

Becker, Katja / Pauli-Pott, Ursula und Beckmann, Dieter

**Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis:
Merkmale von Mutter und Kind**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (1998) 9, S. 625-640

urn:nbn:de:bsz-psydok-40902

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BLESKEN, K.W.: Der unerwünschte Vater: zur Psychodynamik der Beziehungsgestaltung nach Trennung und Scheidung (The Unwanted Father: On the Psychodynamics of Father-Child Relations after Separation and Divorce)	344
BONNEY, H.: Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation (Approaches to Outpatient Child and Adolescent Psychiatry – Study of Clinical Evaluation)	499
KIRSCH, C./RAHM, D.: Nicht therapierbar? – Bericht über ein Gruppentherapieprojekt mit psychosozial schwer beeinträchtigten Kindern (No Therapy Possible? A Group Therapy Model for Psychologically Disturbed and Socially Disadvantaged Children)	683
KOCH-MÖHR, R.: Computer in der Kinderpsychotherapie – Über den Einsatz von Computerspielen in der Erziehungsberatung (Computers in Child Psychotherapy – About the Application of Computer Games in Child Guidance)	416
MALLMANN, D./NEUBERT, E.O./STILLER, M.: Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie mit Jugendlichen (Send Away in Order to Advance: Short-time Dismissal as an Alternative Method of the Juvenile Stationary Psychotherapy)	331
MILLNER, M.M./FRANTHAL, W./STEINBAUER, M.: Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression (Cyclic Vomiting Syndrome as Cardinal Sign of a Regression)	406
ROEB, D.: Aspekte der Gruppentherapie mit sexuell mißbrauchten Kindern – Symbolische Verarbeitungsformen und die Gestaltung der Initialphase (Aspects of Group Therapy with Sexually Abused Children – Forms of Coping by Symbols and the Featuring of the Initial Phase)	426
WURST, E.: Das „auffällige“ Kind aus existenzanalytischer Sicht (The „Unbalanced“ Child in the Light of Existential Analysis)	511

Originalarbeiten / Originals

BECKER, K./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind (Infantile Colic as Maternal Reason of Consulting a Pediatrician: Characteristics of Mother and Child)	625
DE CHÂTEAU, P.: 30 Jahre später: Kinder, die im Alter von bis zu drei Jahren in einer Beratungsstelle vorgestellt wurden (A 30-Years Prospective Follow-Up Study in Child Guidance Clinics)	477
DIEBEL, A./FEIGE, C./GEDSCHOLD, J./GODDEMEIER, A./SCHULZE, F./WEBER, P.: Computergestütztes Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bei gesunden Kindern (Computer Assisted Training of Attention and Concentration with Healthy Children)	641
EVERS, S.: Die Situation der Musiktherapie in der stationären Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Music Therapy in Pediatrics and in Child and Adolescent Psychiatry)	229
FINZER, P./HAFFNER, J./MÜLLER-KÜPPERS, M.: Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten (Outcome and Prognostic Factors of Anorexia Nervosa: Follow-up Study of 41 Patients)	302

GOLDBECK, L.: Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie (Families Coping with Cancer during Childhood and Adolescence. Practicability of Standardized Self-assessment Methods: Results of a Pilot Study)	552
HAGER, W./HÜBNER, S.: Denkförderung und Strategieverhalten: vergleichende Evaluation zweier Denkförderprogramme (Cognitive Training and Thinking Strategies: a Comparative Evaluation)	277
KÄSSLER, P./BREME, K.: Evaluation eines Trainingsprogramms für ängstliche Kinder (Evaluation of a Group Therapy Program for Anxious Children)	657
KIESE-HIMMEL, C./HÖCH, J./LIEBECK, H.: Psychologische Messung taktil-kinästhetischer Wahrnehmung im frühen Kindesalter (Psychological Measurement of Tactile-Kinesthetic Perception in Early Childhood)	217
KRECH, M./PROBST, P.: Soziale Intelligenzdefizite bei autistischen Kindern und Jugendlichen – Subjektive Theorien von Angehörigen psychosozialer Gesundheitsberufe (Personal Theories of Deficient Social Intelligence of Autistic Persons in Health Care Professionals: an Exploratory Field Study)	574
LIMM, H./V. SUCHODOLETZ, W.: Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Stress of Mothers with Language Impaired Children)	541
MÖLLER-NEHRING, E./MOACH, A./CASTELL, R./WEIGEL, A./MEYER, M.: Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation (Conditions of Conduct Disorders in a Clinic-referred Sample)	36
REISEL, B./FLOQUET, P./LEIXNERING, W.: Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Process and Outcome Quality in Inpatient-Care: a Contribution to Evaluation and Quality Assurance in Child and Adolescent Psychiatry)	705
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Angstträumen von Schülerinnen und Schülern (Gender Differences in Anxiety Dreams of School-aged Children)	463
v. ASTER, M./MEIER, M./STEINHAUSEN, H.-C.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station (Child and Adolescent Psychiatric Services in the Canton of Zurich: A Comparison of Outpatient, Day Clinic, and Inpatient Referral Populations)	668

Übersichtsarbeiten / Reviews

BIERMANN, G./BIERMANN, R.: Das Scenotestspiel im Wandel der Zeiten (The Sceno Game in the Course of Time)	186
BUDDEBERG-FISCHER, B.: Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte – Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie (The Development of Family Therapy – Interrelationship Between the Patient's and the Therapist's Family)	174
BÜRGIN, D.: Drum zwingt, wem ein Zwang gegeben? (Should constrain, who is constrained?)	66
DOHERTY, W.J./MCDANIEL, S.H./HEPWORTH, J.: Medizinische Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit (Medical Family Therapy for Childhood Chronic Illness)	1
EGGERS, C.: Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter (Conversion Disorders in Childhood and Adolescence)	144

EGGERS, C.: Reizschutzmodell der Frühschizophrenie: ein integrativer ätiologischer und therapeutischer Ansatz (A Stimulus Barrier Model of Early Onset Schizophrenia: an Integrative Aetiological and Therapeutic Approach)	740
ESSAU, C.A./BASCHTA, M./KOGLIN, U./MEYER, L./PETERMANN, F.: Substanzmißbrauch und –abhängigkeit bei Jugendlichen (Substance Abuse and Dependence in Adolescents) . .	754
FONAGY, P./MORAN, G.S./TARGET, M.: Aggression und das psychische Selbst (Aggression and the Psychological Self)	125
HEEKERENS, H.-P.: Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung (Evaluation of Child Guidance: State of Research and Comments on Future Research)	589
HIRSCHBERG, W.: Probleme der Gefährlichkeitsprognose im jugendpsychiatrischen Gutachten (The Prediction of Violent Behavior in Forensic Adolescent Psychiatry)	314
HUNDSALZ, A.: Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung (Counselling, Psychotherapy of Psychological Counselling? The Profile of Therapy in Educational Guidance)	157
KLEMENZ, B.: Kinderplandiagnostik (Plan Diagnosis with Children)	722
RESCH, F./SCHULTE-MARKWORT, M./BÜRGIN, D.: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (Operationalized Psychodynamic Diagnostic in Children and Adolescents – a Contribution to Quality Management in Psychotherapy)	373
RÜTH, U.: Gutachterliche Probleme im Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion (Problems Concerning the Expert's Assessment of the Restriction of Parental Rights Particularly with Regards to Control or Assistance)	486
STECK, B.: Eltern-Kind-Beziehungsproblematik bei der Adoption (Parent-Child Relationship Problems in Adoption)	240
STREECK-FISCHER, A.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze (Compulsive Disorders in Childhood and Adolescence – New Psychoanalytic Views and Treatment Approaches)	81
TREMPLE, V.: Zur Wechselwirkung von Rahmen und Inhalt bei der Behandlung dissozialer Kinder und Jugendlicher (Interaction of Frame and Content in the Treatment of Dissocial Children and Adolescents)	387
VAN DEN BERGH, P./KLOMP, M.: Erziehungspläne als Steuerungsinstrumente der Jugendhilfe in den Niederlanden (Educational Plans as Control Instruments in Youth Care in the Netherlands)	767
VAN DER KOLK, B.A.: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (The Psychology and Psychobiology of Developmental Trauma)	19
WIESSE, J.: Zur Gegenübertragung in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen (Countertransference in Dynamic Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorders)	96

Werkstattbericht / Brief Report

ROMBERG, A.: Die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station im Urteil der Eltern (Parents Judgement Concerning Family Work of a Child Psychiatric Ward)	773
---	-----

