Gruppe	100,00	80,95	90,48
ja	N	-	4	4
	Erw. N	2,00	2,00	4,00
	% innerh. Gruppe	-	19,05	9,52
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,053,		

Keinen signifikanten Zusammenhang gab es zwischen dem Status Baby und Wickel- oder Badeprobleme in der ersten Woche (Fisher-Exact-Test: p=0,500). Eine (4,8%) Mutter der Gruppe der Nicht-Schreibabys berichtete von diesem Problem, alle anderen Mütter aus beiden Gruppen hatten keine Wickel- oder Badeprobleme mit dem Baby.

Tabelle 84: Gab es in der ersten Woche zu Hause Probleme mit dem Wickeln oder Baden * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	20	21	41
	Erw. N	20,50	20,50	41,00
	% innerh. Gruppe	95,24	100,00	97,62
Ja	N	1	-	1
	Erw. N	0,50	0,50	1,00
	% innerh. Gruppe	4,76	-	2,38
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,500,		

Übermäßiges Schreien in der ersten Woche zu Hause und der Status Baby stehen in signifikanten Zusammenhang ($\chi^2 = 9,98$; $df=1$; $n=42$; $p=0,002$). 10 (47,6%) der Schreibabys schrien übermäßig viel in der ersten Woche zu Hause. Lediglich eins

(4,8%) der Babys aus der Vergleichsgruppe schrie übermäßig viel in dieser Zeit. 20 (95,2%) der Nicht-Schreibabys und 11 (52,4%) der Schreibabys bereiteten diesbezüglich keine Sorgen in der ersten Woche zu Hause.

Tabelle 85: Schrie das Kind sehr viel in der ersten Woche zu Hause und war kaum zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	20	11	31
	Erw. N	15,50	15,50	31,00
	% innerh. Gruppe	95,24	52,38	73,81
Ja	N	1	10	11
	Erw. N	5,50	5,50	11,00
	% innerh. Gruppe	4,76	47,62	26,19
Erw. Häufigk. < 5		0% der Zellen		
Teststatistiken		chi2 =9,98; df=1; n=42; p=0,002		

Der Zusammenhang zwischen der Energie der Mutter nach der Geburt und dem Status Baby ist nicht signifikant (Fisher-Exact-Test: $p=0,343$). In der Gruppe der Schreibabys berichten 4 (19,0%) der Mütter, kaum Energie für ihr Kind gehabt zu haben. Aus der Vergleichsgruppe berichtet nur eine (4,8%) der Mütter von diesem Problem. 20 (95,2%) der Mütter aus der Gruppe der Nicht- Schreibabys und 17 (81,0%) der Mütter aus der Gruppe der Schreibabys hatten dieses Problem nicht. In der Gruppe der Schreibabys kam es daher etwas häufiger vor, dass die Mutter nach der Geburt kaum Energie für ihr Kind hatte.

Tabelle 86: Hatten Sie nach der Geburt die erste Woche zu Hause kaum Energie für Ihr Kind * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	20	17	37
	Erw. N	18,50	18,50	37,00
	% innerh. Gruppe	95,24	80,95	88,10
Ja	N	1	4	5

Erw. N	2,50	2,50	5,00
% innerh. Gruppe	4,76	19,05	11,90
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen	
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,343	

Zwischen dem Status Baby und einer Depression der Mutter liegt kein signifikanter Zusammenhang vor (Fisher-Exact-Test: p=0,756). Je eine (4,8%) der Mutter aus jeder Gruppe berichtete von einer Depression nach der Geburt. Je 20 (95,2%) der Mütter jeder Gruppe hatten keine Depression. Die Aufteilung der beiden Gruppen ist hier exakt gleich.

Tabelle 87: Litten Sie an einer Depression in der ersten Woche zu Hause * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	21	17	38
	Erw. N	19,00	19,00	38,00
	% innerh. Gruppe	100,00	80,95	90,48
Ja	N	-	4	4
	Erw. N	2,00	2,00	4,00
	% innerh. Gruppe	-	19,05	9,52
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,756		

Ebenso kein signifikanter Zusammenhang existiert zwischen dem Status Baby und sonstigen Problemen (Fisher-Exact-Test: p=0,488). Lediglich zwei (9,5%) der Mütter von Schreibabys berichten von sonstigen Problemen in der ersten Woche zu Hause. 21 (100,0%) der Vergleichsgruppe und 19 (90,5%) der Mütter von Schreibabys hatten keine sonstigen Probleme in der ersten Woche zu Hause.

Tabelle 88: Traten sonstige oben nicht erwähnte Probleme auf in der ersten Woche zu Hause * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	21	19	40

Ja	Erw. N	20,00	20,00	40,00
	% innerh. Gruppe	100,00	90,48	95,24
	N	-	2	2
	Erw. N	1,00	1,00	2,00
	% innerh. Gruppe	-	9,52	4,76
	Erw. Häufigk. < 5	50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,488		

Tabelle 89: Probleme in der ersten Woche zu Hause bei SB und NSB

	SB	NSB
keine Probleme	42,9%	71,4%
Stillprobleme	19,0%	19,0%
Schlafprobleme	19,0%	0,0%
Wickel- oder Badeprobleme	0,0%	4,8%
übermäßiges Schreien	47,6%	4,8%
Mutter hat keine Energie für Kind	19,0%	4,8%
Depressionen der Mutter	4,8%	4,8%
sonstige Probleme	9,5%	0,0%

Auch kein signifikanter Zusammenhang ergab sich zwischen dem Status Baby und Partnerschaftsproblemen in der ersten Zeit nach der Geburt (Fisher-Exact-Test: p=0,697). Über Partnerschaftsprobleme berichten 5 (23,8%) der Mütter von Schreibabys und 3 (14,3%) der Mütter von Nicht-Schreibabys. 18 (85,7%) der Mütter aus der Gruppe von Nicht-Schreibabys und 16 (76,2%) der Mütter von Schreibabys hatten keine Probleme in der Partnerschaft nach der Geburt. Die Aufteilung der Gruppen bezüglich Partnerschaftsprobleme ist hier in etwa gleich.

Tabelle 90: Gab es in der ersten Zeit nach der Geburt Probleme in der Partnerschaft

* Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	18	16	34

Ja	Erw. N	17,00	17,00	34,00
	% innerh. Gruppe	85,71	76,19	80,95
	N	3	5	8
	Erw. N	4,00	4,00	8,00
	% innerh. Gruppe	14,29	23,81	19,05
	Erw. Häufigk. < 5	50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,697		

Zwischen dem Status Baby und Unstimmigkeiten bezüglich der Kindererziehung besteht kein signifikanter Zusammenhang (Fisher-Exact-Test: $p=0,488$). Lediglich 2 (9,5%) der Mütter von Schreibabys berichten von Unstimmigkeiten mit dem Partner bezüglich der Kindererziehung. 19 (90,5%) Mütter von Schreibabys und 21 (100,0%) Mütter der Vergleichsgruppe hatten diesbezüglich keine Probleme mit dem Partner.

Tabelle 91: Waren Sie und Ihr Partner sich über die Kindererziehung uneinig *
Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	21	19	40
	Erw. N	20,00	20,00	40,00
	% innerh. Gruppe	100,00	90,48	95,24
Ja	N	-	2	2
	Erw. N	1,00	1,00	2,00
	% innerh. Gruppe	-	9,52	4,76
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,488		

Kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dem Status Baby und der Tatsache, dass der Partner die Mutter mit dem schreienden Kind alleine ließ (Fisher-Exact-Test: p=1,00). Je 1 (4,8%) Mutter aus jeder Gruppe wurde vom Partner mit dem schreienden Kind alleine gelassen. Die restlichen 20 (95,2%) Mütter jeder Gruppe konnten von diesem Problem nicht berichten. Beide Gruppen sind hier exakt gleich repräsentativ.

Tabelle 92: Ließ Ihr Partner Sie nach der Geburt mit dem schreienden Kind alleine *
Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	20	20	40
	Erw. N	20,00	20,00	40,00
	% innerh. Gruppe	95,24	95,24	95,24
Ja	N	1	1	2
	Erw. N	1,00	1,00	2,00
	% innerh. Gruppe	4,76	4,76	4,76
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=1,00		

Ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dem Status Baby und dem Beginn einer Affäre des Partners (Fisher-Exact-Test: p=1,00).

Lediglich eine (4,8%) Mutter eines Schreibabys berichtete, dass der Partner nach der

Geburt des Kindes eine Affäre begann. Alle anderen Mütter berichteten nicht von diesem Problem.

Tabelle 93: Beginn Ihr Partner nach der Geburt eine Affäre * Status Baby
Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	21	20	41
	Erw. N	20,50	20,50	41,00
	% innerh. Gruppe	100,00	95,24	97,62
Ja	N	-	1	1
	Erw. N	0,50	0,50	1,00
	% innerh. Gruppe	-	4,76	2,38
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=1,00		

Auch kein signifikanter Zusammenhang ergab sich zwischen dem Status Baby und sonstigen Problemen mit dem Partner (Fisher-Exact-Test: p=1,00).

2 (9,5%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 1 (4,8%) der Mütter von Schreibabys berichten von sonstigen Problemen mit dem Partner.

19 (90,5%) der Mütter aus der Gruppe der Nicht-Schreibabys und 20 (90,2%) der Mütter aus der Gruppe der Schreibabys konnten keine sonstigen Probleme mit dem Partner nennen.

Tabelle 94: Gab es nach der Geburt sonstige Probleme mit dem Partner, die bisher nicht erwähnt wurden * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	19	20	39
	Erw. N	19,50	19,50	39,00
	% innerh. Gruppe	90,48	95,24	92,86
Ja	N	2	1	3
	Erw. N	1,50	1,50	3,00
	% innerh. Gruppe	9,52	4,76	7,14
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=1,00		

Tabelle 95: Partnerschaftsprobleme in der ersten Zeit nach der Geburt des SB bzw. NSB im Vergleich

	SB	NSB
Keine Partnerschaftsprobleme	76,2%	85,7%
Unstimmigkeiten über Kindererziehung	9,5%	0,0%
Partner lässt Mutter mit Kind alleine	4,8%	4,8%
Partner beginnt Affäre	4,8%	0,0%
sonstige Partnerschaftsprobleme	4,8%	9,5%

1.13.4 Fragen zum Schreiverhalten des Kindes

Die Mehrheit der Mütter von Schreibabys 11(26,2%) hat in der zweiten Lebenswoche gemerkt, dass ihr Baby kein normales Schreiverhalten zeigt.

Tabelle 96: Häufigkeitstabelle: Wann merkten Sie, dass Ihr Kind kein normales Schreiverhalten hat

	Häufigkeit	Prozent	Gültige %	Kum. %
--	------------	---------	-----------	--------

Gültig	sofort nach der Geburt	5	11,9	23,8	23,8
	in der ersten Lebenswoche	11	26,2	52,4	76,2
	in der zweiten Lebenswoche	2	4,8	9,5	85,7
	im ersten Lebensmonat	3	7,1	14,3	100,0
	Gesamt	21	50,0	100,0	
Fehlend	888	21	50,0		
Gesamt		42	100,0		

Tabelle 97: Schreibeginn der exzessiv schreienden Babys

	SB
Schreibeginn in der zweiten Lebenswoche	26,2%

Die Häufigkeitsverteilung zeigt einen deutlichen Unterschied im Schreiverhalten der Babys beider Untersuchungsgruppen. Wird bei NSB kaum ein Schreiverhalten erwähnt, zeigt sich in der Gruppe der SB ein vermehrtes Schreien am späten Nachmittag und in der Nacht. Ein (4,8%) Schreibaby schreit verteilt über den ganzen Tag und die ganze Nacht. Keines (0,0%) der Babys aus der Vergleichsgruppe weist dieses Schreiverhalten auf. Annähernd gleich ist der Anteil an Schreibabys – 3 (14,3%) – und Nicht-Schreibabys – 2 (9,5%) – die mehr tagsüber als nachts schreien. 7 (33,3%) Schreibabys haben vor allem nachts ihre Schreiphasen. Aus der Vergleichsgruppe weist keines (0,0%) der Babys dieses Schreimuster auf. Vor allem nachmittags und abends schreien 6 (28,6%) der Schreibabys und 2 (9,5%) der Nicht-Schreibabys. 4 (19,0%) der Schreibabys schreien vor allem morgens nach dem Aufstehen. Dieses Schreiverhalten trifft für keines (0,0%) der Nicht-Schreibabys zu. 17 (81,0%) der Nicht-Schreibabys schreien so gut wie nie. Dies kann keine (0,0%) Mutter der Schreibabys von ihrem Kind sagen.

Tabelle 98: Schreiverhalten der SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
über den ganzen Tag und die ganze Nacht verteilt	4,8%	0,0%
mehr tagsüber als nachts	14,3%	9,5%
vor allem nachts	33,3%	0,0%
vor allem nachmittags und abends	28,6%	9,5%
vor allem morgens	19,0%	0,0%
so gut wie nie	0,0%	81,0%

Ein signifikantes Ergebnis ergab sich aus dem Zusammenhang zwischen der Schreidauer und dem Status Baby ($z = -6,03$; $p < 0,001$).

Während 16 (76,2%) Schreibabys zwischen 3,5 und 5 Stunden pro Tag und Nacht schreien und bei 5 (23,8%) der Schreibabys das Schreien sogar mehr als 5 Stunden pro Tag und Nacht andauert, ist keine dieser Anzahl von Schreistunden in der Vergleichsgruppe zu finden. 2 (9,5%) der Babys aus der Gruppe der Nicht-Schreibabys schreien zwischen einer und drei Stunden am Tag und in der Nacht, 19 (90,5%) der Babys dieser Gruppe schreien sogar weniger als eine Stunde pro Tag und Nacht.

Tabelle 99: Schreidauer von SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
weniger als 1 Stunde gesamt pro Tag und Nacht	0,0%	90,5%
zwischen 1 – 3 Stunden gesamt pro Tag und Nacht	0,0%	9,5%
zwischen 3 – 5 Stunden gesamt pro Tag und Nacht	76,2%	0,0%
mehr als 5 Stunden gesamt pro Tag und Nacht	23,8%	0,0%

Eine Häufigkeitstabelle zeigt das Wissen der Eltern über das exzessive Schreien ihres Kindes. 9,5% der SB-Eltern konnten aufgrund vieler Erfahrung mit Kindern selbst beurteilen, dass das Schreien ihres Kindes nicht mehr „normal“ wäre. Dass das viele Schreien nicht vom Hunger oder einer vollen Windel käme und ihr Kind körperlich gesund wäre, gaben 38,1% der SB-Eltern als Begründung für ihr Wissen um ein

abnormes Schreiverhalten. Am Beispiel anderer Neugeborener konnten 71,4% der SB-Eltern feststellen, dass ihr Baby nicht mehr „normal“ sondern übermäßig viel schrie. Ein Arzt oder Hebamme machte 4,8% der SB-Eltern auf das exzessive Schreien ihres Kindes aufmerksam. 9,5% der SB-Eltern wurden von Bekannten oder Verwandten auf das ungewöhnliche Schreiverhalten ihres Kindes hingewiesen.

Tabelle 100: Gründe der SB-Eltern, warum sie ihre Kinder als Schreibabys erkannten

	SB
viel Erfahrung mit Kindern	9,5%
körperlich gesundes Kind	38,1%
am Beispiel anderer Neugeborener	71,4%
Arzt/Hebamme machten darauf aufmerksam	4,8%
Verwandte/Bekannte machten darauf aufmerksam	9,5%

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Status Baby und der Anwendung eines Tragetuches ($\chi^2(1) = 13,480$; $n = 42$; $p < 0,001$).

Während 20 (95,2%) der Mütter aus der Gruppe der Schreibabys versuchten, ihr Kind im Tragetuch oder der Bauchtrage zu beruhigen, taten dies lediglich 9 (42,9%) der Mütter der Vergleichsgruppe. 12 (57,1%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und nur eine (4,8%) Mutter eines Schreibabys versuchte nicht, ihr Kind auf diese Weise zu beruhigen. Der Anteil an Müttern, die das Tragetuch oder die Bauchtrage zur Beruhigung des Kindes einsetzten, ist demnach in der Gruppe der Schreibabys um vieles höher als in der Vergleichsgruppe.

Tabelle 101: Versuchten Sie durch Tragen in der Bauchtrage/Tragetuch, Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	12	1	13
	Erw. N	6,50	6,50	13,00
	% innerh. Gruppe	57,14	4,76	30,95
Ja	N	9	20	29
	Erw. N	14,50	14,50	29,00
	% innerh. Gruppe	42,86	95,24	69,05
Erw. Häufigk. < 5		0% der Zellen		
Teststatistiken		chi2 =13,48; df=1; n=42; p=0		

Kein signifikanter Zusammenhang ergab sich zwischen dem Status Baby und dem Versuch, es durch Wippen und Schaukeln zu beruhigen (Fisher-Exact-Test: $p=0,697$). Ziemlich gleich verteilt ist der Anteil an Mütter aus der Gruppe der Schreibabys – 18 (85,7%) und aus der Vergleichsgruppe – 16 (76,2%), die versuchten, ihr Baby durch Wippen und Schaukeln zu beruhigen, wenn es weinte. 5 (23,8%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 3 (14,3%) der Mütter von Schreibabys unternahmen dies nicht als Versuch, das Baby zu beruhigen.

Tabelle 102: Versuchten Sie durch Schaukeln oder Wippen Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	5	3	8
	Erw. N	4,00	4,00	8,00
	% innerh. Gruppe	23,81	14,29	19,05
Ja	N	16	18	34
	Erw. N	17,00	17,00	34,00
	% innerh. Gruppe	76,19	85,71	80,95
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: $p=0,697$		

Durch die annähernd gleichverteilte Aufteilung der Gruppen bezüglich Status des Babys und Beruhigungsversuch durch Stillen bzw. Tee ergibt sich kein signifikanter

Zusammenhang ($\chi^2 (1) = 1,714$; $n = 42$; $p = 0,190$). Aus der Gruppe der Schreibabys versuchten 16 (76,2%) der Mütter, ihr Kind durch Stillen oder Verabreichen von Tee zu beruhigen. 5 (23,8%) dieser Gruppe machte dies als Beruhigungsversuch nicht. 12 (57,1%) der Mütter von Nicht-Schreibabys gaben an, ihr Baby durch Stillen oder Verabreichen von Tee Beruhigung des Kindes zu erzielen. 9 (42,9%) der Mütter dieser Gruppe hatte dies nicht versucht.

Tabelle 103: Versuchten Sie durch Stillen oder Tee zu Trinken geben, Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	9	5	14
	Erw. N	7,00	7,00	14,00
	% innerh. Gruppe	42,86	23,81	33,33
Ja	N	12	16	28
	Erw. N	14,00	14,00	28,00
	% innerh. Gruppe	57,14	76,19	66,67
Erw. Häufigk. < 5		0% der Zellen		
Teststatistiken		$\chi^2 = 1,71$; $df=1$; $n=42$; $p=0,19$		

Es liegt kein signifikanter Zusammenhang zwischen Musik als Beruhigungsversuch und dem Status Baby vor ($\chi^2 (1) < 0,001$; $n = 42$; $p = 1,000$). Exakt gleich viele Mütter, je 10 (47,6%) aus jeder Gruppe, versuchten, durch Musik ihr Kind zu beruhigen. Die restlichen 11 (52,4%) aus jeder Gruppe versuchten nicht, Musik als Beruhigungsversuch für ihr Kind einzusetzen. Die Aufteilung der Gruppe ist bezüglich dieser Beruhigungsmethode exakt gleich verteilt.

Tabelle 104: Versuchten Sie durch beruhigende Musik Ihr Kind zu beruhigen *
Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	11	11	22
	Erw. N	11,00	11,00	22,00
	% innerh. Gruppe	52,38	52,38	52,38
Ja	N	10	10	20
	Erw. N	10,00	10,00	20,00
	% innerh. Gruppe	47,62	47,62	47,62
Erw. Häufigk. < 5		0% der Zellen		
Teststatistiken		chi2 =0; df=1; n=42; p=1		

Ein signifikanter Zusammenhang ergab sich zwischen dem Status Baby und der Beruhigungsmethode Springen auf dem Gymnastikball ($\chi^2 (1) = 6,035$; $n = 42$; $p = 0,014$). Während knapp die Hälfte, 9 (42,9%) der Mütter von Schreibabys versuchten, ihr Kind durch Springen auf dem Gymnastikball zu beruhigen, taten dies lediglich 2 (9,5%) der Mütter der Vergleichsgruppe. 19 (90,5%) der Mütter von Nicht- Schreibabys und 12 (57,1%) der Mütter von Schreibabys versuchten nicht, ihr Baby auf diese Weise zu beruhigen. Mehr als 4x so viele Mütter aus der Gruppe der Schreibabys, verglichen mit Müttern von Nicht-Schreibabys, versuchten demnach, ihr Baby durch Bewegungen auf dem Gymnastikball zu beruhigen.

Tabelle 105: Versuchten Sie durch Springen auf dem Gymnastikball mit dem Kind
Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	19	12	31
	Erw. N	15,50	15,50	31,00
	% innerh. Gruppe	90,48	57,14	73,81
Ja	N	2	9	11
	Erw. N	5,50	5,50	11,00
	% innerh. Gruppe	9,52	42,86	26,19
Erw. Häufigk. < 5		0% der Zellen		
Teststatistiken		chi2 =6,04; df=1; n=42; p=0,014		

Zwischen dem Status Baby und Beruhigungsversuch Schnelles Fahren im Kinderwagen liegt kein signifikanter Zusammenhang vor ($\chi^2(1) = 2,593$; $n = 42$; $p = 0,107$). 5 (23,8%) der Mütter von Nicht-Schreibabys versuchten, durch schnelles Fahren im Kinderwagen, ihr Kind zu beruhigen. Aus der Gruppe der Schreibabys wendeten diesen Beruhigungsversuch doppelt so viele Mütter an – 10 (47,6%). 16 (76,2%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 11 (52,4%) der Mütter von Schreibabys versuchten nicht, ihr Kind durch schnelles Fahren im Kinderwagen zu beruhigen.

Tabelle 106: Versuchten Sie durch schnelles Fahren im Kinderwagen Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	16	11	27
	Erw. N	13,50	13,50	27,00
	% innerh. Gruppe	76,19	52,38	64,29
Ja	N	5	10	15
	Erw. N	7,50	7,50	15,00
	% innerh. Gruppe	23,81	47,62	35,71
Erw. Häufigk. < 5		0% der Zellen		
Teststatistiken		$\chi^2 = 2,59$; $df=1$; $n=42$; $p=0,107$		

Kein signifikanter Zusammenhang ergab sich auch zwischen dem Status Baby und Singen als Beruhigungsversuch ($\chi^2(1) = 0,933$; $n = 42$; $p = 0,334$). Ähnlich ist die Anzahl von Müttern von Schreibabys, die das Singen als Beruhigungsversuch anwendeten – 15 (71,4%) der Mütter von Nicht-Schreibabys. 12 (57,1%) der Mütter der Vergleichsgruppe wenden dies als Beruhigungsversuch ihrem Baby gegenüber an. Bei 6 (28,6%) der Schreibabys und 9 (42,9%) der Nicht-Schreibabys wird das Singen nicht als Beruhigungsmethode versucht.

