

Diagnose und nosographische Klassifikation in der kinderpsychiatrischen Epidemiologie

W. Bettschart

Service universitaire de psychiatrie d'enfants et d'adolescents (Méd. Dir.: Prof. R. Henny;

W. Bettschart, PD) Lausanne

Obwohl die nicht infektiöse Epidemiologie noch eine relativ junge Wissenschaft ist, können wir heute unsere Forschungsprogramme auf umfassende und zuverlässige Publikationen aufbauen (Hare and Wing [4]; Rutter [11]; Srole [16]; Strotzka [17]; Shepherd [14]). Wir äussern uns auch heute weniger pessimistisch über Möglichkeiten epidemiologischer Psychiatrie, als es noch vor einigen Jahren Reid [9], Lin and Standley [8] getan haben. Shepherd [13] hat seinerseits 1971 postuliert, dass der epidemiologischen Forschung der erste Platz in der psychiatrischen Forschung zukommen soll.

Die epidemiologische Forschung stellt recht komplexe Probleme, zu deren Überwindung Kliniker und mehr wissenschaftlich orientierte Theoretiker zusammenarbeiten müssen. Die gestellten Aufgaben können nur in einem Arbeitsteam von Ärzten, Psychologen und Soziologen angegangen werden. Ein Statistiker, der mit den modernsten Methoden der Statistik und Computer-Programmierung vertraut ist, hat nicht nur ein wesentliches Wort bei der Auswertung, sondern auch in der Phase der Planung und der Durchführung des Forschungsprojektes zu sagen. Die vorgesehene Datenverarbeitung trägt wesentlich zur klinischen Arbeitsmethode bei und erlaubt eine zweckmässige und rationelle Erhebung der einzelnen Untersuchungen. Die Entwicklung der Multivariationsanalyse (Faktoren-Analyse, cluster analysis, diskriminierende Funktionsanalyse) haben neue Wege zum Verständnis des Diagnosenprozesses und der Epidemiologie eröffnet (Report of International Schizophrenic Study [10]; R. E. Kendell [6]; L'étude de l'enfant en phase de latence [3]).

Es ist verständlich, dass Gesundheitsbeamte, Klinikleiter, Forschungskommissionen, die Projekte finanzieren, über konkrete Ergebnisse epidemiologischer Erhebungen verfügen wollen. Die angewandte Epidemiologie mag solche Erwartungen wohl zum Teil befriedigen. Wir dürfen aber nicht vergessen, dass wir in der Forschung zunächst noch wesentliche methodologische Probleme zu lösen haben, wenn wir uns nicht mit Einzelaussagen und phänomenologischen Feststellungen zufrieden geben wollen.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit einem der Aspekte der epidemiologischen Forschung, nämlich mit demjenigen der Diagnose und Klassifikation. Die Diagnose ist keine einfache numerische Gegebenheit. Es wäre auch naiv zu behaupten, dass sie einen einfachen, sachlich objektivierenden Tatbestand wiedergibt. Die Diagnose ist das Resultat eines komplexen

Die Diagnose ist einer der Pfeiler der epidemiologischen Forschung. Dürfen wir ihrem klinischen und wissenschaftlichen Wert vertrauen?

Prozesses, in welchem der Zustand des Patienten, die Arzt-Patienten-Beziehung, die Persönlichkeit, Ausbildung und Verankerung in einer bestimmten psychiatrischen Schule des Untersuchers sich widerspiegeln. Wir haben in einer früheren Arbeit die verschiedenen Veröffentlichungen, die sich mit der Bedeutung der Diagnose («Etiquette», Ausgangspunkt für die Therapie usw.) in der Kinderpsychiatrie befassen, zusammengefasst (Bettschart [2]). Wir weisen hier nur auf einige grundlegende Forderungen hin:

1. Die Diagnose *allein* hat einen ungenügenden operationellen Aussagewert, da sie nichts über den Schweregrad der Krankheit aussagt. Ohne Berücksichtigung dieser Variablen erscheint z. B. das zwangsneurotische Kind, welches infolge seiner Krankheit nicht mehr die Schule besuchen kann, und dasjenige, das äusserlich angepasst, aber innerlich gehemmt ist, in der gleichen Kategorie.

2. Diagnose und Klassifikation sollten sich nicht auf eine einfache Aufzählung von Symptomen beschränken wie z. B. Enuresis, psychomotorische Unruhe, Linkshänder usw. Wir sollten im Gegenteil eine gewisse Hierarchie respektieren, die erlaubt, gleichrangige Parameter zu vergleichen. Eine solche Hierarchie ist z. B. gegeben durch die Erfassung der Symptome, der Syndrome und schliesslich der Diagnose.

