

Heinrich Brändli

# A l'ouest rien de nouveau

## Les mécanismes psychophysiologiques sont sous-estimés en médecine

Dans les pays occidentaux industrialisés, la médecine persiste dans une croyance unilatérale ne considérant que l'efficacité technique, en soi très souhaitable, du diagnostic et du traitement. Cette approche mécanistique (selon le modèle mécaniste) n'est pas en mesure de cerner la complexité des troubles et des problèmes qui affectent de nombreux patients soignés au cabinet médical.

Dans mon exposé, il est d'abord question des patients souffrant de problèmes physiques variés qui ne se laissent pas attribuer à une pathologie structurelle ou organique.

Malgré toutes les belles paroles formulées du bout des lèvres par les décideurs du système de santé suisse, la médecine psychosomatique demeure une discipline négligée. Pourtant, la recherche en psychosomatique fournit des données toujours plus nombreuses démontrant que le modèle biopsychosocial doit former la base du système d'action médicale. Le médecin de premier recours est un acteur compétent qui diminue les dépenses, et il se prête excellentement au rôle de *gatekeeper* en assurant un triage correct des affections somatiques et fonctionnelles. Pour que ce triage soit correct, il faut inclure la personne souffrante dans une approche intégrée de la médecine dès le début. C'est sur la base d'un processus diagnostique et thérapeutique impliquant le patient et le médecin qu'il faut adresser le patient à douleurs chroniques à un psychiatre, et non en dernier ressort lorsque l'examen somatique est négatif.

Alors qu'on croyait surmontée la dichotomie malheureuse entre la médecine et la psychiatrie/psychosomatique, les problèmes de financement de l'AI ont relancé ces derniers temps le débat politico-social sur les personnes handicapées ou invalides. Cette culture de la défiance et du discrédit envers les malades psychiques/psychosomatiques a un effet direct et regrettable sur l'attitude du corps médical et des médecins conseil.

On reproche aux médecins de premier recours, qui prennent en charge et accompagnent les malades complexes pendant des dizaines d'années, de prendre des décisions unilatérales en faveur des patients en incapacité de travail et malades «en apparence», et de délivrer des attestations d'incapacité de travail trop peu fondées. C'est dans ce contexte qu'est née l'exigence d'un recours à des médecins de l'AI et à des experts formés spécialement, pour que les évaluations et les décisions soient justifiées par des critères «rigoureusement scientifiques». Cependant, l'approche multidisciplinaire et les systèmes de comorbidité les plus fréquents désavouent souvent la médecine biopsychosociale et accordent peu d'attention à la souffrance du patient. Il arrive trop souvent que les médecins conseil ne prennent pas en compte les acquis les plus récents de la recherche en psychotraumatologie et en neurobiologie. On aboutit ainsi à une situation paradoxale: malgré la 5<sup>e</sup> révision de l'AI, qui s'est pourtant visiblement fixé l'intégration comme objectif, le nombre de personnes stigmatisées et marginalisées par des troubles psychiques ou psychosomatiques ne cesse d'augmenter. Je vais dès lors souligner l'importance du médecin de premier recours qui, pour accomplir sa tâche, utilise son expérience clinique, son empathie, ses connaissances et son intérêt pour les rapports reliant la biographie, la personnalité et les symptômes majeurs éventuels du patient. Fréquemment, les symptômes majeurs expriment au niveau somatique un trouble d'origine plus profonde. Les syn-

dromes douloureux apparaissent ici comme un paradigme. Les patients douloureux souffrent des suites de troubles post-traumatiques bien plus fréquemment qu'on ne le supposait autrefois. Il n'existe pas de sensation douloureuse qui ne soit transformée dans le système limbique [1]. La rencontre entre la médecine de premier recours et le patient est de nature psychosomatique. Sans connaissances en psychotraumatologie, la douleur et d'autres troubles fonctionnels ne se laissent pas estimer.

### Il ne faut pas dissocier la psychosomatique et la psychotraumatologie

En pratique de premier recours, les troubles post-traumatiques sont très fréquents et clairement sous-diagnostiqués.

Les troubles post-traumatiques influencent les mécanismes de régulation neurobiologique [2]; ils exercent un effet multisystémique sur différents systèmes d'organes via les circuits de régulation végétative. Grâce aux nouveaux acquis en neurobiologie, nous pouvons nous faire une idée des rapports et des interactions qui existent entre les éléments psychosociaux et somatiques des troubles fonctionnels les plus divers. La négligence des résultats obtenus en recherche neurobiologique entraîne une insuffisance dans le traitement du patient faisant partie des groupes à risque, et cela même dans une médecine technique hautement spécialisée [3].