Buchbesprechungen

ASENDORPF, J.B.: Psychologie der Persönlichkeit	118
BAHR, R.: Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung bei elektivem Mutismus	530
BENZ, A.: Der Überlebenskünstler. Drei Inszenierungen zur Überwindung eines Traumas	697
BIEN, W. (Hg.): Familie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Wandel und Entwicklung familiärer Lebensformen	361
BLANK-MATHIEU, M.: Jungen im Kindergarten	532
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSEL, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis	780
BÖNISCH, L./LENZ, K. (Hg.): Familien: Eine interdisziplinäre Einführung	366
BOOTHE, B./HEIGL-EVERS, A.: Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung	264
BRICKENKAMP, R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests	57
CIERPKA, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik	53
CLAAR, A.: Was kostet die Welt? Wie Kinder lernen, mit Geld umzugehen	613
DU BOIS, R.: Junge Schizophrene zwischen Alltag und Klinik	448
DUDEL, J./MENZEL, R./SCHMIDT, R.F.: Neurowissenschaft. Vom Molekül zur Kognition	114
DURRANT, M.: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings	527
EICKHOFF, F.W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 36	206
EISENMANN, B.: Erzählen in der Therapie. Eine Untersuchung aus handlungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive	267
ELBING, U.: Nichts passiert aus heiterem Himmel – es sein denn, man kennt das Wetter nicht. Transaktionsanalyse, geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen	533
FRANKE, U. (Hg.): Prävention von Kommunikationsstörungen	788
GAGE, N.L./BERLINER, D.C.: Pädagogische Psychologie	50
GEWERT, U.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen aus der Sicht der Mütter. Eine Studie über Erleben und Bewältigung der Mütter betroffener Mädchen	270
GUTHKE, J.: Intelligenz im Test. Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik	614
HANTEL-QUITMANN, W.: Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie; Bd. 1. Metamorphosen, Bd. 2: Grundlagen	790
HARTMANN, K.: Lebenswege nach Heimerziehung. Biographien sozialer Retardierung	526
HILWEG, W./ULLMANN, E. (Hg.): Kindheit und Trauma – Trennung, Mißbrauch, Krieg	786
HIRSCH, M.: Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt	209
KÖPP, W./JACOBY, G.E. (Hg.): Beschädigte Weiblichkeit: Eßstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch	269
KRAUTH, J.: Testkonstruktion und Testtheorie	54
KREBS, H./EGGERT SCHMID-NOERR, A. (Hg.): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen	702
KUSCH, M./LAVOUIE, H./FLEISCHACK, G./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie	442
LEHMKUHLE, G. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien	443
LIENERT, G./RAATZ, U.: Testaufbau und Testanalyse	54
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hg.): Verhaltenstherapie	615
MANSEL, J. (Hg.): Glückliche Kindheit – schwierige Zeiten? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens	364

MARKGRAF, J. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen	618
MEERMANN, R./VANDEREYCKEN, W. (Hg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung	620
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENEZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie, Bd. II: Evolutionspsychologische Emotionstheorien	205
MILZ, I.: Neuropsychologie für Pädagogen	114
MITCHELL, R.R./FRIEDMAN, H.S.: Konzepte und Anwendungen des Sandspiels	788
MÖNKS, F.J./KNOERS, A.M.P.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie	117
NEUENSCHWANDER, M.P.: Entwicklung und Identität im Jugendalter	448
NEUMANN, W./PETERS, B.: Als der Zahnarzt Zähne zeigte ... Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Psychotherapie, Beratung und Supervision	529
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XIII	208
OTTO, U. (Hg.): Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien	700
PETERMANN, F. (Hg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren	784
PETERMANN, F. (Hg.): Kinderverhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen	616
PETERMANN, U.: Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Ein Praxisbuch	617
PRONTELLI, A.: Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie	268
PLAUM, E.: Einführung in die Psychodiagnostik	56
PÖRTNER, M.: Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen	49
RAUCHFLEISCH, U.: Alternative Familienformen. Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner	790
RECKERT, W.: Väterlichkeit und pädagogische Profession am Beispiel der Heimerziehung	524
REIMER, C./ECKERT, J./HAUTZINGER, M./WILKE, E.: Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen	116
REINELT, T./BOGYI, G./SCHUCH, B. (Hg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie	781
REMSCHMIDT, H. (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	782
RODEWIG, K. (Hg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie	266
ROSSMANN, P.: Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters	116
ROST, J.: Testtheorie, Testkonstruktion	54
SANDLER, J. (Hg.): Über Freuds „Die endliche und die unendliche Analyse“. Freud heute – Wendepunkte und Streitfragen, Bd. 1	698
SCHAD, U.: Verbale Gewalt bei Jugendlichen	446
SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung	441
SCHROEDER, J./HILLER-KETTERER, I./HÄCKER, W./KLEMM, M./BÖPPLER, E.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher	528
SCHUMANN-HENGSTLER, R./TRAUTNER, H.M. (Hg.): Entwicklung im Jugendalter	444
SIGUSCH, V. (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung	696
SPECK, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung	52
STROEBE, W./HEWSTONE, M./STEVENSON, G. (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung	204
THÖMA, H./KÄCHELE, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1: Grundlagen	264

THOMASIU, R.: Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen	534
TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	205
WARSCHBURGER, P.: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter .	443
WILMER, I.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Empirische Grundlagen und kriminalpoli- tische Überlegungen	272
WURMSER, L.: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs	785
ZINNECKER, J./SIEBEREISEN, R.K.: Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern	362
Editorial / Editorial	63
Autoren und Autorinnen /Authors	48, 105, 203, 263, 355, 440, 524, 607, 694, 779
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	105, 356, 608
Tagungskalender / Calendar of Events	59, 121, 212, 273, 368, 451, 536, 622, 703, 793
Mitteilungen / Announcements	61, 123, 214, 371, 454, 540, 624, 704, 795

Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind

Katja Becker, Ursula Pauli-Pott und Dieter Beckmann

Summary

Infantile Colic as Maternal Reason of Consulting a Pediatrician: Characteristics of Mother and Child

About 10-20% of infants under four months of age suffer from infantile colic (IC), an excessive screaming behaviour caused by multiple factors. WESSELS et al. (1954) definition is that babies in usually good health and nutritional condition are screaming/whining more than three hours daily, more than three days weekly for no apparent reasons. The question is whether/in what way daily routines of infants concerned differ from normal infants. Mothers of colicky infants (n=25) and mothers in a control group (n=25) record characteristics of the mother/child relationship, their assumptions why the child is screaming, care and attention they provide and babies' reactions. For seven days the mothers kept a diary about the babies' behaviour and worked on questionnaires concerning social support received, depressant effects and exhaustion. Interviews about the extent of care provided as well as personal thoughts and emotions were conducted. The "colic group" formed two subgroups: one fulfilling Wessels criteria (Wessel-Koliker; WK), the other more conforming with the "control group" babies though mothers complained about screaming (Non-Wessel-Koliker; NWK). "Colic group"-babies received more attention and care (compared to the "control group" babies), attempts to calm them down frequently failed and mothers in this group reacted less promptly to their babies' screaming. "NWK-group"-mothers strongly tend to attribute the babies' screaming to "meteorism" or "discontent". No differences existed between groups concerning social support, depressant effects and exhaustion. There is a risk that the colic may negatively influence the mother/child interaction beyond three months.

Zusammenfassung

Der Terminus Trimenonkolik (TK) beschreibt ein multifaktoriell bedingtes, 10-20% der Säuglinge unter vier Monaten betreffendes exzessives Quengel- und Schreiverhalten, das nach der Definition von WESSEL et al. (1954) bei ansonsten gesunden und wohlge-

nährten Babys insgesamt länger als drei Stunden am Tag und an mehr als drei Tagen in der Woche auftritt. Es wird den Fragen nachgegangen, ob und inwiefern sich die Tagesabläufe der Säuglinge, deren Mütter wegen des kindlichen Schreiverhaltens einen Pädiater konsultieren, von denen „normaler“ Säuglinge unterscheiden. Desweiteren werden die Mütter der Koliksäuglinge ($n=25$) und der Kontrollgruppe ($n=25$) bezüglich einiger Charakteristika der Mutter-Kind-Beziehung sowie hinsichtlich der Kausalattribution des Schreiens, des Stimulationsverhaltens und der Reaktionen verglichen. Die Mütter führten eine Woche lang Tagebuch über das Verhalten ihres Kindes, bearbeiteten Fragebogen zur sozialen Unterstützung, zu Depressivität und Erschöpfung und gaben im Rahmen eines Interviews Auskunft über Pflegebedingungen sowie eigene Gefühle und Gedanken. Innerhalb der Kolik-Gruppe ergaben sich zwei Subgruppen: eine Gruppe erfüllte die Kriterien Wessels (Wessel-Koliker; WK), die zweite umfaßte Kinder, deren Mütter zwar über das Schreiverhalten klagten, deren Kinder aber nicht mehr schrien als die Kinder der Kontrolle (Non-Wessel-Koliker; NWK). Die Kinder der gesamten Kolikgruppe wurden insgesamt mehr stimuliert als die der Kontrollgruppe, Beruhigungsversuche schlugen häufiger fehl, und die Mütter reagierten weniger prompt auf das Schreien. Die Mütter der NWK attribuieren mit dem Schreiverhalten verstärkt „Blähungen“ und „Unzufriedenheit des Kindes“. Hinsichtlich der Merkmale soziale Unterstützung, Depressivität und Erschöpfung ergaben sich keine Gruppenunterschiede. Es besteht die Gefahr, daß sich die Kolik auch über die ersten drei Lebensmonate hinaus nachhaltig negativ auf die Mutter-Kind-Interaktion auswirkt.