3. Diagnose und nosographische Klassifikation müssen genügend differenziert sein, damit die verschiedenen psychischen Affektionen erfasst werden können. Andererseits besteht die Gefahr, dass die Diagnose jede Signifikation verliert, wenn sie nur die grossen nosographischen Klassen erfasst, wie z. B. Schizophrenie, Neurose usw.

4. Es ist bekannt, dass die Diagnosenstellung von der psychiatrischen Schule abhängt. Daher ist es unumgänglich, dass sie von einem Glossar, einem nosographischen und psychodiagnostischen Wörterbuch, begleitet ist, um den Aussagewert vergleichender Studien zu erhöhen.

5. Die Diagnose gewinnt an epidemiologischer Bedeutung durch die Erfassung von ergänzenden Angaben, wie Alter, Geschlecht, Stellung in der Geburtenreihe, legale und soziale Situation der Familie, Anlass der

Konsultation, Überweisungsstelle, Prognose und Behandlungsplan.

6. Die grossen Schwierigkeiten und die ungenügende Analysierung des Diagnosenprozesses hat verschiedene Forscher dazu bewegt, von einer absoluten Taxonomie in der Psychiatrie zu träumen. Wir schliessen uns eher *J. de Ajuriaguerra* [1] an; er schreibt, dass eine Taxonomie nur insofern gültig ist, wenn sie eine Kommunikabilität erlaubt und gleichzeitig ein operationelles Ziel verfolgt.

Wir haben uns in Lausanne in diesem Sinne auf eine mehr pragmatisch-praktische Arbeitsmethode eingerichtet und das drei-axiale Diagnosenschema übernommen wie es von *M. Rutter* 1969 [12] beschrieben wurde (im französischen Sprachbereich von *S. Lebovici* und *R. Sadoun* [7]).

Im folgenden sind 4 Möglichkeiten aufgezeichnet, die erlauben, Diagnose und Diagnosenprozess besser zu studieren: Diagnostikseminar, vergleichende Studien verschiedener kinderpsychiatrischer Dienste, vergleichende Studie der Felderhebungen und Fallregisterdaten sowie Longitudinalstudien von Diagnosen.

1. Diagnostikseminar

Seit mehreren Jahren werden solche Seminarien auf nationaler und internationaler Ebene dank der Initiative von *Dr. N. Sartorius* von der Weltgesundheitsorganisation durchgeführt; für die Ergebnisse verweisen wir auf *J. K. Wing* [18] und *M. Shepherd et al* [15] hin.

Im folgenden geben wir die Resultate einer Fallbearbeitung wieder, welche einerseits im Rahmen eines Seminars der schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, andererseits durch den kinderpsychiatrischen Dienst des Kantons Waadt behandelt wurde. Die erste Gruppe umfasste 31 Ärzte, die zweite Gruppe 37 Teilnehmer (Ärzte, Psychologen, Logopädisten, Sozialarbeiter). Die Teilnehmer erhielten als Indikation das Geburtsdatum des Mädchens und konnten anschliessend in einer Video-tape-Aufnahme eine ca. 40 Minuten dauernde Besprechung des sechsjährigen Kindes in Anwesenheit seiner Mutter mit dem Arzt verfolgen. Unmittelbar nach dem Video-tape und ohne Diskussionsmöglichkeit wurde den Teilnehmern ein Fragebogen vorgelegt, der mehrere

Tabelle I Diagnosen-Seminar: Auszug aus Fragebogen

	Ja	Nein
	* =	* =
Verhalten		
Hyperaktivität	1 (7)	29 (30)
Passivität	9 (10)	22 (27)
Impulsivität	1 (2)	29 (35)
Aggressives Verhalten	– (2)	29 (35)
Merkwürdiges Verhalten	7 (11)	23 (26)
Ungeschicklichkeit	1 (5)	29 (32)
Unfreiwillige Bewegung	6 (8)	22 (28)
Globale Beurteilung des Verhaltens	Normal 13 (15)	Abnormal 11 (10)
Andere Beobachtungen (in Stichworten)	Ohne Angabe 7 (12)	
Affektivität	Vorhanden	Abwesend
Angst	5 (9)	25 (25)
Ängstlichkeit	22 (21)	7 (11)
Reizbarkeit	3 (1)	27 (35)
Feindlichkeit	6 (7)	24 (30)
Depression	20 (16)	10 (19)
Exaltiertheit	0 (0)	28 (37)
Labilität	2 (3)	28 (32)
Andere Beobachtungen (in Stichworten)		
Soziale Interreaktionen	Ja	Nein
Suche nach Kontakt mit Arzt	11 (8)	15 (29)
Zurückhaltung gegenüber Arzt	17 (35)	12 (2)
Zurückgezogenheit	16 (22)	14 (14)
Beziehung zum Erwachsenen	Gut 1 (4)	Mässig gestört 27 (30)
		Schwer gestört 3 (2)
Soziale Reifung	Gut 5 (7)	Mässig gestört 29 (22)
		Schwer gestört 1 (1)