Tabelle 107: Versuchten Sie durch Singen Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	9	6	15

Ja	Erw. N	7,50	7,50	15,00
	% innerh. Gruppe	42,86	28,57	35,71
	N	12	15	27
	Erw. N	13,50	13,50	27,00
	% innerh. Gruppe	57,14	71,43	64,29
Erw. Häufigk. < 5		0% der Zellen		
Teststatistiken		chi2 =0,93; df=1; n=42; p=0,334		

Ebenso liegt kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Status Baby und der Beruhigungsmethode Sprechen mit dem Baby vor (Fisher-Exact-Test: $p=0,663$). Fast alle – 19 (90,5%) der Mütter von Schreibabys versuchten, durch reden und sprechen mit dem Baby, es zu beruhigen. Aus der Vergleichsgruppe wendeten diesen Beruhigungsversuch 17 (81,0%) der Mütter an. 4 (19,0%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 2 (9,5%) der Mütter von Schreibabys versuchten, ihr schreiendes Kind nicht durch sprechen zu beruhigen. Der Anteil der Mütter, die ihr Kind durch sprechen zu beruhigen versuchten, ist demnach in der Gruppe der Schreibabys etwas höher als in der Vergleichsgruppe.

Tabelle 108: Versuchten Sie durch Sprechen/Reden mit dem Kind Ihr Kind zu beruhigen* Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	4	2	6
	Erw. N	3,00	3,00	6,00
	% innerh. Gruppe	19,05	9,52	14,29
Ja	N	17	19	36
	Erw. N	18,00	18,00	36,00
	% innerh. Gruppe	80,95	90,48	85,71
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: $p=0,663$		

Ein signifikantes Ergebnis liegt bei einem Zusammenhang zwischen Status Baby und dem Beruhigungsversuch Ablenkung durch TV oder Radio vor (Fisher-Exact-Test: $p=0,021$). Während 6 (28,6%) der Mütter von Schreibabys versuchten, ihr schreiendes Kind durch TV oder Radio abzulenken, tat dies keine (0,0%) Mutter der Vergleichsgruppe. Demnach wendeten 21 (100,0%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 15 (71,4%) der Mütter von Schreibabys diese Methode

nicht an. Der Anteil der Mütter, die auf diese Weise versuchten, ihr Kind zu beruhigen, ist demnach höher als in der Vergleichsgruppe.

Tabelle 109: Versuchten Sie durch Ablenkung (TV, Radio,...) Ihr Kind zu beruhigen
* Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	21	15	36
	Erw. N	18,00	18,00	36,00
	% innerh. Gruppe	100,00	71,43	85,71
Ja	N	-	6	6
	Erw. N	3,00	3,00	6,00
	% innerh. Gruppe	-	28,57	14,29
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,021		

Auch ein signifikantes Ergebnis ergab sich zwischen dem Status Baby und der Beruhigungsmethode Abschirmen ($\chi^2(1) = 14,538$; $n = 42$; $p < 0,001$).

Der Großteil der Mütter aus der Gruppe der Schreibabys – 14 (66,7%) –versuchten, ihr Kind durch Abschirmen von Reizen und Eindrücken zu beruhigen. Aus der Vergleichsgruppe wendeten diesen Beruhigungsversuch lediglich 2 (9,5%) der Mütter an. Bei 7 (33,3%) der Schreibabys und 19 (90,5%) der Nicht-Schreibabys wurde dieser Beruhigungsversuch nicht angewendet.

Tabelle 110: Versuchten Sie durch Abschirmen von vielen Eindrücken durch Tücher etc. Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	19	7	26
	Erw. N	13,00	13,00	26,00
	% innerh. Gruppe	90,48	33,33	61,90
Ja	N	2	14	16
	Erw. N	8,00	8,00	16,00
	% innerh. Gruppe	9,52	66,67	38,10
Erw. Häufigk. < 5		0% der Zellen		

Teststatistiken	chi2 =14,54; df=1; n=42; p=0
-----------------	------------------------------

Ein signifikanter Zusammenhang liegt zwischen dem Status Baby und Wärme als Beruhigungsversuch vor ($\chi^2(1) = 8,005$; $n = 42$; $p = 0,005$).

13 (61,9%) der Mütter von Schreibabys und 4 (19,0%) der Mütter der Vergleichsgruppe verwendeten Wärme als Versuch, ihr schreiendes Kind zu beruhigen. 17 (81,0%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 8 (38,1%) der Mütter von Schreibabys wendeten diese Methode als Beruhigungsversuch nicht an. Der Anteil an Müttern, die Wärme als Beruhigungsversuch einsetzten, ist demnach in der Gruppe der Schreibabys höher als in der Gruppe der Nicht-Schreibabys.

Tabelle 111: Versuchten Sie durch Wärme (Dinkelkissen, Wärmeflasche,...) Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	17	8	25
	Erw. N	12,50	12,50	25,00
	% innerh. Gruppe	80,95	38,10	59,52
Ja	N	4	13	17
	Erw. N	8,50	8,50	17,00
	% innerh. Gruppe	19,05	61,90	40,48
Erw. Häufigk. < 5		0% der Zellen		
Teststatistiken		chi2 =8; df=1; n=42; p=0,005		

Zwischen dem Status Baby und dem Beruhigungsversuch Baby auf den Bauch der Mutter legen besteht ein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2(1) = 9,722$; $n = 42$; $p = 0,002$). Während 14 (66,7%) der Mütter von Schreibabys diesen Versuch machten, taten dies lediglich 4 (19,0%) der Mütter der Versuchsgruppe. Nur 7 (33,3%) Mütter von Schreibabys versuchten nicht, ihr schreiendes Kind zu beruhigen, indem sie es auf ihren Bauch legten und ruhig atmeten. In der Vergleichsgruppe waren es 17 (81,0%) Mütter, die diesen Versuch nicht machten. Der Großteil der Mütter von Schreibabys wendeten diesen Versuch als Beruhigungsmethode an, während der Großteil der Vergleichsgruppe dies nicht tat.

Tabelle 112: Versuchten Sie Ihr Kind auf den Bauch zu legen und ruhig zu atmen, um es dadurch zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	17	7	24
	Erw. N	12,00	12,00	24,00
	% innerh. Gruppe	80,95	33,33	57,14
Ja	N	4	14	18
	Erw. N	9,00	9,00	18,00
	% innerh. Gruppe	19,05	66,67	42,86
Erw. Häufigk. < 5		0% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,488		

Ein eindeutig signifikanter Zusammenhang liegt zwischen dem Status Baby und einer Craniosacraltherapie vor ($\chi^2(1) = 13,125$; $n = 42$; $p < 0,001$).

Während 10 (47,6%) der Mütter von Schreibabys versuchten, ihr Kind durch eine Craniosacraltherapie zu beruhigen, tat dies keine Mutter der Vergleichsgruppe. Demnach bekam kein Baby (0,0%) der Vergleichsgruppe und 11 (52,4%) der Schreibabys keine Craniosacraltherapie. Der Anteil der Babys, die eine Craniosacraltherapie bekamen, ist demnach viel höher als in der Vergleichsgruppe.

Tabelle 113: Versuchten Sie durch Craniosacraltherapie Ihr Kind zu beruhigen *
Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	21	19	40
	Erw. N	20,00	20,00	40,00
	% innerh. Gruppe	100,00	90,48	95,24
Ja	N	-	2	2
	Erw. N	1,00	1,00	2,00
	% innerh. Gruppe	-	9,52	4,76
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		chi2 =13,13; df=1; n=42; p=0		

Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Status Baby und sonstigen Beruhigungsmethoden (Fisher-Exact-Test: $p=0,184$). Immerhin 5 (23,8%) der Mütter von Schreibabys versuchten sonstige Beruhigungsmethoden, um ihr schreiendes Kind zu beruhigen. In der Vergleichsgruppe gab es nur eine (4,8%) Mutter, die dies tat. Bei 20 (95,2%) der Nicht-Schreibabys und 16 (76,2%) der Schreibabys wurden keine weiteren Beruhigungsmethoden außer den bereits genannten angewendet. Mütter von Schreibabys haben daher etwas mehr als die Mütter der Vergleichsgruppe versucht, ihr Kind durch sonstige Beruhigungsmethoden zu beruhigen.

Tabelle 114: Versuchten Sie Sonstiges, das in den obigen Fragen nicht erwähnt wurde, Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	20	16	36
	Erw. N	18,00	18,00	36,00
	% innerh. Gruppe	95,24	76,19	85,71
Ja	N	1	5	6
	Erw. N	3,00	3,00	6,00
	% innerh. Gruppe	4,76	23,81	14,29
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,184		

Tabelle 115: Anwendung von Beruhigungsmethoden bei SB und NSB im Vergleich (* Mehrfachantworten waren möglich)

	SB	NSB
Tragetuch	95,2%	42,9%
Schaukeln und/oder Wippen	85,7%	76,2%
Stillen	76,2%	57,1%
Musik	47,6%	47,6%
Springen auf Gymnastikball	42,9%	9,5%
Schnelles Fahren im Kinderwagen	47,6%	23,8%
Singen	71,4%	57,1%
Sprechen mit dem Baby	90,5%	81,0%
Ablenkung durch TV oder Radio	28,6%	0,0%
Abschirmen	66,7%	9,5%
Wärme	61,9%	19,0%
auf den Bauch der Mutter legen	66,7%	19,0%
Craniosacraltherapie	47,6%	0,0%
sonstige Beruhigungsmethoden	23,8%	4,8%

Im Folgenden wurde nun untersucht, welche oben genannten Beruhigungsversuche den Babys halfen: Kein signifikantes Ergebnis liegt zwischen dem Status Baby und der Anwendung eines Tragetuch als Beruhigungsversuch vor (Fisher-Exact-Test:

$p=0,066$). Ähnlich ist die Anzahl der Babys, die positiv auf das Tragetuch oder die Bauchtrage reagierten – 13 (61,9%) der Schreibabys und 10 (47,6%) der Nicht-Schreibabys. 8 (38,1%) der Schreibabys und 11 (52,4%) der Babys aus der Vergleichsgruppe ließen sich auch durch die Anwendung eines Tragetuches oder einer Bauchtrage nicht beruhigen. Der Anteil an Babys, die sich durch diese Methode beruhigen ließen ist demnach in der Gruppe der Schreibabys etwas höher als in der Gruppe der Nicht-Schreibabys.

Tabelle 116: Beruhigte sich Ihr Kind durch Tragen in der Bauchtrage/Tragetuch *
Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	-	7	7
	Erw. N	2,17	4,83	7,00
	% innerh. Gruppe	-	35,00	24,14
Ja	N	9	13	22
	Erw. N	6,83	15,17	22,00
	% innerh. Gruppe	100,00	65,00	75,86
	Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen	
	Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: $p=0,066$	

Knapp kein signifikantes Ergebnis gibt es zwischen dem Status Baby und dem Beruhigungsversuch Schaukeln oder Wippen (Fisher-Exact-Test: $p=0,019$).

Etwas mehr Babys aus der Gruppe der Nicht-Schreibabys – 17 (81,0%) – im Vergleich zur Gruppe der Schreibabys – 11 (52,4%) – ließen sich durch ein Wippen oder Schaukeln beruhigen. Bei 4 (19,0%) der Nicht-Schreibabys und 10 (47,6%) der Schreibabys wirkte diese Beruhigungsmethode nicht. Nicht Schreibabys lassen sich daher eher durch Wippen und Schaukeln beruhigen als Schreibabys.

Tabelle 117: Beruhigte sich Ihr Kind durch Schaukeln oder Wippen * Status Baby
Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	1	8	9

	Erw. N	4,24	4,76	9,00
	% innerh. Gruppe	6,25	44,44	26,47
Ja	N	15	10	25
	Erw. N	11,76	13,24	25,00
	% innerh. Gruppe	93,75	55,56	73,53
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,019		

Auch kein signifikantes Ergebnis liegt zwischen dem Status Baby und dem Beruhigungsversuch Stillen vor (Fisher-Exact-Test: p=0,088). Ähnlich ist die Anzahl der Schreibabys – 9 (42,9%) – und der Nicht-Schreibabys – 11 (52,4%) –, die sich durch Stillen oder der Verabreichung von Tee beruhigen lassen. Bei 10 (47,6%) der Nicht-Schreibabys und 12 (57,1%) der Schreibabys wirkt diese Beruhigungsmethode nicht.

Tabelle 118: Beruhigte sich Ihr Kind durch Stillen oder Tee trinken * Status Baby
Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	1	7	8
	Erw. N	3,43	4,57	8,00
	% innerh. Gruppe	8,33	43,75	28,57
Ja	N	11	9	20
	Erw. N	8,57	11,43	20,00
	% innerh. Gruppe	91,67	56,25	71,43
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,088		

Zwischen dem Status Baby und der Beruhigungsmethode Musik gibt es auch keinen signifikanten Zusammenhang (Fisher-Exact-Test: p=0,159). Während sich zumindest 5 (23,8%) der Nicht-Schreibabys durch Musik beruhigen lassen, wirkt diese Methode lediglich bei einem (4,8%) der Schreibabys. 20 (95,2%) der Schreibabys und 16 (76,2%) der Babys aus der Vergleichsgruppe sprechen nicht auf diese

Beruhigungsmethode an. Der Anteil an Babys, die sich durch Musik beruhigen lassen ist somit in der Gruppe der nicht Schreibabys etwas höher als in der Gruppe der Schreibabys.

Tabelle 119: Beruhigte sich Ihr Kind durch beruhigende Musik * Status Baby
Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	5	9	14
	Erw. N	7,00	7,00	14,00
	% innerh. Gruppe	50,00	90,00	70,00
Ja	N	5	1	6
	Erw. N	3,00	3,00	6,00
	% innerh. Gruppe	50,00	10,00	30,00
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,159		

Springen auf dem Gymnastikball als Beruhigungsmethode und der Status Baby stehen in keinem signifikantem Zusammenhang (Fisher-Exact-Test: p=1,00).

Bei 8 (38,1%) der Schreibabys zeigte das Springen auf dem Gymnastikball eine positive Wirkung auf das Schreien. In der Vergleichsgruppe konnte diese Wirkung nur bei 2 (9,5%) der Babys festgestellt werden. 19 (90,5%) der Nicht-Schreibabys und 13 (61,9%) der Schreibabys zeigten keinen Unterschied im Schreiverhalten, wenn die Mutter mit ihnen auf dem Gymnastikball hüpfte. Ein größerer Anteil an Babys aus der Gruppe der Schreibabys reagierte positiv auf das Springen auf dem Gymnastikball, verglichen mit der Gruppe der Nicht- Schreibabys.

Tabelle 120: Beruhigte sich Ihr Kind durch Springen auf dem Gymnastikball *
Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	-	1	1
	Erw. N	0,18	0,82	1,00
	% innerh. Gruppe	-	11,11	9,09
Ja	N	2	8	10
	Erw. N	1,82	8,18	10,00
	% innerh. Gruppe	100,00	88,89	90,91
Erw. Häufigk. < 5		75% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=1,00		

Kein signifikantes Ergebnis liegt zwischen dem Status Baby und der Beruhigungsmethode schnelles Fahren im Kinderwagen vor (Fisher-Exact-Test: p=1,00). Während bei 6 (28,6%) der Schreibabys auf diese Beruhigungsmethode ansprachen, taten dies nur die Hälfte – 3 (14,3%)- der Nicht-Schreibabys. Bei 15 (71,4%) der Schreibabys und bei 18 (85,7%) der Vergleichsgruppe zeigte das schnelle Fahren im Kinderwagen keine Wirkung auf das Schreiverhalten. Der Anteil an Babys, die sich durch schnelles Fahren im Kinderwagen beruhigen ließen, ist in der Gruppe der Schreibabys höher als in der Gruppe der Nicht-Schreibabys.

Tabelle 121: Beruhigte sich Ihr Kind durch schnelles Fahren im Kinderwagen *
Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	2	5	7
	Erw. N	2,33	4,67	7,00
	% innerh. Gruppe	40,00	50,00	46,67
Ja	N	3	5	8
	Erw. N	2,67	5,33	8,00
	% innerh. Gruppe	60,00	50,00	53,33
Erw. Häufigk. < 5		75% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=1,00		

Ein signifikanter Zusammenhang zeigte sich zwischen dem Status Baby und der Beruhigungsmethode Singen (Fisher-Exact-Test: $p=0,001$).

Bei 9 (42,9%) der Nicht-Schreibabys wirkte das Singen der Mutter oder des Vaters positiv auf das Schreiverhalten. Lediglich ein (4,8%) Schreibaby reagierte auf diese Weise auf das Singen der Mutter oder des Vaters. 20 (95,2%) der Schreibabys und 12 (57,1%) der Babys aus der Vergleichsgruppe zeigten keine positive Wirkung auf das Singen der Mutter oder des Vaters. Ein viel größerer Anteil der nicht Schreibabys, verglichen mit der Gruppe der Schreibabys, ließ sich demnach durch das Singen der Mutter oder des Vaters beruhigen. Bei Schreibabys scheint das Singen sehr wenig Einfluss auf das Schreiverhalten zu haben.

Tabelle 122: Beruhigte sich Ihr Kind durch Singen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	3	14	17
	Erw. N	7,56	9,44	17,00
	% innerh. Gruppe	25,00	93,33	62,96
Ja	N	9	1	10
	Erw. N	4,44	5,56	10,00
	% innerh. Gruppe	75,00	6,67	37,04
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: $p=0,001$		

Zwischen dem Status Baby und der Beruhigungsmethode Sprechen ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2=9,03$; $df=1$; $n=36$; $p=0,003$). Während sich 11 (52,4%) der Nicht-Schreibabys durch zureden und sprechen der Mutter oder des Vaters beruhigen ließen, wirkte diese Methode lediglich bei 3 (14,3%) der Schreibabys. 18 (85,7%) Babys dieser Gruppe und 10 (47,6%) der Vergleichsgruppe zeigte keine positive Wirkung bezüglich des Schreiverhaltens auf diese Beruhigungsmethode. Bei nicht Schreibabys wirkt das Sprechen und Reden der Mutter zu einem größeren Anteil positiv auf das Schreiverhalten, verglichen mit Schreibabys.

Tabelle 123: Beruhigte sich Ihr Kind, wenn Sie mit ihm sprechen oder versuchen, es mit Reden zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	6	16	22
	Erw. N	10,39	11,61	22,00
	% innerh. Gruppe	35,29	84,21	61,11
Ja	N	11	3	14
	Erw. N	6,61	7,39	14,00
	% innerh. Gruppe	64,71	15,79	38,89
Erw. Häufigk. < 5		00% der Zellen		
Teststatistiken		chi2 =9,03; df=1; n=36; p=0,003		

Nur 1 (16,7%) der Schreibabys ließen sich durch das Einschalten von lautem TV oder Radio ablenken. Der Rest der Schreibabys (90,5%) zeigte keine Wirkung auf diese Beruhigungsmethode, bzw. es wurde bei diesen nicht versucht. Bei keinem Baby aus der Vergleichsgruppe wurde diese Beruhigungsmethode angewendet.

Tabelle 124: Beruhigte sich Ihr Kind durch Ablenkung (TV, Radio,..) * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	-	5	5
	Erw. N	-	5,00	5,00
	% innerh. Gruppe	-	83,33	83,33
Ja	N	-	1	1
	Erw. N	-	1,00	1,00
	% innerh. Gruppe	-	16,67	16,67

Weiter gab es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Status Baby und der Beruhigungsmethode Abschirmen (Fisher-Exact-Test: $p=1,00$). Lediglich bei 4 (19,0%) der Schreibabys und bei einem (4,8%) der Nicht-Schreibabys wirkte es sich positiv auf das Schreiverhalten des Babys aus, wenn es von Reizen und Eindrücken abgeschirmt wurde.

20 (95,2%) der Nicht-Schreibabys und 17 (81,0%) der Schreibabys zeigten keine (positive) Wirkung auf das Abschirmen von Reizen. Der Anteil an Babys, die sich durch Abschirmen von Reizen beruhigen lassen ist demnach in der Gruppe der Schreibabys etwas erhöht, verglichen mit der Gruppe der nicht Schreibabys.

Tabelle 125: Beruhigte sich Ihr Kind, wenn Sie es von vielen Eindrücken abschirmten (durch Tücher etc.) * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	1	10	11
	Erw. N	1,38	9,63	11,00
	% innerh. Gruppe	50,00	71,43	68,75
Ja	N	1	4	5
	Erw. N	0,63	4,38	5,00
	% innerh. Gruppe	50,00	28,57	31,25
Erw. Häufigk. < 5		75% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=1,00		

Ebenfalls kein signifikantes Ergebnis liegt zwischen dem Status Baby und der Beruhigungsmethode Wärme vor (Fisher-Exact-Test: p=0,219). Absolut gleich ist der Anteil der Babys jeder Gruppe, die sich durch Wärme beruhigen lassen – je 2 (9,5%) pro Gruppe. Bei je 19 (90,5%) Babys pro Gruppe zeigt Wärme keine positive Wirkung auf das Schreiverhalten.

Tabelle 126: Beruhigte sich Ihr Kind durch Wärme (Dinkelkissen, Wärmeflasche,...) * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	2	11	13
	Erw. N	3,06	9,94	13,00
	% innerh. Gruppe	50,00	84,62	76,47
Ja	N	2	2	4
	Erw. N	0,94	3,06	4,00
	% innerh. Gruppe	50,00	15,38	23,53
Erw. Häufigk. < 5		75% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,219		

Ebenfalls kein signifikantes Ergebnis liegt zwischen dem Status Baby und der Beruhigungsmethode Baby auf dem Bauch der Mutter legen vor (Fisher-Exact-Test: $p=0,245$). Absolut gleich ist der Anteil der Babys jeder Gruppe, die sich durch das bei der Mutter auf den Bauch legen beruhigen lassen – je 4 (19,0%) pro Gruppe. Bei je 17 (81,0%) Babys pro Gruppe zeigt Wärme keine positive Wirkung auf das Schreiverhalten.

Tabelle 127: Beruhigte sich Ihr Kind, wenn Sie es auf den Bauch legten und ruhig atmeten * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	1	10	11
	Erw. N	2,44	8,56	11,00
	% innerh. Gruppe	25,00	71,43	61,11
Ja	N	3	4	7
	Erw. N	1,56	5,44	7,00
	% innerh. Gruppe	75,00	28,57	38,89
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: $p=0,145$		

Kein Signifikanztest, da nur von Schreibabys verwendet. Bei lediglich 2 (9,5%) der Schreibabys zeigte die Craniosacraltherapie eine positive Wirkung auf das Schreiverhalten. Bei allen anderen Babys dieser Untersuchung – 21 (100,0%) der Nicht-Schreibabys und 19 (90,5%) der Schreibabys – zeigte die Craniosacraltherapie keine Wirkung auf das Schreiverhalten des Kindes bzw. wurde in der Gruppe der nicht Schreibabys gar keine derartige Therapie versucht.

Tabelle 128: Beruhigte sich Ihr Kind durch eine oder mehrere Craniosacraltherapien
* Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	-	8	8
	Erw. N	-	8,00	8,00
	% innerh. Gruppe	-	80,00	80,00
Ja	N	-	2	2
	Erw. N	-	2,00	2,00
	% innerh. Gruppe	-	20,00	20,00

Zwischen sonstigen Beruhigungsmethoden und dem Status Baby liegt kein signifikanter Zusammenhang vor (Fisher-Exact-Test: $p=1,00$). 3 (14,3%) der Schreibabys ließen sich durch sonstige Beruhigungsmethoden beruhigen. Bei allen anderen Babys dieser Untersuchung – 21 (100,0%) der Nicht-Schreibabys und 18 (85,7%) der Schreibabys – zeigten andere Beruhigungsmethoden keine Wirkung auf das Schreiverhalten des Kindes. Keinen signifikanten Zusammenhang gibt es zwischen dem Status Baby und der Tatsache, dass sich das Baby durch absolut nichts beruhigen ließ ($\chi^2 (1) = 1,024$; $n = 42$; $p = 0,311$). Lediglich ein (4,8%) Schreikind war durch absolut keine Beruhigungsmethode zu beruhigen. Bei allen anderen Babys dieser Untersuchung – 21 (100,0%) der Nicht-Schreibabys und 20 (95,2%) der Schreibabys – zeigten andere Beruhigungsmethoden Wirkung auf das Schreiverhalten des Kindes.