1 Einleitung und Fragestellungen

Der Terminus Trimenon- oder Dreimonatskolik (TK) beschreibt nicht, wie man es erwarten könnte, ein Krankheitsbild, sondern steht für ein abnormes, exzessives, unberuhigbares und/oder nicht tolerierbares Schreiverhalten eines Säuglings in den ersten drei Lebensmonaten. Der Begriff „Kolik“ leitet sich ab von dem griechischem Wort „kolikos“ und bedeutet so viel wie „am Darm leidend“. Es ist ein historischer Begriff (CALLENSEE 1991). Am Anfang des 19. Jahrhunderts vertrat Hufeland die Meinung, Schreien in Kombination mit Anziehen der Beine an den Leib bedeute Schmerzen im Unterleib (SEIDLER 1989). Einige Autoren lehnen den Terminus „Kolik“ ab, weil er eine Ursache vorzugeben scheint, die in den Jahrzehnten der Kolikforschung nicht bestätigt werden konnte. Zum Teil synonym verwendet werden in der Literatur Begriffe wie „abendliche Kolik“, „chronische Unruhe“, „Meteorismus im frühen Säuglingsalter“ oder „primär exzessiv schreiender Säugling“.

Die TK ist keine Krankheit, sondern eine vorübergehende Erscheinung (BARR 1989). Die Diagnose darf erst dann gestellt werden, wenn andere (organische) Ursachen ausgeschlossen wurden. Die am weitesten verbreitete und vielen Studien zugrundeliegende Definition der Kolik ist die 1954 von WESSEL und Mitarbeitern publizierte, die ein Kolikbaby beschreibt als ein „ansonsten gesundes und wohlgenährtes Baby mit Anfällen von Irritierbarkeit, Quengeln oder Schreien, welche insgesamt länger als drei Stunden am Tag und an mehr als drei Tagen in der Woche auftreten.“ Typisch für TK ist

es außerdem, daß sich das Kind durch die üblichen Interventionen nicht beruhigen läßt. Die Häufigkeitsangaben in der Literatur schwanken extrem, was vor allem an den unterschiedlichen zugrundeliegenden Definitionen liegt. Die meisten Autoren geben aber Zahlen zwischen 10 und 20% an (HIDE u. GUYER 1982; LOTHE et al. 1982; CAREY 1984; ILLINGWORTH 1954; HOGDALL et al. 1991; ST. JAMES ROBERTS et al. 1995). Die Schreiphasen beginnen meist in der zweiten Lebenswoche und enden im vierten Lebensmonat unabhängig von einer eventuellen Therapie von selbst. Oft tritt das Schreien nach den Mahlzeiten und/oder in den frühen Abendstunden auf. Es wird beschrieben als paroxysmal und exzessiv. Das Kind schreie so, als ob es Schmerzen hätte (TREM 1994) oder hungrig sei, die Nahrungsaufnahme wird aber verweigert (FIELD 1994). Häufig treten Begleitsymptome auf, wie ein geblähtes Abdomen, angezogene Beine, eine angespannte Körperhaltung, manchmal gehen Winde ab. Das Gesicht ist wegen der Anstrengung tiefrot.

Die TK gehört zu den verwirrendsten Themenbereichen der Verhaltenspädiatrie. Die Tatsache, daß es keine Standarddefinition für dieses Phänomen gibt, hat zur Folge, daß die Diskussionen über Ursache und Therapie auf Untersuchungen mit einer heterogenen Gruppe von Säuglingen basieren, die eine Vielzahl von Symptomen oder überhaupt kein Symptom aufweisen (CAREY 1984). Es ist nur mit Einschränkungen möglich, die verschiedenen Veröffentlichungen zu diesem Thema miteinander zu vergleichen. Trotz vieler verschiedener und zum Teil widersprüchlicher Theorien ist nach über 50 Jahren Kolikforschung die primäre Ursache der Koliken noch immer unbekannt. Studien, die einen Zusammenhang zeigen zwischen exzessivem Schreiverhalten von Säuglingen und verschiedenen Allergenen in der Nahrung, wie etwa Kuhmilch oder andere Proteine (JAKOBSSON u. LINDBERG 1978; LOTHE et al. 1982; LOTHE u. LINDBERG 1989; CLYNE u. KULCZYCKI 1991; LAWS 1991; HILL et al. 1995) werden von anderen Autoren nicht bestätigt (EVANS et al. 1981; STAHLBERG u. SAVILAHTI 1986). Es werden grobe Fehler bei der Versuchsdurchführung kritisiert, wie fehlendes Doppelblinddesign oder eine unpräzise Kolikdefinition (CAREY 1989). Meteorismus als primäre Ursache des Schreiens konnte widerlegt werden (ILLINGWORTH 1954; CALLENSSEE 1991; MILLER u. BARR 1991).

Recht gesichert ist, daß das Geschlecht (PARADISE 1966; O'DONAVAN u. BRADSTOCK 1979; STAHLBERG 1984), die Geschwisterfolge (PARADISE 1966) oder die Art der Ernährung, also die Tatsache, ob die Mutter stillt oder mit Muttermilchersatznahrung füttert (WESSEL et al. 1954; PARADISE 1966; MOORE et al. 1988; STAHLBERG 1984; FORSYTH et al. 1985), keinen Einfluß auf das Schreiverhalten haben. Es existieren einige empirische Hinweise auf Einflüsse elterlicher Merkmale für die Entstehung der TK. Belegt wurden Zusammenhänge mit Typ A-Verhalten (Ehrgeiz, hart kämpfender Arbeitsstil und ungeduldiger Wunsch nach schnellem Vorankommen im Beruf; PARKER u. BARRETT 1992), mangelnde Akzeptanz der weiblichen Rolle, Unzufriedenheit in der Partnerschaft (RAUTAVA et al. 1993; LAKIN 1957) auf seiten der Mutter sowie Streß, soziale Isolation und Verunsicherungen in der Schwangerschaft oder der Postpartalphase (RAUTAVA et al. 1993; HOGDALL et al. 1991; MILLER et al. 1993). In den einschlägigen Studien bleibt jedoch oftmals fraglich, ob diese mütterlichen Merkmale tatsächlich erhöhtes Schreiverhalten des Säuglings bedingten, oder aber die erhöhte Bereitschaft der Eltern über vermehrtes Schreien zu klagen (vgl. auch THACKER 1993).

Am überzeugendsten in der Diskussion über die Ätiologie des exzessiven Schreiens ist die Annahme einer multifaktoriellen Genese. Sie besagt, daß auf eine Prädisposition des Kindes ein Faktor der Umwelt trifft und dadurch Koliken entstehen (SPITZ 1965; CAREY 1972; PAPOUŠEK 1989). Probleme und Regulationsmöglichkeiten können bei gleichem Resultat (TK) ganz unterschiedlich zwischen Kind und Umwelt verteilt sein (VON LÜPKE 1986). Als psychobiologische Voraussetzungen des Kindes kommen unter anderem genetische Veranlagung, schwieriges Temperament (CAREY 1972), prä- und perinatale Risiken (PAPOUŠEK 1989) und/oder eine niedrige sensorische Schwelle (CAREY 1972) und damit leichte Irritierbarkeit in Frage. Externe Faktoren können solche der Umwelt im allgemeinen und der Eltern oder der Mutter im besonderen sein. Als Ursachen mütterlicherseits sind Unerfahrenheit, Ängstlichkeit, depressive Stimmung oder Ärger denkbar oder auch Spannungen innerhalb der Partnerschaft, Schuldgefühle, Erschöpfung, finanzielle Nöte, Überforderung, ungewollte Schwangerschaft.

Oft ist es schwer möglich, in diesem Modell einen primär ursächlichen Faktor auszumachen, da jeder Faktor einen anderen bedingt (PAPOUŠEK 1989). Es besteht die Gefahr, daß sich in einem Circulus vitiosus die Problematik immer mehr verstärkt und sich das nachhaltig negativ auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirkt, auch über die Zeit der ersten vier Lebensmonate hinaus (PAPOUŠEK 1989).

Für den praktizierenden Pädiater, der in erster Linie von betroffenen Müttern konsultiert wird, ist die von WESSEL und Mitarbeitern beschriebene Mindestgrenze der Schreidauer weniger von Bedeutung als der Leidensdruck der Mutter (CALLENSEE 1991). ST. JAMES-ROBERTS und Mitarbeiter (1995) stellten fest, daß Mütter, die angaben, ihr Kind schreie überdurchschnittlich viel, tatsächlich Kinder hatten, die signifikant mehr schrien als andere. BARR und Mitarbeiter (1991) konnten innerhalb ihrer Untersuchungsgruppe, in der die Mütter beim Kinderarzt über das exzessive Schreiverhalten ihres Säuglings geklagt hatten, zwei Untergruppen bilden: eine Gruppe, in der die Säuglinge eine lange Schreidauer gemäß der Definition WESSELS sowie ein schwieriges Temperament aufwiesen, und eine zweite Untergruppe, in der die Säuglinge hinsichtlich Schreiverhalten und Temperamentprofil nicht von Kontrollgruppenkindern unterschieden. CAREY (1984) betont, daß der Umfang der elterlichen Klagen über das Schreien – unabhängig davon, ob es normal oder exzessiv ist – nicht unbedingt proportional zum Ausmaß der beobachteten Schreidauern sein muß.