* Erste Zahlen: Schweiz. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie: 31 Teilnehmer (Ärzte)
 = Zahlen in Klammern: Kinderpsychiatrischer Dienst des Kt. Waadt: 37 Teilnehmer (Ärzte, Psychologen, Logopädisten, Sozialarbeiter)

Items betreffend des Verhaltens, der Kommunikation (Sprache), der Affektivität, der intellektuellen Fähigkeiten und der sozialen Interaktion umfasste. Wir geben hier (Tabelle I) aus dem Fragebogen die Resultate von drei Sektoren wieder: Verhalten, Affektivität und soziale Interaktion (die Zahlen in den Klammern beziehen sich auf die Ergebnisse des kinderpsychiatrischen Dienstes). Wir können zu diesem Fragebogen folgende Bemerkungen machen:

1. Keiner der Teilnehmer hat alle Fragen beantwortet. Es ist möglich, dass gewisse Teilnehmer Schwierigkeiten hatten, weil sie nicht in direktem Kontakt mit dem Patienten waren und sich in der Beurteilung auf eine Fremdbeobachtung stützen mussten. Man kann immerhin notieren, dass die Enthaltungen relativ selten sind.

2. Wir können im allgemeinen eine relativ gute Übereinstimmung der Beobachtungen notieren. Es ist hingegen auffallend, dass wichtige Parameter sehr gegensätzlich beurteilt wurden. Das Verhalten wird von ebensovielen Teilnehmern als normal wie abnormal betrachtet. Wir finden die gleiche Schwierigkeit in der Beurteilung der sozialen Interaktionen: Suche nach Kontakt, Zurückhaltung, Zurückgezogenheit.

3. Die Resultate des kinderpsychiatrischen Dienstes zeigen zum Teil die gleichen Eigenheiten. Man hätte erwarten können, dass die Spezialisten einer Poliklinik, die täglich zusammen arbeiten, homogenere Beobachtungsergebnisse zeigen als Kinderpsychiater, die sich aus der ganzen Schweiz zusammenfinden, ver-

schiedenen Schulen und verschiedenen Funktionen angehören. Wir können immerhin notieren, dass die Mitarbeiter des kinderpsychiatrischen Dienstes sich eindeutiger für ein normales Verhalten als für ein abnormales Verhalten ausgesprochen haben. Ebenso ist die Aussage betreffend den sozialen Interaktionen bestimmter als für die Kinderpsychiater. Die internationalen Studien zeigen, dass eine bessere, aber nicht vollständige Übereinstimmung im Laufe eines Seminars zustandekommt, die wir hier in der homogenen Beurteilung durch die Mitarbeiter des gleichen Dienstes wiederfinden.

Wenn wir diese Resultate betrachten, können wir uns sowohl einem relativen Optimismus hingeben, indem wir die Übereinstimmungen in den Vordergrund stellen, als auch uns pessimistisch mit dem Hinweis auf grobe Widersprüche zurückziehen, z. B. wenn ein (vier) Beobachter aussagt, dass die Beziehung zum Erwachsenen gut ist, während drei (zwei) finden, dass sie schwer gestört ist.

Als Arbeitshypothese zum Studium der Beobachtung können wir folgende Variablen anführen: ungeeigneter Fragebogen; ungenügende Definition der verschiedenen Stichwörter; Schwierigkeit der Beurteilung einer Untersuchung, die durch eine dritte Person durchgeführt wurde; verschiedene Formulierung je nach Ausbildungsstand und Ausbildungstyp der Beurteiler.