Tabelle 129: Ließ sich Ihr Kind durch Sonstiges, was nicht in den obigen Fragen erwähnt wurde, beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	1	2	3
	Erw. N	0,50	2,50	3,00
	% innerh. Gruppe	100,00	40,00	50,00
Ja	N	-	3	3
	Erw. N	0,50	2,50	3,00
	% innerh. Gruppe	-	60,00	50,00
Erw. Häufigk. < 5		100% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: $p=1,00$		

Tabelle 130: Positive Wirkung von Beruhigungsmethoden bei SB und NSB im Vergleich (* Mehrfachantworten waren möglich)

	NSB	SB
Tragetuch	100,0%	65,0%
Schaukeln und/oder Wippen	93,8%	55,6%
Stillen	91,7%	56,3%
Musik	50,0%	10,0%
Springen auf Gymnastikball	100,0%	88,9%
Schnelles Fahren im Kinderwagen	60,0%	50,0%
Singen	75,0%	6,7%
Sprechen mit dem Baby	64,7%	15,8%
Ablenkung durch TV oder Radio		16,7%
Abschirmen	50,0%	28,6%
Wärme	50,0%	15,4%
auf den Bauch der Mutter legen	75,0%	28,6%
Craniosacraltherapie		20,0%
sonstige Beruhigungsmethoden	0,0%	60,0%
keine Beruhigungsmethoden zeigten positive Wirkung	100,0%	65,0%

Zwischen dem Status Baby und dem Versuch durch Rhythmik das Kind zu beruhigen gibt es keinen signifikanten Zusammenhang (Fisher-Exact-Test: $p=0,606$). 20 (95,1%) der Mütter von Schreibabys und 18 (85,7%) der Mütter von Nicht-Schreibabys versuchten ihr Kind durch Rhythmik zu beruhigen.

Nur eine (4,8%) Mutter eines Schreibabys und 3 (14,3%) Mütter von Nicht-Schreibabys versuchten niemals ihr Kind durch Rhythmik zu beruhigen.

Tabelle 131: Haben Sie jemals versucht, Ihr Kind durch rhythmische Bewegungen zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	3	1	4
	Erw. N	2,00	2,00	4,00
	% innerh. Gruppe	14,29	4,76	9,52
Ja	N	18	20	38
	Erw. N	19,00	19,00	38,00
	% innerh. Gruppe	85,71	95,24	90,48
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,606		

Kein signifikanter Zusammenhang ergibt sich aus dem Status Baby und der Wirkung von Rhythmus auf das Schreiverhalten (Fisher-Exact-Test: $p=0,342$). Bei allen 18 (94,7%) Nicht-Schreibabys, bei denen Rhythmus angewendet wurde, zeigte dieser positive Wirkung. Bei dem einen (5,3%) Nicht-Schreibaby, bei dem Rhythmus keine positive Wirkung zeigte, wurde auch keiner angewendet. Bei 16 (80,0%) der Schreibabys, bei denen die Mutter Rhythmus gegen das Schreien des Kindes anwendete, zeigte dieser positive Wirkung. 4 (20,0%) der Schreibabys, bei denen Rhythmus auch angewendet wurde, zeigte sich darauf keine positive Wirkung auf ihr Schreiverhalten. Bei allen Nicht-Schreibabys wirkte sich der Rhythmus positiv auf das Schreiverhalten aus. In der Gruppe der Schreibabys zeigte er zumindest beim Großteil der Babys positive Wirkung.

Tabelle 132: Hat sich das Schreiverhalten durch die rhythmischen Bewegungen verbessert * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	1	4	5
	Erw. N	2,44	2,56	5,00
	% innerh. Gruppe	5,26	20,00	12,82
Ja	N	18	16	34
	Erw. N	16,56	17,44	34,00
	% innerh. Gruppe	94,74	80,00	87,18
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,342		

Tabelle 133: Rhythmik als Beruhigungsmethode von SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
Rhythmik wurde als Beruhigungsversuch angewendet	95,1%	85,7%
Rhythmik als Beruhigungsversuch zeigte positive Wirkung auf das exzessive Schreien	80,0%	95%

Anschließend wurden den Eltern detaillierte Fragen zum Rhythmus gestellt:

Ein signifikanter Zusammenhang ließ sich zwischen dem Status Baby und der Effizienz Hüpfen auf dem Gymnastikball feststellen (Fisher-Exact-Test: p=0,039). Bei 8 (40,0%) der Schreibabys und 2 (10,5%) der Nicht-Schreibabys zeigte das Hüpfen auf dem Gymnastikball eine positive Wirkung auf das Schreiverhalten des Kindes. Bei 12 (60,0%) der Schreibabys und 17 (89,5%) der Babys aus der Vergleichsgruppe zeigte diese Beruhigungsmethode keine Wirkung. Ein großer Teil der Schreibabys ließ sich durch rhythmische Bewegungen auf dem Gymnastikball beruhigen. In der Vergleichsgruppe war es eher ein kleiner Teil der Babys, die auf diese Beruhigungsmethode ansprachen.

Tabelle 134: Half das Hüpfen mit dem Kind auf dem Gymnastikball, um es zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	17	12	29
	Erw. N	14,13	14,87	29,00
	% innerh. Gruppe	89,47	60,00	74,36
Ja	N	2	8	10
	Erw. N	4,87	5,13	10,00
	% innerh. Gruppe	10,53	40,00	25,64
Erw. Häufigk. < 5		25% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,039		

Knapp kein signifikantes Ergebnis liegt zwischen dem Status Baby und der Effizienz von rhythmischem Tanz zur Musik vor ($\chi^2(1) = 3,535$; $n = 39$; $p = 0,060$). Diese Beruhigungsmethode wirkt hier bei 8 (42,1%) der Nicht-Schreibabys und bei 3 (15,0%) der Schreibabys. 17 (85,0%) der Babys aus der Gruppe der Schreibabys und 11 (57,9%) Babys aus der Vergleichsgruppe zeigen keine positive Reaktion auf diese Beruhigungsmethode. Der Anteil an Babys, die auf diese Methode positiv bezüglich des Schreiverhaltens reagieren ist in der Gruppe der Nicht-Schreibabys hier stärker vertreten als in der Gruppe der Schreibabys.

Tabelle 135: Half Tanzen mit dem Kind zur Musik beim Beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	11	17	28
	Erw. N	13,64	14,36	28,00
	% innerh. Gruppe	57,89	85,00	71,79
Ja	N	8	3	11
	Erw. N	5,36	5,64	11,00
	% innerh. Gruppe	42,11	15,00	28,21
Erw. Häufigk. < 5		0% der Zellen		
Teststatistiken		$\chi^2 = 3,54$; $df=1$; $n=39$; $p=0,060$		

Nicht signifikant ist der Zusammenhang zwischen der Effizienz von rhythmischem Gehen und dem Status Baby ($\chi^2(1) = 0,018$; $n = 39$; $p = 0,894$). Annähernd gleich ist der Anteil von Babys, die auf rhythmisches Gehen positiv bezüglich des Schreiverhaltens reagieren – 12 (60,0%) der Schreibabys und 11 (57,9%) der Nicht-Schreibabys. Bei je 8 (40,0% bei den Schreibabys) und 9 (42,2% in der Vergleichsgruppe) zeigte das rhythmische Gehen keine Wirkung auf das Schreiverhalten.

Tabelle 136: Half rhythmisches Gehen mit dem Kind beim Beruhigen des Kindes *
Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	8	8	16
	Erw. N	7,79	8,21	16,00
	% innerh. Gruppe	42,11	40,00	41,03
Ja	N	11	12	23
	Erw. N	11,21	11,79	23,00
	% innerh. Gruppe	57,89	60,00	58,97
Erw. Häufigk. < 5		0% der Zellen		
Teststatistiken		$\chi^2(1) = 0,018$; $n = 39$; $p = 0,894$		

Ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang existiert zwischen dem Status Baby und der Effizienz anderer rhythmischer Bewegungen (Fisher-Exact-Test: $p=0,661$).

Auch hier ist die Aufteilung der Anzahl der Babys, bei denen andere rhythmische Bewegungen sich positiv auf das Schreiverhalten auswirkten, annähernd gleich verteilt – 2 (10,0%) der Schreibabys und 3 (15,8%) der Babys aus der Vergleichsgruppe. Bei 18 (90,0%) der Schreibabys und bei 16 (84,2%) der Nicht-Schreibabys zeigten sonstige rhythmische Bewegungen keine positive Wirkung auf das Schreiverhalten.

Tabelle 137: Half außer den drei oben genannten Methoden eine andere rhythmische Bewegung, Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	16	18	34
	Erw. N	16,56	17,44	34,00
	% innerh. Gruppe	84,21	90,00	87,18
Ja	N	3	2	5
	Erw. N	2,44	2,56	5,00
	% innerh. Gruppe	15,79	10,00	12,82
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,661		

Tabelle 138: Es halb keine rhythmische Bewegung mein Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	21	19	40
	Erw. N	20,00	20,00	40,00
	% innerh. Gruppe	100,00	90,48	95,24
Ja	N	-	2	2
	Erw. N	1,00	1,00	2,00
	% innerh. Gruppe	-	9,52	4,76
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,661		

Tabelle 139: Positive Wirkung rhythmischer Bewegungsmethoden bei SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
Hüpfen auf Gymnastikball	40,0%	10,5%
rhythmisches Tanzen zur Musik	15,0%	42,1%
rhythmisches Gehen	60,0%	57,9%
andere rhythmische Bewegungen	10,0%	15,8%

Ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen der Effizienz von Musik und dem Status Baby. Nie lassen sich 10 (47,6%) der Schreibabys und 5 (23,8%) der Babys aus der Vergleichsgruppe durch Musik beruhigen. Manchmal zeigt Musik bei 11 (52,4%) der Nicht-Schreibabys und 10 (47,6%) der Schreibabys positive Wirkung auf das Schreiverhalten. Bei 5 (23,8%) der Nicht-Schreibabys und bei einem (4,8%) Schreibaby wirkt Musik sehr gut als Mittel zur Beruhigung, wenn das Kind schreit. Hier wird bei Schreibabys eher eine Tendenz zur Ineffizienz von Musik deutlich, in der Vergleichsgruppe hingegen, scheinen mehr Babys positiv auf Musik zu reagieren als Schreibabys. Nachfolgend werden die Kreuztabelle „Lässt sich Ihr Kind durch Musik beruhigen * Status Baby“ sowie die dazugehörigen U- Tests dargestellt.

Tabelle 140: Positive Wirkung von Musik als Beruhigungsmethode bei SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
sehr häufig	4,8%	23,8%
manchmal	47,6%	52,4%
nie	47,6%	23,8%

Tabelle 141: U-Test: Rangplätze nach Status Baby: Kind lässt sich durch Musik beruhigen

	StatusBaby	N	MittlererRang	Rangsumme
Lässt sich Ihr Kind durch Musik beruhigen	NSB	21	24,93	523,50
	SB	21	18,07	379,50
	Gesamt	42		

Tabelle 142: U-Test-Teststatistik: Status Baby: Kind lässt sich durch Musik beruhigen

	Lässt sich Ihr Kind durch Musik beruhigen
Mann-Whitney-U	148,5
Wilcoxon-W	379,5
Z	-1,992
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,046

Zwischen der Unterstützung durch den Partner und dem Status Baby besteht kein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2 (1) < 0,001$; $n = 42$; $p = 1,000$). Exakt gleich viele Partner je Gruppe, 12 (57,1%), unterstützten ihre Partnerin beim Umgang mit dem Baby wo es nur ging. 9 (42,9%) Partner je Gruppe zeigten nicht viel Engagement, bezüglich des Umgang und der Hilfe mit dem Baby.

Tabelle 143: Mein Partner unterstützt mich wo es nur geht, wenn das Kind schreit *
Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	9	9	18
	Erw. N	9,00	9,00	18,00
	% innerh. Gruppe	42,86	42,86	42,86
Ja	N	12	12	24
	Erw. N	12,00	12,00	24,00
	% innerh. Gruppe	57,14	57,14	57,14
Erw. Häufigk. < 5		0% der Zellen		
Teststatistiken		$\chi^2 = 0$; $df=1$; $n=42$; $p=1$		

Weiter besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Status Baby und der Tatsache, dass der Partner das Kind ab und zu abnimmt ($\chi^2 (1) = 0,104$; $n = 42$; $p = 0,747$). Beinahe gleich ist die Verteilung der Gruppen bezüglich dieser Tatsache. 7 (33,3%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 8 (38,1%) Mütter von Schreibabys werden von ihrem Partner ab und zu unterstützt. Die Partner von 13 (61,9%) Müttern von Schreibabys und von 14 (66,7%) der Mütter der Vergleichsgruppe nehmen ihrer Partnerin das Kind ab und zu ab.

Tabelle 144: Mein Partner nimmt mir das Kind ab und zu ab, wenn es schreit*
Status Baby

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	14	13	27
	Erw. N	13,50	13,50	27,00
	% innerh. Gruppe	66,67	61,90	64,29
Ja	N	7	8	15
	Erw. N	7,50	7,50	15,00
	% innerh. Gruppe	33,33	38,10	35,71
Erw. Häufigk. < 5		0% der Zellen		
Teststatistiken		chi2 =0,1; df=1; n=42; p=0,747		

Ein Partner (4,8%) der ein Schreibaby hat, verlässt das Zimmer, wenn das Kind schreit und überlässt das schreiende Kind seiner Partnerin. Für alle anderen Partner beider Gruppen trifft diese Aussage nicht zu. Der Zusammenhang ist demnach zwischen dem Status Baby und der Tatsache, dass der Partner beim Schreien des Kindes das Zimmer verlässt nicht signifikant (Fisher-Exact-Test: $p=1,00$).

Tabelle 145: Mein Partner verlässt das Zimmer, wenn das Kind zu schreien beginnt
* Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	21	20	41
	Erw. N	20,50	20,50	41,00
	% innerh. Gruppe	100,00	95,24	97,62
Ja	N	-	1	1
	Erw. N	0,50	0,50	1,00
	% innerh. Gruppe	-	4,76	2,38
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: $p=1,00$		

Ebenfalls nicht signifikant ist der Zusammenhang zwischen dem Status Baby und der Tatsache, dass der Partner beim Schreien des Kindes die Wohnung verlässt (Fisher-Exact-Test: $p=0,488$). Diese Tatsache trifft für 2 (4,8%) der Partner aus der Gruppe der Schreibabys zu. Alle anderen – 21 (100,0%) aus der Gruppe der Nicht-Schreibabys und 19 (90,5%) aus der Gruppe der Schreibabys – verhalten sich nicht auf diese Weise. Der Anteil der Partner, der dieses Verhalten aufweist, ist somit in der Gruppe der Schreibabys etwas erhöht im Vergleich zur Gruppe der nicht Schreibabys.

Tabelle 146: Mein Partner verlässt die Wohnung, wenn das Kind zu schreien anfängt

* Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	21	19	40
	Erw. N	20,00	20,00	40,00
	% innerh. Gruppe	100,00	90,48	95,24
Ja	N	-	2	2
	Erw. N	1,00	1,00	2,00
	% innerh. Gruppe	-	9,52	4,76
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: $p=0,488$		

Ein Partner (4,8%) aus der Gruppe der Schreibabys schreit sein Kind an, wenn das Kind schreit. Alle anderen – 21 (100,0%) aus der Gruppe der Nicht-Schreibabys und 20 (95,1%) aus der Gruppe der Schreibabys weisen dieses Verhalten nicht auf. Der Zusammenhang zwischen dem Status Baby und der Tatsache, dass der Vater das Kind anschreit, wenn es schreit, ist nicht signifikant (Fisher-Exact-Test: $p=1,00$).

Tabelle 147: Mein Partner schreit das Kind an, wenn es schreit * Status Baby
Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	21	20	41
	Erw. N	20,50	20,50	41,00
	% innerh. Gruppe	100,00	95,24	97,62
Ja	N	-	1	1
	Erw. N	0,50	0,50	1,00
	% innerh. Gruppe	-	4,76	2,38
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=1,00		

Nicht signifikant ist der Zusammenhang zwischen sonstigen Handlungen des Partners und dem Status Baby (Fisher-Exact-Test: p=0,232). 3 (14,3%) der Partner aus der Gruppe der Schreibabys handeln auf sonstige Weise, wenn das Kind schreit. Für 21 (100,0%) der Partner aus der Gruppe der Nicht- Schreibabys und 18 (85,7%) der Partner aus der Gruppe der Schreibabys trifft dies nicht zu.

Tabelle 148: Mein Partner tut Sonstiges, was noch nicht erwähnt wurde, wenn das Kind schreit * Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	21	18	39
	Erw. N	19,50	19,50	39,00
	% innerh. Gruppe	100,00	85,71	92,86
Ja	N	-	3	3
	Erw. N	1,50	1,50	3,00
	% innerh. Gruppe	-	14,29	7,14
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		Fisher-Exact-Test: p=0,232		

Tabelle 149: Handlungen vom Partner bei einem SB und NSB im Vergleich
(* Merfachantworten waren möglich)

	SB	NSB
Hilfreiche Unterstützung beim Umgang mit dem Baby	57,1%	57,1%
Partner nimmt Baby ab und zu ab	38,1%	33,3%
Partner verlässt Zimmer, wenn Baby schreit	4,8%	0,0%
Partner verlässt Wohnung, wenn Baby schreit	4,8%	0,0%
Partner schreit Baby an, wenn es schreit	4,8%	0,0%
Sonstige Handlungen des Partners	14,3%	0,0%

1.13.5 Fragen zum Umfeld

Zwischen dem Status Baby und der Hilfe des Partners bei der Babybetreuung liegt kein signifikanter Zusammenhang vor ($z = -1,560$; $p = 0,119$). Während eine (4,8%) Mutter eines Schreibabys nie von ihrem Partner Unterstützung in der Babybetreuung bekam, trifft das für keine (0,0%) Mutter der Vergleichsgruppe zu. 3 (14,3%) Mütter von Nicht-Schreibabys und 8 (38,1%) der Mütter von Schreibabys bekamen gelegentlich Hilfe von ihrem Partner in der Babybetreuung. 10 (47,6%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 6 (28,6%) der Mütter von Schreibabys wurden häufig von ihrem Partner diesbezüglich unterstützt. 8 (38,1%) Mütter von Nicht-Schreibabys und 6 (28,6%) der Mütter von Schreibabys wurden sogar sehr häufig von ihrem Partner in der Babybetreuung unterstützt. Der Großteil der Mütter von Nicht-Schreibabys wurde häufig bis sehr häufig von ihrem Partner unterstützt. In der Gruppe der Schreibabys wird der größte Anteil der Mütter gelegentlich unterstützt.

Tabelle 150: Mann-Whitney-Test Ränge

	Status Baby	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Bekamen Sie Hilfe bei der Babybetreuung von Ihrem Ehemann/Partner	Kein Schreibaby	21	24,29	510,00
	Schreibaby	21	18,71	393,00
	Gesamt	42		

Tabelle 151: Statistik für Test

	Bekamen Sie Hilfe bei der Babybetreuung von Ihrem Ehemann/Partner
Mann-Whitney-U	162,000
Wilcoxon-W	393,000
Z	-1,560
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,119

Tabelle 152: Unterstützung des Partners bei der Babybetreuung von SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
nie	4,8%	0,0%
gelegentlich	38,1%	14,3%
häufig	28,6%	47,6%
sehr häufig	28,6%	38,1%

Ebenso kein signifikanter Unterschied ergab sich zwischen dem Status Baby und der Hilfe durch einer anderen Person ($\chi^2 (1) = 0,104$; $n = 42$; $p = 0,747$). Der Anteil von Mütter, die nicht von anderen Personen, außer des Partners, in der Babybetreuung unterstützt wurden ist in beiden Gruppen annähernd gleich: 7

(33,3%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 8 (38,1%) der Mütter von Schreibabys.

Tabelle 153: Bekamen Sie Hilfe bei der Babybetreuung von anderen Personen *
Status Baby Kreuztabelle

		NSB	SB	Gesamt
Nein	N	7	8	15
	Erw. N	7,50	7,50	15,00
	% innerh. Gruppe	33,33	38,10	35,71
Ja	N	14	13	27
	Erw. N	13,50	13,50	27,00
	% innerh. Gruppe	66,67	61,90	64,29
Erw. Häufigk. < 5		50% der Zellen		
Teststatistiken		chi2 =0,1; df=1; n=42; p=0,747		

Auch ähnlich ist der Anteil an Müttern, die durch eine weitere Person unterstützt wurden: 14 (66,7%) der Mütter von Nicht-Schreibabys und 13 (61,9%) der Mütter von Schreibabys. 13 (61,9%) der 14 Mütter aus der Gruppe der Nicht-Schreibabys wurden von der Mutter oder Schwiegermutter unterstützt. Die Mutter oder Schwiegermutter war in der Gruppe der Schreibabys 12 (57,1%) der 13 Mütter eine Hilfe in der Babybetreuung. Eine (4,8%) Mutter je Gruppe wurde von einer anderen Person außer dem Partner und der Mutter oder Schwiegermutter in der Babybetreuung unterstützt.

Tabelle 154: Unterstützung durch andere Personen bei der Babybetreuung eines SB bzw. NSB im Vergleich

	SB	NSB
Keine	38,1	33,3
Unterstützung durch Mutter oder Schwiegermutter	57,1%	61,9%
Unterstützung durch eine andere Person	4,8%	4,8%

Von den Müttern mit Schreibbaby suchten 4 (19.0%) auch eine Schreiambulanz auf. Nur bei 2 (9,5%) der 4 Mütter, die eine Schreiambulanz besuchten, verbesserte sich das Schreiverhalten der Kinder.

