

possibilité pour l'être humain. La pratique de la prévention du suicide consiste en l'organisation de centres d'accueil, en la participation interdisciplinaire de différents groupes professionnels et l'application de différentes formes de thérapies médicales, psychologiques et sociales. Les bases théoriques se composent de théories psychanalytiques d'autrefois et d'aujourd'hui, celles des sciences sociales et de la psychologie de l'apprentissage. Cette information et cet aperçu de la prévention du suicide, la pratique et la théorie d'aujourd'hui, nous permettent d'arriver à la conclusion que quiconque s'occupe des désespérés, en tant que médecin, psychologue, assistant social ou autre personne, exerce la prévention du suicide la plus efficace lorsqu'il s'intéresse sans réserve, honnêtement et sans vouloir s'imposer à la situation conflictuelle de l'autre tout en respectant la liberté de cette personne.

Summary

Suicide Prevention—Theory and Practice Today

The present situation of suicide prevention is portrayed by an historical outline, and the description of the practice and the theoretical foundations. It is established that suicide prevention was intensified after 1948 through the fundamental practical and theoretical works of *Erwin Ringel*. The present situation is characterized by the fact that after the initial recovery of desperate persons as patients for medicine, the defamation of the suicidal act by society could be avoided in another manner than by merely classifying it as a sickness. Increasing interest is being granted to political and other suicides who depict suicide as a possibility of mankind. The practical application of suicide prevention consists in the organization of rest-centres, the interdisciplinary participation of various professional groups and the application of various medical, psychological and social therapies. The theoretical foundation includes the theories of early and present psychoanalysis, social science and theoretical learn-oriented psychology. This information and this global view of suicide prevention—practice and theory today, allows us to draw the conclusion that every physician, psychologist, social worker or other human being who comes into contact with desperate persons applies the most effective suicide prevention when he behaves in a

straight forward manner, and is interested unreservedly in a candid, unforced way in the psychic and social conflict situation of the other, allthwhile respecting that person's freedom.

Literatur

- [1] *Abraham, K.*, Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände (1912), in: *Psychoanal. Studien*, Bd. II (Fischer, Frankfurt 1971).
- [2] *Adler, A.*, Selbstmord, *Int. Z. Individ. Psychol.* 15, 49–52 (1937).
- [3] *Durkheim, E.*, *Der Selbstmord*, Dtsch. Übers.: Luchterhand, Neuwied 1973.
- [4] *Freud, S.*, *Trauer und Melancholie*, *Ges. Werke*, Bd. X, London 1917.
- [5] *Freud, S.*, *Zur Einführung des Narzissmus*, *Ges. Werke*, Bd. X, London 1914.
- [6] *Henseler, H.*, *Narzisstische Krisen, Zur Psychodynamik des Selbstmordes* (Rowohlt, Reinbek 1974).
- [7] *Hoffmann, N.* (Hrsg.), *Depressives Verhalten* (Otto Müller, Salzburg 1976).
- [8] *Kiev, A.*, New directions for suicide prevention centers, *Amer. J. Psychiat.* 127, 87–88 (1970).
- [9] *Pohlmeier, H.*, Einige Bedingungen für die Psychotherapie von Suizidpatienten, *Med. Monatsschr.* 28, 115–119 (1974).
- [10] *Pohlmeier, H.*, *Selbstmord und Selbstmordverhütung* (Urban & Schwarzenburg, München-Wien-Baltimore 1978).
- [11] *Ringel, E.*, *Der Selbstmord, Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung* (Maudrich, Wien 1953).
- [12] *Schneider, P. B.*, et al., Contribution à l'étude de la prévention du suicide, *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 118, 307–355 (1976).
- [13] *Thomas, K.*, *Menschen vor dem Abgrund*, Neuauflage: Warum weiter leben? (Herder, Frankfurt 1977).
- [14] *Welz, R.*, *Gesellschaftliche Einflussgrößen auf die Selbstmordhandlung*, in: *Pohlmeier H.* (Hrsg.), *Selbstmordverhütung – Anmassung oder Verpflichtung* (Keil-Verlag, Bonn 1978).

Risques suicidaires et prise en charge des suicidants

*P.-B. Schneider*¹

Policlinique psychiatrique universitaire, Lausanne

La notion de «risque», telle que nous l'utiliserons, appartient à la science actuarielle, c'est-à-dire au domaine des probabilités ou à la statistique appliquée aux problèmes d'assurance. Le «risque» est donc la probabilité que tel sujet a, par exemple dans le domaine de la maladie, d'être atteint de telle ou telle affection, d'une part, et d'en mourir, d'autre part. Dans cette perspective probabiliste, chaque personne possède un certain taux de risque d'être atteint de telle ou telle maladie. Pour le suicide, ce «risque suicidaire» est exprimé par un chiffre conventionnel dont nous étudierons le caractère fallacieux lorsqu'on l'envisage selon certains points de vue. Le taux du suicide est le

Les nombreux pièges de l'appréciation du risque suicidaire: un exemple, l'âge. Les suicidants, groupe à haut risque: étude clinique, leur prise en charge, approche psychodynamique. Nécessité d'une critique constante de l'approche psychothérapique.

nombre de suicides réussis en une année pour une population donnée, ramenée à 100 000 personnes. Un taux de suicide de 20 signifie qu'en une année 20 sujets sont décédés de suicide dans une population de 100 000 habitants.

Ce chiffre de 20 correspond à la moyenne du taux du suicide en Suisse ces 20 à 30 dernières années. Le repérage des suicidés se fait différemment selon les

¹ Professeur de psychiatrie et de psychologie médicale à la Faculté de Médecine de l'Université, directeur de la Policlinique psychiatrique universitaire, rue Caroline 11bis, CH-1003 Lausanne.

pays européens, ce qui explique d'ailleurs certaines différences sur lesquelles on a beaucoup glosé. Comme je citerai des expériences et des données suisses, je relève que les causes du décès qui figurent dans les statistiques suisses sont déterminées par le médecin traitant qui a soigné la dernière maladie ou qui a fait la constatation du décès. Les renseignements qu'il donne au Bureau fédéral de statistique sont anonymes, ce qui permet de penser que le plus grand nombre possible de cas de suicides sont signalés. Les données sur le suicide paraissent être aussi complètes et valables que pour d'autres affections et on peut les utiliser pour des travaux scientifiques.