Nach der Ausfüllung des Fragebogens wurden die Teilnehmer gebeten, ihre vorläufige Diagnose in freier

Tabelle II Diagnosen-Seminar: Auszug aus Diagnosen-Schema nach Rutter

*	=		First axis
6	(1)	1.0	Adaptation reaction
7	(4)	2.2	Speech and language disorder
3	(1)	2.5	Enuresis (as isolated disorder)
1	(0)	3.0	Conduct disorder
24	(25)	4.0	Neurotic disorder
0	(1)	5.1	Psychosis infantile
7	(2)	6.0	Personality disorder
48	(34)		
			Second axis
29	(28)	0	Normal or above normal
2	(4)	1	Mild subnormality
0	(1)	2	Moderate subnormality
31	(33)		
			Third axis
7	(16)	0.0	No known associated or etiological factor
5	(1)	0.9	Developmental disorder
0	(1)	10	Any other somatic disorder
7	(2)	11	Any major environmental factor of a social or material nature
18	(13)	12	Any major environmental factor of an emotional or attitudinal nature
1	(0)		Without indication
38	(33)		

* Erste Zahlen: Schweiz. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 = Zahlen in Klammern: Kinderpsychiatrischer Dienst des Kt. Waadt

Formulierung wiederzugeben. Es zeigte sich, dass die Diagnose eine grössere Übereinstimmung brachte als die Beschreibung der Beobachtung. Der Prozess von der Beobachtung zur Diagnosestellung ist noch kaum studiert worden und bedarf einer weiteren Abklärung. Nach dieser 1. Phase wurde den Teilnehmern eine genaue Anamnese mit ergänzenden Untersuchungsdaten gegeben. Sie hatten auch die Möglichkeit, über den Fall und die ersten Ergebnisse reichlich zu diskutieren. Anschliessend wurden sie gebeten, erneut die Diagnose in freier Formulierung auszufüllen; die Auswertung zeigte, dass kaum neue Elemente aufgeführt wurden. Zum Abschluss wurde das Klassifikationsschema von Rutter [12] vorgelegt (Tabelle II).

Wir können dazu folgende Feststellungen machen:

1. Die Informationen, die wir mittels des Klassifikationsschemas erhalten, sind relativ arm, besonders wenn wir sie mit den freien Diagnosen und dem Fragebogen vergleichen.
2. Die Kinderpsychiatern haben für die erste und dritte Achse mehrere Items benützt (48 resp. 38 Markierungen für 31 Teilnehmer). Es herrschte der Eindruck vor, dass die Vereinfachung der klinischen Gegebenheiten in eine recht starre und abstrakte Formulierung der Wirklichkeit nicht gerecht wurde. Die Schwierigkeit, den Schritt vom affektiven Erleben zwischenmenschlicher Beziehungen zum sachlichen Diagnosenbegriff zu wagen, hielt andererseits mehrere Mitarbeiter des kinderpsychiatrischen Dienstes von der Ausfüllung des Schemas ab (34 resp. 33 Markierungen für 37 Teilnehmer).
3. Die Kinderpsychiatern haben in der ersten und dritten Achse eine viel weitere Streuung als die Mitarbeiter, die im gleichen Dienst zusammenarbeiten: zwei Drittel der Mitarbeiter des kinderpsychiatrischen Dienstes nehmen eine neurotische Störung an, dies ist nur für rund die Hälfte der Kinderpsychiatern der Fall. Auch für die dritte Achse sind die Ergebnisse des kinderpsychiatrischen Dienstes einheitlicher, gleichzeitig aber auch widersprüchlicher, indem ungefähr die Hälfte der Anwesenden sich für die Abwesenheit eines ätiologischen Faktors und die andere Hälfte sich für einen klaren, umweltsbedingten Faktor ausspricht.
4. Wir können feststellen, dass die zweite Achse, welche die intellektuelle Entwicklung erfasst, keine grösseren diagnostischen Schwierigkeiten darstellt.

2. Vergleichende Studien kinderpsychiatrischer Dienste

Eine interessante Möglichkeit, die diagnostischen Prozesse besser zu verstehen, besteht in der vergleichenden Datenerhebung verschiedener kinderpsychiatrischer Dienste. Dieses Vorgehen verlangt ausserordentlich grosses Verständnis aller Mitarbeiter. Wir haben einen solchen Versuch vor einigen Jahren mit dem kinderpsychiatrischen Dienst in Brüssel (Universitätsspital Brugmann), demjenigen des 13. Arrondissement von Paris (Centre Alfred Binet) und unserem Dienst vorgenommen (E. Jongen et al. [5]). In methodologischer Hinsicht müssen wir betonen, dass wir mehrere Monate zur Harmonisierung unserer Klassifikationsschemen und des Glossars brauchten, bevor wir zur klinischen Arbeit und zur Datenerhebung schreiten konnten. Die Motivierung der klinischen Mitarbeiter, für jedes Kind in einem bestimmten Zeitraum regelmässig einen Fragebogen auszufüllen, stellte keine geringe Arbeit dar. Schliesslich müssen wir noch die regelmässigen, recht kostspieligen Treffen der 3 Arbeitsequipen erwähnen, die fortlaufend erlaubten, Erfahrungen auszutauschen und die Zuverlässigkeit der Diagnosen durch Video-tape-Untersuchungen zu prüfen. Diese Arbeitsmethode wirkte sich sehr fruchtbar, nicht nur für das Forschungsprogramm, sondern für den ganzen Dienst, aus.