Tabelle 155: Aufsuchen einer Schreiambulanz bei SB und NSB im Vergleich

	SB	NSB
Schreiambulanz	19,0%	0,0%

1.13.6 Offene Fragen

Allen Müttern wurden am Ende des allgemeinen Fragebogens noch 2 offene Fragen gestellt. Die erste Frage lautete „Was ist Ihre persönliche Meinung, warum Ihr Kind schreit?“. Während der Großteil der Mütter von NSB unbefriedigte Grundbedürfnisse ihrer Kinder als Grund für das Schreien angaben, waren die Vermutungen von Mütter von SB, warum ihr Kind schreit, sehr variabel. Erklärbar ist dies möglicherweise dadurch, dass NSB mit dem Schreien aufhören, wenn die Grundbedürfnisse befriedigt werden. SB hingegen schreien trotz der Befriedigung von Hunger, Durst, Nähe, etc. weiter. Es werden andere Gründe für das Schreien gesucht, da die Befriedigung der Grundbedürfnisse keine Besserung erzielt. Dass keine einzelne Ursache für das exzessive Schreien exakt bestimmt werden kann, zeigt die Vielzahl an unterschiedlichen Antworten der Mütter von SB. Von Stress in der Schwangerschaft, über komplizierte Geburt, Blähungen, Übermüdung, Überreizung bis zu Enttäuschung der Mutter und viele andere Gründe wurden von

den SB-Mütter genannt. Im Folgenden wurden die Antworten in Kategorien unterteilt dargestellt:

Tabelle 156: Antworten der Mütter von SB auf die Frage „Was ist Ihre persönliche Meinung warum Ihr Kind schreit?“

Schreibaby	Anzahl der Mütter von SB, die diese Antwort gaben
Viel Stress in der SS (SS = Schwangerschaft)	2 von 21
Viele Ultraschalls	1 von 21
Große Ängste in der SS	1 von 21
Schwere SS (Wehenhemmer, viel liegen...)	2 von 21
Umzug in SS	2 von 21
Partnerschaftsprobleme in SS	1 von 21
Komplizierte, schwere Geburt (z.B.: mit Saugglocke, Zange, Wehentropf,...)	6 von 21
Zu schnelle Geburt	1 von 21
Frühgeburt	1 von 21
Stillen ist nicht/nur kurz möglich	2 von 21
Braucht Nähe der Mutter	1 von 21
Kind hat Trennungsängste, Verlustängste	1 von 21
Kind lässt sich nicht gerne waagrecht hinlegen (Schmerzen im Halsbereich?)	2 von 21
Blähungen, Bauchschmerzen	4 von 21
Übermüdung (aber nicht in den Schlaf finden)	3 von 21
Unfähigkeit Abzuschalten	3 von 21
Überreizung	4 von 21
Zuviel Besuch	1 von 21
Weil er spürt, dass ich traurig, unruhig oder enttäuscht bin	2 von 21
Weil er sich nicht wohl fühlt auf dieser Welt	1 von 21
Ich habe keine Erklärung dafür	1 von 21

Tabelle 157: Antworten der Mütter von NSB auf die Frage „Was ist Ihre persönliche Meinung, warum Ihr Kind schreit?“

Nicht Schreibabys	Anzahl der Mütter von NSB, die diese Antwort gaben
Hunger, Müdigkeit, Langeweile, volle Windel	14 von 21
Reizüberflutung	5 von 21
Zu viel Besuch	1 von 21
Schmerzen (Bauchweh etc.)	4 von 21
Fremdeln	1 von 21
Braucht Zuwendung	1 von 21

Die zweite offene Frage an die Mütter war „Was würden Sie beim nächsten Kind anders machen, in der Hoffnung, es würde weniger schreien als das erste Kind?“. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied in den beiden Versuchsgruppen. Beinahe alle Mütter von NSB würden bei einer erneuten Schwangerschaft nichts anders machen. In der Gruppe der SB gaben 4 von 21 Müttern diese Antwort, allerdings mit dem Vermerk, sie wüssten nicht, was sie anders machen sollten. Sie hätten alles versucht und wüssten nicht, warum gerade ihr Kind dermaßen schreit. Die restlichen Mütter von Schreibabys gaben sehr unterschiedliche Antworten. Wie bei der ersten offenen Frage wird hier deutlich, dass die Mütter von SB absolut ratlos sind, was genau die Ursache für das exzessive Schreien ihres Kindes war bzw. ist. Jede Mutter sucht penibel nach einem Grund für das exzessive Schreien des Kindes und nimmt die kleinste Abweichung von der Norm als Ursache.

Tabelle 158: Antworten der Mütter von SB auf die Frage „Was würden Sie beim nächsten Kind anders machen, in der Hoffnung, es würde weniger schreien als das erste Kind?“

Schreibabys	Anzahl der Mütter von SB, die diese Antwort gaben
Entspannter in SS (SS = Schwangerschaft) sein	3 von 21
Nicht so lange arbeiten in SS (früher freistellen lassen)	1 von 21
Weniger Ultraschalls in SS	1 von 21
Schwangerschaft planen	1 von 21
Geschlecht nicht sagen lassen (wollte Mädchen, bekam Buben)	1 von 21
Weniger Ängste/Sorgen in SS haben	2 von 21
Hoffen auf komplikationslosere SS	1 von 21
Weniger Besuch nach Geburt	2 von 21
Mehr ärztliche Hilfe verlangen bei Geburt	1 von 21
Eigene Hebamme nehmen	1 von 21
Kind noch mehr tragen /mehr Nähe nach Geburt	2 von 21
Auf das eigene Gefühl hören und nicht durch andere (Meinungen) verunsichern Lassen	2 von 21
Kind anfangs viel mehr von allen Eindrücken abschirmen	1 von 21
Mehr Rhythmus im Alltag, wenn Baby da ist	1 von 21
Mehr Hilfe von anderen annehmen	2 von 21
Selbst mehr Entspannung suchen, um mehr Ruhe ausstrahlen zu können	3 von 21
Glaube nicht, dass man das beeinflussen kann	1 von 21
Verhüten	1 von 21
Nichts	4 von 21

Tabelle 159: Antworten der Mütter von NSB auf die Frage „Was würden Sie beim nächsten Kind anders machen, in der Hoffnung, es würde weniger schreien als das erste Kind?“

Nicht Schreibabys	Anzahl der Mütter von NSB, die diese Antwort gaben
Nichts	18 von 21
Weniger Besuch am Anfang	1 von 21
Stillen	2 von 21

1.14 Elternschaftsfragebogen von Nickel, Grant und Vetter (1990)

Mütter von Schreibabys und Nicht-Schreibabys unterscheiden sich bezüglich der Traditionalität der Elternrolle nicht signifikant ($F(1,40) = 0,676$; $p = 0,416$). Eine hohe Ausprägung in dieser Skala bedeutet, dass die Einstellung zur Elternschaft sehr traditionell ist: es herrscht die Meinung, dass die Mutter in Dingen, die das Kind betreffen, besser ist als der Vater. D.h. ihre Anwesenheit ist für das Kind wichtiger als jene des Vaters; zusätzlich kann sie mit dem Kind besser umgehen. Eine niedrige Ausprägung steht für ein neues Rollenverständnis, in welchem Mütter eine partnerschaftliche Erziehung der Kinder vertreten, wobei der Vater für das Kind als ebenso wichtig gesehen wird als die Mutter (Rollett, B. & Werneck, H. 2001). Der Mittelwert der Mütter von Schreibabys liegt bei 1,622 ($SD = 0,359$). Der Durchschnittswert der Mütter von Nicht-Schreibabys bei 1,709 ($SD = 0,329$). Der Minimalste Wert von Müttern aus der Gruppe der Schreibabys beträgt 1,17 der maximalste Wert 2,44. Die Werte von Müttern der Vergleichsgruppe sind mit 1,11 (Minimum) und 2,44 (Maximum) gleich bzw. annähernd gleich mit den Werten aus der Gruppe der Schreibabys.

Mütter, die ein Schreibaby haben, tendieren weniger zu einer traditionellen Elternrolle als Mütter, die kein Schreibaby haben. Der Unterschied zwischen den Einstellungen der Mütter der zwei Gruppen ist jedoch gering.

Tabelle 160: Mittelwerte „Traditionelle Elternrolle“

	NSB	SB	Insgesamt
Mittelwert	1,71	1,62	1,67
Standardabweichung	0,33	0,36	0,34
Median	1,67	1,61	1,64
Minimum	1,11	1,17	1,11
Maximum	2,44	2,44	2,44
Schiefe	0,36	0,69	0,48
Standardfehler der Schiefe	0,50	0,50	0,37
Kurtosis	-0,24	0,19	-0,23
Standardfehler der Kurtosis	0,97	0,97	0,72

Tabelle 161: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable:
Traditionelle Elternrolle

F	df1	df2	Signifikanz
,023	1	40	,881

Tabelle 162: Tests der Zwischensubjekteffekte Abhängige Variable: Traditionelle Elternrolle

Quelle	QS	df	MQ	F	p	η^2
Korrigiertes Modell	,080	1	,080	,676	,416	,017
Konstanter Term	116,482	1	116,482	983,423	,000	,961
gruppe	,080	1	,080	,676	,416	,017
Fehler	4,738	40	,118			
Gesamt	121,299	42				
Korrigierte Gesamtvariation	4,818	41				

Eine hohe Ausprägung in der Skala „Wert des Kindes“ bedeutet, dass es für die Mutter sehr erfüllend ist, ein Kind zu haben. Der emotionale Wert des Kindes an sich ist sehr hoch. Eine niedrige Ausprägung kann dahingehend interpretiert werden, dass die Elternschaft und das Kind an sich für die Mutter mit einem geringen emotionalen

Wert besetzt sind. Mütter von Schreibabys schätzen den Wert des Kindes nicht signifikant geringer als Mütter von Nicht-Schreibabys ($F(1,40) = 0,576$; $p = 0,453$). Mit einem Mittelwert von 3,339 ($SD = 0,445$) bei Müttern von Schreibabys und 3,238 ($SD = 0,419$) bei Müttern der Vergleichsgruppe zeigt sich so gut wie kein Unterschied zwischen den Einstellungen der Mütter bezüglich dem Wert des Kindes. Für beide Gruppen ist es sehr erfüllend, ein Kind zu haben. Für die Mütter von Schreibabys trifft dies noch eine Spur mehr zu als für Mütter von nicht Schreibabys.

Tabelle 163: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung, „Wert des Kindes“

	NSB	SB	Insgesamt
Mittelwert	3,24	3,34	3,29
Standardabweichung	0,44	0,42	0,43
Median	3,28	3,39	3,31
Minimum	2,33	2,00	2,00
Maximum	3,94	3,83	3,94
Schiefe	-0,56	-1,64	-1,01
Standardfehler der Schiefe	0,50	0,50	0,37
Kurtosis	-0,24	0,19	-0,23
Standardfehler der Kurtosis	0,97	0,97	0,72

Tabelle 164: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable:
Wert des Kindes

F	df1	df2	Signifikanz
,237	1	40	,629

Tabelle 165: Tests der Zwischensubjekteffekte Abhängige Variable: Wert des Kindes

Quelle	QS	df	MQ	F	p	η^2
Korrigiertes Modell	,107	1	,107	,576	,453	,014
Konstanter Term	454,245	1	454,245	2433,494	,000	,984
gruppe	,107	1	,107	,576	,453	,014
Fehler	7,467	40	,187			
Gesamt	461,819	42				
Korrigierte Gesamtvariation	7,574	41				

Signifikant ist der Unterschied zwischen Müttern mit Schreibabys und Müttern, deren Kind kein Schreibaby ist, bezüglich der Belastung durch das Kind ($F(1, 40) = 6,051$; $p = 0,018$; $Eta = 0,131$). Hohe Werte in dieser Skala bedeuten eine sehr stark empfundene Belastung durch das Kind. Wird ein niedriger Wert erzielt, so stellt das Kind für die Mutter keine besondere Belastung dar. Der Mittelwert von Mütter von Schreibabys beträgt 2,696 ($SD = 0,407$) und ist damit viel höher als der Mittelwert von Müttern eines Nicht-Schreibabys, 2,351 ($SD = 0,498$). Der Minimalste Wert in der Gruppe der Schreibabys beträgt 2,00, der maximalste Wert 3,50. In der Gruppe der Nicht-Schreibabys liegt der minimalste Wert der Mütter bei 1,50, der maximalste Wert bei 3,50.

Tabelle 166: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung „Belastung durch Kind“

	NSB	SB	Insgesamt
Mittelwert	3,24	3,34	3,29
Standardabweichung	0,44	0,42	0,43
Median	3,28	3,39	3,31
Minimum	2,33	2,00	2,00
Maximum	3,94	3,83	3,94
Schiefe	-0,56	-1,64	-1,01
Standardfehler der Schiefe	0,50	0,50	0,37
Kurtosis	-0,40	4,19	1,04
Standardfehler der Kurtosis	0,97	0,97	0,72

Tabelle 167: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable:
Belastung durch Kind

F	df1	df2	Signifikanz
,589	1	40	,447

Tabelle 168: Tests der Zwischensubjekteffekte Abhängige Variable: Belastung
durch Kind

Quelle	QS	df	MQ	F	p	η^2
Korrigiertes Modell	1,253	1	1,253	6,051	,018	,131
Konstanter Term	267,503	1	267,503	1291,920	,000	,970
gruppe	1,253	1	1,253	6,051	,018	,131
Fehler	8,282	40	,207			
Gesamt	277,038	42				
Korrigierte Gesamtvariation	9,535	41				

Kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen den Gruppen in der Skala Mutterrolle vs. Berufsrolle ($F(1,40) = 0,368$; $p = 0,548$). Bei Personen, die in dieser Skala hohe Werte erreichen herrscht die Meinung, dass es die ausschließliche Aufgabe der Frau ist, sich um ihre Kinder zu kümmern. Eine Mutter sollte auf keinen Fall berufstätig sein. Bei niederen Werten vertritt die Mutter die Meinung, dass es durchaus in Ordnung ist, als Mutter an Karriere zu denken. Beruf und Familie sind ohne weiteres vereinbar. Mütter von Schreibabys tendieren aufgrund eines Mittelwerts von 2,162 ($SD = 0,433$), der höher ist als der Mittelwert der Mütter, die kein Schreibaby haben, 2,076 ($SD = 0,482$) eher zu der Meinung, dass Familie und Beruf eher nicht vereinbar ist. Der minimalste Wert der Mütter von Schreibabys beträgt 1,40, der maximalste Wert 3,10. In der Vergleichsgruppe beträgt der minimalste Wert 1,10, der maximalste Wert ist mit 3,10 identisch mit der Gruppe der Schreibabys.

Tabelle 169: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung „Mutterrolle vs. Berufsrolle“

	NSB	SB	Insgesamt
Mittelwert	2,08	2,16	2,12
Standardabweichung	0,48	0,43	0,45
Median	2,00	2,10	2,10
Minimum	1,10	1,40	1,10
Maximum	3,10	3,10	3,10
Schiefe	0,32	0,39	0,30
Standardfehler der Schiefe	0,50	0,50	0,37
Kurtosis	0,34	0,07	0,09
Standardfehler der Kurtosis	0,97	0,97	0,72

Tabelle 170: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable: Mutterrolle vs. Berufsrolle

F	df1	df2	Signifikanz
,120	1	40	,731

Tabelle 171: Tests der Zwischensubjekteffekte Abhängige Variable: Mutterrolle vs. Berufsrolle

Quelle	QS	df	MQ	F	p	η^2
Korrigiertes Modell	,077	1	,077	,368	,548	,009
Konstanter Term	188,595	1	188,595	899,398	,000	,957
gruppe	,077	1	,077	,368	,548	,009
Fehler	8,388	40	,210			
Gesamt	197,060	42				
Korrigierte Gesamtvariation	8,465	41				

Auch kein signifikanter Zusammenhang existiert in der Skala „Reproduktiver Wert der Familie“ ($F(1,40) = 0,507$; $p = 0,481$). Eine hohe Ausprägung in dieser Skala bedeutet, dass es der Mutter wichtig ist, ein Kind zu haben, um die Tradition in der Familie fortführen und um ihre Eltern mit Enkeln zufrieden zu stellen. Sie erwartet sich durch das Kind nicht nur mehr Ansehen in der Familie, sondern auch eine gewisse Absicherung für die Zukunft. Bei einer niederen Ausprägung sieht die Mutter das Kind nicht als „Statussymbol“ bzw. als „Altersvorsorge“. Der Mittelwert von 2,601 ($SD = 0,636$) in der Gruppe der Nicht-Schreibabys ist etwas höher als der Mittelwert in der Gruppe der Schreibabys: 2,476 ($SD = 0,493$). Mütter von Nicht-Schreibabys sehen in ihrem Kind eher ein Ansehen in der Familie, ein „Statussymbol“ als Mütter von Schreibabys. Bei Müttern von Schreibabys, wie auch bei Müttern der Vergleichsgruppe, liegt der minimalste Wert bei 1,63. Der maximalste Wert liegt in der Gruppe der Schreibabys bei 3,75, in der Gruppe der Nicht-Schreibabys bei 3,63.

Tabelle 172: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung „Reproduktiver Wert der Familie“

	NSB	SB	Insgesamt
Mittelwert	2,60	2,48	2,54
Standardabweichung	0,64	0,49	0,57
Median	2,38	2,38	2,38
Minimum	1,63	1,63	1,63
Maximum	3,63	3,75	3,75
Schiefe	0,29	0,72	0,50
Standardfehler der Schiefe	0,50	0,50	0,37
Kurtosis	-1,45	0,88	-0,73
Standardfehler der Kurtosis	0,97	0,97	0,72

Tabelle 173: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable:
Reproduktiver Wert der Familie

F	df1	df2	Signifikanz
3,874	1	40	,056

Tabelle 174: Tests der Zwischensubjekteffekte Abhängige Variable: Reproduktiver Wert der Familie

Quelle	QS	df	MQ	F	p	η^2
Korrigiertes Modell	,164	1	,164	,507	,481	,013
Konstanter Term	270,688	1	270,688	836,428	,000	,954
gruppe	,164	1	,164	,507	,481	,013
Fehler	12,945	40	,324			
Gesamt	283,797	42				
Korrigierte Gesamtvariation	13,109	41				

Tabelle 175: Elternschaft bei SB und NSB im Vergleich (* Umso höher der Mittelwert (MW), umso höher die Ausprägung in dieser Skala)

	SB	NSB
Traditionalität (MW)	MW = 1,622	MW = 1,709
Wert des Kindes (MW)	MW = 3,339	MW = 3,238
Belastung durch das Kind (MW)	MW = 2,696	MW = 2,351
Mutterrolle vs. Berufsrolle (MW)	MW = 2,162	MW = 2,076
Reproduktiver Wert der Familie (MW)	MW = 2,476	MW = 2,601

1.15 Temperamentsfragebogen

Es ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang in der Skala Stimmungslage und dem Status Baby ($F(1,40) = 57,290$; $p < 0,001$; $H_2 = 0,589$).

Der Mittelwert von Nicht-Schreibabys ist mit 3,542 ($SD = 0,329$) viel höher als der Mittelwert der Schreibabys: 2,548 ($SD = 0,504$). Der minimalste Wert in der Gruppe der Nicht-Schreibabys liegt in der Skala Stimmungslage bei 2,88, der maximalste Wert bei 4,00. In der Gruppe der Schreibabys beträgt der minimalste Wert 1,63, der maximalste Wert 3,63. Nicht-Schreibabys zeigen demzufolge eine bessere Stimmungslage als Schreibabys.

Tabelle 176: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung „Stimmungslage“

	NSB	SB	Insgesamt
Mittelwert	3,54	2,55	3,04
Standardabweichung	0,33	0,50	0,66
Median	3,50	2,50	3,13
Minimum	2,88	1,63	1,63
Maximum	4,00	3,63	4,00
Schiefe	-0,46	0,47	-0,32
Standardfehler der Schiefe	0,50	0,50	0,37
Kurtosis	-0,71	-0,17	-1,06
Standardfehler der Kurtosis	0,97	0,97	0,72

Tabelle 177: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable:
Stimmungslage

F	df1	df2	Signifikanz
2,998	1	40	,091

Tabelle 178: Tests der Zwischensubjekteffekte Abhängige Variable: Stimmungslage

y	QS	df	MQ	F	p	η^2
Korrigiertes Modell	10,375	1	10,375	57,290	,000	,589
Konstanter Term	389,334	1	389,334	2149,813	,000	,982
gruppe	10,375	1	10,375	57,290	,000	,589
Fehler	7,244	40	,181			
Gesamt	406,953	42				
Korrigierte Gesamtvariation	17,619	41				

In der Skala Unruhe ist ebenso ein signifikantes Ergebnis vorliegend ($F(1,40) = 88,552$; $p < 0,001$; $H^2 = 0,689$). Der Mittelwert von Schreibabys ist mit 3,056 ($SD = 0,487$) um vieles höher als der Mittelwert von 1,675 ($SD = 0,464$) der Vergleichsgruppe. Während die Vergleichsgruppe einen Minimalwert von 1,00 aufweist, beträgt dieser in der Gruppe der Schreibabys bereits mehr als das Doppelte: 2,17. Der Maximalwert in der Gruppe der Schreibabys liegt bei 3,83, der maximalste

Wert der Vergleichsgruppe bei 2,67. Unruhe ist bei Schreibabys daher in viel höherem Maße vorhanden, als in der Gruppe der Nicht-Schreibabys.

Tabelle 179: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung „Unruhe“

	NSB	SB	Insgesamt
Mittelwert	1,67	3,06	2,37
Standardabweichung	0,46	0,49	0,84
Median	1,67	3,17	2,42
Minimum	1,00	2,17	1,00
Maximum	2,67	3,83	3,83
Schiefe	0,45	-0,13	0,06
Standardfehler der Schiefe	0,50	0,50	0,37
Kurtosis	-0,39	-0,89	-1,17
Standardfehler der Kurtosis	0,97	0,97	0,72

Tabelle 180: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable:
Unruhe

F	df1	df2	Signifikanz
,115	1	40	,736

Tabelle 181: Tests der Zwischensubjekteffekte Abhängige Variable: Unruhe

Quelle	QS	df	MQ	F	p	η^2
Korrigiertes Modell	20,024	1	20,024	88,552	,000	,689
Konstanter Term	234,931	1	234,931	1038,947	,000	,963
gruppe	20,024	1	20,024	88,552	,000	,689
Fehler	9,045	40	,226			
Gesamt	264,000	42				
Korrigierte Gesamtvariation	29,069	41				

Der Zusammenhang der Skala Irritierbarkeit mit dem Status Baby ist ebenfalls signifikant ($F(1,40) = 21,411$; $p < 0,001$; $H^2 = 0,349$). Der Mittelwert der Nicht-Schreibabys beträgt 1,963 (SD = 0,247) und liegt damit unter dem Mittelwert der Schreibabys, der bei 2,401 (SD = 0,357) liegt. Der minimalste Wert der Gruppe der Schreibabys liegt bei 1,71, der maximalste Wert bei 3,14. In der Vergleichsgruppe ist der Minimalwert 1,43, der Maximalwert 2,50. Schreibabys scheinen demnach leichter zu irritieren als Nicht-Schreibabys.

Tabelle 182: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung „Irritierbarkeit“

	NSB	SB	Insgesamt
Mittelwert	1,96	2,40	2,18
Standardabweichung	0,25	0,36	0,38
Median	2,00	2,43	2,14
Minimum	1,43	1,71	1,43
Maximum	2,50	3,14	3,14
Schiefe	-0,48	0,39	0,51
Standardfehler der Schiefe	0,50	0,50	0,37
Kurtosis	1,17	-0,11	0,53
Standardfehler der Kurtosis	0,97	0,97	0,72

Tabelle 183: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variabel:
Irritierbarkeit

F	df1	df2	Signifikanz
2,182	1	40	0,147

Tabelle 184: Tests der Zwischensubjekteffekte Abhängige Variable: Irritierbarkeit

Quelle	QS	df	MQ	F	p	η^2
Korrigiertes Modell	2,022	1	2,022	21,411	0,000	0,349
Konstanter Term	199,962	1	199,962	2117,973	0,000	0,981
gruppe	2,022	1	2,022	21,411	0,000	0,349
Fehler	3,776	40	0,094			
Gesamt	205,760	42				
Korrigierte Gesamtvariation	5,798	41				

Keinen signifikanten Zusammenhang gibt es zwischen der Rhythmizität und dem Status Baby ($F(1,40) = 3,413$; $p = 0,072$). Der Mittelwert von 2,938 ($SD = 0,323$) der Nicht-Schreibabys liegt etwas über dem Mittelwert der Schreibabys 2,729 ($SD = 0,407$). Während der Minimalwert in der Gruppe der Nicht-Schreibabys bei 2,40 liegt, beträgt dieser in der Gruppe der Schreibabys nur 1,75. Der Maximalwert ist in der Gruppe der Schreibabys (3,50) annähernd gleich dem Maximalwert der Vergleichsgruppe (3,60).

Tabelle 185: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung „Rhythmizität“

	NSB	SB	Insgesamt
Mittelwert	2,94	2,73	2,83
Standardabweichung	0,32	0,41	0,38
Median	3,00	2,80	2,80
Minimum	2,40	1,75	1,75
Maximum	3,60	3,50	3,60
Schiefe	0,15	-0,41	-0,38
Standardfehler der Schiefe	0,50	0,50	0,37
Kurtosis	-0,79	0,40	0,41
Standardfehler der Kurtosis	0,97	0,97	0,72

Tabelle 186: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable:
Rhythmizität

F	df1	df2	Signifikan z
0,516	1	40	0,477

Tabelle 187: Tests der Zwischensubjekteffekte Abhängige Variable: Rhythmizität

Quelle	QS	df	MQ	F	p	η^2
Korrigiertes Modell	0,461	1	0,461	3,413	0,072	0,079
Konstanter Term	337,167	1	337,167	2496,430	0,000	0,984
gruppe	0,461	1	0,461	3,413	0,072	0,079
Fehler	5,402	40	0,135			
Gesamt	343,030	42				
Korrigierte Gesamtvariation	5,863	41				

Die letzte Skala Triebhaftigkeit ergibt wiederum ein signifikantes Ergebnis bezüglich dem Status Baby ($F(1,40) = 29,716$; $p < 0,001$; $H^2 = 0,426$).