En revanche, on ne connaît que par des approximations et des sondages le nombre des tentatives de suicide. Les auteurs qui ont fait ces recherches estiment qu'il y aurait 8 à 10 fois plus de tentatives de suicide que de suicides réussis (K. Biener, pour la Suisse). Le taux de tentative de suicide serait donc, par exemple, en Suisse de 160 à 200 pour 100 000 habitants par an.

Ces risques suicidaires globaux pour une population donnée (exprimés d'habitude en un taux pour 100 000 habitants) dépendent, comme on le sait depuis longtemps, de nombreux facteurs liés, par exemple, au sexe et à l'âge. Les risques sont 2 ou 3 fois plus grands pour l'homme que pour la femme et l'âge joue également un rôle au sujet duquel je tiens à dire quelques mots.

L'âge et le suicide

Si l'on calcule le risque de suicide pour 100 000 habitants vivants, par classe d'âge, on observe une augmentation indéniable avec l'âge (fig. 1). J'ai dit précédemment que le taux que l'on calcule ordinairement pour 100 000 habitants nous induit en erreur. En effet, pour l'homme, quel qu'il soit, ce qui lui importe pour toutes les affections à issue mortelle qui peuvent le toucher ou pour les comportements qui peuvent avoir comme conséquence sa mort, comme le suicide, est l'incidence ou le taux de ces affections ou de ce comportement par rapport à la mortalité globale ou à la mortalité d'une classe d'âge. Si l'on estime alors l'incidence du suicide sur la mortalité d'une population donnée par rapport à l'âge, on constate, au contraire, une diminution de l'importance du suicide au fur et à mesure que l'âge augmente (fig. 2). En effet l'adolescent et l'homme jeune risquent peu de mourir, mais parmi les causes de mort à cet âge, le suicide est très important. Au fur et à mesure du déroulement de la vie les risques ou les chances de mourir par suicide diminuent et elles sont minimales chez les personnes âgées et très âgées. Dans les classes d'âge élevées, le risque de mourir est très grand, mais en revanche le suicide ne représente qu'une cause infime de mortalité, 1 % et moins à partir de 70 ans. Or le suicide est un comportement «mortal» et il semble préférable d'estimer son importance par rapport à la mortalité globale ou différenciée d'une population.

Autrement dit, la diminution d'un certain nombre de suicides chez les adolescents peut exercer une action

Fig. 1.

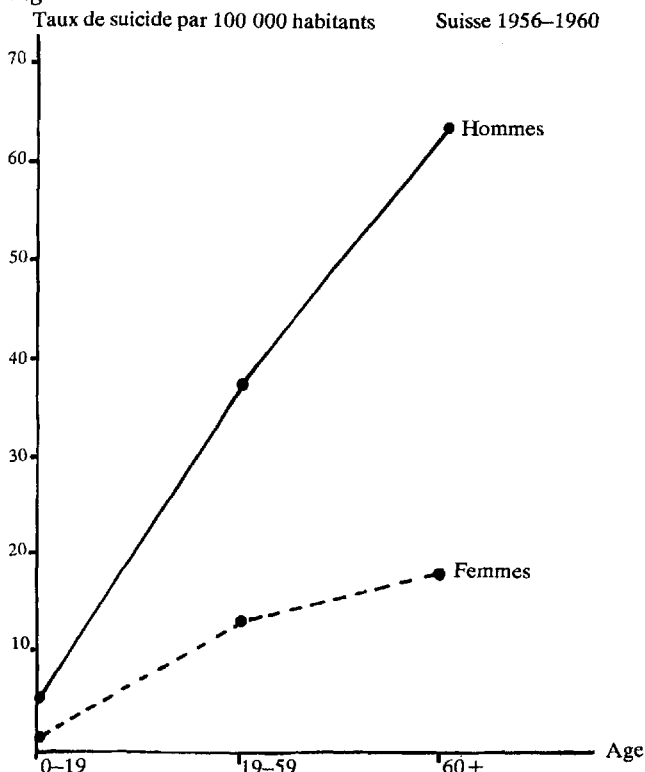
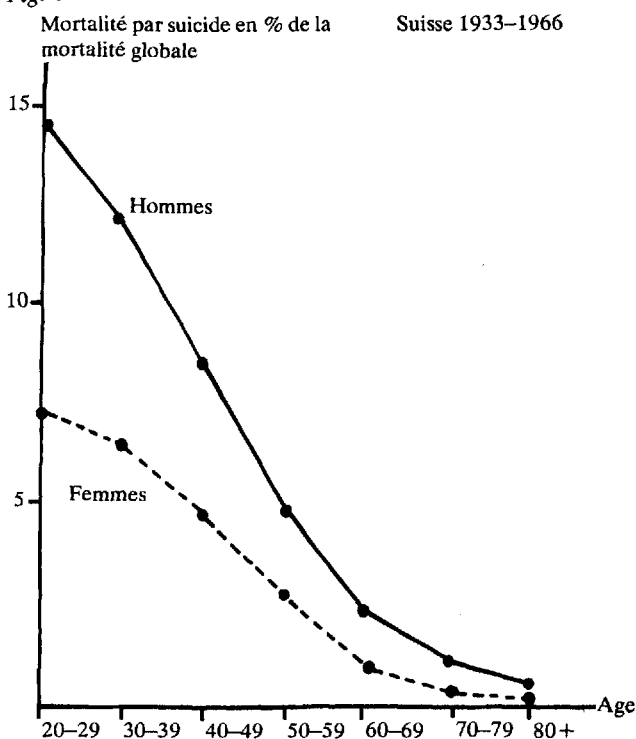


Fig. 2.



marquée sur la mortalité de cette classe d'âge. La diminution de quelques cas de suicide chez les personnes âgées de plus de 60 ans n'influencera que très peu la mortalité globale de ces classes âgées.