Tabelle III gibt die Befunde der erstkonsultierenden Patienten in Prozenten wieder, wie sie für sie sieben- bis dreizehnjährigen Kinder in den drei Polikliniken erhoben wurden.

1. Die Resultate liegen für die verschiedenen Störungen recht verschieden. Zur Erklärung können wir uns nicht einfach auf die unterschiedliche Inzidenz oder Prävalenz in den drei Ländern berufen. Dies mag vielleicht der Fall sein für die geistige Behinderung (9,9 % in Brüssel, 3,4 % im Kanton Waadt), da es scheint, dass in Brüssel die geistig retardierten Kinder relativ spät erfasst werden.

2. Gewisse Unterschiede haben mit den besonderen lokalen Verhältnissen oder mit der spezifischen Tätigkeit des kinderpsychiatrischen Dienstes zu tun. So werden z. B. in Paris nur wenige himorganisch gestörte Kinder der Poliklinik überwiesen, da sie vom Spital aus ambulant weiterversorgt werden. Die relativ grosse Zahl psychosomatischer Störungen in Brüssel

Tabelle III Vergleichende Studie der Diagnosen in Prozenten Fallregistrierdaten (Neue Fälle 7–13jährige Kinder)

Diagnose	Brüssel	Paris 13. Arr.	Kanton Waadt
Normalität	4,5	5,5	10,3
Reaktive Störungen	15,7	3,9	13,8
Spezifische Entwicklungsstörungen	22,4	18,1	18,7
Neurotische Störungen	32,3	37,5	40,4
Charakter- und Persönlichkeitsstörungen	5,8	12,3	7,9
Psychotische Störungen	3,1	8,1	1,0
Psychosomatische Störungen	2,2	0,3	0,5
Himorganische Störungen	1,3	0,6	2,5
Geistige Behinderung	9,9	5,8	3,4
Andere	2,6	7,8	1,5

Tabelle IV Diagnose: Feldstudie und Fallregisterdaten 9jähriger Kinder

Diagnose	Feldstudie 1. N=300		Feldstudie 2. N=255		3. Erstmalige Konsultation N=169	
	N	%	N	%	N	%
Normalität	105	35,0	101	39,6	17	10,0
Reaktive Störungen	2	0,6	2	0,8	14	8,3
Spezifische Entwicklungsstörungen	11	3,6	5	2,0	33	19,5
Neurotische Störungen	159	53,0	134	52,5	85	50,3
Charakter- und Persönlichkeitsstörungen	6	2,0	6	2,4	9	5,3
Psychotische Störungen	2	0,6	0	0	1	0,6
Psychosomatische Störungen	2	0,6	1	0,4	3	1,8
Hirnorganische Störungen	5	1,6	3	1,2	2	1,2
Geistige Behinderung	1	0,3	0	0	1	0,6
Andere	7	1,8	3	1,2	4	1,8
Total	200		255		169	100,0

1. Alle erfassten 9jährigen Kinder (N=300).
2. Alle erfassten 9jährigen Kinder – Kinder, welche vor der Feldstudie den kinderpsychiatrischen Dienst aufgesucht haben (N=255).
3. Erstmalige Konsultation 9jähriger während der Dauer der Feldstudie (N=169).

hängt damit zusammen, dass die Poliklinik gleichzeitig die pädiatrische Klinik versorgt.

3. Einige Unterschiede müssen von den unterschiedlichen Anschauungen des nosographischen Konzepts her verstanden werden. Sicher hat unser kinderpsychiatrische Dienst nicht mehr normale Kinder (10,3 % Kanton Waadt; 5,5 % Paris; 4,5 % Brüssel), weil die Waadtländer Jugend weniger psychische Schwierigkeiten aufweist als in Brüssel oder Paris, sondern weil wir diesen Begriff viel weiter fassen. Dies ist ebenfalls der Fall für Brüssel (15,7 %) und den Kanton Waadt (13,8 %) in bezug auf die reaktiven Störungen. Paris (3,9 %) weist hier fast einen Viertel weniger Fälle auf. Die Diagnose der neurotischen, der Charakter- und Persönlichkeitsstörungen scheint ebenfalls in den drei Zentren verschieden beurteilt zu werden.