A une époque où les maladies (*illness*) non mesurables et non visibles par radiographie ne se laissent justifier et prouver qu'à grand-peine, car seul prévaut le techniquement mesurable (*disease*), cet article mérite votre pleine attention.

A juste titre, l'auteur critique les experts et les médecins-conseils dans les centres d'expertise tels que le COMAI, ABI, etc., qui ne reconnaissent pas les causes des maladies psychosomatiques comme des troubles post-traumatiques. Même parmi les psychosomatiques, il est accordé trop peu d'attention et d'enseignement au PTSD comme étiologie de maladies psychosomatiques atteignant diverses parties du corps. Citons ainsi un verdict du Tribunal des assurances sociales aux conséquences dévastatrices pour le médecin de famille qui, de façon résolue, s'efforce de comprendre le contexte de ces causalités et de ces interrelations difficiles à saisir:

«En ce qui concerne les rapports des médecins de famille, il est possible et recommandable de considérer que les médecins de famille, dans le cadre de leur mandat de confiance, établissent parfois, dans les cas de doute, des déclarations penchant en faveur de leurs patients».

Pour le patient traumatisé une nouvelle fois par de pareilles décisions, il ne reste plus que le recours au juriste – ainsi la série des traumatismes se poursuivra-t-elle sur le mode structurel des assurances. Mais en général, les patients ne trouvent plus la force de se défendre.

Nous continuerons à aborder ce thème ultérieurement.

Pierre Loeb

Parmi les réactions psychologiques consécutives à des troubles post-traumatiques, le trouble dépressif est le plus fréquent, suivi du syndrome de stress post-traumatique (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) simple, consécutif à un seul traumatisme sévère. Cependant, l'anamnèse de la plupart des cas rencontrés en pratique de premier recours présente des biographies avec exposition séquentielle à la violence. Les problèmes somatiques non spécifiques occupent le premier plan. Les symptômes majeurs sont le retard dans le processus de guérison après un accident ou une maladie et le syndrome douloureux chronique.

On ignore trop souvent qu'une enfance marquée par des expériences traumatiques et des carences répétitives peut entraîner des problèmes de santé complexes (PTSD complexe) à l'âge adulte, après une latence prolongée, même si les stratégies d'adaptation initiales semblent une réussite. Lors de PTSD complexe [4], les troubles de la perception et de la concentration jouent fréquemment un rôle important, de même que la méfiance, les douleurs chroniques et les sentiments de honte et de culpabilité. Le symptôme essentiel est l'absence de contrôle des stimuli émotionnels. Ces patients ont tendance à répondre à des sollicitations relativement insignifiantes par une hyper-réaction chargée d'émotions, et ils demandent une énergie démesurée pour retrouver leur calme. Les symptômes d'évitement sont fréquents et prononcés. Des amnésies touchant les éléments biographiques et la vie quotidienne sont caractéristiques. Pour cette raison, il n'est pas rare que les patients affectés de PTSD complexe ne remplissent pas les critères du PTSD simple, alors qu'ils sont affectés de troubles post-traumatiques sévères. Ce fait échappe souvent aux expertises.

En Suisse, la violence domestique représente encore le «grand secret». Elle se manifeste avant tout dans le cercle de la famille et des connaissances («*the arm breaks in the sleeve*»). Les victimes perdent la confiance fondamentale en leur prochain, ce qui entraîne souvent leur isolement social. Elles entreprennent des tentatives d'autoguérisson, consomment de l'alcool ou des drogues ou se font remarquer par un changement de personnalité et par des troubles liés à l'élaboration de la douleur, dissimulant ainsi la pathologie réelle.

La psychotraumatologie mise à part, il existe d'autres modèles qui expliquent les troubles de santé accompagnant les expériences psychosociales lourdes et sortant de l'ordinaire: celui du *pain-prone patient* décrit par Engel en 1959 [5], celui des *adverse childhood experiences* (ACE) présenté dans l'étude de Felitti [6], et l'exclusion sociale [7]. Les différentes directions prises par la recherche partagent toutes l'idée que des modifications neurobiologiques réelles sont à l'origine des troubles psychiques, fonctionnels et somatiques.