Les groupes humains à haut risque suicidaire

En parcourant avec un sens un peu critique l'abondante littérature sur le suicide, on constate qu'il n'existe qu'un petit nombre de groupes humains qui présentent avec certitude ou avec une forte probabilité un risque suicidaire élevé. Il s'agit:

1. des sujets qui ont fait une tentative de suicide, les suicidants;
2. les malades mentaux hospitalisés;
3. les toxicomanes et les alcooliques;
4. les étudiants universitaires;
5. les dialysés rénaux;
6. la clientèle des centres de prévention du suicide;
7. éventuellement les médecins???

Pour les sujets ayant fait une tentative de suicide, les malades mentaux hospitalisés, les toxicomanes et les alcooliques ou les dialysés, nous disposons de nombreuses recherches qui permettent d'affirmer leur grand risque suicidaire comparé à celui d'une population dite «normale». Les étudiants universitaires à haut risque appartiennent aux universités traditionnelles et ne se situent pas au niveau du «collège» ou du gymnase. Ce sont de «véritables» étudiants universitaires et les recherches faites en Angleterre, aux Etats-Unis et en Allemagne montrent à quel point ils sont suicidaires. Quant aux médecins, le problème n'est pas encore élucidé. Après que de nombreux auteurs eurent prétendu sur la base d'analyses faites sur les causes de décès des médecins en Angleterre, aux Etats-Unis, au Danemark et en Australie, à une surmortalité par suicide, qui n'était d'ailleurs pas très importante, des critiques ont été émises concernant la méthodologie de ces recherches. Toute cette question a été reprise par une «Task Force» de la Société américaine de psychiatrie. On a affirmé que d'autres professions, par exemple les employées de maison, présentaient un risque suicidaire élevé. Les recherches dans le domaine des professions sont encore beaucoup trop fragiles pour que, à part les médecins et éventuellement les psychologues femmes, on puisse avancer des faits certains.

Les suicidants

Parmi les groupes de populations à haut risque suicidaire, le groupe des *suicidants*, les sujets qui ont fait une tentative de suicide, est celui qui a été étudié avec le plus de soin et pour lequel nous possédons maintenant des données valables. Les recherches qui ont été effectuées depuis 1945 (la première étant suédoise, *Dalhgren*), montrent que le groupe des suicidants présente une surmortalité par suicide très élevée au cours des années qui suivent la tentative de suicide. Cette mortalité est surtout importante au cours de la première année après la tentative de suicide. J'ai pu rassembler 40 recherches effectuées dans les pays européens nordiques, aux Etats-Unis d'Amérique, en Grande-Bretagne, en Suisse, en Autriche, en Pologne et en Australie qui démontrent cette surmortalité. Tout récemment trois nouvelles recherches ont été

publiées, dont une à Genève, et les résultats vont dans la même direction.

Si l'on condense les résultats apportés par tous ces auteurs, la mortalité par suicide des suicidants oscille entre 0 et 22 % de l'échantillon de base. 24 397 suicidants ont été suivis pendant 183 années. On peut calculer un taux de suicide annuel de 805 pour 100 000 suicidants et le taux annuel de suicide des populations dont proviennent ces échantillons varie de 7 à 25 pour 100 000. Ces chiffres, qui n'ont qu'une valeur indicative, donnent une image de la surmortalité du groupe des suicidants.

La recherche personnelle que nous avons effectuée et qui figure parmi ces 40 travaux est celle qui a le temps d'observation le plus long, puisqu'il est de 30 ans. Nous avons suivi tous les patients qui ont fait une tentative de suicide de 1933 à 1940 et qui ont été hospitalisés dans une des cliniques médicale, chirurgicale et psychiatrique universitaire de Lausanne et la catamnèse a été faite 10 ans après la tentative, puis en 1968.

Notre échantillon comprend 372 patients et nous observons que 22 d'entre eux, soit 5 %, ont échappé à nos recherches, ce qui est une très petite proportion. Des 350 patients restant, 161, soit 46 %, sont en vie en 1968, 55 se sont suicidés, soit 15 % de l'échantillon, et 134, soit 39 %, sont décédés d'une autre cause que le suicide. Cette mortalité de 134 sujets est statistiquement plus grande que la mortalité de la population normale et est un problème en rapport avec la surmortalité des malades psychotiques et névrotiques.

Quant à la *mortalité par suicide*, on constate que les hommes se suicident davantage que les femmes, mais pas dans la même proportion que celle que l'on constate pour l'ensemble de la population. L'analyse statistique qui a été faite à partir des risques de suicide et du calcul des chiffres attendus de suicide comparé aux chiffres observés, montre que, quelle que soit la provenance des sujets, c'est-à-dire que les sujets soient des patients hospitalisés dans une clinique médicale, chirurgicale ou psychiatrique, quel que soit le sexe et quel que soit l'âge, on observe toujours une surmortalité par suicide et cette surmortalité a lieu pendant toute la période de catamnèse, c'est-à-dire pendant 30 ans, soit jusqu'en 1968.