Wenn jedoch, wie die Untersuchungen von BARR et al. (1991, 1992) nahelegen, nicht alle beim Kinderarzt vorgestellten „Schreiproblemkinder“ nach der Definition WESSELS exzessiv schreien, dann stellt sich die Frage, was die Eltern dazu führt, den Kinderarzt wegen Koliken zu konsultieren.

In der vorliegenden Studie soll den folgenden Fragen nachgegangen werden:

(1) Unterscheiden sich Säuglinge, deren Mütter ärztliche Hilfe wegen Koliken suchen abhängig von ihrer täglichen Schreidauer (Wessel-Kriterium) von gesunden Säuglingen, deren Mütter nicht über das Schreien klagen, hinsichtlich ihrer Verhaltenszustände im Tagesablauf?

(2) Unterscheiden sich die ärztliche Hilfe suchenden Mütter abhängig von der täglichen Schreidauer ihres Säuglings (Wessel-Kriterium) von einer Kontrollgruppe hinsichtlich sozialer Unterstützung, Erschöpfung und Hoffnungslosigkeit oder Depression?

(3) Bestehen Unterschiede hinsichtlich der Kausalattribution des Schreiens, des berichteten Stimulationsverhaltens und der emotionalen Reaktionen auf das Schreien bei den Müttern?

2 Methoden

2.1 Stichprobe¹ und Untersuchungsgang

Die Stichprobe bestand aus insgesamt 50 Mutter-Kind Paaren, 25 „Kolikbabys“, also gesunden Kindern, deren Mütter in der Kinderarztpraxis über das Schreiverhalten ihres Säuglings geklagt hatten, und 25 gesunden Kontrollgruppenkindern.

Die Kinder der beiden Gruppen wurden bezüglich Alter, Geschlecht, Ernährungsform (Brust oder Flasche) und Geschwisterfolge des Kindes sowie Alter und Schulbildung der Mütter möglichst vergleichbar zusammengesetzt. Die Verteilungen der quotierten Merkmale sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Tab. 1: Soziographische Merkmale der Untersuchungsgruppen

	Kontrollgruppe n = 25	Kolikgruppe n = 25
Alter der Kinder	\bar{x} = 45,8 Tage s = 20,6	\bar{x} = 50,9 Tage s = 25,1
Geschlecht	15 Jungen 10 Mädchen	14 Jungen 11 Mädchen
Ernährungsform	14 Brust 11 Flasche	13 Brust 12 Flasche
Geschwisterfolge	14 erstes Kind 7 zweites Kind 4 zwei o.m. Geschwister	12 erstes Kind 11 zweites Kind 2 zwei o.m. Geschwister
Alter der Mutter	\bar{x} = 28,1 Jahre s = 3,4	\bar{x} = 29,7 Jahre s = 4,2
Bildung der Mutter	3 Hauptschule 10 mittlere Reife 6 Abitur 6 Studium	5 Hauptschule 12 mittlere Reife 5 Abitur 3 Studium

Die untersuchten Mutter-Kind-Paare wurden in neun mittelhessischen Kinderarztpraxen zwischen Februar und November 1994 rekrutiert. Die Mütter wurden von der Erstautorin oder den

¹ Unser herzlicher Dank gilt allen Müttern, die an der Untersuchung teilgenommen haben, des weiteren den Kinderärzten und -ärztinnen, die uns bei der Stichprobenrekrutierung unterstützten (in alphabetischer Reihenfolge): Dr. P. Bittner-Dersch (Gießen), Dr. R. Egedi (Linden), Dr. H. Fischer (Friedberg), Dr. C. Gräf (Gießen), Dr. B. Klingmüller (Gießen), Dr. E. Knolle (Lich), Dr. H.J. Kühle (Gießen), Dr. C. Mench-Bauer (Gießen), Dr. K. Piske – Keyser (Linden), Dr. W. Chr. Püschel (Gießen), Dr. W. Rohlfling (Gießen), Dr. A. Rutz (Lollar), Dr. H. Schmidt (Gießen), Dr. B. Staude (Lollar) und Dr. U. Westphal (Gießen). Last but not least ein herzliches Danke den Leiterinnen der Rückbildungsgymnastikkurse Frau G. Burum (Ev. Familienbildungsstätte Wieseck), Frau M. Espanol (Ev. Krankenhaus Gießen) und Frau Sommer (Kath. Krankenhaus Gießen), die es uns ermöglichten, weitere interessierte Mütter für unsere Studie zu gewinnen.

untersuchenden Ärzten zumeist während der Vorsorgeuntersuchung U3 angesprochen. Einige Kinder der Kontrollgruppe wurden darüber hinaus in Gießener Rückbildungsgymnastikkursen für die Studie gewonnen. Die Kinder der „Kolikgruppe“, die die Aufnahmekriterien erfüllten, wurden ausnahmslos in die Studie aufgenommen. Die Kontrollgruppenkinder wurden entsprechend der genannten Merkmale dazu passend gesucht.

Es bestanden folgende Ausschlusskriterien: Geburtsgewicht unter 2500 g und über 4000 g; Zwillingsgeborene; Gestationsalter <37 und >42 SSW; Vorliegen ernsthafter Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen; akute und chronische Erkrankungen, Behinderungen des Kindes; schlechter Allgemein- und Ernährungszustand des Kindes (Wachstum nicht entsprechend den Perzentilenkurven); schlechte Deutschkenntnisse der Mutter; Alleinerziehende.

Die Babys der Kolikgruppe erfüllten zusätzlich die Bedingung, daß ihre Mütter während der Vorsorgeuntersuchung U3 über das Schreiverhalten ihres Kindes klagten oder sogar wegen der Schreiproblematik den Kinderarzt außerhalb der empfohlenen Untersuchungstermine konsultierten. Die Kolikkinder wurden durch den niedergelassenen Pädiater neben der Routineuntersuchung zusätzlich auf Erkrankungen oder Beschwerden hin untersucht, die Schmerzen verursachen und zum Schreien führen können, wie etwa Otitis media, Invagination, Hamwegsinfekt.

Bei dem ersten Termin mit der Mutter wurden die Sozial- und Anamnesedaten erhoben. Anhand eines Beispiels wurde sie außerdem in das Führen des Tagebuchs eingewiesen. Während des zweiten Termins bei der Familie zu Hause, der frühestens neun Tage später stattfand, wurde ein Interview durchgeführt.

2.2 Untersuchungsinstrumente

Zur Erfassung der Sozialdaten (z.B. Staatsangehörigkeit, Alter und Schulbildung der Eltern) und anamnestischer Daten (z.B. Schwangerschafts- und Geburtsverlauf) wurden zwei Kurzfragebögen erstellt. Zur Messung von Depressionsneigung und Hoffnungslosigkeit wurde die Skala „Hoffnungslosigkeit“ von Beck et al. (1974) in der deutschsprachigen Übersetzung von KRAMPEN (1979) eingesetzt. Die Skala erfaßt den eng mit Depressivität verwandten Aspekt der Hoffnungslosigkeit, die definiert ist als kognitives System negativer Erwartungen über die eigene Person und das zukünftige Leben. In dieser Skala sind keine Items enthalten, die Depressionssymptome wie Schlafstörungen oder allgemeine Erschöpfung betreffen.

Der Aspekt der Erschöpfung wurde durch die Skala „Erschöpfung“ aus dem »Gießener Beschwerdebogen« (GBB; BRÄHLER u. SCHEER 1986) ermittelt. Diese Skala erfaßt Symptome wie Schwächegefühl, Erschöpfbarkeit, Gefühl der Benommenheit und Müdigkeit.

Das Ausmaß zugänglicher sozialer Unterstützung sowie die Zufriedenheit der Mutter damit wurde durch den „Fragebogen zur sozialen Unterstützung“ in Kurzform (SOZU-K22; von FRYDRICH u. SOMMER 1987) erhoben.

Die Mütter führten an sieben Tagen ein Tagebuch, in das die Schrei- und Quengelzeiten, die Zeiten ruhiger Wachheit sowie die Schlaf- und Fütterintervalle eingetragen wurden. Es handelt sich um eine vereinfachte Form des von BARR et al. (1988) entwickelten Verfahrens, das vielen Untersuchungen zufolge als valide Methode zur Erhebung kindlichen Schreiverhaltens gilt. Die Mütter wurden angewiesen, einen achten Tag zu protokollieren, falls an einem der sieben Tage ein außergewöhnliches Ereignis eingetreten war. Es wurde festgelegt, daß außer der Mutter höchstens eine weitere Person Eintragungen in das Tagebuch vornehmen sollte. Bei Erinnerungslücken oder Betreuung des Säuglings durch eine dritte Person erfolgten keine Eintragungen. In die Auswertungen wurden jene sechs Tage einbezogen, in denen das jeweilige Tagebuch die geringste Anzahl von Lücken aufwies. Auf dieser Grundlage wurden die mittlere tägliche Schrei- oder Quengelfrequenz und -dauer, die mittlere tägliche Schlafdauer, die mittlere tägliche Frequenz und Dauer ruhiger Wachheit sowie die mittlere tägliche Frequenz und Dauer der Fütterepisoden berechnet.