Der Mittelwert der Schreibabys liegt mit 3,230 (SD = 0,490) höher als der Mittelwert der Vergleichsgruppe 2,531 (SD = 0,323). Der minimalste Wert in der Gruppe der Nicht-Schreibabys beträgt 2,00, in der Gruppe der Schreibabys 2,17. Der Maximalwert liegt bei 3,17 in der Gruppe der Nicht-Schreibabys, in der Gruppe der Schreibabys hat er einen Wert von 4,00. Da hier jedoch die Voraussetzung der Varianzhomogenität nicht gegeben ist, wird die Auswertung zusätzlich auch noch mit einem parameterfreien Verfahren überprüft. Das Ergebnis des U-Tests ist ebenso hoch signifikant.

Tabelle 188: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung „Triebhaftigkeit“

	NSB	SB	Insgesamt
Mittelwert	2,53	3,23	2,88
Standardabweichung	0,32	0,49	0,54
Median	2,50	3,33	2,83
Minimum	2,00	2,17	2,00
Maximum	3,17	4,00	4,00
Schiefe	0,52	-0,64	0,29
Standardfehler der Schiefe	0,50	0,50	0,37
Kurtosis	-0,04	-0,51	-1,11
Standardfehler der Kurtosis	0,97	0,97	0,72

Tabelle 189: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable:
Triebhaftigkeit

F	df1	df2	Signifikanz
5,686	1	40	0,022

Tabelle 190: Tests der Zwischensubjekteffekte Abhängige Variable: Triebhaftigkeit

Quelle	QS	df	MQ	F	p	η^2
Korrigiertes Modell	5,122	1	5,122	29,716	0,000	0,426
Konstanter Term	348,595	1	348,595	2022,548	0,000	0,981
gruppe	5,122	1	5,122	29,716	0,000	0,426
Fehler	6,894	40	0,172			
Gesamt	360,611	42				
Korrigierte Gesamtvariation	12,016	41				

Tabelle 191: Temperamenteigenschaften von SB und NSB im Vergleich (*Umso höher der Mittelwert (MW), umso höher die Ausprägung in dieser Skala)

	SB	NSB
Stimmungslage (MW)	MW = 2,548	MW = 3,542
Unruhe (MW)	MW = 3,056	MW = 1,675
Irritierbarkeit (MW)	MW = 2,401	MW = 1,963
Rhythmisizität (MW)	MW = 2,729	MW = 2,938
Triebhaftigkeit (MW)	MW = 3,230	MW = 2,531

Tabelle 192: Rangplätze Triebhaftigkeit: Status des Babys

	Status Baby	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
TRIEBHAFTHIGKEIT	NSB	21	13,71	288
	SB	21	29,29	615
	Gesamt	42		

Tabelle 193: Teststatistik Triebhaftigkeit und Status des Babys

	TRIEBHAFTIGKEIT
Mann-Whitney-U	57
Wilcoxon-W	288
Z	-4,141
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,000

DISKUSSION

Die vorliegende Studie untersucht den Unterschied zwischen exzessiv schreienden Säuglingen und „normalen“ Säuglingen im Alter zwischen 3 und 6 Monaten. Die Mütter der Babys wurden mittels Fragebögen befragt. Hierzu wurde der Temperamentsfragebogen von Thomas & Chess (1977), der Elternschaftsfragebogen von Nickel, Grant und Vetter (1990), sowie ein von mir gestalteter Fragebogen mit den Skalen: familiäre Daten, Allgemeines zum Kind, Fragen zur Schwangerschaft und Geburt, Fragen zum Schreiverhalten des Kindes, Fragen zum Umfeld und zwei offene Fragen am Ende des Fragebogens, verwendet. Nachfolgend werden die Ergebnisse dieser Fragebögen genau beschrieben und diskutiert.

Hypothese 1: Es gibt Unterschiede – außer der Schreidauer – zwischen SB und NSB.

Tests konnten bestätigen, dass vor allem Unterschiede im Temperament in den beiden Gruppen vorhanden sind. Signifikante Ergebnisse konnten im Temperamentsfragebogen in den Skalen Stimmungslage, Unruhe, Irritierbarkeit und Triebhaftigkeit gefunden werden. Demnach ist ein Schreibaby unruhiger, irritierbarer, triebhafter und weist grundsätzlich eine schlechtere Stimmungslage auf als ein Nicht-Schreibaby. Ein weiterer Unterschied wurde in der Ernährung festgestellt. Beinahe alle Schreibabys wurden gestillt. In der Vergleichsgruppe bekamen nur die Hälfte der Kinder Muttermilch. Besonders auffallend war der Unterschied bei der Babyplanung in den beiden Gruppen. Wurden 95,2% der Schreibabys geplant, waren aus der Vergleichsgruppe lediglich 38,1%, bei ihrer Zeugung ein Wunschbaby. Eine ähnliche Verteilung konnte im FIL Projekt (Rollett & Werneck, 2007) gefunden werden. 11 der 15 Schreibabys waren von den Eltern geplant. Gravierende Unterschiede ergaben sich auch im Schlafverhalten der Babys. Bereits von Anfang an gab es bei manchen Schreibabys Schlafprobleme. Durchschlafstörungen, nächtliches Aufwachen mit Nahrungsaufnahme sowie

Einschlafprobleme sind in den ersten Monaten fast bei jedem Schreibaby aufzufinden. Während beinahe alle Nicht-Schreibaby problemlos einschlafen können, verfügen nicht einmal die Hälfte der Schreibabys über diese Fähigkeit. Mehr als die Hälfte der Schreibabys braucht die Hilfe der Eltern, um einschlafen zu können. Beinahe alle Schreibabys werden im Alter zwischen 3 und 6 Monaten ein oder mehrmals nachts gefüttert oder bekommen Tee. Nur eine Mutter aus der Gruppe von 21 Nicht-Schreibabys gibt ihrem Kind in der Nacht das Fläschchen.

Hypothese 2: Es gibt Unterschiede in erlebten pränatalen oder perinatalen Problemen, Stress oder Komplikationen in den beiden Versuchsgruppen.

Varianzanalysen konnten diese Hypothese nicht bestätigen. Weder Unterschiede in den Schwangerschaften noch in den Geburten konnten zwischen den beiden Gruppen gefunden werden. In beiden Gruppen sind die Vorkommen von Geburtskomplikationen und perinatalem Stress in etwa gleich verteilt.

Hypothese 3: Es gibt Möglichkeiten, ein exzessiv schreiendes Baby wirksam zu beruhigen.

100%ig konnte keine Methode gefunden werden, die exzessiv schreiende Babys beruhigt. Allerdings zeigten über die Hälfte der Schreibabys positive Reaktionen auf das „Getragen-werden“. Mittels Tragen im Tragetuch oder einer Bauchtrage beruhigten sich 61,9% der Schreibabys. Auch Schaukeln und Wippen scheint, wie das Stillen eine relativ wirksame Beruhigungsmethode bei der Hälfte der Schreibabys zu sein (52,4% bzw. 42,9%). Da viele Schreibabys auch auf Springen auf dem Gymnastikball (38,1%) und schnelles Fahren im Kinderwagen (28,6%) positiv reagieren lässt die Vermutung zu, dass rhythmische Bewegungen für diese Babys sehr positive Wirkung haben. Singen, Sprechen, Ablenkung durch TV oder Radio, Wärme oder Craniosacraltherapie zeigten nur bei den wenigsten Schreibabys positive Wirkung auf das Schreiverhalten. Anzumerken ist noch, dass Mütter von Schreibabys weitaus mehr Beruhigungsmethoden anwendeten, als Mütter von Nicht-Schreibabys. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass bei Schreibabys die Beruhigungsmethoden nicht oder nur selten Wirkung zeigen. Demnach werden immer neue und andere Beruhigungsmethoden versucht, um das Kind zu beruhigen. Bei Nicht-Schreibabys, die sich zum Großteil bereits durch Sprechen (52,4%) oder Singen (42,9%) beruhigen, sind andere Beruhigungsversuche gar nicht notwendig. Allerdings reagieren auch die Nicht-Schreibabys zum größten Teil auf rhythmische

Bewegungen wie Schaukeln oder Wippen. 81% der Nicht-Schreibabys lassen sich auf diese Weise schnell beruhigen.

Hypothese 4: Die Gruppe der Schreibabys unterscheidet sich bezüglich ihrer Temperamentsmerkmale von der Gruppe der Nicht-Schreibabys.

Varianzanalysen konnten die Hypothese zu den Temperamentsunterschieden in den beiden Versuchsgruppen bestätigen. Der Temperamentsfragebogen von Thomas & Chess zeigte, dass exzessiv schreiende Babys signifikant eine schlechtere Stimmungslage aufweisen als Babys der Versuchsgruppe. Weiter sind Unruhe, Irritierbarkeit und Triebhaftigkeit in der Gruppe der exzessiv schreienden Babys im Vergleich zur Gruppe der Nicht-Schreibabys deutlich erhöht.

Hypothese 5: Die Erziehungseinstellungen der Eltern von Schreibabys unterscheiden sich von den Erziehungseinstellungen der Eltern von Nicht-Schreibabys.

Tests zeigten keinen signifikanten Unterschied zwischen den Erziehungseinstellungen der Eltern von Schreibabys und Nicht-Schreibabys. Mütter von Schreibabys tendieren zwar etwas weniger zu einer traditionellen Elternrolle als Mütter, die kein Schreibaby haben. Das bedeutet, dass Mütter von Schreibabys eher der Meinung sind, dass sie in Dingen, die das Kind betreffen, besser sind als der Vater. In der Vergleichsgruppe mit exzessiv schreienden Säuglingen ist diese Meinung weniger vorherrschend. Zurückzuführen ist dies möglicherweise auf das unstillbare exzessive Schreien der Schreibabys, das sich gleichermaßen weder durch die Mutter, noch durch den Vater vermindern lässt.

Hypothese 6: Es gibt Unterschiede in der Notwendigkeit von Rhythmus in den beiden Versuchsgruppen.

Es konnte mittels Varianzanalysen kein signifikanter Unterschied in der Rhythmizität bei den beiden Versuchsgruppen festgestellt werden. Allerdings zeigte sich, dass Schreibabys vermehrt auf rhythmische Beruhigungsmethoden positiv reagieren. Andere Beruhigungsmethoden zeigen wenig bis gar keine Reaktion bei Schreibabys (siehe auch Hypothese 3).

Hypothese 7: Die Versuche von Müttern, ihr Schreibabys zu beruhigen unterscheiden sich von derartigen Versuchen von Müttern der Vergleichsgruppe.

Tests zeigten, dass sich Mütter in den Versuchen ihr Baby durch Wippen und Schaukeln, Stillen, Musik, Fahren im Kinderwagen, Singen oder Sprechen zu beruhigen, nicht unterscheiden. Die Anzahl der Mütter, die diese Beruhigungsmethoden anwendeten, um ihr Kind zu beruhigen, ist in beiden Gruppen

etwa gleich verteilt. Allerdings wendeten die Mütter von Schreibabys weitere 6 Beruhigungsmethoden an, die von Müttern der Vergleichsgruppe gar nicht oder minimal versucht wurden. Während mehr als die Hälfte der Mütter von Schreibabys versuchten, ihr Kind durch Abschirmen, Wärme und auf den Bauch legen zu beruhigen, taten dies lediglich 1/10 bis 2/10 der Mütter der Vergleichsgruppe. Ebenso einen signifikanten Unterschied gab es in den Versuchen „Springen auf dem Gymnastikball“, „Ablenken durch TV/Radio“, sowie „Abschirmen“. Knapp die Hälfte der Mütter von exzessiv schreienden Säuglingen wendete diese Methoden an. Aus der Vergleichsgruppe versucht keine bzw. sehr wenige der Mütter, ihr Kind auf diese Weise zu beruhigen.

Es zeigt sich, dass Mütter von exzessiv schreienden Säuglingen weitaus mehr Beruhigungsmethoden anwenden als Mütter von Nicht-Schreibabys. Im Gegenteil zu den unkomplizierten Babys, die beinahe auf jeden Beruhigungsversuch positiv reagieren, zeigen Schreibabys sehr selten positive Reaktionen auf Beruhigungsversuche.

Hypothese 8: Es gibt Unterschiede im Schlafverhalten von Schreibabys und Nicht-Schreibabys.

In mehreren Teilen der Fragebögen konnte diese Hypothese bestätigt werden. Große Unterschiede konnten im Durchschlafen der Schreibabys gefunden werden. So berichten lediglich 4 von 21 Mütter von Schreibabys, dass ihre Kinder zwischen 2 und 4 Stunden nachts durchschlafen. Babys der Vergleichsgruppe schlafen zwischen 3 und 11 Stunden nachts durch. Während 14 der 21 Mütter von Schreibabys diese Frage unbeantwortet ließen, mit dem Grund, ihr Kind würde entweder bei weitem nicht einmal 2 Stunden schlafen oder aber, es würde dermaßen unterschiedliche Schlafzeiten aufweisen, blieb die Antwort lediglich bei 4 der 21 Mütter aus der Vergleichsgruppe aus. So scheint auch das nächtliche Füttern in den beiden Gruppen sehr unterschiedlich zu sein. Beinahe alle (19 von 21) Schreibabys wachen nachts ein oder mehrmals auf und werden dabei gestillt oder bekommen Tee oder Flaschenmilch. In der Vergleichsgruppe ist dies lediglich bei einem von 21 Babys aufzufinden. Da stellt sich die Frage, ob möglicherweise die häufigen Mahlzeiten und die somit rund um die Uhr angeregte Verdauung mit den Schlaf- und Verdauungsstörungen der Schreibabys in Zusammenhang steht. Ebenfalls ein gravierender Unterschied ergab sich im Einschlafen tagsüber in den beiden Untersuchungsgruppen. Mehr als die Hälfte der Nicht-Schreibabys (12 von 21)

schlafen tagsüber ohne Probleme ein. In der Gruppe der Schreibabys konnte dies alleinig eine Mutter von ihrem Baby behaupten. Schreibabys benötigen meist Schaukel- oder Wippbewegungen oder/und die Nähe von Mutter oder Vater und schlafen trotzdem schwer ein. Bereits in den ersten Lebenswochen zeigten sich bei 4 der 21 Schreibabys Schlafprobleme. In der Vergleichsgruppe waren dies Probleme in den ersten Wochen gar nicht präsent.

Hypothese 9: Es gibt Unterschiede in der Ernährung zwischen Schreibabys und Nicht-Schreibabys.

Chi2Tests zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen der Ernährung von Schreibabys und Nicht-Schreibabys. Beinahe alle Schreibabys wurden gestillt. In der Vergleichsgruppe bekamen nur die Hälfte der Kinder Muttermilch. So zeigten sich lediglich bei einer Mutter in der Gruppe der Schreibabys Komplikationen beim Stillen (Brustentzündung). In der Vergleichsgruppe waren Komplikationen wie Brustentzündung, zu wenig Milch, Brustverweigerung etc. bei 11 der 21 Mütter vorgekommen. Denkbar ist auch, dass die Planung des Kindes vor der Schwangerschaft einen Einfluss auf dieses Ergebnis hat. Waren 20 der 21, daher 95,2% der Schreibabys in der Untersuchung dieser Diplomarbeit geplant, waren dies lediglich 38,1% der Nicht-Schreibabys. Das lässt darauf schließen, dass die Mütter sich von Anfang an um alles, was ihr geplantes Kind betrifft, gewissenhaft Gedanken und Pläne machen. Sie versuchen, alles nach Plan zu machen, selbst, wenn Komplikationen auftreten. Demnach könnte dies auch der Grund sein, warum eine derart große Anzahl von Müttern der Vergleichsgruppe das Stillen aufgrund von Komplikationen aufgegeben hat, Mütter der Gruppe von Schreibabys jedoch selbst bei Problemen weiterhin stillten.

ZUSAMMENFASSUNG

Diese Studie umfasst 21 Mütter von Babys mit exzessivem Schreiverhalten in der Untersuchungsgruppe und 21 Mütter von Babys mit normalem Schreiverhalten in der Vergleichsgruppe. Die Babys waren zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 3 und 6 Monate alt. Es wurden das Temperament, die Einstellungen der Eltern, familiäre Daten, die Schwangerschaft und die Geburt, das Schreiverhalten, sowie das Umfeld des Babys auf Unterschiede in den beiden Gruppen untersucht. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchung dargestellt:

- 1, Eines der wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchung ist der Unterschied in der Babyplanung in den beiden Gruppen. 95,2% der Schreibabys waren geplant, aus der Vergleichsgruppe waren dies lediglich 38,1%. Da die Stichprobe mit insgesamt 42 Baby jedoch relativ klein ist, sollte auch dieses Ergebnis nicht überbewertet werden.
- 2, Ein bedeutender Unterschied zeigte sich zwischen dem Temperament und dem Status Baby. Schreibabys scheinen demnach viel unruhiger, irritierbarer, triebhafter zu sein als Nicht-Schreibabys. Auch weisen sie kontinuierlich eine schlechtere Stimmungslage auf als Babys mit normalem Schreiverhalten.
- 3, Es konnten keine Unterschiede in den Einstellungen der Eltern der Babys in den beiden Gruppen festgestellt werden.
- 4, Markante Unterschiede in den beiden Gruppen zeigten sich im Stillen, dem Schlafverhalten, Schreidauer, der Anwendung eines Tragetuchs und den angewendeten Beruhigungsversuchen und – Methoden. So werden Schreibabys weitaus häufiger gestillt als Nicht-Schreibabys, schlafen weitaus weniger und problematischer, schreien viel öfter und länger und werden viel häufiger im Tragetuch getragen als Babys der unauffälligen Vergleichsgruppe. Mütter von Schreibabys wenden bei weitem mehr Beruhigungsversuche an als Mütter von Nicht-Schreibabys.
- 5, Das Schlafverhalten zeigt ebenfalls gravierende Unterschiede zwischen den beiden Babygruppen auf. Schläft der Großteil der Nicht-Schreibabys mühelos alleine ein, haben die meisten Babys mit exzessivem Schreiverhalten bereits größte Probleme, überhaupt in den Schlaf zu finden. Durchschlafen ist ebenso in der Gruppe der Schreibabys extrem selten. In dieser Gruppe beträgt die Schlafdauer meist weniger als zwei Stunden . Anzunehmen ist auch, dass das nächtliche Füttern, das bei den meisten Schreibabys sehr häufig ist, zu den Durchschlafstörungen beitragen. Nur wenige der Nicht-Schreibabys werden nachts noch gestillt oder bekommen das Fläschchen.

Zusammenfassend kann man von Unterschieden zwischen Babys, die exzessives Schreiverhalten aufweisen und Babys mit normalem Schreiverhalten sprechen. Am deutlichsten weicht das Temperament der Babys voneinander ab. So scheint ein schwieriges Temperament bei Schreibabys sehr verbreitet zu sein. Ein derartiges Temperament fordert die Eltern ohnehin und kombiniert mit exzessivem Schreien, stellt es eine enorme Herausforderung für die Eltern dar. Weitere gravierende Unterschiede konnten im Schlafverhalten der Babys festgestellt werden. Einschlaf-

sowie Durchschlafstörungen sind bei Schreibabys weitaus häufiger festzustellen, als bei Babys mit normalem Schreiverhalten. In Zusammenhang kann man das vermehrte Stillen bei Schreibabys und die übermäßig häufige Planung dieser Babys stellen. Auch der hohe Bildungsgrad der Eltern, der Großteil der Eltern hat zumindest Maturaniveau, lässt auf eine genaue Planung und großes Bemühen um das Wohl des Kindes schließen. Ob das Stillen für sich zusätzlich ein Faktor für das exzessive Schreien ist, müsste in einer nachfolgenden Untersuchung genauer betrachtet werden. Die Einstellungen der Eltern zeigen zwischen den beiden Untersuchungsgruppen keine Unterschiede auf.

Bei den meisten Schreibabys kann demnach ein Zusammenwirken von mehreren Faktoren festgestellt werden, das das exzessive Schreien zusätzlich begünstigt. Ein schwieriges Temperament, Ein- und Durchschlafstörungen, Überforderung der Eltern, Verdauungs- sowie Stillprobleme zählen ebenso zum Gesamtbild eines Schreibabys, wie das exzessive Schreien selbst.

LITERATURVERZEICHNIS

- Barr, R., Kramer, M., Pless, B., Boisjoly, C. & Leduc, D. (1989). Feeding and temperament as determinants of early infant crying/fussing behavior. *Pediatrics* 84 (3):514-521.
- Berk, L. (2005). *Entwicklungspsychologie*. München: Pearson Education Deutschland GmbH.
- Dahlke, R., Dahlke, M. & Zahr, V. (2004). *Der Weg ins Leben*. München: Goldmann Verlag.
- Esser, G. (2002). *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. XXORTXX*: Georg Thieme Verlag.
- Fels, N. (2004). Das unruhige Kind URL: <http://www.weleda.de/Unternehmen/Presse/PresseArchiv/PresseArchiv20031027> [7.12.2007].
- Fröhlich Egli, F. (2003). Die Technik der 5 „S“. *Primary Care*, 3:726-729.
- Goebel, W. & Glöckler, M. (1984). *Kindersprechstunde*. Stuttgart: Verlag Urachhaus Johannes M. Mayer GmbH.
- Hiscock, H. & Jordan, B. (2004). Problem crying in infancy. *MJA Practice Essentials – Pediatrics*, 181(9): 507-512.
- Hunziker & Barr. (1986). Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 77(5): 641-8.
- Klinke, K. (2007). Craniosacrale Therapie. URL: <http://members.chello.at/karin.klinke/kategorie2/index.html> [7.12.2007].
- Keller, H. (1997). *Handbuch der Kleinkindforschung*. Bern: Huber Verlag.
- Leboyer, F. (2002). *Sanfte Hände; Die traditionelle Kunst der indischen Babymassage*. München: Kösel-Verlag GmbH & Co.
- Lee, K. (2000). Crying and behavior pattern in breast- and formula-fed infants. *Early Human Development*. May, 58(2): 133-40.
- Lehtonen, L., Korhonen, T., & Korvenranta, H. (1994). Temperament and sleeping patterns in colicky infants during the first year of life. *Journal of Development Behaviour Pediatrics*, 15(6): 416-20.
- Lepold, D. (2002). Mythos Dreimonatskolik. URL: http://zeithung.hebammen.at/2002/4_02.htm [7.12.2007].