Une autre méthode consiste donc à analyser le suicide comme cause de mortalité. En Suisse, chez les hommes, le suicide représente environ le 3 % de la mortalité totale et pour les femmes le 1,2 %, et pour les sexes réunis le 2 % environ. Un décès sur cinquante, en Suisse, est un suicide. Le pourcentage de suicides dans notre groupe pour les hommes est de 30 % pour la période allant de 1933 à 1968, de 37 % pour la période allant de 1933 à 1950 et de 17,5 % pour la période de 1951 à 1968. Il en est de même chez les femmes. Selon l'âge, l'écart avec la mortalité par suicide de l'ensemble de la population existe jusqu'à la classe d'âge de 80 ans et plus. On constate à nouveau que le suicide représente pour les classes

d'âge jeunes une cause très importante de décès, la seconde ou la troisième, dont l'importance relative va ensuite en diminuant. Nous avons enfin calculé le taux de suicide par année pour notre population de suicidants de 1933 à 1968. Ce taux est de 500 suicides pour 100 000 suicidants alors que, dans la population suisse, le taux durant cette période oscille autour de 20 suicides pour 100 000 habitants. Pour notre échantillon, pendant la seconde période, de 1951 à 1968 nous constatons encore un taux de 170 suicides pour 100 000 suicidants.

Le temps écoulé entre la tentative, qui a fait entrer le sujet dans notre étude, et le suicide va de quelques jours à 30 ans. 29 % se suicident au cours de la première année, mais seulement 3 sujets pendant le mois qui a suivi la tentative. Le risque suicidaire élevé s'étale donc sur des années, si ce n'est des décennies, avec une concentration de suicides au cours de la première année (taux de suicide de 4570/100 000 suicidants).

Mes collaborateurs et moi-même avons ensuite analysé le groupe des suicidés, le groupe des décédés à l'exception du suicide et le groupe des survivants de cet échantillon de 350 sujets, et nous avons comparé ces groupes entre eux. Le but de cette analyse était de tenter de détecter les facteurs qui auraient permis de reconnaître les patients qui se suicideront. Les résultats ont été négatifs, ce qui est peut-être dû au petit nombre de cas des différents groupes. Que ce soit le sexe, le fait d'être hospitalisé dans telle ou telle clinique, l'âge, le diagnostic psychiatrique, le procédé d'exécution du suicide, aucun de ces facteurs ne permet de différencier les suicidés des non-suicidés. On constate au plus quelques différences minimes entre les hommes et les femmes: le risque de suicide chez les hommes augmente avec l'âge, ce qui n'est pas le cas chez les femmes; les diagnostics sont différents chez les hommes et chez les femmes. Les femmes qui ont utilisé pour la tentative une substance toxique ont davantage de chance de survie que les femmes qui ont utilisé d'autres moyens.

Mais il faut reconnaître que ces différences ne permettent pas, comme d'autres auteurs l'affirment, de décrire des facteurs potentiels qui prédisposeraient à un suicide ultérieur.

L'hypothèse que nous avons formulée, à savoir que le groupe des patients suicidés possède des caractéristiques qui le différencie, d'une part, du reste de l'échantillon, c'est-à-dire de l'ensemble des patients qui ne se sont pas suicidés et, d'autre part, des deux autres groupes de patients que nous avons établis, c'est-à-dire les sujets vivants et les patients décédés d'une autre cause que le suicide, n'a pas été confirmée. Nous avons constaté quelques tendances et certains faits statistiques isolés, mais nous n'avons pas pu mettre en évidence des facteurs permettant de déceler les futurs suicidés.

Ces résultats contredisent les constatations que plusieurs auteurs ont faites sur la valeur pronostique de certaines caractéristiques des suicidants. Si l'on étudie

les articles parus ces dernières années à ce sujet, on constate que les auteurs font des constatations contradictoires entre eux ou que les conclusions qu'ils tirent de différences entre deux groupes sont souvent insuffisamment étayées et statistiquement fragiles. On ne peut utiliser ces données comme facteurs de prévision qu'avec une très grande prudence et il est hasardeux de s'en servir pour mettre sur pied une prophylaxie générale. Elles sont en revanche utiles dans le travail clinique et thérapeutique, car la connaissance de ces différentes tendances permet d'apprécier un peu mieux le danger de récurrence suicidaire chez les sujets que l'on est en train d'examiner ou de traiter.

Que faire avec ces groupes à haut risque suicidaire? Si la chance de ces sujets de mourir par suicide est statistiquement plus grande que celle de la population normale, elle n'est tout de même pas si élevée pour qu'il soit impératif de prendre des mesures globales de caractère préventif ou thérapeutique. Le groupe des suicidants est celui qui possède le risque suicidaire le plus élevé, mais ce risque ne représente que 15 %, au plus 20 % de suicides pour une catamnèse de 30 ans dans notre cas. 80 à 85 % des suicidants meurent d'une autre cause que le suicide.

Une véritable prévention est donc difficile, d'une part, parce qu'on rencontre de grandes difficultés à dépister les personnes qui se suicideront, comme nous l'avons montré dans notre étude et, d'autre part, parce qu'on ne possède pas des mesures préventives et thérapeutiques dont l'efficacité soit très élevée. Disons deux mots sur les recherches qui ont été faites à l'aide des méthodes des questionnaires, des tests et des «rating scales», les échelles d'évaluation, du risque suicidaire. Ces échelles sont d'habitude fondées sur les connaissances cliniques que l'on possède sur le suicide et en particulier sur la dépression et sur certains signes psychologiques qui accompagnent le suicide. Intéressantes du point de vue de la recherche, elles n'ont pas encore eu d'application pratique, car leur taux de sûreté est trop faible et elles dépistent trop de cas faussement positifs. Si l'on admet, par exemple, qu'un questionnaire ou qu'un «rating scale» possède une efficacité de 80 %, c'est-à-dire qu'il décele 80 % des sujets qui se suicideront dans un groupe (et c'est une performance qu'aucune échelle ou questionnaire en question n'a atteinte d'ailleurs) et si nous prenons l'exemple de la recherche que nous avons faite sur les suicidants où le taux de suicide se révèle être de 15 %, une telle échelle permettrait de dépister 12 suicidés sur 100 suicidants sur les 15 qui vont se suicider et, en même temps, elle dépistera 17 cas qui sont des «faux positifs» dont il faut aussi s'occuper. Mais le taux d'efficacité de ces «rating scales» est bien inférieur à 80 % et on ne peut pas les utiliser dans la pratique. Par contre, il semble, d'après de nombreuses recherches, que le médecin, et surtout le généraliste, mais aussi le psychiatre puisse, s'il est alerté, s'il est sensibilisé et s'il n'a pas des défenses trop grandes contre la mort et le suicide, dépister les patients qui vont se suicider, puisque selon ces recherches 70 % d'entre eux consul-

tent un médecin au cours des semaines ou du mois précédant le suicide.