Merkmale des Familienalltags, Pflegebedingungen des Säuglings, mütterliche affektive Reaktion auf das Schreien und Kausalattributionen des Schreiens wurden in einem hochstrukturiertem, insgesamt 60 Fragen umfassenden Interview mit der Mutter ermittelt. Zur Prüfung der Beurteilerübereinstimmung wurden Tonbandprotokolle der Interviews angefertigt und von einer zweiten Person beurteilt. Die Übereinstimmung bei 60 zumeist fünfstufigen Fragen lag bei 98,3%. Zur Datenreduktion wurde jeweils eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation) durchgeführt über die Items in den vier Bereichen: Allgemeines Stimulationsverhalten der Mutter (7 Items); Verhalten oder Reaktivität der Mutter, wenn das Baby schreit (4 Items); Kausalattribution der Mutter bei Schreien des Kindes (13 Items) und Gefühle und Gedanken, wenn das Baby schreit (5 Items). Entsprechend dem jeweiligen Eigenwerteverlauf (Scree-Test) wurden 1, 2, 3 respektive 2 Faktoren extrahiert (vgl. Tab. 2). Items, die auf den jeweiligen Faktoren Ladungen ≥ 0.50 aufwiesen, wurden zu einer Skala zusammengefaßt. Tabelle 2 enthält kurze Charakterisierungen der Skalen, interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha) respektive die bivariaten Korrelationen der Items im Falle von nur zwei zusammenfaßbaren Items.

Die Skala „Anregung“ betrifft Angaben der Mutter, nach denen das Baby häufig am Körper getragen sowie durch Streicheln, Babymassage und Singen stimuliert wird. Die Skala „Versagen der Beruhigungsversuche“ beinhaltet die Erfahrung der Mutter, daß sie das Schreien des Babys oftmals nicht zu beruhigen vermag und Schreien im Sozialkontakt mit ihr häufig vorkommt. Die Skala „Promptheit der Reaktionen“ betrifft die Beschreibung der Mutter, beim Schreien ohne Verzögerung mit Aufnehmen des Babys zu intervenieren gegenüber öfter einige Zeit abzuwarten.

Im Bereich der Kausalattributionen des Schreiens wurden drei Auffassungen unterschieden. Die Skala „Nähesuche“ betrifft die Überzeugung der Mutter, das Baby schreie, weil es Aufmerksamkeit und sozialen Kontakt wünsche. Die Skala „Blähungen“ beinhaltet die Auffassung, daß das wohl versorgte Baby Schmerzen aufgrund von Blähungen hat. Die Skala „Unzufriedenheit“ umfaßt die Meinung der Mutter, daß Baby habe keinerlei Grund zu schreien, es sei ärgerlich und unzufrieden mit der Mutter.

Die Mütter wurden nach Gedanken und Gefühlen befragt, wenn das Baby schreit. Unterscheiden ließen sich die Bereiche „Wunsch der Mutter, sich dem Baby zuzuwenden“ und „Gereiztheit“.

Neben deskriptiven Statistiken zur Stichprobenbeschreibung wurden zum Vergleich der Gruppen einfaktorielles Varianzanalysen, t-Tests sowie χ^2 -Statistiken berechnet. Alle Auswertungen wurden mit dem Statistiksoftwarepaket SPSS unter UNIX auf einem Rechner des Gießener Hochschulrechenzentrums durchgeführt.

3 Ergebnisse

3.1 Bildung von Untergruppen

Auf der Grundlage der durch die Eltern protokollierten 7 Tage wurde die Anzahl der Tage bestimmt, an denen die Schrei- und Quengelepisoden 180 min (3 Std.) überschritten. Innerhalb der Kolikgruppe schrien und quengelten 11 Kinder an mindestens 4 Tagen mehr als 180 Minuten, erfüllten also das Wessel-Kriterium. 13 Kinder quengelten und schrien weniger. In der Kontrollgruppe wurde ein Kind ermittelt, das die von Wessel geforderte Mindestschreidauer überschritt, die anderen 24 Kontrollkinder schrien weniger.

Obwohl ein Kind der Vergleichsgruppe die Kolikdefinition Wessels erfüllte, bleibt es weiterhin der Kontrollgruppe (KG) zugeteilt. Die 13 Kinder der Kolikgruppe, die die Kriterien der Wessel-Definition nicht erfüllen, bilden die sogenannte Non-Wessel-Ko-

Tab.2: Merkmale der Mutter-Kind-Beziehung

Stimulationsverhalten	<p><i>Skala „Anregung“</i> (häufiges Tragen auf dem Arm/Streicheln, massieren/häufiges Singen)* 3 Items, Cronbachs Alpha .62</p>
Verhalten, wenn das Baby schreit	<p><i>Skala „Versagen der Beruhigungsversuche“</i> (alle Beruhigungsversuche der Mutter haben keinen Erfolg/Baby schreit oft auf dem Arm) Spearman Korrr.: .66</p> <p><i>Skala „Promptes Reagieren“</i> (Mutter interveniert beim Schreien sofort/Mutter nimmt das Baby sofort auf den Arm) Spearman Korrr.: .29</p>
Ursachenzuschreibung für das Schreien	<p><i>Skala „Nähesuche des Kindes“</i> (Baby will Aufmerksamkeit/ist übermüdet/hat Angst/will zur Mutter/will zum Vater) 5 Items, Cronbachs Alpha .70</p> <p><i>Skala „Blähungen“</i> (Baby hat nicht Hunger o. Durst/schreit nicht wegen voller Windeln/schreit nicht wegen Hitze o. Kälte/hat Blähungen/hat Schmerzen) 5 Items, Cronbachs Alpha .63</p> <p><i>Skala „Unzufriedenheit“</i> (Baby hat keinen Grund/ist ärgerlich/ist unzufrieden mit der Mutter) 3 Items, Cronbachs Alpha .45</p>
Gefühle u. Gedanken der Mutter, wenn das Baby schreit	<p><i>Skala „Wunsch sich zuzuwenden“</i> (Baby könnte krank sein/Freude auf den Kontakt/keine Angst, andere zu stören) 3 Items, Cronbachs Alpha .60</p> <p><i>Skala „Gereiztheit“</i> (Ärger, weil das Baby schon wieder was will/Mutter wird ungeduldig, nervös u. gereizt) Spearman Korrr.: .39</p>

Anmerkungen:

* In Klammern angegeben sind jeweils die Items, die im Rahmen der Faktorenanalyse zu den genannten Skalen zusammengefaßt werden konnten.

likgruppe (NWK). Die anderen 11 Kinder, deren Mütter über das Schreiverhalten in der Arztpraxis klagten und deren Kinder die Forderungen Wessels erfüllten, bilden die sogenannte Wessel-Kolikgruppe (WK).

3.2 Vergleich der drei Gruppen hinsichtlich der kindlichen Verhaltenszustände

Die drei Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich Alter ($F(2,46)=2.18$), Geschlecht ($\text{Chi}^2(2)=1.41$, $n=49$), Gestationsalter ($F(2,46)=0.78$), Geburtsgewicht ($F(2,46)=0.48$), APGAR-Scores ($F(2,45)=0.39$), Alter der Mutter ($F(2,46)=2.24$) sowie deren Schulbildung ($\text{Chi}^2(6)=6.75$, $n=49$), Alter des Vaters ($F(2,46)=3.31$), Schwangerschaftskomplikationen ($\text{Chi}^2(2)=5.31$, $n=49$), Art der Geburt ($\text{Chi}^2(2)=4.53$, $n=49$), Geburtskomplikationen ($\text{Chi}^2(2)=3.72$, $n=49$) sowie positiver Allergianamnese in der Familie ($\text{Chi}^2(2)=2.19$, $n=49$).

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der Gruppenvergleiche hinsichtlich der Dauer und Frequenz (Anzahl) der kindlichen Verhaltenszustände.