- Lucas, A. & St. James-Roberts, I. (1998). Crying, fussing and colic behaviour in breast- and bottle-fed infants. *Early Human Development*. Nov, 53(1): 9-18.
- Molcho, S. (1996). *Körpersprache der Kinder*. München: Mosaik Verlag GmbH.
- Morris, D. (1995). *Babywatching*. München: Wilhelm Heyne Verlag GmbH & Co.
- Mück, H. (2007). Dreimonatskolik URL: <http://www.drmueck.de/Wissenschaftsinfos/KinderJugendpsychiatrie/HMDreimonatskolikenSchreibabys.htm> [7.10.2007].
- Oerter, R. & Montada, L. (2002). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Belz Verlag.
- Oerter, R.; von Hagen, C., Röper, G. & Noam, G. (1999). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Belz: Psychologie Verlage Union.
- Papousek, M. (2004). Entwicklung der intuitiven Kompetenzen im Lebenslauf URL: <http://www2.uni-jena.de/stud/fsr/psyfsr/skripte2/paeda2.pdf> [8.10.2006].
- Papousek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Bern: Huber.
- Papousek, M. (2005). Was dahinter steckt und wie man abhilft. *MMW-Fortschr.Med.* 12(147): 208-214.
- Papousek, M. (2006). Adaptive Funktionen der vorsprachlichen Kommunikations- und Beziehungserfahrung. *Frühförderung interdisziplinär*, 25, 14-25.
- Pauli-Pott, U., Becker, K., Mertesacker, T. & Beckmann, D. (1999). Infants with „colic“-mothers' perspectives on the crying problem. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 125-132.
- Petermann, R; Niebank, K.; Scheithauer, H. (Hrsg.). (2000). *Risiken der frühkindlichen Entwicklung*. Hogrefe: Verlag für Psychologie.
- Rollett, B. & Werneck, H. (2002). *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rollett, B. & Werneck, H. (2001). Forschungsbericht: Familienentwicklung im Lebenslauf (FIL) URL: http://epsy15.psy.univie.ac.at/FIL/Forschungsbericht_t4.pdf [9.7.2008].
- Schiess, S., Oberle, D., Brsekaert, I., Reith, A., Verwied-Jarky, S., & Koletzko, B. (2004). Beeinflusst die Ernährung des Säuglings das Vorkommen der Dreimonatskolik? *Akt.Ernähr Med*, 29.
- Stifter, C. (2005). Crying behaviour and its impact on psychosocial child development. *Encyclopedia on Early childhood Development*, 4, 1-4.

- St. James-Robert, I. & Halil, T. (1991). Infant crying patterns in the first year: normal community and clinical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32 (6), 951-968.
- Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Van der Wal, van den Boom, Pauw-Plomp, & de Jonge. (1998). Mothers' reports of infant crying and soothing in a multicultural population. *Arch Dis Child*, Oct. 79(4): 312-7.
- Van Kies, R., Kalies, H., & Papousek, M. (2006). Excessive crying beyond 3 month may herald other features of multiple regulatory problem. *Arch Pediatrics Adolescence Med*. 160: 508-511.
- Wolke, D., Rizzo, P., & Woods, S. (2002). Persistent infant crying and hyperactivity problem in middle childhood. *Pediatrics*, 109(6), 1054-1060.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Temperamentsmerkmale im frühen Kindesalter (nach Wiesenbaker & Huttunen, 1994; Rothbart & Bates, 1998)	12
Tabelle 2: Keller, 1997, S.748-749	33
Tabelle 3: Größe der Wohnfläche	47
Tabelle 4: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung.....	48
Tabelle 5: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen. Abhängige Variable: Größe der Wohnfläche	48
Tabelle 6: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variable: Größe der Wohnfläche	48
Tabelle 7: Hat das Kind ein eigenes Kinderzimmer *Status Baby Kreuztabelle.....	49
Tabelle 8: durchschnittliche Wohnfläche und Vorhandensein eines eigenen Kinderzimmers in beiden Gruppe (auch nach diesen zwei Kriterien wurde parallelisiert)	49
Tabelle 9: Wo schläft das Kind	50
Tabelle 10: Wo schläft das Kind * Status Baby Kreuztabelle	51
Tabelle 11: War Ihr Kind geplant * Status Baby Kreuztabelle.....	52
Tabelle 12: Planung der SB und NSB im Vergleich.....	52
Tabelle 13: Wird Ihr Kind zurzeit noch gestillt * Status Baby Kreuztabelle.....	53
Tabelle 14: Ernährungsweise von SB und NSB im Vergleich	53
Tabelle 15: Weshalb haben Sie abgestillt	53
Tabelle 16: Weshalb haben Sie abgestillt * Status Baby Kreuztabelle.....	54
Tabelle 17: Häufigkeiten der Gründe für einen Stillabbruch bei SB und NSB im Vergleich.....	54
Tabelle 18: Gibt oder gab es Probleme beim Stillen *Status Baby Kreuztabelle	55
Tabelle 19: Hatten Sie zu viel Milchproduktion * Status Baby Kreuztabelle	56
Tabelle 20: Hatten Sie zu wenig Milchproduktion * Status Baby Kreuztabelle.....	56
Tabelle 21: Brustentzündung *Status Baby Kreuztabelle.....	57
Tabelle 22: Trinkverhalten (zu hastig) * Status Baby Kreuztabelle	58
Tabelle 23: Trinkverhalten (langsam, schläft ein) * Status Baby Kreuztabelle.....	58
Tabelle 24: Sonstige Stillprobleme * Status Baby Kreuztabelle	59
Tabelle 25: Aufteilung der Stillprobleme bei SB und NSB im Vergleich.....	59

Tabelle 26: In welchen Abständen wird ihr Kind gestillt * Status Baby Kreuztabelle	60
Tabelle 27: Mann-Whitney-Test Ränge.....	60
Tabelle 28: Statistik für Test.....	61
Tabelle 29: Stillabstände der SB und NSB im Vergleich	61
Tabelle 30: Bekommt das Kind zusätzlich Tee zum Trinken * Status Baby Kreuztabelle	62
Tabelle 31: Teegabe bei gestillten SB und gestillten NSB im Vergleich	62
Tabelle 32: Gibt/Gab es Probleme beim Akzeptieren des Fläschchens * Status Baby Kreuztabelle	63
Tabelle 33: Probleme beim Akzeptieren der Flasche bei SB und NSB im Vergleich.....	63
Tabelle 34: Wie ist grundsätzlich das Essverhalten des Babys * Status Baby Kreuztabelle	64
Tabelle 35: Essverhalten von SB und NSB im Vergleich.....	65
Tabelle 36: Wie ist das Verhalten des Kindes beim Wickeln * Status Baby Kreuztabelle	65
Tabelle 37: Wickelverhalten von SB und NSB im Vergleich.....	66
Tabelle 38: Mittlere Rangplätze: Durchschlafstunden und Status des Baby	66
Tabelle 39: Deskriptive Statistiken Durchschlafzeit nach Status des Babys	67
Tabelle 40: Durchschlafverhalten der SB und NSB nachts im Vergleich (66% der Mütter von SB haben diese Frage NICHT beantwortet).....	68
Tabelle 41: Schlafverhalten nachts von SB und NSB im Vergleich (* 2 der Mütter von SB haben die Frage nicht beantwortet. ** Mehrfachantworten waren möglich).....	69
Tabelle 42: Wie ist das Schlafverhalten des Babys tagsüber * Status Baby Kreuztabelle	70
Tabelle 43: Schlafverhalten tagsüber von SB und NSB im Vergleich	70
Tabelle 44: Mann-Whitney-Test Ränge.....	71
Tabelle 45: Statistik für Test.....	71
Tabelle 46: Häufigkeit des Schlafens tagsüber von SB und NSB im Vergleich	71
Tabelle 47: Wenn das Kind tagsüber schläft, wo schläft es da * Status Baby Kreuztabelle	72
Tabelle 48: Schlafplätze tagsüber von SB und NSB im Vergleich.....	72
Tabelle 49: Wie verlief die Schwangerschaft * Status Baby Kreuztabelle (Zusammenfassung in 2 Gruppe: Probleme und keine Probleme).....	74

Tabelle 50: Schwangerschaftsverlauf bei SB und NSB im Vergleich.....	74
Tabelle 51: Erkrankungen in Schwangerschaft * Status Baby Kreuztabelle.....	75
Tabelle 52: Erkrankungen in der Schwangerschaft (SS) bei SB und NSB im Vergleich.....	75
Tabelle 53: Hatten Sie irgendwelche Ängste in der Schwangerschaft * Status Baby Kreuztabelle	75
Tabelle 54: Hatten Sie in der SS Angst, eine Frühgeburt zu bekommen * Status Baby Kreuztabelle	76
Tabelle 55: Hatten Sie in der SS Angst, ein behindertes Kind zu bekommen * Status Baby Kreuztabelle.....	77
Tabelle 56: Hatten Sie in der SS Angst, einen Kaiserschnitt machen lassen zu müssen * Status Baby Kreuztabelle	78
Tabelle 57: Hatten Sie in der SS Angst vor einer schweren, komplizierten Geburt * Status Baby Kreuztabelle	78
Tabelle 58: Hatten Sie in der SS Angst, von Ihrem Partner allein gelassen zu werden * Status Baby Kreuztabelle	79
Tabelle 59: Hatten Sie sonstige, oben nicht genannte Ängste in der SS * Status Baby Kreuztabelle	80
Tabelle 60: Ängste in der Schwangerschaft (SS) bei Mütter von SB und NSB im Vergleich.....	80
Tabelle 61: Mann-Whitney-Test Ränge.....	81
Tabelle 62: Statistik für Test.....	81
Tabelle 63: Beziehungskrisen in der SS bei SB und NSB im Vergleich.....	81
Tabelle 64: In welcher Schwangerschaftswoche kam das Kind zur Welt Häufigkeiten	82
Tabelle 65: In welcher Schwangerschaftswoche kam das Kind zur Welt Mittelwerte	83
Tabelle 66: Mann-Whitney-Test Ränge.....	83
Tabelle 67: Statistik für Test.....	83
Tabelle 68: Schwangerschaftswoche (Mittelwert, MW), in der SB und NSB geboren wurde im Vergleich.....	83
Tabelle 69: War der Vater des Kindes bei der Geburt anwesend * Status Baby Kreuztabelle	84

Tabelle 70: Anwesenheit des Vaters bei der Geburt eines SB und NSB im Vergleich	84
Tabelle 71: Mann-Whitney-Test Ränge.....	85
Tabelle 72: Statistik für Test.....	85
Tabelle 73: Dauer der Geburt bei SB und NSB im Vergleich (* Je 9,5% der Babys aus jeder Gruppe kamen per Kaiserschnitt zur Welt, in den Fällen wurde diese Frage nicht beantwortet)	85
Tabelle 74: Gab es während der Geburt Komplikationen * Status Baby Kreuztabelle	86
Tabelle 75: Geburtskomplikationen bei SB und NSB im Vergleich	87
Tabelle 76: Mann-Whitney-Test Ränge.....	87
Tabelle 77: Statistik für Test.....	88
Tabelle 78: Aufenthaltsdauer von Mütter mit SB und NSB nach Geburt im Krankenhaus im Vergleich.....	88
Tabelle 79: Wenn Sie im Krankenhaus waren, wo war Ihr Kind * Status Baby Kreuztabelle	89
Tabelle 80: Aufenthaltsort des SB und NSB im Krankenhaus nach Geburt im Vergleich.....	90
Tabelle 81: Gab es Probleme mit dem Kind in der ersten Woche zu Hause * Status Baby Kreuztabelle.....	90
Tabelle 82: Gab es in der ersten Woche zu Hause Probleme mit dem Stillen * Status Baby Kreuztabelle.....	91
Tabelle 83: Gab es in der ersten Woche zu Hause Probleme mit dem Schlafen * Status Baby Kreuztabelle	92
Tabelle 84: Gab es in der ersten Woche zu Hause Probleme mit dem Wickeln oder Baden * Status Baby Kreuztabelle.....	92
Tabelle 85: Schrie das Kind sehr viel in der ersten Woche zu Hause und war kaum zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	93
Tabelle 86: Hatten Sie nach der Geburt die erste Woche zu Hause kaum Energie für Ihr Kind * Status Baby Kreuztabelle	93
Tabelle 87: Litten Sie an einer Depression in der ersten Woche zu Hause * Status Baby Kreuztabelle.....	94
Tabelle 88: Traten sonstige oben nicht erwähnte Probleme auf in der ersten Woche zu Hause * Status Baby Kreuztabelle	94

Tabelle 89: Probleme in der ersten Woche zu Hause bei SB und NSB	95
Tabelle 90: Gab es in der ersten Zeit nach der Geburt Probleme in der Partnerschaft * Status Baby Kreuztabelle	95
Tabelle 91: Waren Sie und Ihr Partner sich über die Kindererziehung uneinig * Status Baby Kreuztabelle	97
Tabelle 92: Ließ Ihr Partner Sie nach der Geburt mit dem schreienden Kind alleine * Status Baby Kreuztabelle	97
Tabelle 93: Begann Ihr Partner nach der Geburt eine Affäre * Status Baby Kreuztabelle	98
Tabelle 94: Gab es nach der Geburt sonstige Probleme mit dem Partner, die bisher nicht erwähnt wurden * Status Baby Kreuztabelle	99
Tabelle 95: Partnerschaftsprobleme in der ersten Zeit nach der Geburt des SB bzw. NSB im Vergleich	99
Tabelle 96: Häufigkeitstabelle: Wann merkten Sie, dass Ihr Kind kein normales Schreiverhalten hat	99
Tabelle 97: Schreibeginn der exzessiv schreienden Babys	100
Tabelle 98: Schreiverhalten der SB und NSB im Vergleich	101
Tabelle 99: Schreidauer von SB und NSB im Vergleich	101
Tabelle 100: Gründe der SB-Eltern, warum sie ihre Kinder als Schreibabys erkannten	102
Tabelle 101: Versuchten Sie durch Tragen in der Bauchtrage/Tragetuch, Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	103
Tabelle 102: Versuchten Sie durch Schaukeln oder Wippen Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	103
Tabelle 103: Versuchten Sie durch Stillen oder Tee zu Trinken geben, Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	104
Tabelle 104: Versuchten Sie durch beruhigende Musik Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	105
Tabelle 105: Versuchten Sie durch Springen auf dem Gymnastikball mit dem Kind Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	105
Tabelle 106: Versuchten Sie durch schnelles Fahren im Kinderwagen Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	106
Tabelle 107: Versuchten Sie durch Singen Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	106

Tabelle 108: Versuchten Sie durch Sprechen/Reden mit dem Kind Ihr Kind zu beruhigen* Status Baby Kreuztabelle	107
Tabelle 109: Versuchten Sie durch Ablenkung (TV, Radio,...) Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	108
Tabelle 110: Versuchten Sie durch Abschirmen von vielen Eindrücken durch Tücher etc. Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	108
Tabelle 111: Versuchten Sie durch Wärme (Dinkelkissen, Wärmeflasche,..) Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	109
Tabelle 112: Versuchten Sie Ihr Kind auf den Bauch zu legen und ruhig zu atmen, um es dadurch zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	110
Tabelle 113: Versuchten Sie durch Craniosacraltherapie Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	111
Tabelle 114: Versuchten Sie Sonstiges, das in den obigen Fragen nicht erwähnt wurde, Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle.....	112
Tabelle 115: Anwendung von Beruhigungsmethoden bei SB und NSB im Vergleich (* Mehrfachantworten waren möglich).....	112
Tabelle 116: Beruhigte sich Ihr Kind durch Tragen in der Bauchtrage/Tragetuch * Status Baby Kreuztabelle	113
Tabelle 117: Beruhigte sich Ihr Kind durch Schaukeln oder Wippen * Status Baby Kreuztabelle	113
Tabelle 118: Beruhigte sich Ihr Kind durch Stillen oder Tee trinken * Status Baby Kreuztabelle	114
Tabelle 119: Beruhigte sich Ihr Kind durch beruhigende Musik * Status Baby Kreuztabelle	115
Tabelle 120: Beruhigte sich Ihr Kind durch Springen auf dem Gymnastikball * Status Baby Kreuztabelle.....	116
Tabelle 121: Beruhigte sich Ihr Kind durch schnelles Fahren im Kinderwagen * Status Baby Kreuztabelle	116
Tabelle 122: Beruhigte sich Ihr Kind durch Singen * Status Baby Kreuztabelle....	117
Tabelle 123: Beruhigte sich Ihr Kind, wenn Sie mit ihm sprechen oder versuchen, es mit Reden zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle.....	118
Tabelle 124: Beruhigte sich Ihr Kind durch Ablenkung (TV, Radio,..) * Status Baby Kreuztabelle	118

Tabelle 125: Beruhigte sich Ihr Kind, wenn Sie es von vielen Eindrücken abschirmten (durch Tücher etc.) * Status Baby Kreuztabelle.....	119
Tabelle 126: Beruhigte sich Ihr Kind durch Wärme (Dinkelkissen, Wärmeflasche,...) * Status Baby Kreuztabelle	119
Tabelle 127: Beruhigte sich Ihr Kind, wenn Sie es auf den Bauch legten und ruhig atmeten * Status Baby Kreuztabelle	120
Tabelle 128: Beruhigte sich Ihr Kind durch eine oder mehrere Craniosacraltherapien * Status Baby Kreuztabelle	121
Tabelle 129: Ließ sich Ihr Kind durch Sonstiges, was nicht in den obigen Fragen erwähnt wurde, beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	121
Tabelle 130: Positive Wirkung von Beruhigungsmethoden bei SB und NSB im Vergleich (* Mehrfachantworten waren möglich).....	122
Tabelle 131: Haben Sie jemals versucht, Ihr Kind durch rhythmische Bewegungen zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	123
Tabelle 132: Hat sich das Schreiverhalten durch die rhythmischen Bewegungen verbessert * Status Baby Kreuztabelle	124
Tabelle 133: Rhythmik als Beruhigungsmethode von SB und NSB im Vergleich .	124
Tabelle 134: Half das Hüpfen mit dem Kind auf dem Gymnastikball, um es zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	125
Tabelle 135: Half Tanzen mit dem Kind zur Musik beim Beruhigen * Status Baby Kreuztabelle	125
Tabelle 136: Half rhythmisches Gehen mit dem Kind beim Beruhigen des Kindes * Status Baby Kreuztabelle	126
Tabelle 137: Half außer den drei oben genannten Methoden eine andere rhythmische Bewegung, Ihr Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle.....	127
Tabelle 138: Es halb keine rhythmische Bewegung mein Kind zu beruhigen * Status Baby Kreuztabelle.....	127
Tabelle 139: Positive Wirkung rhythmischer Bewegungsmethoden bei SB und NSB im Vergleich.....	127
Tabelle 140: Positive Wirkung von Musik als Beruhigungsmethode bei SB und NSB im Vergleich.....	128
Tabelle 141: U-Test: Rangplätze nach Status Baby: Kind lässt sich durch Musik beruhigen.....	128

Tabelle 142: U-Test-Teststatistik: Status Baby: Kind lässt sich durch Musik beruhigen.....	128
Tabelle 143: Mein Partner unterstützt mich wo es nur geht, wenn das Kind schreit * Status Baby Kreuztabelle	129
Tabelle 144: Mein Partner nimmt mir das Kind ab und zu ab, wenn es schreit* Status Baby	130
Tabelle 145: Mein Partner verlässt das Zimmer, wenn das Kind zu schreien beginnt * Status Baby Kreuztabelle	130
Tabelle 146: Mein Partner verlässt die Wohnung, wenn das Kind zu schreien anfängt * Status Baby Kreuztabelle	131
Tabelle 147: Mein Partner schreit das Kind an, wenn es schreit * Status Baby Kreuztabelle	132
Tabelle 148: Mein Partner tut Sonstiges, was noch nicht erwähnt wurde, wenn das Kind schreit * Status Baby Kreuztabelle	132
Tabelle 149: Handlungen vom Partner bei einem SB und NSB im Vergleich (* Merfachantworten waren möglich).....	133
Tabelle 151: Mann-Whitney-Test Ränge.....	134
Tabelle 152: Statistik für Test.....	134
Tabelle 153: Unterstützung des Partners bei der Babybetreuung von SB und NSB im Vergleich.....	134
Tabelle 154: Bekamen Sie Hilfe bei der Babybetreuung von anderen Personen * Status Baby Kreuztabelle	135
Tabelle 155: Unterstützung durch andere Personen bei der Babybetreuung eines SB bzw. NSB im Vergleich	136
Tabelle 156: Aufsuchen einer Schreiambulanz bei SB und NSB im Vergleich.....	136
Tabelle 157: Antworten der Mütter von SB auf die Frage „Was ist Ihre persönliche Meinung warum Ihr Kind schreit?“	137
Tabelle 158: Antworten der Mütter von NSB auf die Frage „Was ist Ihre persönliche Meinung, warum Ihr Kind schreit?“	138
Tabelle 159: Antworten der Mütter von SB auf die Frage „Was würden Sie beim nächsten Kind anders machen, in der Hoffnung, es würde weniger schreien als das erste Kind?“	139

Tabelle 160: Antworten der Mütter von NSB auf die Frage „Was würden Sie beim nächsten Kind anders machen, in der Hoffnung, es würde weniger schreien als das erste Kind?“	140
Tabelle 161: Mittelwerte „Traditionelle Elternrolle“	141
Tabelle 162: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable: Traditionelle Elternrolle	141
Tabelle 163: Tests der Zwischensubjekteffekte Abhängige Variable: Traditionelle Elternrolle.....	141
Tabelle 164: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung„Wert des Kindes“	142
Tabelle 165: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable: Wert des Kindes	142
Tabelle 166: Tests der Zwischensubjekteffekte Abhängige Variable: Wert des Kindes	143
Tabelle 167: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung„Belastung durch Kind“	143
Tabelle 168: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable: Belastung durch Kind.....	144
Tabelle 169: Tests der Zwischensubjekteffekte Abhängige Variable: Belastung durch Kind.....	144
Tabelle 170: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung„Mutterrolle vs. Berufsrolle“	145
Tabelle 171: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable: Mutterrolle vs. Berufsrolle	145
Tabelle 172: Tests der Zwischensubjekteffekte Abhängige Variable: Mutterrolle vs. Berufsrolle.....	145
Tabelle 173: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung„Reproduktiver Wert der Familie“	146
Tabelle 174: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable: Reproduktiver Wert der Familie	146
Tabelle 175: Tests der Zwischensubjekteffekte Abhängige Variable: Reproduktiver Wert der Familie	147
Tabelle 176: Elternschaft bei SB und NSB im Vergleich (* Umso höher der Mittelwert (MW), umso höher die Ausprägung in dieser Skala).....	147

Tabelle 177: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung „Stimmungslage“	148
Tabelle 178: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable: Stimmungslage	148
Tabelle 179: Tests der Zwischenssubjekteffekte Abhängige Variable: Stimmungslage	148
Tabelle 180: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung „Unruhe“	149
Tabelle 181: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable: Unruhe	149
Tabelle 182: Tests der Zwischenssubjekteffekte Abhängige Variable: Unruhe	149
Tabelle 183: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung „Irritierbarkeit“	150
Tabelle 184: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable: Irritierbarkeit	150
Tabelle 185: Tests der Zwischenssubjekteffekte Abhängige Variable: Irritierbarkeit	150
Tabelle 186: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung „Rhythmizität“	151
Tabelle 187: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable: Rhythmizität	151
Tabelle 188: Tests der Zwischenssubjekteffekte Abhängige Variable: Rhythmizität	152
Tabelle 189: Deskriptive Statistiken und Verteilungsüberprüfung „Triebhaftigkeit“	152
Tabelle 190: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Abhängige Variable: Triebhaftigkeit	153
Tabelle 191: Tests der Zwischenssubjekteffekte Abhängige Variable: Triebhaftigkeit	153
Tabelle 192: Temperamenteigenschaften von SB und NSB im Vergleich (*Umso höher der Mittelwert (MW), umso höher die Ausprägung in dieser Skala)	153
Tabelle 193: Rangplätze Triebhaftigkeit: Status des Babys	153
Tabelle 194: Teststatistik Triebhaftigkeit und Status des Babys	154
Tabelle 195: Wie groß war das Kind bei der Geburt	200
Tabelle 196: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen. Abhängige Variable: Wie groß war das Kind bei der Geburt	200
Tabelle 197: Tests der Zwischenssubjekteffekte. Abhängige Variable: Wie groß war das Kind bei der Geburt	200

Tabelle 198: Mittelwerte: Wie schwer war das Kind bei der Geburt	201
Tabelle 199: Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest.....	201
Tabelle 200: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen. Abhängige Variable: Wie schwer war das Kind bei der Geburt	202
Tabelle 201: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variable: Wie schwer war das Kind bei der Geburt	202
Tabelle 202: Sind Sie verheiratet * Status Baby Kreuztabelle	203
Tabelle 203: Chi-Quadrat-Tests * Status Baby.....	203
Tabelle 204: Leben Sie in einer Beziehung * Status Baby Kreuztabelle.....	204
Tabelle 205: Alter der Mutter bei Geburt	204
Tabelle 206: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen. Abhängige Variable: Alter der Mutter bei Geburt.....	204
Tabelle 207: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variabel: Alter der Mutter bei Geburt.....	204
Tabelle 208: Alter des Vaters bei der Geburt.....	205
Tabelle 209: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen. Abhängige Variable: Alter des Vaters bei Geburt.....	205
Tabelle 210: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variable: Alter des Vaters bei Geburt	205
Tabelle 211: Bildungsgrad der Mutter * Status Baby Kreuztabelle	206
Tabelle 212: Chi-Quadrat Tests Bildungsgrad der Mutter *Status Baby	206
Tabelle 213: Chi-Quadrat-Tests	207
Tabelle 214: Bildungsgrad der Mutter * Status Baby Kreuztabelle	207
Tabelle 215: Schulabschluss Mutter * Status Baby Kreuztabelle.....	208
Tabelle 216: Chi-Quadrat Tests: Schulabschluss der Mutter.....	208
Tabelle 217: Schulabschluss Vater *Status Baby Kreuztabelle.....	209
Tabelle 218: Chi-Quadrat-Tests: Schulabschluss des Vaters.....	209
Tabelle 219: Alter des Kindes in Wochen	210
Tabelle 220: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen	210
Tabelle 221: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variable: Alter in Wochen	210
Tabelle 222: Geschlecht des Babys * Status Baby Kreuztabelle.....	210
Tabelle 223: Chi-Quadrat-Tests: Geschlecht des Babys.....	211

ANHANG

1.16 Elternschaftsfragebogen von Nickel, Grant und Vetter (1990)

Auf den folgenden Seiten finden Sie einige **Aussagen über die Elternschaft**. Ich bitten Sie, Ihre persönliche Stellungnahme dazu abzugeben.