Natürlich finden wir uns hier auf rein hypothetischer Ebene. Solange keine Feldstudien vorliegen, ist es unmöglich zu sagen, wie weit objektive epidemiologische Faktoren eine Rolle spielen und wie weit die unterschiedlichen Diagnosenverteilungen Ausdruck verschiedener nosographischer Konzeptionen ist.

3. Felderhebungen und Fallregistrierdaten

Wir haben Dank der Unterstützung des schweizerischen Nationalfondes eine Feldstudie im Kanton Waadt durchführen können, die eine repräsentative Auswahl von 300 neunjährigen Kindern umfasste (L'étude de l'enfant à l'âge de latence [3]). Die Resultate sind in *Tabelle IV* zusammengestellt. Die erste Kolonne zeigt die Diagnosenverteilung aller 300 erfassten Kinder. Man kann hier von Prävalenz sprechen. Die zweite Kolonne umfasst 255 Kinder; die Zahl von 300 ist hier um 45 Einheiten vermindert, da diejenigen Neunjährigen, die vor oder während der Feldstudie die Konsultation aufgesucht haben, ausge-

klammert sind. Es handelt sich um die Inzidenz. Die dritte Kolonne umfasst alle neunjährigen Kinder, die während der Dauer der Feldstudie zum erstenmal die kinderpsychiatrische Poliklinik aufgesucht haben.

Wenn wir annehmen, dass die Diagnosenstellung im Rahmen der Feldstudie und der Konsultation relativ einheitlich war, so müssen wir feststellen, dass die Fallregistrierdaten ein verzerrtes Bild der objektiven epidemiologischen Situation geben. Nach diesen Erhebungen haben ungefähr 15 % der Kinder, die pathologische Symptome aufweisen, die Poliklinik aufgesucht. Wir sehen hier deutlich, dass die Diagnose allein in der Kinderpsychiatrie nur einen relativ beschränkten Aussagewert hat. Unsere Untersuchungen haben gezeigt, dass wir im klinischen Bereich den Begriff des Schweregrades zur Diagnose anführen müssen und so bei jeder Diagnose die Gravität der Erkrankung oder die Behandlungsbedürftigkeit zu notieren haben. Es scheint uns für zukünftige Arbeiten zur Diagnose und Klassifikation in der Kinderpsychiatrie unumgänglich, dass dieser Aspekt mitberücksichtigt wird. Selbstverständlich wird dieser Parameter zusätzliche Schwierigkeiten in der Beurteilung und der Definition bringen. Für die Schweizer Verhältnisse können wir hier auf die Kreisschreiben über Verhaltensstörungen und Sprachgebrechen im Rahmen der Invalidenversicherung hinweisen.

4. Die Diagnose in longitudinaler Sicht

Wir haben zu kontrollieren, inwiefern die Diagnose innerhalb eines kinderpsychiatrischen Dienstes stabil bleibt oder sich infolge verschiedener Umstände verändert. Wir haben in den letzten Wochen begonnen, die Daten unseres kinderpsychiatrischen Dienstes, die wir seit 1970 systematisch gesammelt haben, auszuwerten. Die Geschlechtsverteilung, $\frac{2}{3}$ Knaben, $\frac{1}{3}$ Mädchen, das Eintrittsalter und die Anzahl Erstkon-

sultierender bleibt über diesen Zeitabstand praktisch unverändert.

In der *Tabelle V* ist die Diagnosenverteilung von 1970 bis 1975 aufgezeichnet. Eine 1. Analyse ergibt, dass gewisse signifikante Änderungen eingetreten sind. Eine Multivariations- und Trend-Analyse steht jedoch noch aus.

Wenn wir den recht komplizierten Vorgang des Diagnosenprozesses sowie die Schwierigkeiten zu einer übereinstimmenden Diagnose zu kommen berücksichtigen, so sind wir erstaunt über die relative Konstanz, die innerhalb eines Dienstes die Diagnosenverteilung aufweist.

Es zeigt sich hier statistisch und über Jahre, was wir im Diagnostikseminar feststellen konnten, dass Mitarbeiter des gleichen Dienstes eine relativ homogene Diagnose stellen. Es wird also notwendig sein, dass die Forschungsteams und die betreffenden Dienste sich zusammenschließen, wenn wir auf breiter Basis vergleichbare epidemiologische Studien unternehmen wollen. Es handelt sich um eine Aufgabe auf lange Sicht, die Ausdauer, persönliche Kontakte, Zeit und Geld kostet.