Tab. 3: Ergebnisse zur Dauer und Frequenz (Anzahl) der kindlichen Verhaltenszustände im Gruppenvergleich

	Kontroll- gruppe (KG) n=25	Non-Wessel- Kolikgruppe (NWK) n=13	Wessel- Kolikgruppe (WK) n=11	F-Werte u. Scheffe- Anschlußtest
Quengeln o. Schreien				
Dauer ¹	82,6 (± 73)	137,7 (± 47)	300,7 (± 89)	$F(2,46) = 5,22^{***}$ WK > KG, NWK
Anzahl ²	4,40 (± 2,8)	6,95 (± 2,8)	8,91 (± 4,1)	$F(2,46) = 1,11$ KG < WK ***
Schlafen				
Dauer	917,5 (± 70)	889,7 (± 84)	797,3 (± 73)	$F(2,46) = 1,41^{***}$ KG, NWK > WK
ruhige Wachphasen				
Dauer	266,5 (± 97)	285,9 (± 91)	183,4 (± 95)	$F(2,46) = 1,72$ NWK > WK*
Füttern (Brust o. Flasche)				
Dauer	167,7 (± 67)	132,8 (± 49)	151,9 (± 43)	$F(2,46) = 0,65$ ns
Anzahl	6,6 (± 2)	7,0 (± 3)	7,3 (± 3)	$F(2,46) = 0,65$ ns

Anmerkungen:

In der Tabelle angegeben sind jeweils die Mittelwerte, in Klammern die Standardabweichung sowie die F-Werte mit Signifikanzniveau (* $<.05$; *** $<.001$) und die Ergebnisse des Scheffe-Anschlußtests, die sich mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% statistisch signifikant erwiesen.

¹ Dauer in Minuten pro durchschnittlichem Gesamttag

² Anzahl als Häufigkeit des Verhaltenszustands in 24 Std.

Abbildung 1 enthält die Darstellung der Verhaltenszustände des durchschnittlichen Tages der Säuglinge bezüglich der Schrei- und Quengeldauer, der Schlafzeiten, der täglichen Dauer der ruhigen Wachphasen und der Fütterepisoden.

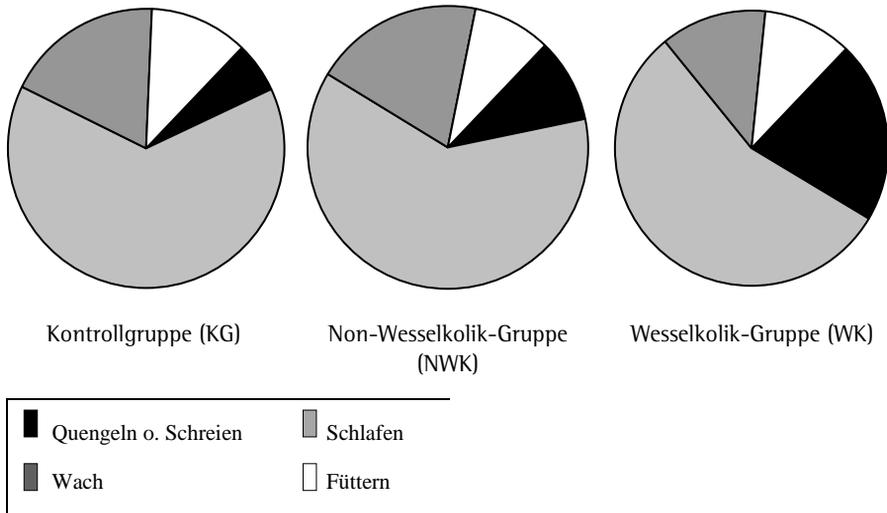


Abb. 1: Darstellung des durchschnittlichen Tages der Säuglinge nach Verhaltenszuständen.

Deutlich zeigte sich, daß die Kontroll- (KG) und die Non-Wessel-Kolikgruppe (NWK) einen ähnlichen Tagesablauf aufweisen hinsichtlich der Verhaltenszustände der Säuglinge, während sich die Kinder der Wessel-Kolikgruppe (WK) deutlich von ihnen unterscheiden. Im Vergleich zu den beiden anderen schliefen die Kinder der WK insgesamt weniger und verbrachten deutlich mehr Zeit des Tages mit Schreien und Quengeln. Sie wiesen im Vergleich zur KG kürzere ruhige Wachphasen auf. Bezüglich der Dauer der täglichen Fütterphasen unterschieden sich die drei Gruppen nicht.

3.3 Vergleich der drei Gruppen nach Charakteristika der Mütter

Hinsichtlich der sozialen Unterstützung unterschieden sich die Mütter der drei Gruppen nicht voneinander ($F(2,46) = 1.94$). Es ergaben sich keine Gruppendifferenzen in der Skala „Hoffnungslosigkeit“ ($F(2,46) = 2.65$). Auch in der Skala „Erschöpfung“ des GBB fanden sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen ($F(2,46) = 1.06$). Tabelle 4 zeigt die Ergebnisse der Vergleiche der drei Gruppen hinsichtlich Stimulationsverhalten, Verhalten der Mutter, wenn das Baby schreit, mütterlicher Ursachenzuschreibung des Schreiens sowie ihre Gefühle und Gedanken, wenn das Baby schreit.

Tab. 4: Ergebnisübersicht zu den Interviews

Skala	Kontrollgruppe (KG)	Non-Wessel-Kolikgruppe (NWK)	Wessel-Kolikgruppe (WK)	F-Werte Scheffe-Test ¹
Anregung	$\bar{x} = 10,12$ $s = 1,9$ $n = 25$	$\bar{x} = 11,38$ $s = 2,6$ $n = 13$	$\bar{x} = 11,55$ $s = 1,7$ $n = 11$	$F(2,46) = 2.56$ $p = < 0.10$
Nähesuche des Kindes	$\bar{x} = 11,68$ $s = 3,0$ $n = 25$	$\bar{x} = 13,62$ $s = 4,5$ $n = 13$	$\bar{x} = 12,45$ $s = 3,3$ $n = 11$	$F(2,46) = 1.30$ ns
Blähungen	$\bar{x} = 15,04$ $s = 3,1$ $n = 25$	$\bar{x} = 18,92$ $s = 2,6$ $n = 13$	$\bar{x} = 17,45$ $s = 3,8$ $n = 11$	$F(2,46) = 7.00$ $p = < 0.005$ NWK > KG
Unzufriedenheit des Kindes	$\bar{x} = 4,04$ $s = 1,2$ $n = 24$	$\bar{x} = 5,54$ $s = 2,1$ $n = 13$	$\bar{x} = 5,10$ $s = 1,8$ $n = 10$	$F(2,44) = 4.04$ $p = < 0.025$ NWK > KG
Versagen der Beruhigungsversuche	$\bar{x} = 3,84$ $s = 1,1$ $n = 25$	$\bar{x} = 6,15$ $s = 2,1$ $n = 13$	$\bar{x} = 6,36$ $s = 2,0$ $n = 11$	$F(2,46) = 13.50$ $p = < 0.0001$ NWK, WK > KG
Promptes Reagieren der Mutter	$\bar{x} = 5,60$ $s = 2,1$ $n = 25$	$\bar{x} = 4,62$ $s = 2,2$ $n = 13$	$\bar{x} = 3,82$ $s = 1,1$ $n = 11$	$F(2,46) = 3.36$ $p = < 0.05$
Wunsch sich zuzuwenden	$\bar{x} = 10,80$ $s = 1,7$ $n = 25$	$\bar{x} = 10,31$ $s = 2,5$ $n = 13$	$\bar{x} = 10,63$ $s = 1,1$ $n = 11$	$F(2,46) = 0.30$ ns
Gereiztheit	$\bar{x} = 3,84$ $s = 1,0$ $n = 25$	$\bar{x} = 4,62$ $s = 1,7$ $n = 13$	$\bar{x} = 4,45$ $s = 1,1$ $n = 11$	$F(2,46) = 2.06$ ns

Anmerkungen:

In der Tabelle sind jeweils der Mittelwert (\bar{x}), die Standardabweichung (s), die Stichprobengröße (n), die F-Werte (F) und die Irrtumswahrscheinlichkeit (p) angegeben, (ns) bedeutet nicht signifikant.

¹ Dargestellt werden die Ergebnisse des Scheffe-Anschlußtests, die sich mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% als statistisch signifikant erwiesen.

Hinsichtlich des hier betrachteten mütterlichen Stimulationsverhaltens ergab sich, daß die WK- und die NWK-Babys, den Aussagen ihrer Mütter zufolge, in der Tendenz öfter anregend stimuliert werden (Skala „Anregung“).

Hinsichtlich der mütterlichen Kausalattribution des Schreiens ließ sich feststellen: Es gibt keine Gruppenunterschiede bei der Skala „Nähesuche des Kindes“. Sehr signifikante Ergebnisse stellten sich bezüglich der Attribution „Blähungen“ ein. Die Mütter der WK-Kinder unterschieden sich bezüglich dieser Attribution nicht von den Müttern der KG. Die Mütter der NWK-Säuglinge geben dagegen im Vergleich zur KG vermehrt „Blähungen“ als vermuteten Schregrund an.

Auch hinsichtlich der Skala „Unzufriedenheit des Kindes“ zeigte die NWK im Vergleich zur KG signifikant höhere Werte, während der Unterschied zwischen WK und KG nicht signifikant war (vgl. Tab. 4).

Im Bereich Verhalten der Mutter bei Nicht-Hunger-Schreien ihres Säuglings ergaben sich folgende Gruppendifferenzen: „Versagen der Beruhigungsversuche“ gaben sowohl die Mütter der NWK als auch die Mütter der WK deutlich häufiger an als die Mütter der KG. Hinsichtlich des Merkmals „Promptes Reagieren“ zeigte sich, daß die Mütter der WK und NWK zusammen gegenüber den Kontrollgruppenmüttern weniger unmittelbar auf das Schreien reagieren.

Keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen fanden sich hinsichtlich der mütterlichen Gedanken und Gefühle bei Schreien des Kindes: es bestanden keine Gruppenunterschiede in den Skalen „Wunsch sich zuzuwenden“ und „Geiztheit“.

4 Diskussion

Unsere Studie leistet einen Beitrag zur Klärung kindlicher und mütterlicher Merkmale in den Fällen, in denen wegen exzessivem Schreiens des Säuglings ärztliche Hilfe gesucht wurde.

Es wurden Mütter, die das Ausmaß des Schreiens ihres Säuglings einem/er Kinderarzt/ärztin als Problem vortrugen, einer Gruppe ohne „Schreiprobleme“ des Säuglings gegenübergestellt. Die Gruppen waren nach soziodemographischen Merkmalen vergleichbar.

Der Definition WESSELS entsprechend und in Anlehnung an die Arbeit von BARR et al. (1992) wurde die Gruppe mit „Schreiproblem“ auf der Grundlage einwöchiger Tagebuchaufzeichnungen über die Verhaltenszustände des Säuglings unterteilt.

In beiden „Kolik-Gruppen“ beschrieben die Mütter typischerweise häufig Gelegenheiten, in denen es ihnen nicht gelang, das schreiende Baby zu beruhigen. Daß die Gruppe der besonders viel schreienden Säuglinge (Wessel-Koliker) in nahezu allen der protokollierten Verhaltensbereiche von der Kontrollgruppe differierte, ist weitgehend definitionsbedingt. Bemerkenswert und kaum rückführbar auf das Unterteilungskriterium der Kolikgruppe ist, daß jene Säuglinge mit Schreiproblem, die das Kriterium Wessels nicht erfüllten, sich in keinem der Verhaltensbereiche von den Kontrollen unterschieden. Diese Säuglinge schrien und quengelten weniger, zeigten längere Schlafzeiten und längere Zeiten ruhiger Wachheit als die Säuglinge mit Wessel-Koliken.

Für die Schreizeiten der sogenannten WK, NWK und KG-Babys ließen sich die Ergebnisse von BARR et al. (1992) bestätigen. Die Befunde hinsichtlich der deutlich differierenden Schlaf- und Wachzeiten unterstreichen die Distinktheit der Gruppen. Festgehalten werden kann, daß innerhalb der Gesamtgruppe der wegen exzessiven Schreiens kinderärztlich vorgestellten Säuglinge zwei bedeutsame Subgruppen bestehen: Eine Subgruppe läßt sich von „normalen“ Babys in keinem der Verhaltensparameter abheben (NWK). Eine weitere Subgruppe (WK) zeichnet sich auch gegenüber ersterer durch erhöhte tägliche Schreidauer, durch geringere tägliche Schlafdauer und

durch eine Einschränkung der Zeiten ruhiger Wachheit aus. Entsprechend den Überlegungen von TREEM (1994) und BARR (1991) erscheint es wahrscheinlich, daß die Gruppe der Säuglinge mit „Schreiproblem“ hinsichtlich der Symptomatik und des zugrunde liegenden Ursache-Wirkungsgefüges heterogen ist.

Die Merkmale der WK-Säuglinge korrespondieren mit der Beschreibung charakteristischer neurologischer Unreifezeichen bei Neugeborenen, bei denen BRAZELTON (1990) zufolge ein erhöhtes Risiko besteht, einige Wochen später Koliken zu entwickeln. Dieser „Neugeborenentyp“ zeichnet sich durch mangelnde Statekontrolle und die Unfähigkeit, ruhige Wachheit aufrechtzuerhalten und niedrige Schwellen für endogene und exogene Reize aus. PAPOUŠEK (1985, 1990) und SLOMAN et al. (1990) problematisieren die Einschränkung der Zeiten ruhiger Wachheit bei Säuglingen mit Koliken. Aufgrund der damit einhergehenden Einschränkung der Lernzeiten in der Mutter-Kind-Interaktion bestehe ein Entwicklungsrisiko. Berücksichtigt man, daß die Mütter dieser Kolik-Babys im Vergleich zur Kontrollgruppe weniger prompte Reaktionen auf das Schreien beschreiben (die Ursachen hierfür seien dahingestellt), so läßt sich neben der Einschränkung der Lernzeiten auch eine Einschränkung der Lerngelegenheiten annehmen. Bei Vorliegen dieser Konstellation – Säuglinge mit geringer Verhaltensregulationsfähigkeit und geringer Responsivität der Bezugsperson – besteht PAPOUŠEK (1989) zufolge die Gefahr einer progressiv problematischen Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung. Die Mütter dieser Koliksäuglinge unterscheiden sich jedoch von den Kontrollen ansonsten nicht. Weder Depressionsneigung, noch Erschöpfung, noch Mangel an sozialer Unterstützung, noch Kognitionen oder affektive Reaktionen auf das Schreien erwiesen sich in irgendeiner Weise charakteristisch für diese Mütter. Anhaltspunkte dafür, daß elterliche Merkmale, wie es die Interaktionsmodelle von PAPOUŠEK (1989) und CAREY (1984) nahelegen, die Schreiproblematik verstärken, ergaben sich in der vorliegenden Untersuchung nicht.

In der Gruppe der Säuglinge mit Schreiproblem, die sich weder hinsichtlich der täglichen Dauer des Schreiens noch hinsichtlich des Schlaf- und Wachverhaltens von „normalen“ Säuglingen unterschieden (NWK), zeigte sich für die mütterlichen Merkmale ein etwas anderes Bild. Es bestanden deutliche Unterschiede zur KG in der Kausalattribution des Schreiens. Die Mütter der NWK-Säuglinge waren verstärkt der Ansicht, daß das Baby aufgrund von Blähungen und hiermit verbundenen Schmerzen schreie. Andere Arten von körperlicher Mißempfindung werden von den Müttern gleichzeitig ausgeschlossen, oder sie waren der Meinung, daß es keinen Grund habe zu schreien und ärgerlich und unzufrieden mit der Mutter sei.

Die Mütter machten bei ihren Versuchen, das Baby zu beruhigen, häufig die Erfahrung zu versagen. Auch auf das Angebot von Nähe (Wiegen im Arm) reagiert das Baby nach Angaben der Mütter nicht. Es besteht die Möglichkeit, daß die Mütter dieser Gruppe im besonderen Maße durch das wenn auch nicht deutlich erhöhte doch nicht zu beruhigende Schreien des Säuglings beunruhigt und gekränkt sind. Die Ursache wird mit der Erklärung, das Baby habe Blähungen und Schmerzen und der These, es sei grundlos unzufrieden eindeutig im Kind lokalisiert. Konsequenterweise wird von den Müttern hierzu ein Pädiater konsultiert. Liegt die Ursache im Kind, so kann ein Erwägen potentiell persönlich, mütterlichen Versagens entfallen und emotionale Verunsicherung respektive Depressionsneigung und Erschöpfung kann so vermutlich ver-

mieden werden, was sicherlich wünschenswert ist. Es ist jedoch wahrscheinlich, daß das vergleichsweise wenig kontingente Reagieren auf die Schreismale des Säuglings ebenfalls eine Folge dieser Attribution ist.

Für die Praxis bedeutet dies, daß der konsultierte Kinderarzt, neben einer Aufklärung über die Symptomatik, Entlastung und Beruhigung der Eltern, die Empfehlung geben sollte, Überstimulation des Säuglings zu vermeiden und seine friedliche, ruhige Wachheit mit Dialogen, Spielen und Schmusen effektiver zu nutzen (WOLKE et al. 1994). Beide „Kolik-Gruppen“ sollten des weiteren darüber informiert werden, daß das Kind durch promptes Reagieren auf das Schreien nicht verwöhnt wird, sondern dies (vgl. AINSWORTH u. BELL 1977) sogar langfristig gesehen zu einer Verminderung des Schreiverhaltens führt. Müttern eines NWK-Kindes sollte verdeutlicht werden, daß ein Kind in den ersten Lebenswochen niemals seine Mutter ablehnt.

In den meisten Fällen wird die Entlastung und Beruhigung der Eltern als Intervention ausreichen, doch sollte der Kinderarzt jene Mutter-Kind-Paare identifizieren, bei denen intensivere Beratung oder eine Interaktionstherapie nach PAPOUŠEK im Sinne einer Prävention durchgeführt werden sollte.