Ces considérations ne veulent pas conduire à une attitude pessimiste et abstentionniste. Bien au contraire, car le groupe des suicidants est composé pour une partie par des malades qui présentent des maladies mentales qui ont en eux-mêmes un risque suicidaire élevé, par des alcooliques et des toxicomanes et par des patients qui se trouvent dans des situations névrotiques ou réactionnelles de crise ou dont l'évolution existentielle est défavorable. Ils ont donc besoin en eux-mêmes et pour eux-mêmes, sans que l'on songe à prévenir le suicide, d'une aide, mais celle-ci, comme nous le verrons, est difficile à appliquer et les modes thérapeutiques que l'on peut utiliser avec les patients suicidants peuvent présenter des problèmes complexes, mais intéressants.

La prise en charge des suicidants

Pour illustrer un peu ce domaine, je résumerai deux expériences que nous avons faites à une dizaine d'années d'intervalle avec des patients suicidants. Depuis 30 ans maintenant, nous examinons la grande majorité des tentatives de suicide qui sont hospitalisées à l'hôpital de médecine générale, l'hôpital universitaire de Lausanne, le CHUV, dans les services de réanimation ou dans les services chirurgicaux.

Deux de mes collaborateurs, *Touraine* et *Bloch*, ont étudié en 1963 ce groupe de patients et plus particulièrement les patients hospitalisés dans le centre de réanimation et à la clinique médicale universitaire.

Nous avons l'impression, qui s'est révélée n'être qu'une illusion, que nous offrons à ces patients des possibilités thérapeutiques après leur acte suicidaire. Or l'analyse du sort de ces sujets montre que sur 208 tentatives de suicide hospitalisées dans la clinique médicale en 1963, tentatives qui sont donc presque toutes des tentatives par ingestion de substances toxiques, seules 20 sont prises en charge psychiatrique et probablement psychothérapique, éventuellement 36 si l'on tient compte des cas qui ont été adressés à des psychiatres privés.

Devant le peu d'efficacité de notre action, nous avons cherché d'autres stratégies. L'une aurait pu consister à cesser de faire des examens psychiatriques des suicidants, puisqu'on sait que le suicide survient au cours des années qui suivent la tentative et qu'il s'agit d'un problème de surveillance ou de traitement de longue durée, ce qui n'avait pas lieu lorsqu'il n'y avait qu'une consultation à l'hôpital et ensuite une action relâchée. L'autre était d'établir un régime plus strict permettant de suivre ces patients en tenant compte des facteurs principaux responsables de l'acte:

Le patient suicidaire, l'acte commis, rétablit très rapidement, dans une autre situation que celle d'avant le suicide, ses mécanismes défensifs et nie l'importance du suicide et surtout de la situation qui l'a conduit au syndrome suicidaire. Pour certains auteurs, c'est au moment du réveil seulement qu'existe une possibilité d'action psychothérapique. C'est le traitement de la

crise ou du patient suicidaire aigu. Il est évident que par cette action on possède des moyens de prévenir une récurrence immédiate, soit en envoyant le patient dans un hôpital psychiatrique où l'on peut penser qu'il sera surveillé et traité, soit en procédant à des interventions brèves. Mais l'observation sur les groupes de suicidants montre que la tentative de suicide ne survient pas immédiatement après le suicide, sauf exception, mais au cours des années et que l'on ne se trouve plus devant des cas aigus de suicide, mais devant le patient chroniquement suicidaire.

En nous inspirant un peu de la manière de faire de *Retterstøl*, d'Oslo, nous avons établi un mode de contrôle des patients suicidaires comparable dans ses grandes lignes au contrôle que l'on fait auprès des patients cancéreux ou des infarctus du myocarde ou d'autres affections chroniques, en agendant des rendez-vous. Nous avons maintenant quelques indications sur une recherche effectuée dans ce cadre, par *F. Wulliemier* et ses collaborateurs (voir leur article dans ce numéro).

La seule conclusion que nous pouvons tirer de cette recherche est la suivante: si l'on modifie la tactique et que les médecins sont motivés pour suivre des patients suicidaires en tenant compte de certaines caractéristiques de ces sujets, mais aussi de la manière dont il faut dynamiser le traitement, on augmente, par rapport à la première recherche de 1963, le nombre des patients qui, pendant les deux années après la tentative, suivent un traitement psychiatrique, parfois psychothérapique au sens strict du terme.

Nous observons entre les deux groupes 1971/1972 et 1972/1973 une diminution du nombre des suicides et des tentatives de suicide, mais les chiffres sont trop petits pour que nous puissions affirmer que les efforts thérapeutiques ont entraîné cette conséquence favorable. L'attitude des médecins qui doivent s'occuper des malades suicidaires et qui les voient immédiatement après leur tentative a certainement changé. En particulier, des discussions de groupe ont eu lieu au sujet de ces suicidants.

Quelques considérations psychodynamiques

Quels sont les *facteurs psychologiques* qui ont été étudiés ces dernières années et qui nous sont utiles pour la compréhension de la pathogénie de l'acte suicidaire? Tout d'abord relevons le fait que le diagnostic psychiatrique classique, dans le cadre nosologique habituel, n'est pas très utile. Même si le suicide est fréquent au cours de la dépression, selon la conception psychiatrique, la connaissance de ce fait nosologique ne nous permet pas de déceler les patients déprimés qui présentent une évolution suicidaire. Il est préférable de recourir à une compréhension psychologique et surtout psychodynamique qui, à partir du syndrome pré-suicidaire de *Ringel*, s'est enrichie de nouvelles connaissances et qui permet d'ailleurs de saisir les difficultés de la prévention du suicide.