Zusammenfassung

Die psychiatrische Epidemiologie baut sich auf klinischer Erfahrung und wissenschaftlicher Forschung auf; die beiden Gebiete stellen keine Antinomie sondern eine Ergänzung dar. Verschiedene Aspekte bedürfen eingehender Studien, wie zum Beispiel derjenigen der Diagnose. So ist die Diagnose als Resultat eines recht komplizierten Prozesses noch kaum studiert worden. Dies soll uns nicht verleiten, pessimistisch aufzugeben oder pseudowissenschaftlich so zu tun, als ob wir diese Probleme beherrschten. Die bisherigen Untersuchungen zeigen, dass die Diagnose ohne Rücksicht auf ergänzende und spezifische Erhebungen ungenügenden Aussagewert zukommt. In methodologischer Hinsicht erlauben Video-tape- und Fallbesprechungen, den Diagnosenprozess zu studieren. Felduntersuchungen, vergleichende Studien der Fallregisterdaten verschiedener Kliniken und Langzeiterhebungen tragen nicht nur zum epidemiologischen Verständnis bei, sondern erlauben auch eine interdisziplinäre und internationale Zusammenarbeit. Alle linearen und kausalen Erklärungen epidemiologischer Phänomene sind verdächtig.

Résumé

Diagnostic et classification nosographique en épidémiologie pédo-psychiatrique

L'épidémiologie psychiatrique a pour base l'expérience clinique et la recherche scientifique; ces deux domaines ne présentent pas d'antinomie mais un complément indispensable. Plusieurs aspects de la recherche épidémiologique nécessitent des études plus approfondies comme par exemple celui du diagnostic en tant que résultat d'un processus relativement compliqué. Les difficultés que nous rencontrons ne devraient pas nous amener à abandonner la recherche ou à agir d'une façon pseudo-scientifique comme si nous maîtrisions tous les problèmes. Les résultats actuels ont montré que le diagnostic qui n'est pas complété par des enquêtes spécifiques n'a pas de valeur significative. Dans une perspective méthodologique, l'enregistrement vidéo ainsi que les discussions de cas permettent d'étudier le processus de diagnostic. Des recherches sur le terrain, l'étude comparative de données systématiques de différents services, des enquêtes ponctuelles et longitudinales non seulement améliorent la connaissance épidémiologique, mais favorisent également une collaboration interdisciplinaire et internationale. Toute explication linéaire et causale de phénomènes épidémiologiques s'avère peu fiable.

Summary

Diagnosis and nosographic classification in child psychiatric epidemiology

Psychiatric epidemiology is founded on clinical experience and scientific research; these two spheres are not contradictory but complementary. Different aspects need to be examined thoroughly; for instance, diagnosis, considered as the result of a rather complicated process has hardly ever been studied. This should not lead us to give up or to act in a pseudo-scientific way as if we could control all the problems. The existing results show us that diagnosis is getting significant only with complementary and specific items. From the methodological point of view, video-tape and discussions about case histories allow us to study the diagnosis process. Field researches, comparative studies about systematic case data of different services, clinical and longitudinal investigations contribute to epidemiological knowledge and facilitate interdisciplinary and international cooperation. Any linear and causal explanations on epidemiological phenomena appear unreliable.

Literatur

- [1] *Ajuriaguerra, J., (de)*, Introduction au problème posé par les névroses infantiles. *Acta paedopsychiat.* 38, 287–300 (1972).
- [2] *Bettschart, W.*, Contribution à la recherche épidémiologique en psychiatrie d'enfants. *Séries paedopsychiat.* Fasc. 4, Schwabe, Basel/Stuttgart 1975.
- [3] *L'étude de l'enfant en phase de latence (à paraître).*

Tabelle V Kinderpsychiatrischer Dienst des Kt. Waadt *Diagnosen-Häufigkeit 1970 bis 1975 in Prozenten*

	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Normalität	9,8	15,1	12,7	14,0	15,3	16,6
Reaktive Störungen	12,3	8,9	10,6	10,0	12,2	10,5
Spezifische Entwicklungsstörungen	17,7	16,0	11,3	17,5	17,8	14,6
Neurotische Störungen	33,8	36,2	37,6	35,3	37,4	38,7
Charakter- und Persönlichkeitsstörungen	6,3	6,3	6,7	7,3	5,0	7,1
Psychotische Störungen	2,3	2,1	1,7	2,3	0,9	3,2
Psychosomatische Störungen	1,6	1,8	2,3	1,0	1,6	2,2
Hirnorganische Störungen	3,1	2,9	2,3	2,3	1,1	1,9
Geistige Behinderung	7,7	4,9	7,5	3,3	4,7	2,2
Andere	5,4	5,8	7,3	7,0	4,0	3,0