Literatur

- AINSWORTH, M.D./BELL, S.M. (1977): Infant Crying and Maternal Responsiveness: A Rejoinder to Gewirtz and Boyd. *Child Dev* 48 (4), 1208-1206.
- BARR, R.G./ROTMAN, A./YAREMKO, J./LEDUC, D./FRANCOEUR, T.E./DESILETS, J./DU BERGER, R. (1991): Homage to a Clinical Observation: Empirical Support for Wessel's Definition of „Colic“. *Am. J. Dis. Child* 145, 404 (abstract).
- BARR, R.G./KRAMER, M.S./BOISJOLY, C./Mc VEY-WHITE, L./PLESS, I.B. (1988): Parental Diary of infant cry and fuss behaviour. *Arch. Dis. Child* 63 (1), 380-387.
- BECK, A.T./WEISSMAN, A./LESTER, D./TRELXER, L. (1974): The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42, 861-865.
- BRAZELTON, T.B. (1990): Crying and Colic. *Infant Mental Health Journal* 11 (4), 349-356.
- BRÄHLER, E./SCHEER, J. (1983): Der Gießener Beschwerdebogen (GGB). *Handbuch*. Bern: Huber.
- CALLENSEE, W. (1991): Der „schreiende junge Säugling“. *tägl. prax.* 32, 275-279.
- CAREY, W.B. (1984): „Colic“ – Primary Excessive Crying as an Infant – Environment Interaction. *Pediatr. Clin. North Am.* 31 (5), 993-1005.
- CAREY, W.B. (1972): Clinical applications of infant temperament measurements. *J. Pediatr.* 81 (4), 823-828.
- CAREY, W.B. (1989): Cow's Milk Formula and Infantile Colic. *Pediatrics* 84 (6), 1124-1125.
- CLYNE, P.S./KULCZYCKI, A. JR. (1991): Human Breast milk Contains Bovine IgG. Relationship to Infant Colic? *Pediatrics* 87 (4), 439-444.
- ENGFER, A./GAVRANIDOU, M. (1987): Antecedents and Consequences of Maternal Sensitivity: A Longitudinal Study. In: RAUH, H./STEINHAUSEN, H.-CH. (Hg.): *Psychology and Early Development*, S. 71-99.
- EVANS, R.W./ALLARDYCE, R.A./FERGUSON, D.M./TAYLOR, B. (1981): Maternal diet and infantile colic in breast-fed infants. *Lancet* 1 (June) 1340-1342.
- FIELD, P.A. (1994): A comparison of symptoms used by mothers and nurses to identify an infant with colic. *Int. J. Nurs. Stud.* 31 (2), 201-215.
- FORSYTH, B.W.C./LEVENTHAL, J.M./Mc CARTHY, P.L. (1985): Mothers' Perceptions Of Problems of Feeding and Crying Behaviors. *Am. J. Dis. Child* 139, 269-271.
- FYDRICH, T./SOMMER, G. (1987): Fragebogen zur sozialen Unterstützung – Kurzform (SOZU-K22); Hinweise für die Auswertung. *Informationsblatt des Fachbereichs Psychologie der Phillips – Universität Marburg*, Juni 1987.

- FYDRICH, T./SOMMER, G./MENZEL, U./HÖLL, B. (1987): Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Kurzform; SOZU-K22), Kurzbericht. Zeitschrift für klinische Psychologie XVI Heft 4, 434-436.
- HOGDALL, C.K./VESTERMARK, V./BIRCH, M./PLENOV, G./TOFTAGER-LARSEN, K. (1991): The significance of pregnancy, delivery and postpartum factors for the development of infantile colic. *J. Perinat. Med.* 19 (4), 251-257.
- HIDE, D.W./GUYER, B.M. (1982): Prevalence of infant colic. *Arch. Dis. Child* 57 (7), 559-560.
- HILL, D.J./HUDSON, I.L./SHEFFIELD, L.J./SHELTON, M.J./MENAHEM, S./HOSKING, C.S. (1995): A low allergen diet is a significant intervention in infantile colic: Results of a community based study. *J. Allergy Clin. Immunol.* 96 (6 Pt 1), 886-92.
- ILLINGWORTH, R.S. (1954): Three Month' Colic. *Arch. Dis. Child* 29, 165-174.
- JAKOBSSON, I./LINDBERG, T. (1978): Cow's milk as a cause of infantile colic in breast-fed infants. *Lancet* 2, 437-439.
- KRAMPEN, G. (1979): Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten – Ihre Messung durch einen Kurzfragebogen (H – Skala): *Medizinische Psychologie* 5, 39-49.
- LAKIN, M. (1957): Personality factors in mothers of excessively crying (colicky) infants. *Monogr. Soc. Res. Child Dev.* 22, 7-15.
- LAWS, H.F. (1991): To the editor: Effect of lactase on infantile colic. *J. Pediatr.* 118 (6), 993.
- LOTHE, L./LINDBERG, T./JAKOBSSON, I. (1982): Cow's Milk Formula as a Cause of Infantile Colic: A Double – Blind Study. *Pediatrics* 70, 7-10.
- LOTHE, L./LINDBERG, T. (1989): Cow's Milk Whey Protein elicits Symptoms of Infantile Colic in Colicky Formula – Fed Infants: A Double – Blind Crossover Study. *Pediatrics* 83, 262-266.
- VON LÜPKE, H. (1986): Zur Psychosomatik im frühen Säuglingsalter. Dargestellt am Beispiel der „Dreimonatskoliken“. In: ZAUNER, J./BIERMANN, G. (Hg.): *Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen*. München: Reinhardt, S. 76-86.
- MILLER, A.R./BARR, R.G./EATON, W.O. (1993): Crying and Motor Behavior of Six – Week – Old Infants and Postpartum Maternal Mood. *Pediatrics* 92 (4), 551-558.
- MILLER, A.R./BARR, R.G. (1991): Infantile Colic Is It a Gut issue? *Pediatr. Clin. North Am.* 38 (6), 1407-1423.
- MOORE, D.J./ROBB, T.A./DAVIDSON, G.P. (1988): Breath hydrogen response to milk containing lactose in colicky and non colicky infants. *J. Pediatr.* 113 (6), 979-984.
- O'DONAVAN, J.C./BRADSTOCK, A.S. (1979): The Failure of Conventional Drug Therapy in the Management of Infantile Colic. *Am. J. Dis. Child* 133, 999-1001.
- PAPOUŠEK, M. (1989): Affektive Verhaltensregulation des Säuglings in der Eltern – Kind – Interaktion. In: PACHLER, M.J./STRAßBURG, H.–M. (Hg.): *Der unruhige Säugling*. Lübeck: Hansisches Verlagkontor, S. 203-221.
- PAPOUŠEK, M. (1985): Beobachtungen zur Auslösung von Schreiepisoden im frühen Säuglingsalter. *Sozialpädiatrie* 7 (2), 86-92.
- PAPOUŠEK, M./PAPOUŠEK, H. (1990): Excessive infant crying and intuitive parental care: Buffering support and its failures in parent-child interaction. *Early Child Development and Care* 65, 117-126.
- PARADISE, J.L. (1966): Maternal and other factors in etiology of infantile colic. *JAMA* 197, 123-131.
- PARKER, S.J./BARRETT, D.E. (1992): Maternal Type A Behavior during pregnancy, Neonatal Crying, and Early Infant Temperament: Do Type A Women have Type A Babies? *Pediatrics* 89 (3), 474-479.
- RAUTAVA, P./HELENIUS, H./LEHTONEN, L. (1993): Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *BMJ* 307, 600-604.
- SEIDLER, E. (1989): Der unruhige Säugling als historisches und anthropologisches Problem. In: PACHLER, M.J./STRAßBURG, H.–M. (Hg.): *Der unruhige Säugling*. Lübeck: Hansisches Verlagkontor, S. 16-24.
- SLOMAN, J./BELLINGER, D.C./KRENTZEL, C.P. (1990): Infantile colic and Transient Developmental Lag in the First Year of Life. *Child Psych. Hum. Dev.* 21 (1), 25-36
- SPITZ, R.A. (1992): Vom Säugling zum Kleinkind. *Naturgeschichte der Mutter – Kind – Beziehungen im ersten Lebensjahr*; 10. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- ST. JAMES-ROBERTS, I./HURRY, J./BOWYER, J./BARR, R.G. (1995): Supplementary Carrying Compared With Advice to Increase Responsive Parenting as Interventions to Prevent Persistent Infant Crying. *Pediatrics* 95 (3), 381-388.
- STAHLBERG, M.R. (1984): Infantile colic: Occurrence and risk factors. *Eur. J. Pediatr.* 143, 108-111.

- THACKER, S. (1993): Infantile colic and parental stress. *BMJ* 307 (2), 869
- TREEM, W.R. (1994): Infant Colic. A Pediatric Gastroenterologist's Perspective. *Pediatr. Clin. North Am.* 41 (5), 1121-1138.
- WESSEL, M.A./COBB, J.C./JACKSON, E.B./HARRIS, G.S./DETWILER, A.C. (1954): Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called „colic“. *Pediatrics* 14 (5), 421-434.
- WOLKE, D./GRAY, P./MEYER, R. (1994): Exzessive Infant Crying: A Controlled Study of Mothers Helping Mothers. *Pediatrics* 94 (3), 322-332.

Anschrift der Verfasser/innen: Dr. Ursula Pauli-Pott, Abteilung für Medizinische Psychologie der Justus-Liebig-Universität Gießen, Friedrichstr. 36, 35392 Gießen.