D'une part, les experts écartent maintenant, de manière parfois arrogante, différentes situations pathogènes de stress en les qualifiant d'«insignifiantes», d'«insaisissables», ou d'«inappropriées» au développement d'une maladie (parce qu'elles ne figurent pas dans les manuels ou parce qu'on ne tient pas compte du vécu subjectif de la personne affectée). D'autre part, les études mentionnées plus bas démontrent que les situations de stress qui ne sont (encore) pas reconnues comme traumatogènes peuvent très bien avoir des effets dévastateurs – en particulier lorsqu'elles ont été vécues durant

l'enfance avant l'âge de 10 ans. Par exemple, il faut encore clarifier si le «simple» fait de crier pour réprimander un enfant doit être considéré comme pathogène.

### L'anamnèse en psychotraumatologie

Chez un patient dont le vécu présente des traumatismes ou des expériences de stress, l'appréciation médicale et le traitement correct dépendent de la capacité d'empathie du médecin traitant et de la réussite d'une relation médecin-patient solide. Lors de PTSD, le problème est que les personnes concernées préfèrent ne pas penser à l'événement traumatique [8]. Ce phénomène est également connu dans la littérature. Dans le roman «A l'Ouest, rien de nouveau» d'Erich Maria Remarque [9], Paul Bäumer, le personnage principal, raconte que pendant la Première Guerre mondiale, lors d'une permission dans son pays, il lui était impossible de parler des atrocités vécues sur le front: «il est dangereux pour moi de transformer ces choses en mots car j'appréhende qu'elles ne deviennent ensuite gigantesques et ne se laissent plus maîtriser».

Le patient ne peut pas verbaliser ses expériences traumatiques, car il renforcerait ainsi ses souffrances psychiques et somatiques (en se souvenant du danger vécu sous les grenades ou de la réaction de peur et du supplice causé par l'hyperexcitation neurovégétative). Après de tels événements traumatiques, la personne touchée doit parfois laisser s'écouler un temps considérable avant de pouvoir – lorsqu'elle se sent en confiance dans un environnement capable de la soutenir – verbaliser et élaborer son vécu. Après la fin de la guerre, il a fallu 10 ans à E. M. Remarque pour retravailler et restituer son vécu en tant que soldat du front, en le publiant sous forme de roman. Dans l'intervalle, de 1918 à 1928, il a travaillé comme journaliste apparemment bien portant dans les milieux de la haute société à Monaco.

Dans le contexte psychotraumatologique, l'expression «il est dangereux pour moi» utilisée par E. M. Remarque indique que lorsque le patient raconte une expérience traumatique, il se trouve à nouveau exposé sans aucune protection à des douleurs et à des problèmes végétatifs du même ordre que ceux qu'il avait ressentis autrefois, lorsqu'un danger réel l'acculait à une situation limite entre la vie et la mort.

### Les caractères distinctifs de la psychotraumatologie et le contexte de l'expertise

Il est fréquent que les stratégies de maîtrise utilisées (inconsciemment) par les patients traumatisés, les longues périodes de latence entre l'événement traumatique et les dommages fonctionnels, ainsi que l'incapacité de verbaliser les expériences traumatiques soient mis sur un pied d'égalité avec des signes de santé par les médecins conseil, comme s'ils n'avaient jamais entendu parler des mécanismes d'évitement en psychotraumatologie. Les styles de maîtrise du traumatisme correspondent d'ailleurs à des stratégies de survie: l'enfant traumatisé ne pouvait pas se révolter contre des responsables/parents violents. Chez les patients souffrant de troubles post-traumatiques séquentiels, on rencontre typiquement des déroulements de guérison retardés après des accidents bénins (parmi lesquels les distorsions de la colonne cervicale sont fréquents). Comme lors d'une rupture de barrage, une blessure bénigne chez

**La négligence des résultats obtenus en recherche neurobiologique entraîne une insuffisance dans le traitement du patient faisant partie des groupes à risque, et cela même dans une médecine technique hautement spécialisée.**

**Sur la trace du tableau clinique, le médecin doit faire preuve d'attention envers le patient, utiliser ses connaissances en psychotraumatologie et poser ses questions de façon ciblée.**

un patient traumatisé peut mener à une déferlante incontrôlable de symptômes psychotraumatologiques, car le mur protecteur des mécanismes d'évitement est rompu d'un coup et la stratégie d'adaptation (ou «*coping*») ne suffit plus à retenir la masse accumulée. Un syndrome de douleurs paraissant simple à première vue recèle fréquemment une souffrance psychique grave. Parmi les patients douloureux chroniques, nombreux sont les traumatisés complexes [10]. Le PTSD complexe peut également se manifester sur le plan somatique par le syndrome de fatigue. La biographie de patients souffrant de migraines présente fréquemment des traumatismes.