Il est exceptionnel qu'un acte suicidaire survienne inopinément, brusquement, sans une évolution de quel-

ques heures, de quelques jours et, la plupart du temps, de quelques semaines, décrite donc sous le nom de *syndrome présuicidaire*. Quels que soient les difficultés existentielles dans lesquelles se trouve le sujet, les conflits qu'il doit résoudre ou affronter, les raisons qu'il peut invoquer pour justifier, à ses yeux et à ceux d'autrui, l'acte qu'il va commettre, le syndrome présuicidaire prend d'ordinaire un aspect que l'on peut déceler. En plus des idées suicidaires, le sujet devient irritable et facilement agressif, sans qu'il puisse cependant donner cours aux tendances hostiles qu'il éprouve contre les autres. Il existe donc des indices de la transformation de l'hétéro-agressivité en auto-agressivité. Enfin ce sujet a une tendance à se replier sur lui-même, à s'isoler des autres, et à rétrécir son champ relationnel. A ce propos, ce ne sont pas tant les personnes vivant seules qui sont menacées par le suicide que celles, qu'elles soient dans une communauté, une famille ou seules, qui raréfient leurs relations avec les autres et se replient sur elles-mêmes et dont la vie se rétrécit.

Le développement vers le suicide est favorisé si le sujet présente aussi le *syndrome du renoncement* (G. Engel), celui-ci étant en rapport avec des mécanismes touchant le narcissisme, à savoir la perte de l'estime de soi et des sentiments de dévalorisation qui peuvent être la conséquence de conflits importants survenant dans l'existence du sujet, en particulier la perte d'objets relationnels, ou la disparition de personnes chères que l'on relève souvent dans l'anamnèse des suicidés. Cependant cette perte peut aussi être fantasmée, entraînant la même dévalorisation et une culpabilité importante.

L'école de Rochester de G. Engel a surtout décrit le syndrome du renoncement au cours des maladies physiques et chez les mourants. Chez ces derniers il est en quelque sorte la condition de l'acceptation de la mort. Dans le renoncement, on constate un état de désespoir (hopelessness) et un sentiment d'impuissance devant toutes les tâches que le sujet devrait encore faire et devant les exigences de la vie ainsi que devant les personnes (helplessness). Cette évolution dramatique est liée à l'estimation de sa propre valeur à un moment donné. Aussi n'est-il pas étonnant que la personne qui se sent atteinte très profondément dans son intégrité physique et qui sait qu'elle va mourir renonce pour accepter la mort ou même la désirer et, comme Montherlant aveugle, se suicider, alors que Sartre également aveugle continue à créer.

D'autres facteurs psychodynamiques classiques interviennent aussi, telle que l'agressivité retournée sur soi-même dans un mouvement masochique d'autopunition et de culpabilité. Cette prédominance de l'agressivité a été relevée par certains auteurs qui la rendent responsable des contre-attitudes du médecin, également agressives, haineuses et destructrices, mais dont le médecin ne prend pas suffisamment connaissance pour pouvoir les maîtriser. Le désespoir et l'impuissance du patient mettent à dure épreuve le médecin qui, peu à peu, est également impuissant et désespéré devant le

sujet qui émet des idées suicidaires. Dans la relation thérapeutique ces phénomènes interviennent, comme j'ai pu m'en rendre compte personnellement au cours d'une longue relation médicale avec un homme sexagénaire qui présentait sur le plan clinique une dépression involutive avec une profonde dévalorisation et une atteinte narcissique grave tout au long de son existence et entretenue par sa famille. Pendant toutes ces années, il continuait à vivre, en particulier parce que je le regonflais narcissiquement indépendamment du traitement médicamenteux que j'ai pu lui donner. Au cours des ans son état physique s'est aussi détérioré avec l'apparition de troubles hépatiques graves sur la base d'un alcoolisme ancien et de phénomènes arthrosiques très douloureux. Lors d'une aggravation de son état, les idées suicidaires qu'il avait souvent eues et dont nous parlions m'ont paru présenter une gravité telle que je lui ai proposé une hospitalisation psychiatrique qu'il a acceptée, mais en me demandant de bien vouloir avertir un membre de sa famille dont il craignait beaucoup le jugement. Je le lui ai promis, mais je n'ai pas pu atteindre cette personne. Le patient est retourné chez lui, étant entendu que dans les deux jours qui suivaient il entrerait en clinique après que j'eus pris contact avec cette personne. Le lendemain, sa famille me téléphonait qu'il s'était tiré un coup de revolver dans la tête.

Il m'a fallu assez longtemps pour me rendre compte que si ce patient avait renoncé et s'était tué, c'était parce que le soutien que je lui donnais avait brusquement disparu et que j'avais également désespéré. L'hospitalisation était une manière de me décharger de lui et il l'avait compris dans le sens que je pensais qu'il ne valait rien et donc qu'il devait disparaître. Ce que j'aurais dû faire était clair. Au moment où nous avions convenu qu'il devait entrer en clinique, je devais l'accompagner et lui montrer que j'étais toujours avec lui et que je pouvais accepter avec lui ses idées suicidaires.

A propos de ce cas, soulignons le fait que la plupart des auteurs qui écrivent sur la manière d'approcher thérapeutiquement les malades suicidaires reconnaissent qu'on ne restaure pas l'estime du patient en lui-même en le rendant coupable d'avoir des idées suicidaires. C'est au contraire en admettant son autonomie dans ce domaine et la légitimité du suicide qu'on peut le mieux aborder avec lui la réalité qui peut justifier un tel acte et la détacher de tout le monde imaginaire en rapport avec une problématique inconsciente qu'il s'agit d'essayer d'élucider. Autrement dit le médecin doit abandonner son désir de toute-puissance, que ce soit la toute-puissance de guérir, celle de connaître ou également celle d'aimer totalement le malade. Il doit donc accepter qu'il pourra se suicider.