Ihnen stehen 4 Antwortmöglichkeiten zur Verfügung:

„stimme voll zu“, „stimme eher zu“, „lehne eher ab“ und „lehne voll ab“.

Wenn Sie einer Aussage ohne Einschränkung zustimmen können, dann kreuzen Sie bitte das Feld an, das sich unter der Antwortmöglichkeit „stimme voll zu“ befindet. Können Sie eine Aussage nur mit Einschränkung bejahen, müssten Sie das Feld unter der Antwort „stimme eher zu“ ankreuzen. Stimmen Sie mit einer Aussage im Grunde nicht überein, müssten Sie die Antwort „lehne eher ab“ ankreuzen. Entspricht eine Aussage überhaupt nicht Ihrer Meinung, dann kreuzen Sie bitte die Kategorie „lehne voll ab“ an.

Denken Sie bei der Beantwortung der folgenden Fragen bitte nicht lange nach, sondern geben Sie spontan die Antwort, die Ihnen als erste in den Sinn kommt.

	stimme voll zu	stimme eher zu	lehne eher ab	lehne voll ab
1, Ich meine, ein Kind kann eher auf seinen Vater als auf seine Mutter verzichten.				
2, Das Essen für das Kind herzurichten und bei den Hausaufgaben zu helfen, macht Müttern mehr Spaß als Vätern.				
3, Verglichen mit der Berufstätigkeit ist Kindergroßziehen eine wesentlich befriedigendere Aufgabe.				
4, Kinder im Haus zu haben und sie aufwachsen zu sehen, finde ich aufregend und schön.				

5, Wenn die Kinder im Schulalter sind, benötigen sie meines Erachtens mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung der Mutter, nicht so sehr die des Vaters.				
6, Frauen müssen den Umgang mit dem eigenen Kind erst lernen.				
7, Jede Frau hat das Recht, selbst zu entscheiden, ob sie eine Schwangerschaft abbrechen will oder nicht.				
8, Kinder zu haben ist für mich wichtig, um die Beziehung zu meiner Familie zu stärken.				
9, Ich glaube, Vätern ist es unangenehm, mit dem Kind Bekleidung kaufen zu gehen.				
10, Kinder bringen die Partner einander näher.				
11, Ich glaube, dass eher der Vater das Vorbild für den Sohn sein sollte, als die Mutter.				
12, Für mich ist es wichtig, die Tradition meiner Familie durch eigene Kinder fortzuführen.				

13, Wenn der Vater zu Hause ist, sollte er die Versorgung des Kinds übernehmen, um seine Frau zu entlasten.				
14, Kinder lassen einem zu wenig Zeit für eigene Interessen.				
15, Das Wichtigste im Leben eines Menschen ist, ein eigenes Kind zu haben.				
16, Ich denke, man sollte erst dann Kinder haben, wenn man die entsprechenden wirtschaftlichen Grundlagen dafür hat.				
17, Ein Leben ohne Kinder stelle ich mir langweilig und eintönig vor.				

18, Ich glaube, dass eine Partnerbeziehung ohne Kinder etwas ganz Entscheidendes fehlt.				
19, Mit Kindern zu leben heißt, die Welt neu zu entdecken.				
20, Es war wichtig für meine Eltern, dass ich ihnen Enkel schenke.				
21, Ich halte es eher für die Aufgabe einer Mutter, dem Kind Geborgenheit zu geben und nicht für die des Vaters.				
22, Als Schwangere fühlte ich mich ziemlich unattraktiv.				
23, Die Zeit der Schwangerschaft ist eine harte Bestandsprobe für die Partnerschaft.				
24, Kinder geben einer Partnerbeziehung erst ihren eigentlichen Sinn.				
25, Die ersten Bewegungen des Kindes im Mutterleib zu spüren, ist ein besonders schönes Erlebnis.				
26, Die Beziehung zur Familie und zu Verwandten wird durch Kinder gestärkt.				
27, Wenn das Kind im Schulalter ist, kann der Vater nicht viel mehr tun, als seine Frau/Freundin gefühlsmäßig zu unterstützen.				
28, Berufliches Weiterkommen und Kinderhaben lassen sich nicht miteinander vereinbaren.				
29, Ohne Kinder bleibt das Leben leer.				
30, Die Verantwortung für ein Kind zu tragen, ist erdrückend.				
31, Kinder zu haben, bedeutet ein ständiges Eingebundensein.				

32, Es macht mich stolz, ein Kind gebären zu können.				
33, Indem man die Verantwortung für ein Kind übernimmt, wird man erst richtig erwachsen.				
34, Durch eigene Kinder erfahre ich, was wirklich wichtig ist.				
35, Für das Heranwachsen eines Menschen gebraucht zu werden, ist für mich ein wichtiger Lebensinhalt.				
36, Ich glaube, dass eher die Mutter das Vorbild für eine Tochter sein sollte, als der Vater.				
37, Kinder großzuziehen vermittelt einem das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun.				
38, Durch ein Kind wird man vom Partner stärker abhängig.				
39, Ich glaube, dass es für die Entwicklung eines Kindes schlecht ist, wenn die Mutter berufstätig ist.				
40, Durch die Geburt meines Kindes bzw. meiner Kinder sind mein Partner und ich uns näher gekommen.				
41, Ich glaube nicht, dass der Vater ein Kind so gut versorgen kann wie die Mutter.				
42, Ich glaube, dass es beiden Elternteilen gleichermaßen schwerfällt, die Bedürfnisse ihrer Kinder richtig zu deuten.				
43, Eine Frau sollte auf jeden Fall berufstätig sein, egal ob sie Kinder hat oder nicht.				
44, Für mich ist es wichtig, Kinder zu haben, damit ich im Alter nicht alleine bin.				
45, Ein Kind braucht zärtliche Zuwendung und Wärme gleichermaßen von Vater und Mutter.				

46, Im Schulalter braucht das Kind mehr die Nähe zur Mutter als zum Vater.				
47, Kinder schaffen Probleme mit Nachbarn, auf Reisen und in der Öffentlichkeit.				
48, Wenn man Kinder hat, hat man kaum mehr eigene Freizeit.				
49, Durch das Zusammenleben mit meinem Kind habe ich mich innerlich verändert.				
50, Wenn Kinder da sind, kann man nie richtig abschalten.				
51, Ein Kind richtig zu erziehen ist sehr schwierig.				
52, Wenn man Kinder hat, dann hat man später jemanden, auf den man sich in Notfällen verlassen kann.				
53, Kindergroßziehen ist für mich eine der interessantesten Aufgaben, die ich mir vorstellen kann.				
54, Ich finde die Zeit der Schwangerschaft zu lang und lästig.				
55, Durch Kinder wird man vom Partner abhängig.				
56, Männer müssen den Umgang mit dem eigenen Kind erst erlernen.				
57, Hausarbeit und die Versorgung des Kindes sind Arbeiten einer Familie, die von beiden Elternteilen zu gleichen Teilen erledigt w. müssen.				
58, Kinder schränken die Eltern stark ein.				
59, Meines Erachtens kann ein Vater seinem Kind Werte wie Respekt und Gehorsam viel besser vermitteln als die Mutter.				

60, Kinder machen eine Einschränkung der Berufsarbeit notwendig.				
61, Meiner Meinung nach ist Baby- und Kinderpflege allein Frauensache.				
62, Die Beziehung zu dem Partner wird durch Kinder beeinträchtigt.				
64, Wenn das Kind im Schulalter ist, können Väter genauso viel mit dem Kind anfangen wie Mütter.				
65, Es ist/war wichtig für mich, meinen Eltern Enkel zu schenken.				
66, Ich finde schwangere Frauen anziehend.				
67, Vater und Mutter sind gleich wichtig für ein Kind.				
68, Ich glaube, eine Frau fühlt sich durch ein eigenes Kind in ihrer persönlichen Freiheit ziemlich eingeschränkt.				
69, Mein Ansehen innerhalb meiner Familie erhöht sich durch meine Kinder.				
70, Ich halte es für eine typisch weibliche Eigenschaft, Kinder umsorgen und pflegen zu wollen.				
71, Ich halte es für äußerst wichtig, dass man sich seinen eigenen Freizeitbereich bewahrt, auch wenn ein Kind da ist.				
72, Von einem Kind gebraucht zu werden, ist ein schönes Gefühl.				
73, Ich meine, man muss sich entscheiden: entweder für berufliches Weiterkommen oder für die Familie.				
74, Es gibt schon viel zu viele Menschen auf der Erde, man sollte sich deshalb mit dem Kinderkriegen einschränken.				

75, Die Verantwortung für ein Kind zu übernehmen, ist eine wichtige Erfahrung.				
76, Durch Kinder bin ich gezwungen, eigene Bedürfnisse stark zurückzustellen.				
77, Ich denke, Männer haben einfach nicht so viel Gespür für die Bedürfnisse eines Kindes.				
78, Solange kleine Kinder da sind, sollte eine Frau nicht außer Haus arbeiten.				
79, Ich glaube, Kinder verändern eine Partnerschaft enorm.				
80, Ich finde, man sollte das Leben erst richtig genießen, bevor man Kinder bekommt.				
81, Ich halte Väter für ungeschickt und hilflos im Umgang mit Kindern.				



Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1.17 Temperamentsfragebogen (adaptiert, nach Thomas & Chess (1977) aus dem FIL-Projekt, Rollett & Werneck)

Sie haben sicher mit Ihrem Baby schon zahlreiche Erfahrungen gemacht, die für uns wichtig wären. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Verhaltensweisen Ihres Kindes in verschiedenen Situationen. Wir würden gerne wissen, wie sehr diese Aussagen auf das Verhalten Ihres Kindes zutreffen.



	fast immer	oft	selten	fast nie
1, Mein Kind erschrickt bei ungewohnten Geräuschen oder Berührungen.				
2, Mein Kind lehnt neuartige Nahrung oder Getränke ab.				
3, Wenn ich mich über das Bett meines Kindes beuge, bewegt es sich lebhaft.				
4, Mein Kind saugt beim Trinken sehr heftig.				
5, Mein Kind wacht morgens zur selben Zeit auf.				
6, Mein Kind trinkt gierig.				
7, Wenn ich mein Kind in den Arm nehme, kuschelt es sich an.				
8, Mein Kind verschluckt sich beim Trinken.				

	fast immer	oft	selten	fast nie
9, Mein Kind schreit in der Nacht.				
10, Wenn ich meinem Kind ein neues Spielzeug zeige, bewegt es sich freudig.				
11, Wenn ich mein Kind am Abend niederlege, schläft es leicht ein.				
12, Mein Kind ist während des Fütterns unruhig und strampelt.				
13, Bei einem Geräusch wacht mein Kind leicht auf.				
14, Mein Kind wehrt sich gegen das Nägelschneiden.				
15, Bei jeder Mahlzeit isst (trinkt) mein Kind ungefähr gleich viel.				
16, Wenn mein Kind müde ist, ist es grantig.				
17, Beim Baden strampelt und zappelt mein Kind und spritzt herum.				
18, Mein Kind lässt sich gerne wickeln.				
19, Auf neue Situationen reagiert mein Kind irritiert und weint.				
20. Mein Kind bewegt sich sehr temperamentvoll.				
21, Mein Kind ist unruhig, wenn es zum ersten Mal an einem ungewohnten Ort zum Schlafen hingelegt wird.				
22, Mein Kind schreit untertags.				

	fast immer	oft	selten	fast nie
23, Mein Kind protestiert stark beim An- und Ausziehen.				
24, Mein Kind schreit heftig, wenn es die Hose voll hat.				
25, Mein Kind wehrt sich, wenn ich ihm den Po wasche.				
26, Mein Kind hat regelmäßige Einschlafzeiten.				
27, Mein Kind ist vor dem Einschlafen unruhig und weinerlich.				
28, Mein Kind hat viel Spaß beim Baden.				
29, Beim Wickeln strampelt mein Kind.				
30, Wenn jem. mein Kind am Bauch kitzelt, um seine Aufmerksamkeit zu erregen, wehrt es sich.				
31, Mein Kind weist jede weitere Nahrung energisch zurück, wenn es schon satt ist.				
32, Mein Kind ist fröhlich und zufrieden.				
33, Mein Kind schreit laut, wenn es Hunger hat.				
34, Wenn mein Kind wach ist, schaut es interessiert in der Gegend herum.				
35, Mein Kind hat längere Schreiperioden, in denen es sich nicht trösten lässt.				
36, Mein Kind plappert und lallt fröhlich vor sich hin.				
37, Beim An- und Ausziehen hält mein Kind still.				

	fast immer	oft	selten	fast nie
38, Mein Kind mag es, wenn es von einer fremden Person hochgenommen wird.				
39, Mein Kind lässt sich leicht beruhigen, wenn es weint.				
40, Mein Kind kotet gewöhnlich zur gleichen Tageszeit ein.				
41, Mein Kind ist nach dem Aufwachen fröhlich und lächelt.				
42, Es ist verschieden, zu welcher Zeit mein Kind Hunger hat.				
43, Nach dem Füttern ist mein Kind zufrieden und fröhlich.				

44, Mein Kind ist

O	O	O	O
viel	etwas	etwas	viel
schwieriger	schwieriger	schwieriger	schwieriger

als die meisten Babies, die ich kenne.



1.18 Allgemeiner Elternfragebogen (Verena Riske 2004)

Fragebogen zum Schreiverhalten bei Säuglingen



Familiäre Daten

1, Sind Sie verheiratet?	☐ JA	☐ NEIN
2, Leben Sie in einer Beziehung?	☐ JA	☐ NEIN
3, Alter der Mutter (zum Zeitpunkt der Geburt)	Jahre Monate	
4, Alter des Vaters (zum Zeitpunkt der Geburt)	Jahre Monate	
5, (gelernter) Beruf der Mutter		
6, Beruf des Vaters		
7, Ist der Vater zur Zeit berufstätig?	☐ JA	☐ NEIN
8, Größe der Wohnfläche, wo das Kind mit der Familie zur Zeit wohnt	m ²	
9, Hat das Kind ein eigenes Kinderzimmer?	☐ JA	☐ NEIN
10, Wo schläft das Kind?	☐ im Elternschlafzimmer im Bett der Eltern ☐ im Elternschlafzimmer im Gitterbett ☐ im Kinderzimmer im Gitterbett ☐ Sonstiges	

Allgemeines zu Ihrem Kind

11, Alter des Kindes (jetzt)	____ Monate ____ Wochen ____ Tage
12, Geschlecht des Kindes	☐ Männlich ☐ Weiblich
13, War Ihr Kind geplant?	☐ JA ☐ NEIN
14, Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?	_____ cm
15, Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt?	_____ Gramm
16, Wird Ihr Kind zur Zeit noch gestillt?	☐ JA ☐ NEIN
17, Wenn nicht, wie lange haben Sie gestillt?	____ Monate ____ Wochen ____ Tage
18, Weshalb haben Sie abgestillt?	☐ zu wenig Milch ☐ Brustentzündung ☐ Abneigung der Mutter gegen Stillen ☐ Kind verweigerte Brust ☐ Sonstiges
19, Gibt oder gab es Probleme beim Stillen?	☐ JA ☐ NEIN
20, Wenn ja, welche Probleme?	☐ zu viel Milchproduktion ☐ zu wenig Milchproduktion ☐ Brustentzündung ☐ Kind trinkt zu hastig, verschluckt sich oft ☐ Kind trinkt zu langsam, schläft ein ☐ Sonstiges
21, In welchen Abständen wird das Kind gestillt/bekommt es die Flasche?	☐ öfters als alle 1,5 Stunden ☐ alle 1,5-2,5 Stunden ☐ alle 2,5-3,5 Stunden ☐ Abstände mehr als 3,5 Stunden
22, Wenn das Kind gestillt wird, bekommt es zusätzlich Tee?	☐ Ja, einmal am Tag ☐ Na, immer zwischen dem Essen

	☐ Ja, immer, wenn es danach verlangt ☐ Nein, nie. Kind wird ausschließlich gestillt
23, Gibt oder gab es Probleme beim Akzeptieren der Flasche?	☐ JA ☐ NEIN
24, Wie ist grundsätzlich das Essverhalten des Kindes?	☐ Kind trinkt ruhig und regelmäßig ☐ Kind trinkt hastig und immer nur sehr wenig ☐ Kind scheint immer hungrig zu sein, trinkt sehr gierig und viel ☐ Sonstiges
25, Wie ist das Verhalten des Kindes beim Wickeln?	☐ Kind ist ruhig und lässt sich (meist) brav wickeln ☐ Kind strampelt viel und weint sehr ☐ Sonstiges
26, Wie lange schläft das Kind nachts durch?	_____ Stunden
27, Wie ist das Schlafverhalten des Kindes in der Nacht?	☐ Kind wacht 1 oder mehrmals nachts auf, da Schnuller verloren ☐ Kind wird nachts 1 oder mehrmals gefüttert ☐ Kind bekommt 1 oder mehrmals nachts einen Tee ☐ Kind wacht mehrmals nachts auf, schläft mühelos wieder ein ☐ Kind wacht mehrmals nachts auf und schreit (es ist schwer wieder einzuschlāfern) weiter siehe nächste Seite ☐ Kind hat Wachphasen nachts, in denen es stundenlang nicht schlafen will ☐ Sonstiges

-
- 28, Wie ist das Schlafverhalten des Kindes tagsüber?
- O Kind schläft tagsüber ruhig und ohne Probleme ein.
- O Kind schläft tagsüber lediglich durch schaukeln, tragen oder anderen rhythmischen Bewegungen ein.
- O Kind schläft nur auf Bauch der Mutter oder des Vaters ein.
-
- 29, Wie oft schläft das Kind tagsüber?
- O 1x
- O 2x
- O 3x oder öfter
-
- 30, Wenn das Kind tagsüber schläft, **WO** schläft es?
- O immer im Kinderbett
- O nicht im Kinderbett aber immer am selben Ort
- O nur im Kinderwagen
- O einmal im Kinderwagen, einmal am Sofa, einmal auf Mama, ... etc.
- O nur auf Mama oder Papa
-

Schwangerschaft und Geburt



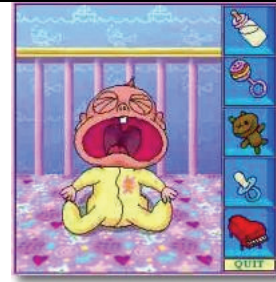
-
- 31, Wie verlief die Schwangerschaft?
- O SS verlief normal
- O es gab kleinere Probleme wie leichte Frühwehen, Erbrechen etc.
- O es gab Komplikationen mit Spitalsaufenthalt (starke Frühwehen, Krämpfe, Blutungen, etc.)
- O Es gab einen Unfall mit Spitalsaufenthalt (Autounfall, etc.)
-

32, Hatten Sie als Mutter O Nein, nie. Erkrankungen während der O Ja, 1 oder mehrmals eine leichte Schwangerschaft? Erkältung od. leichten Infekt. O Ja, eine ernstere Erkrankung wie schwere Grippe, Vergiftung, Röteln, Lungenentzündung etc. mit Medikamenteneinnahme.		
33, Hatten Sie Ängste in der SS?	0 JA	0 NEIN
34, Hatten Sie Angst vor einer Frühgeburt?	0 JA	0 NEIN
35, Hatten Sie Angst, ein behindertes Kind zu bekommen?	0 JA	0 NEIN
36, Hatten Sie Angst vor einem Kaiserschnitt?	0 JA	0 NEIN
37, Hatten Sie Angst vor einer schweren, komplizierten Geburt?	0 JA	0 NEIN
38, Hatten Sie Angst vom Partner allein gelassen zu werden?	0 JA	0 NEIN
39, Hatten Sie sonstige Ängste in der Schwangerschaft?	0 JA	0 NEIN
40, Gab es in der SS irgendwelche Krisen mit Ihrem Partner?	0 JA	0 NEIN
41, In welcher SS-Woche wurde Ihr Kind geboren?	In der _____ Woche	
42, Wo wurde das Kind geboren?	☐ Im Krankenhaus ☐ Zu Hause ☐ Im Auto oder der Rettung ☐ Sonstiges	
43, Wer war bei der Geburt O Krankenhauspersonal (Arzt, anwesend?(Mehr Antworten Hebammen, Schwester, etc.) möglich!) O Vater des Kindes O Lebensgefährte oder Partner (nicht		

	der leibliche Vater des Kindes) ☐ ein Verwandter/ eine Verwandte ☐ Freund oder Freundin ☐ Sonstige
44, Wie lange dauerte die Geburt von der ersten Wehe bis zum Gebären des Kindes?	☐ weniger als 6 Stunden ☐ 6 – 12 Stunden ☐ 12 – 24 Stunden ☐ 24 – 36 Stunden ☐ mehr als 36 Stunden
45, Gab es Komplikationen während der Geburt?	☐ JA ☐ NEIN
46, War das Kind gefährdet und musste mittels Zange, Kaiserschnitt oder Saugglocke geholt werden?	☐ JA ☐ NEIN
47, War die Mutter gefährdet und das Kind musste schnell geholt werden?	☐ JA ☐ NEIN
48, Hatten Sie starke Schmerzen und bekamen viele Medikamente (Kreuzstich)?	☐ JA ☐ NEIN
49, Waren die Wehen zu schwach, dass ein Wehentropf nötig war?	☐ JA ☐ NEIN
50, Gab es sonstige Komplikationen bei der Geburt?	☐ JA ☐ NEIN
51, Wie lange blieben Sie im Krankenhaus?	☐ ich war gar nicht im Krankenhaus ☐ ambulante Geburt (max. 12 h) ☐ 1 – 3 Tage ☐ 4 – 7 Tage ☐ mehr als 7 Tage
52, Als Sie im Krankenhaus waren, wo war Ihr Kind?	☐ die ganze Zeit bei mir im Zimmer. ☐ meist bei mir im Zimmer, zum Teil auch im „Kinderzimmer“ bei den Schwestern. ☐ Ich sah das Kind nur zum Stillen ☐ Ich war nicht im Krankenhaus