### Le médecin de famille et la psychotraumatologie

La confiance dans un médecin manifestant de l'empathie, ainsi que l'accompagnement de longue durée, empreint de constance et de fiabilité, sont les conditions importantes pour recueillir et classifier correctement les résultats psychiques et somatiques très variés des personnes traumatisées [12]. Et il faut parfois se réserver du temps lorsque le diagnostic laisse soupçonner un trouble post-traumatique, car le traumatisé ne peut pas exprimer les événements dès le début. Ce n'est que plus tard qu'il pourra parler de son vécu traumatique souvent refoulé et le mettre en relation avec sa biographie et ses troubles de santé. Par la prise en charge sur le long terme, les médecins de premier recours jouent un rôle décisif pour ces patients: la solidité de leur relation avec le médecin (qui est une forme de réintégration) contribue à redonner à ces derniers la stabilité et l'autonomie, et à réactiver les ressources nécessaires à leur salutogénèse. Le traitement repose sur trois piliers principaux: demander au patient le sens qu'il donne à chaque élément de biographie, appliquer les méthodes de la psychoéducation (avec l'aide fort utile de la neurobiologie), et finalement utiliser le soutien médicamenteux. Le transfert vers un traitement médical spécialisé n'a donc lieu que pendant le déroulement du suivi.

### Conclusions

- La médecine en soi et le système de santé ne pourront pas se passer durablement de la médecine de premier recours, qui inclut également la médecine psychosomatique.
- La médecine psychosomatique et la psychotraumatologie vont de pair et se recoupent largement. La psychotraumatologie n'est pas seulement une invention à la mode.
- Les troubles somatoformes douloureux et les syndromes douloureux chroniques en général ne peuvent être évalués qu'en tenant compte de la psychotraumatologie/neurobiologie et de la médecine psychosomatique. Les troubles somatoformes sans la présence de problèmes sociaux, émotionnels et cognitifs sont une exception.
- Dans de nombreux cas présentant des troubles post-traumatiques, l'expertise médicale n'offre pas le contexte approprié pour poser un diagnostic correct ni pour évaluer la capacité de fonctionner au quotidien et au travail.

Le maniement des principes psychosomatiques et psychotraumatologiques fait du patient douloureux «difficile» un cas particulièrement intéressant et transforme le médecin «désemparé» en un acteur efficace du système de santé.

### Les mécanismes psychophysiologiques comme base d'un modèle médical

La recherche récente en neurobiologie a fourni des éléments de connaissance centraux en psychiatrie et en médecine psychosomatique.

La bibliographie en médecine psychotraumatologique et psychosomatique nous indique quatre modèles d'explications décrivant des problèmes de santé dont les causes résident dans certains troubles du processus de maturation neurobiologique durant l'enfance, ou dans les lésions qui peuvent toucher ce processus à l'âge adulte (ou encore, le plus fréquemment, dans les deux cas en séquence). Tous les troubles décrits sont cependant des modifications psychopathologiques de l'organisme. Les quatre modèles sont la psychotraumatologie, les mécanismes du *pain prone patient*, les *adverse childhood experiences* et l'exclusion sociale.

L'étude étendue de Felitti et al. concernant les ACE montre clairement que ce ne sont pas seulement les expériences vécues de violence, qu'elles soient corporelles ou psychiques, qui créent des «cicatrices» neurobiologiques (*disrupted neurodevelopment*) [6], mais que les systèmes familiaux dysfonctionnels les provoquent également. A l'âge adulte, après une longue période de latence et de maîtrise, les troubles du processus de maturation neurobiologique entraînent des dégâts dévastateurs de la santé, aussi bien sur le plan psychique que somatique. Cela signifie donc que les pressions psychosociales subies pendant l'enfance – surtout avant l'âge de dix ans – prédisposent également à des maladies somatiques dont les causes ne sont ni génétiques ni structurelles.

De plus, des recherches récentes en neurobiologie démontrent que l'exclusion sociale mène à des modifications de l'élaboration de la douleur [7].