Une prise en charge trop protectrice peut devenir dangereuse et le patient n'abandonnera ses comportements autodestructeurs que si le médecin accepte de rendre le patient responsable de son existence et de son sort, ce qui fait souvent disparaître les comportements provocateurs du suicidant sous-tendus d'une

énorme agressivité. En s'intéressant ainsi personnellement à lui, on le considère comme un être autonome. Si l'on admet qu'il a finalement le droit d'être l'arbitre final de sa vie, on lui redonne cette valeur qu'il croyait avoir définitivement perdue.

Ces attitudes sont beaucoup plus réalistes que celles qui avaient cours récemment encore et qui étaient les seules acceptables, à savoir que le médecin, et surtout le psychiatre, devait tout faire pour protéger son patient contre le suicide, y compris l'hospitalisation autoritaire et la prolongation de celle-ci. Il est évident qu'en se mettant à la place du malade et en estimant que la vie valait la peine d'être vécue, le médecin commettait, sans s'en rendre compte et en croyant agir avec amour, une attaque du patient et renforçait encore ses sentiments de dévalorisation. De plus, il admettait qu'il pouvait empêcher le sujet de se tuer, donc qu'il était tout-puissant, et il utilisait à cette fin des moyens souvent discutables, telle l'hospitalisation psychiatrique dont les effets dans la prévention du suicide sont actuellement mis en doute. Il lui donnait aussi la fallacieuse assurance qu'il serait toujours à sa disposition, ce qui n'est également pas vrai. Dire à un patient, qu'on soit médecin d'hôpital ou non, qu'on est toujours atteignable, comme cela se faisait et se fait peut-être encore, est souvent irréaliste. Le patient pourra toujours atteindre un médecin, mais son médecin n'est pas toujours atteignable et il faut le lui dire et bien préciser les limites de la disponibilité.

Lorsqu'on discute avec les équipes des centres de réanimation, on se rend compte de l'hostilité que déclenche le patient suicidaire. Elle n'est pas niée et à quelques exceptions près le personnel soignant de ces unités ne tient pas à établir une relation avec le malade suicidaire. Il en laisse la charge au psychiatre. Comme nous l'avons montré, celui-ci, s'il ne se rend pas compte de ce qui se passe en lui-même et avec le patient, n'obtient que rarement un lien thérapeutique. Celui-ci ne peut se créer que s'il y a reconnaissance au niveau de l'attitude et de la contre-attitude, de ce courant agressif qui caractérise aussi l'acte suicidaire, courant qui est le plus souvent dissimulé ou refoulé. Aussi est-il important que le psychothérapeute puisse élaborer en lui-même, et ensuite dans l'acte thérapeutique avec le patient, l'attitude de haine de celui-ci bien décrite par des auteurs américains, et également la contre-attitude de haine qui caractérise, si l'on ne s'en tient pas aux apparences, le rapport soignant-suicidaire.

Ce n'est qu'en prenant conscience de ce contre-transfert, fait d'aversion et de méchanceté, que le thérapeute pourra élaborer avec le patient les propres tendances agressives de celui-ci, qui sont en rapport avec les failles narcissiques et les phénomènes d'abandon très précoces. *Jean Baechler* dit d'une manière humoristique: «Les suicidés sont de mauvais drôles qui oublient ou qui ignorent leur devoir.» Il ajoute qu'au moment où il se tue, le suicidé tente de devenir Dieu, qu'il se prend donc pour ce qu'il n'est pas et il rappelle

ensuite aux humains qu'ils sont mortels, ce qui est très ennuyeux. Ces remarques un peu naïves et provocatrices sont exactes et reflètent ce qui se passe de tragiquement destructeur dans la relation avec celui qui nourrit des idées de suicide.

Une véritable relation psychothérapeutique est donc difficile à établir avec un patient suicidaire, mais elle n'est pas impossible. Cependant bien des psychothérapeutes évitent de traiter des sujets dont ils savent qu'ils ont fait des tentatives de suicide ou qu'ils traversent une phase suicidaire. Une fois la relation établie, il faut bien tenir compte des données psychodynamiques que nous connaissons, ce qui imprimera à la psychothérapie certaines caractéristiques, y compris, le fait d'admettre que des actes suicidaires peuvent être commis, donc prendre le risque éventuel d'un suicide.

A ce sujet des limites existent et il est évident que le psychothérapeute doit à certains moments abandonner cette attitude responsabilisante vis-à-vis du patient pour le protéger, par exemple, par une hospitalisation de quelques jours.

Chez le suicidaire, les conflits principaux sont des conflits d'ambivalence, de séparation, d'agressivité, et narcissiques, liés au vide qu'entraîne la mort. On comprend donc les réactions inconscientes, hostiles et de rejet qui, si elles ne sont pas reconnues et vécues, aboutissent véritablement au rejet du patient suicidaire, ce qu'on observe souvent en clinique. Pour s'occuper de ces sujets, il faut donc que le thérapeute ait une disponibilité éclairée, qu'il accepte de ne pas maintenir à tout prix le sujet en vie et qu'il ne réagisse pas au transfert agressif et haineux du patient par un contre-transfert dissimulant sa propre méchanceté et son aversion qui sont réelles. Les défenses établies contre ce transfert agressif se manifestent par le refoulement, la déviation sur soi-même de l'agressivité, la formation réactionnelle d'une toute-puissance aimante, la projection de l'agressivité, sa distorsion ou son déni. Comme résultat de ces mécanismes, on observe une régression du thérapeute soit au niveau anal, soit au niveau du sadisme oral, ce qui crée la possibilité d'actes de rétorsion et la facilitation du suicide. Concrètement une des façons de ne pas reconnaître toute cette évolution consiste à ne donner que des médicaments au patient suicidaire en tenant compte de quelques symptômes dépressifs et en évitant d'aller plus loin, ou encore de l'hospitaliser. Or l'hospitalisation qui se fait dans ces conditions est en rapport avec l'angoisse du médecin et non pas avec celle du malade. C'est pour se calmer et se rassurer que le médecin fait un acte qui peut prendre un aspect antithérapeutique. Le médecin devrait pouvoir parler du suicide avec ses patients. S'il le fait, c'est qu'il considère le sujet comme un être adulte, de même que de parler de la mort avec un patient en fin de vie, le rend adulte. C'est le premier pas pour établir un transfert et un contre-transfert qui ne soient pas foncièrement sado-masochiques dans leurs composantes inconscientes.