- [4] Hare, E. H., and Wing, J. K., *Psychiatric Epidemiology*. Oxford Univ. Press, London 1970.
- [5] Jongen, E., et al., Etude comparative des données cliniques des cohortes de trois services de psychiatrie de l'enfant. *Psychiat. Infant.* 16, 2, 515–564 (1973).
- [6] Kendell, R. E., *The role of diagnosis in psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, Oxford London 1975.
- [7] Lebovici, S., et Sadoun, R., L'enregistrement du diagnostic au Centre de Santé mentale Alfred Binet. *Psychiat. Infant.* 11, 533–550 (1968).
- [8] Lin, T., and Standley, C. C., *La place de l'épidémiologie en psychiatrie*. OMS, Genève 1963.
- [9] Reid, D. D., *La méthodologie épidémiologique dans l'étude des troubles mentaux*. Cahier de Santé Publique No 2, OMS, Genève 1960.
- [10] Report of the international pilot study of schizophrenia. Vol. 1. WHO, Geneva, 1973.
- [11] Rutter, M., Graham, P. H., and Yule, W., *A neuropsychiatric study in childhood*. Spastics Internat. Medical Publ. London 1970.
- [12] Rutter, M., et al., A triaxial classification of mental disorders in childhood. *J. Child Psychol. Psychiat.* 10, 41–61 (1969).
- [13] Shepherd, M., *Epidemiologische Psychiatrie*. *Der Nervenarzt* 42, 505–510 (1971).
- [14] Shepherd, M., Oppenheim, Br., and Mitchell, Sh., *Childhood behaviour and mental health*. University of London Press 1971.
- [15] Shepherd, M., Brooke, E. M., Cooper, J. E., and Lin, T., An experimental approach to psychiatric diagnosis. *Acta Psychiat. Scand. Suppl.* 201, 1968.
- [16] Srole, L., *Mental health in the metropolis (The Midtown/Manhattan Study)*. McGraw Hill Co. New York 1962.
- [17] Strotzka, H., *Kleinburg, eine sozialpsychiatrische Feldstudie*. Öster. Bundesverlag. Wien 1969.
- [18] Wing, J. K., Cooper, J. E., and Sartorius, N., *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press London 1974.

Adresse des Auteurs:

Dr. med. Walter Bettschart, Privat-Docent, Chablière 5, CH-1004 Lausanne

**Besuchen Sie das neue
Kurzentrum in Lenk**

**Visitez le nouveau
Centre thermal de la Lenk**



**Eröffnung Inauguration
im Juni 1977 en juin 1977**

Neuestes alpines Gesundheitszentrum der Schweiz mit ausgewogenen Möglichkeiten für Kur, Erholungstherapie und Sport. Ausnutzung der natürlichen Heilfaktoren bei Vorbeugung, Gesundheit und Rekonvaleszenz.

- Gedecktes Mineralschwimmbad, Schwefelquellen
- Bade-, Inhalations- und Trinkkuren
- Behandlungen der oberen Atemwege (Asthma, Bronchitis) und von rheumatischen Affektionen
- Gymnastik, Massagen, Elektrophotherapie, Fango- und Wirbelbäder
- Unter ständiger ärztlicher Aufsicht
- Ganzjährig geöffnet, für den modernen Menschen, Familien und Einzelgäste, mit dem Vorteil der persönlichen Betreuung

Le plus récent des centres suisses de santé avec un choix de possibilités de cure, de traitement, de rétablissement et de sport. Mise à profit des facteurs curatifs naturels pour la prévention, la guérison et la convalescence.

- Piscine minérale couverte, eaux sulfureuses
- Cures de bains, d'inhalations et par voies internes
- Traitement des voies respiratoires supérieures (asthme, bronchite) et des affections rhumatismales
- Gymnastique, massages, électrothérapie, bains de boue, bains de remous
- Contrôle médical permanent
- Ouvert toute l'année, pour l'homme et la femme modernes, en famille ou individuellement, avec l'avantage des soins personnels

Auskünfte/Renseignements

Grand Hotel Kurhaus, 3775 Lenk
Tel. 030 3 14 24, Telex 33 766 grale - ch

RÖNTGENFILME

TYPOX RP

TYPOX RP

Typox Aktiengesellschaft
für fotografische Industrie
3400 Burgdorf/Schweiz
Telefon 056 22 15 22

typon