A cela, il faut ajouter une réalité bien connue en médecine psychosomatique, qui est résumée sous le concept du patient prédisposé à la douleur (*pain prone patient*) [5]. La prédisposition à la douleur peut signifier par exemple qu'un enfant sensible succombera à un dysfonctionnement algique plus tard dans sa vie, pour avoir endossé un rôle parental en amortissant les disputes et les menaces de violence surgissant entre ses parents, et pour avoir dès lors fonctionné comme un paratonnerre recevant les décharges.

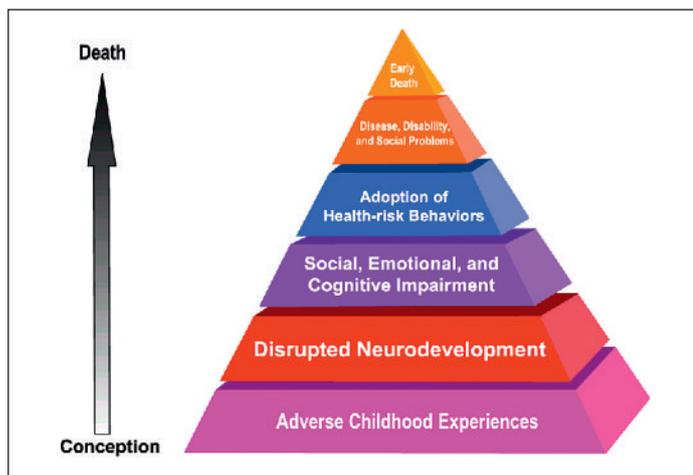
Tous les modèles d'explication présentent une parenté du point de vue neurobiologique, se recoupent partiellement ou représentent des facteurs de vulnérabilité quant à des expériences biographiques ultérieures de stress. En combinaison, ces facteurs contrarient l'utilisation des ressources; la chronicité est élevée. Le travailleur souffrant d'une maladie d'origine traumatique non traitée observera un comportement prudent, ne donnant lieu à aucune réprimande, pour éviter de se faire licencier. L'employé se dépensera sans compter, si par exemple le ralentissement n'est pas toléré. Ces attitudes peuvent fréquemment entraîner une situation d'épuisement post-traumatique.

En tant que médecins de premier recours, nous devons particulièrement réfléchir sur les nouvelles conclusions de la recherche en traumatologie neurobiologique, car les patients se présentent chez nous le plus souvent pour des symptômes somatiques. Au premier plan se trouve le syndrome de la douleur chronique, lié fréquemment à une maladie du stress. Ce syndrome a trois mécanismes pour origine: la prédisposition acquise à la douleur, la remémoration intrusive de traumatismes liés à des douleurs ou certains symptômes de troubles de la régulation dans le système nerveux autonome. Les conséquences de stress et

---

**En tant que médecins de premier recours, nous devons particulièrement réfléchir sur les nouvelles conclusions de la recherche en traumatologie neurobiologique, car les patients se présentent chez nous le plus souvent pour des symptômes somatiques.**

---



**Figure 1**  
Pyramide des ACE: influence des «adverse childhood experiences» sur la santé et le bien-être. Tiré de: Felitti VJ, et al. [6]. Reproduction avec permission.

de traumatismes se manifestent dans les sous-systèmes les plus divers de notre corps, comme par exemple l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (dérégulation de la sécrétion de cortisol), le métabolisme osseux (ostéoporose), le système cardiovasculaire (par exemple dans le cas de fibrillation auriculaire chez des femmes jeunes), le système immunitaire (diminution de la défense contre les infections), etc. De nombreux troubles fonctionnels prennent leur origine dans ce fin réseau de régulations de notre organisme. Il nous vient alors à l'esprit qu'un syndrome de fatigue ou une migraine résistante au traitement pourraient tout aussi bien être l'expression d'une maladie d'origine traumatique cliniquement significative. Il n'est pas rare non plus que les symptômes psychophysiologiques se manifestent de façon très complexe, comme par exemple sous forme de «sensation de froid dans le corps» [12].

Les troubles relatifs à des traumatismes ne conduisent pas forcément au tableau complet d'une maladie. Il est cependant important de les reconnaître rapidement pour provoquer la salutogénèse. De nombreux troubles fonctionnels rencontrés dans la pratique quotidienne s'expliquent par les connaissances nouvelles en neurobiologie. Les conséquences de traumatismes sont souvent cliniquement significatives, même si elles ne remplissent pas en tous points les critères des manuels. Un diagnostic posé à temps et un début de traitement basé sur une psychoéducation permettent d'éviter des déroulements chroniques.