53, Gab es Probleme mit dem Kind in der ersten Woche zu Hause?	0 JA	0 NEIN
54, Gab es Probleme beim Stillen?	0 JA	0 NEIN
55, Gab es Probleme mit dem Schlafen?	0 JA	0 NEIN
56, Gab es Probleme beim Wickeln oder Baden?	0 JA	0 NEIN
57, Waren Sie mit der Gesamtsituation überfordert?	0 JA	0 NEIN
58, Schrie das Kind viel und war kaum zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
59, Hatten Sie als Mutter nach der Geburt keine Energie fürs Kind?	0 JA	0 NEIN
60, Bekamen Sie eine Depression?	0 JA	0 NEIN
61, Gab es sonstige Probleme in der ersten Woche zu Hause?	0 JA	0 NEIN
62, Gab es nach der Geburt Probleme in Ihrer Partnerschaft?	0 JA	0 NEIN
63, Hatten Sie Probleme, sich bezüglich der Kindererziehung zu einigen?	0 JA	0 NEIN
64, Ließ Sie der Partner mit dem schreienden Kind alleine?	0 JA	0 NEIN
65, Begann Ihr Partner eine Affäre?	0 JA	0 NEIN
66, Gab es sonstige Probleme in Ihrer Partnerschaft nach der Geburt?	0 JA	0 NEIN

Fragen zum Schreiverhalten



-
- 67, **Wann** merkten Sie, dass Ihr Kind kein „normales“ Schreiverhalten hat?
- ☐ sofort nach der Geburt
☐ in der ersten Lebenswoche
☐ in der zweiten Lebenswoche
☐ im ersten Lebensmonat
☐ später
-
- 68, Hatten Sie viel Erfahrung mit Kindern und wussten demzufolge, dass Ihr Kind kein „normales“ Schreiverhalten hat?
- ☐ JA ☐ NEIN
-
- 69, Wussten Sie, dass das Kind gesund war und das vermehrte Schreien nicht am Wickeln oder Essen liegen konnte?
- ☐ JA ☐ NEIN
-
- 70, Konnten Sie am Beispiel anderer Neugeborener sehen, dass Ihr Baby viel mehr schreit als andere?
- ☐ JA ☐ NEIN
-
- 71, Machte Sie Ihre Hebamme, Ihr Arzt/Kinderarzt/anderer Facharzt darauf aufmerksam, dass Ihr Kind übermäßig viel schreit?
- ☐ JA ☐ NEIN
-
- 72, Sagten Ihnen Bekannte oder Verwandte, dass soviel Schreien nicht „normal“ wäre?
- ☐ JA ☐ NEIN
-
- 73, Wann schreit Ihr Kind?
- ☐ O den ganzen Tag + ganze Nacht verteilt
☐ O mehr tagsüber als in der Nacht
☐ O mehr in der Nacht, als am Tag
☐ O v.a. am späten Nachmittag und Abend
☐ O v.a. morgens nach dem Aufstehen
☐ O meist zu Mittag
☐ O mein Kind schreit so gut wie nie
-

74, Wie lange schreit Ihr Kind? O weniger als 1 Stunde (Versuchen Sie die gesamten O 1 – 3 Stunden Schreiphasen am Tag und in der O 3,5 – 5 Stunden Nacht zusammenzurechnen) O mehr als 5 Stunden pro Tag		
75, Versuchten Sie, Ihr Kind durch Tragen in Bauchtrage/Tragetuch zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
76, Versuchten Sie, Ihr Kind durch schaukeln/wippen zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
77, Versuchten Sie, Ihr Kind durch Stillen oder Verabreichen von Tee/Flasche zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
78, Versuchten Sie, Ihr Kind durch (sanfte) Musik zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
79, Versuchten Sie, Ihr Kind durch Springen auf dem Gymnastikball zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
80, Versuchten Sie, Ihr Kind durch schnelles Fahren im Kinderwagen zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
81, Versuchten Sie, Ihr Kind durch Singen zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
82, Versuchten Sie, Ihr Kind durch Sprechen/Zureden zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
83, Versuchten Sie, Ihr Kind durch Ablenkung (TV/Radio) zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
84, Versuchten Sie, Ihr Kind durch Abschirmen von vielen Eindrücken (durch Tücher z.B.) zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
85, Versuchten Sie, Ihr Kind durch Wärme (Dinkelkissen, Wärmeflasche) zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN

86, Versuchten Sie, Ihr Kind durch „auf den Bauch der Mutter/des Vaters zu legen und ruhig zu atmen“, zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
87, Wendeten Sie bei Ihrem Kind Craniosacraltherapie an?	0 JA	0 NEIN
88, Wendeten Sie sonstige, nicht genannte Beruhigungsmethoden an?	0 JA	0 NEIN
89, Beruhigte sich Ihr Kind durch Tragen in der Bauchtrage/im Tragetuch?	0 JA	0 NEIN
90, Beruhigte sich Ihr Kind durch Schaukeln/Wippen?	0 JA	0 NEIN
91, Beruhigte sich Ihr Kind durch Stillen oder Verabreichen von Tee/Flasche?	0 JA	0 NEIN
92, Beruhigte sich Ihr Kind durch beruhigende Musik?	0 JA	0 NEIN
93, Beruhigte sich Ihr Kind durch Springen auf dem Gymnastikball?	0 JA	0 NEIN
94, Beruhigte sich Ihr Kind durch schnelles Fahren im Kinderwagen?	0 JA	0 NEIN
95, Beruhigte sich Ihr Kind durch Singen?	0 JA	0 NEIN
96, Beruhigte sich Ihr Kind durch Sprechen/Zureden?	0 JA	0 NEIN
97, Beruhigte sich Ihr Kind durch Tragen?	0 JA	0 NEIN
98, Beruhigte sich Ihr Kind durch „Ablenkung“ (TV/Radio)?	0 JA	0 NEIN
99, Beruhigte sich Ihr Kind durch Abschirmen von Eindrücken (mittels Tücher etc.)?	0 JA	0 NEIN

100, Beruhigte sich Ihr Kind durch Wärme (Dinkelkissen, etc.)?	0 JA	0 NEIN
101, Beruhigte sich Ihr Kind durch auf den Bauch der Mutter/des Vaters legen?	0 JA	0 NEIN
102, Zeigte eine Craniosacraltherapie positive Wirkung?	0 JA	0 NEIN
103, Beruhigte sich Ihr Kind durch sonstige, nicht genannte Beruhigungsmethoden?	0 JA	0 NEIN
104, Mein Kind war durch absolut gar keine Methode zu beruhigen!	0 JA	0 NEIN
105, Hatten Sie jemals versucht, Ihr Kind durch rhythmische Bewegungen zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
106, Hat sich das Schreiverhalten durch rhythmische Bewegungen verbessert?	0 JA	0 NEIN
107, Hat das Hüpfen auf dem Gymnastikball Ihrem Kind geholfen sich zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
108, Hat Tanzen zur Musik Ihrem Kind geholfen, sich zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
109, Hat rhythmisches Gehen Ihrem Kind geholfen, sich zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
110, Haben sonstige, nicht genannte rhythmische Bewegungen Ihrem Kind geholfen, sich zu beruhigen?	0 JA	0 NEIN
111, Meinem Kind halfen keine rhythmische Bewegungen, sich zu beruhigen!	0 JA	0 NEIN

112, Lässt sich Ihr Kind durch Musik beruhigen?	O Nein, nie		
	O Manchmal		
	O Ja		
113, Unterstützt der Partner Sie wo er nur kann, wenn das Kind schreit?	0 JA	0 NEIN	
114, Nimmt Ihnen der Partner das Kind ab und zu ab, wenn es schreit?	0 JA	0 NEIN	
115, Verlässt Ihr Partner das Zimmer, wenn das Kind schreit?	0 JA	0 NEIN	
116, Verlässt Ihr Partner die Wohnung, wenn das Kind schreit?	0 JA	0 NEIN	
117, Schreit Ihr Partner das Kind an, wenn es schreit?	0 JA	0 NEIN	
118, Macht Ihr Partner sonstige, nicht genannte Handlungen, wenn das Kind schreit?	0 JA	0 NEIN	

Fragen zum Umfeld



119, Bekamen Sie Hilfe bei der Babybetreuung von Ihrem Ehemann/Partner?	O Nie		
	O Gelegentlich		
	O Häufig		
	O Sehr häufig		
120, Bekamen Sie Hilfe bei der Babybetreuung von anderen Personen?	0 JA	0 NEIN	

121, Wenn ja, von welchen Personen bekamen Sie Hilfe? O Mutter oder Schwiegermutter (bzw. anderen Verwandten)

O Freunden, Bekannten,

O Nachbarn

O Sonstigen

122, Suchten Sie (professionelle)

Hilfe in einer Schreiambulanz auf? 0 JA 0 NEIN

123, Wenn Sie derartige Hilfe

aufsuchten, verbesserte sich dadurch 0 JA 0 NEIN

Ihre Situation?

124, Welche Ratschläge (und von wem) bewirkten eine Änderung im Schreiverhalten Ihres Kindes?

125, Was ist Ihre persönliche Meinung, warum Ihr Kind (soviel) schreit?

126, Was würden Sie beim nächsten Kind anders machen, in der Hoffnung, es würde somit nicht soviel schreien wie das erste Kind?



Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und alle guten Wünsche für Ihr Baby!

Verena Riske

1.19 Schreiambulanzen in Österreich:

Wilhelminenspital Wien

Montleartstraße 37

1160 Wien

Tel. 01/49 150-29 21

Krankenhaus Mödling

Sr. M. Restituta-Gasse 12

2340 Mödling

Tel. 02236/204-0

Kinderspital Salzburg

Müllner Hauptstraße 48

5020 Salzburg

Tel. 0662/44 82 – 26 44

Kinderklinik Graz

Auenbrugger Platz 1

8036 Graz

Tel. 0316/385 37 56

LKH Klagenfurt

Völkermarkter Straße 15-19

9020 Klagenfurt

Tel. 0436/538-23019

1.20 Tabellen

Tabelle 194: Wie groß war das Kind bei der Geburt

Status Baby	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Kein Schreibaby	49,00	5,992	50,00	26	56
Schreibaby	50,33	2,309	50,00	47	54
Insgesamt	49,67	4,535	50,00	26	56

Tabelle 195: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen. Abhängige Variable:
Wie groß war das Kind bei der Geburt

F	df1	df2	Signifikan z
1,804	1	40	,187

Tabelle 196: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variable: Wie groß war
das Kind bei der Geburt

Quelle	Quadratsum me vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikan z	Partielles Eta- Quadrat
Korrigiertes Modell	18,667	1	18,667	,905	,347	,022
Konstanter Term	103604,667	1	103604,66 7	5025,287	,000	,992
gruppe	18,667	1	18,667	,905	,347	,022
Fehler	824,667	40	20,617			
Gesamt	104448,000	42				
Korrigierte Gesamtvariation	843,333	41				

Tabelle 197: Mittelwerte: Wie schwer war das Kind bei der Geburt

Status Baby	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Kein Schreibaby	3056,14	658,824	3080,00	1300	4220
Schreibaby	3211,90	551,603	3230,00	1960	4170
Insgesamt	3134,02	605,283	3205,00	1300	4220

Tabelle 198: Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

Status Baby			Wie schwer war das Kind bei der Geburt
Kein Schreibaby	N		21
	Parameter der Normalverteilung	Mittelwert	3056,14
		SD	658,824
	Extremste Differenzen	Absolut	,142
		Positiv	,103
		Negativ	-,142
	Kolmogorov-Smirnov-Z		,649
	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,794
Schreibaby	N		21
	Parameter der Normalverteilung	Mittelwert	3211,90
		SD	551,603
	Extremste Differenzen	Absolut	,077
		Positiv	,045
		Negativ	-,077
	Kolmogorov-Smirnov-Z		,354
	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		1,000

Tabelle 199: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen. Abhängige Variable:
Wie schwer war das Kind bei der Geburt

F	df1	df2	Signifikan z
,171	1	40	,681

Tabelle 200: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variable: Wie schwer war
das Kind bei der Geburt

Quelle	Quadratsum me vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikan z	Partielles Eta- Quadrat
Korrigiertes Modell	254748,595	1	254748,59 5	,690	,411	,017
Konstanter Term	412528420,0 24	1	41252842 0,024	1117,485	,000	,965
gruppe	254748,595	1	254748,59 5	,690	,411	,017
Fehler	14766312,38 1	40	369157,81 0			
Gesamt	427549481,0 00	42				
Korrigierte Gesamtvariation	15021060,97 6	41				

Tabelle 201: Sind Sie verheiratet * Status Baby Kreuztabelle

				Status Baby		Gesamt
				Kein Schreibaby	Schreibaby	
Sind Sie verheiratet	Nein	Anzahl	9	9	18	
		Erwartete Anzahl	9,0	9,0	18,0	
		% von Status Baby	42,9%	42,9%	42,9%	
		Korrigierte Residuen	,0	,0		
	Ja	Anzahl	12	12	24	
		Erwartete Anzahl	12,0	12,0	24,0	
		% von Status Baby	57,1%	57,1%	57,1%	
		Korrigierte Residuen	,0	,0		
Gesamt		Anzahl	21	21	42	
		Erwartete Anzahl	21,0	21,0	42,0	
		% von Status Baby	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 202: Chi-Quadrat-Tests * Status Baby

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,000	1	1,000		
Kontinuitätskorrektur	,000	1	1,000		
Likelihood-Quotient	,000	1	1,000		
Exakter Test nach Fisher				1,000	,622
Zusammenhang linear-mit-linear	,000	1	1,000		
Anzahl der gültigen Fälle	42				

Tabelle 203: Leben Sie in einer Beziehung * Status Baby Kreuztabelle

			Status Baby		Gesamt
			Kein Schreibaby	Schreibaby	
Leben Sie in einer Beziehung	Ja	Anzahl	21	21	42
		Erwartete Anzahl	21,0	21,0	42,0
		% von Status Baby	100,0%	100,0%	100,0%
		Korrigierte Residuen	.	.	
Gesamt		Anzahl	21	21	42
		Erwartete Anzahl	21,0	21,0	42,0
		% von Status Baby	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 204: Alter der Mutter bei Geburt

Status Baby	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Kein Schreibaby	29,6111	5,19490	29,1667	20,17	40,50
Schreibaby	29,9444	4,89532	30,6667	20,50	37,67
Insgesamt	29,7778	4,98825	29,3750	20,17	40,50

Tabelle 205: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen. Abhängige Variable:
Alter der Mutter bei Geburt

F	df1	df2	Signifikanz
,008	1	40	,928

Tabelle 206: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variabel: Alter der Mutter bei Geburt

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	1,167	1	1,167	,046	,832	,001
Konstanter Term	37242,074	1	37242,074	1461,874	,000	,973
gruppe	1,167	1	1,167	,046	,832	,001
Fehler	1019,023	40	25,476			
Gesamt	38262,264	42				
Korrigierte Gesamtvariation	1020,190	41				

Tabelle 207: Alter des Vaters bei der Geburt

Status Baby	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Kein Schreibaby	33,0952	5,02385	32,0833	25,25	44,33
Schreibaby	33,0476	5,63358	32,3333	24,17	44,92
Insgesamt	33,0714	5,27199	32,2083	24,17	44,92

Tabelle 208: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen. Abhängige Variable:
Alter des Vaters bei Geburt

F	df1	df2	Signifikanz
,199	1	40	,658

Tabelle 209: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variable: Alter des
Vaters bei Geburt

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	,024	1	,024	,001	,977	,000
Konstanter Term	45936,214	1	45936,214	1612,468	,000	,976
gruppe	,024	1	,024	,001	,977	,000
Fehler	1139,526	40	28,488			
Gesamt	47075,764	42				
Korrigierte Gesamtvariation	1139,550	41				

Tabelle 210: Bildungsgrad der Mutter * Status Baby Kreuztabelle

			Status Baby		Gesamt
			Kein Schreibaby	Schreibaby	
Bildungsgrad der Mutter	Lehrabschluss	Anzahl	4	6	10
		Erwartete Anzahl	5,0	5,0	10,0
		% von Status Baby	19,0%	28,6%	23,8%
	Matura	Anzahl	5	6	11
		Erwartete Anzahl	5,5	5,5	11,0
		% von Status Baby	23,8%	28,6%	26,2%
	Akademieabschluss	Anzahl	9	5	14
		Erwartete Anzahl	7,0	7,0	14,0
		% von Status Baby	42,9%	23,8%	33,3%
	Uniabschluss	Anzahl	3	4	7
		Erwartete Anzahl	3,5	3,5	7,0
		% von Status Baby	14,3%	19,0%	16,7%
	Gesamt	Anzahl	21	21	42
		Erwartete Anzahl	21,0	21,0	42,0
		% von Status Baby	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 211: Chi-Quadrat Tests Bildungsgrad der Mutter *Status Baby

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,777	3	,620
Likelihood-Quotient	1,796	3	,616
Zusammenhang linear-mit-linear	,353	1	,553
Anzahl der gültigen Fälle	42		

Tabelle 212: Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,510	4	,825
Likelihood-Quotient	1,527	4	,822
Zusammenhang linear- mit-linear	,555	1	,456
Anzahl der gültigen Fälle	42		

Tabelle 213: Bildungsgrad der Mutter * Status Baby Kreuztabelle

			Status Baby		Gesamt
			Kein Schreibbaby	Schreibbaby	
Bildungsgrad der Mutter	HS-Abschluss	Anzahl	1	1	2
		Erwartete Anzahl	1,0	1,0	2,0
		% von Status Baby	4,8%	4,8%	4,8%
	Lehrabschluss	Anzahl	5	5	10
		Erwartete Anzahl	5,0	5,0	10,0
		% von Status Baby	23,8%	23,8%	23,8%
	Matura	Anzahl	8	5	13
		Erwartete Anzahl	6,5	6,5	13,0
		% von Status Baby	38,1%	23,8%	31,0%
	Akademieabschluss	Anzahl	3	3	6
		Erwartete Anzahl	3,0	3,0	6,0
		% von Status Baby	14,3%	14,3%	14,3%
	Uniabschluss	Anzahl	4	7	11
		Erwartete Anzahl	5,5	5,5	11,0
		% von Status Baby	19,0%	33,3%	26,2%
Gesamt	Anzahl		21	21	42
	Erwartete Anzahl		21,0	21,0	42,0
	% von Status Baby		100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 214: Schulabschluss Mutter * Status Baby Kreuztabelle

			Status Baby		Gesamt
			Kein Schreibaby	Schreibaby	
Schulabschluss Mutter	Keine Matura	Anzahl	4	6	10
		Erwartete Anzahl	5,0	5,0	10,0
		% von Status Baby	19,0%	28,6%	23,8%
	Matura	Anzahl	17	15	32
		Erwartete Anzahl	16,0	16,0	32,0
		% von Status Baby	81,0%	71,4%	76,2%
Gesamt	Anzahl	21	21	42	
	Erwartete Anzahl	21,0	21,0	42,0	
	% von Status Baby	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 215: Chi-Quadrat Tests: Schulabschluss der Mutter

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,525	1	,469		
Kontinuitätskorrektur	,131	1	,717		
Likelihood-Quotient	,528	1	,468		
Exakter Test nach Fisher				,719	,359
Zusammenhang linear-mit-linear	,513	1	,474		
Anzahl der gültigen Fälle	42				

Tabelle 216: Schulabschluss Vater *Status Baby Kreuztabelle

			Status Baby		Gesamt
			Kein Schreibbaby	Schreibbaby	
Schulabschluss Vater	Keine Matura	Anzahl	6	6	12
		Erwartete Anzahl	6,0	6,0	12,0
		% von Status Baby	28,6%	28,6%	28,6%
	Matura	Anzahl	15	15	30
		Erwartete Anzahl	15,0	15,0	30,0
		% von Status Baby	71,4%	71,4%	71,4%
	Gesamt		Anzahl	21	21
			Erwartete Anzahl	21,0	21,0
			% von Status Baby	100,0%	100,0%

Tabelle 217: Chi-Quadrat-Tests: Schulabschluss des Vaters

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,000	1	1,000		
Kontinuitätskorrektur	,000	1	1,000		
Likelihood-Quotient	,000	1	1,000		
Exakter Test nach Fisher				1,000	,633
Zusammenhang linear-mit-linear	,000	1	1,000		
Anzahl der gültigen Fälle	42				

Tabelle 218: Alter des Kindes in Wochen

Status Baby	Mittelwert	SD	Median	Minimum	Maximum
Kein Schreibaby	17,0340	4,60344	15,8571	10,71	25,71
Schreibaby	16,2721	4,63349	16,5714	7,71	25,29
Insgesamt	16,6531	4,57808	16,1429	7,71	25,71

Tabelle 219: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,022	1	40	,883

Tabelle 220: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variable: Alter in Wochen

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	6,095	1	6,095	,286	,596	,007
Konstanter Term	11647,627	1	11647,627	546,057	,000	,932
gruppe	6,095	1	6,095	,286	,596	,007
Fehler	853,217	40	21,330			
Gesamt	12506,939	42				
Korrigierte Gesamtvariation	859,312	41				

Tabelle 221: Geschlecht des Babys * Status Baby Kreuztabelle

			Status Baby		
			Kein Schreibaby	Schreibaby	
Geschlecht des Babys	weiblich	Anzahl	12	12	24
		Erwartete Anzahl	12,0	12,0	24,0
		% von Status Baby	57,1%	57,1%	57,1%
	männlich	Anzahl	9	9	18
		Erwartete Anzahl	9,0	9,0	18,0
		% von Status Baby	42,9%	42,9%	42,9%
Gesamt	Anzahl	21	21	42	
	Erwartete Anzahl	21,0	21,0	42,0	
	% von Status Baby	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 222: Chi-Quadrat-Tests: Geschlecht des Babys

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,000	1	1,000		
Kontinuitätskorrektur	,000	1	1,000		
Likelihood-Quotient	,000	1	1,000		
Exakter Test nach Fisher				1,000	,622
Zusammenhang linear- mit-linear	,000	1	1,000		
Anzahl der gültigen Fälle	42				

1.21 Lebenslauf Verena Riske

Persönliche Angaben

- Geburtsort: Ried i.I.
- Geburtstag: 17. Mai 1982
- Familienstand: verheiratet, geb. Danninger
- Kinder: 1 Tochter, geb. 03.Mai 2004

Ausbildung

- Volksschule in Kopfing i.I. (OÖ), 4 Jahre: 1988-1992
- AHS Unterstufe im Gymnasium Schärding (OÖ), 4 Jahre: 1992-1996
- AHS Oberstufe und Matura im BORG Grieskirchen (OÖ), 4Jahre: 1996-2000
- Psychologiestudium Hauptuniversität Wien 2000-2008
- Ausbildung zur Lerntherapeutin (Prof. Brigitte Rollett) Wien 2006-2008

Berufliche Tätigkeiten

- Lerntherapeutin unter Supervision (Prof. Brigitte Rollett, Wien) in eigener Praxis in Andorf, OÖ 2007-2008

Praktika/ zusätzliche Ausbildungen

- Kurzpraktikum im AMS Langzeitarbeitslose unter der Leitung von Mag. Leiss
- 6-Wochen-Praktikum im Therapiezentrum Andorf und Pramet (OÖ) unter der Leitung von Mag. Bettina Puchas

Sprachkenntnisse

- Muttersprache Deutsch
- Englisch in Wort und Schrift
- Latein in Schrift

Computerkenntnisse

- Word, PowerPoint, Excel, SPSS

Hobbys und Interessen

- Familie, Wandern, Reisen, Malen, Garten