Dans les maladies cardiovasculaires, il faut considérer les mécanismes psychophysiologiques intervenant dans les maladies du stress comme des facteurs de risque tout aussi sérieux que la nicotine, l'hypertension, le cholestérol ou la sédentarité. Ce n'est que récemment que Ladwig a pu prouver que le risque létal des patients ayant subi un infarctus cardiaque et portant un défibrillateur ICD était plus élevé s'ils souffraient de symptômes intrusifs d'un PTSD non traité, malgré un suivi technique adéquat et un réglage correct des autres facteurs de risque habituels [3].

En principe, les résultats de l'étude ACE devraient conduire à une nouvelle répartition des ressources financières dans le système de santé, et les diriger vers davantage de prévention et une détection précoce des troubles post-traumatiques ou liés au stress. Une étude en psychotraumatologie effectuée auprès de vétérans de la

guerre du Vietnam, qui sont presque sans exception des fumeurs, a montré que les cancers du poumon apparaissaient chez eux plus fréquemment que dans les groupes de contrôle formés de fumeurs sans vécu traumatique. Nous avons affaire à une atteinte à la santé, chronique et progressive, et à une mort statistiquement plus précoce, bien qu'il ne s'agisse pas d'une maladie génétique. La figure 1 l'illustre de façon saisissante. Au cas où deux fils d'un père violent et alcoolique développent une hypertension artérielle, cette maladie est classée dans les maladies d'origine «génétique» alors qu'il s'agit d'un trouble post-traumatique (comme si le fait de parler l'italien était d'origine génétique chez les enfants d'Italiens), si l'on ne fait pas référence à la biographie et à la psychotraumatologie. Très fréquemment, les troubles de la santé sont des résidus ou des tentatives de solution (comme par exemple l'obésité maligne chez la femme abusée) répondant à des dommages précoces du processus de maturation neurobiologique provoqués par des facteurs environnementaux. C'est bien plus tard que les expériences de violence et de stress vécues durant l'enfance provoquent des perturbations d'ordre social, émotionnel et cognitif, qui à leur tour ouvrent la voie à des styles de vie dangereux pour la santé [13]. Même parmi les vétérans héroïnomanes de la guerre du Vietnam, les personnes avec ACE sont surreprésentées ...

#### Références

- Schopper C. Psychosomatik und Körpererleben. *Psychiatrie* 2007;3:34–6. Und: Schopper C. Diagnostik psychosomatischer Schmerzen. *Psychiatrie* 2007;4:36–9. [www.tellmed.ch](http://www.tellmed.ch).
- Schnyder U. Einleitung zu: MAS in Psychotraumatologie: ein innovativer Studiengang an der Universität Zürich. *SÄZ*. 2007;88:20–1.
- Ladwig KH, Baumet J, Marten-Mittag B, Kolb C, Zrenner B, Schmitt C. Post-traumatic stress symptoms predict mortality in patients with Implantable Cardioverter Defibrillators (ICD). Results from the prospective Living with an Implantable Cardioverter Defibrillator (LICAD) Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65: 1324–30.
- Sack M. Folgen schwerer Traumatisierungen – klinische Bedeutung und Validität der Diagnose der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. E-Mail: [m.sack@tum.de](mailto:m.sack@tum.de).
- Engel GL. Psychogenic pain and pain-prone patient. *Am J Med*. 1959;26(6):899–918.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *Am J Prev Med*. 1998;14:245–58.
- Eisenberger N, Lieberman MD, Kipling DW. Does Rejection Hurt? An fMRI Study of social exclusion. *Science* 2003;302:290–2.
- Foa E. Interview. *Verhaltenstherapie* 2005;15:182–6.
- Remarque EM. Im Westen nichts Neues. *KiWi*, Bd. 494, 26. Auflage 2007: 117.
- Sack M. Persönliche Mitteilung.
- Kläui H, Conrad Frey C. Folter- und Kriegsoffer in der hausärztlichen Praxis. *PRAXIS, Schw Med Forum*. 2008;8(46):891–5.
- Heinl H. Körperschmerz-Seelenschmerz. *Psychosomatik des Bewegungssystems*. München: Kösel-Verlag 2004.
- Felitti VJ. The origins of Addiction. Evidence from the Adverse childhood experiences-Study. Ursprünge des Suchtverhaltens. Evidenzen aus seiner Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2003;52:547–59.

Correspondance:  
Dr Heinrich Brändli  
Ziegelrain 11  
5000 Aarau  
[heinrich.braendli@hin.ch](mailto:heinrich.braendli@hin.ch)