Le second pas consiste à reconnaître et à vivre les pulsions agressives qui sont en rapport avec les blessures narcissiques et les situations d'abandon et de renoncement propres à l'acte suicidaire.

Si le transfert devient sado-masochique, au sens inconscient du terme, le patient ne pourra accomplir que des actes autodestructeurs qui en même temps risquent de détruire le thérapeute en le mettant à l'épreuve.

La psychothérapie chez les patients suicidaires consiste donc à aider le patient à conserver le sens de sa propre responsabilité sans le rejeter ou le sauver. Cette compréhension donne au patient le soutien qui lui est nécessaire et la psychothérapie peut continuer en se focalisant éventuellement sur le désir du patient d'avoir quelqu'un d'autre qui prenne les responsabilités pour lui et des interprétations au sujet de cette responsabilité qu'il doit à nouveau réacquérir. Si cela ne se produit pas, si le patient estime que c'est le médecin qui est responsable de sa vie et si le thérapeute partage cette croyance, celui-ci ne peut qu'essayer de protéger ou de sauver son patient et il diminue encore son sens de responsabilité. En quelque sorte le médecin enchaîne le patient qui devient encore plus désespéré.

Ces quelques considérations concernent avant tout les patients chroniquement suicidaires, donc la grande majorité de ceux dont on doit s'occuper, puisque les enquêtes objectivant le comportement suicidaire montrent que celui-ci se répète. Lors des crises, les mêmes mécanismes entrent aussi en ligne de compte et il faut les considérer pour pouvoir élaborer la crise avec le patient. Du point de vue de la prévention, l'aménagement de la crise seul ne suffit pas et il faudrait analyser les conflits inconscients à la base de l'acte suicidaire. Je dis bien qu'«il faudrait», car les possibilités psychothérapeutiques n'existent que dans une minorité de cas. On peut espérer que ces connaissances psychodynamiques se répandront peu à peu et qu'elles exerceront une influence sur les équipes médicales qui s'occupent du patient suicidaire. Des psychothérapies de groupe de très courte durée au moment des crises suicidaires ont été faites. Elles se sont prolongées parfois par des groupes psychothérapeutiques élaborant certains des mécanismes que j'ai décrits.

Il m'a paru plus utile de vous présenter le problème du suicide sous l'angle de l'élaboration intrapsychique et psychodynamique plutôt que de revenir sur les sentiers battus, qui ne nous mènent pas très loin, des motivations et des fonctions du suicide qui demeurent d'habitude au niveau descriptif conscient.

Ces considérations sur quelques aspects psychodynamiques de la psychothérapie ou plus simplement du traitement des malades suicidaires peuvent permettre d'éviter un suicide, donc d'exercer une action préventive. Cependant, il ne faut pas que le psychothérapeute nourrisse des illusions et qu'il consulte chaque année les statistiques des suicides de son pays pour savoir si son action a fait baisser la courbe. Seule une minorité de patients qui se suicideront suivent des traitements

psychothérapeutiques. Les efforts que l'on peut faire, et qui sont justifiés dans une conception thérapeutique, peuvent tout au plus grignoter peu à peu cette courbe des suicides sans avoir des effets évidents comparables à ceux de l'introduction du vaccin dans la prévention de la poliomyélite.

C'est que le suicide est un comportement beaucoup plus complexe que ne l'est une maladie infectieuse et qu'il est lié à la possibilité de l'homme de prendre conscience de lui-même, donc de sa mort, et également de la possibilité qu'il a de choisir cette mort comme une solution existentielle à des difficultés existentielles ou à un vécu dominé par le désespoir et l'impuissance. Comme je l'ai déjà montré dans la manière d'aborder le patient suicidaire, une véritable compréhension de ce dernier n'est possible que si le médecin peut admettre qu'il n'a pas toujours et dans tous les cas la mission principale et unique de protéger à tout prix la vie de son malade. Cet enseignement pénètre peu à peu et n'est pas opposé aux principes déontologiques fondamentaux de la médecine.

Il tient simplement compte de la qualité de la vie et d'un degré suffisant de liberté de l'homme de choisir les voies de son existence, même si elles peuvent éventuellement aboutir à sa propre mort.

Résumé

A partir de la notion de risque suicidaire et de la critique de ses applications, on peut individualiser des groupes à haut risque suicidaire. Le groupe des suicidants, personnes qui ont déjà fait une tentative de suicide, est l'objet de considérations générales et de recherches personnelles. Celles-ci montrent que la détection des personnes qui vont se suicider est encore difficile et les facteurs prédictifs, soit cliniques, soit découlant de tests, encore peu fiables.

Les difficultés de la prévention secondaire sont mises en évidence par deux recherches sur la prise en charge des suicidants dans un hôpital universitaire de médecine générale.

Très importante pour la prévention est la reconnaissance à temps du syndrome présuicidaire et du syndrome de renoncement. La dévalorisation, donc l'atteinte narcissique, est, avec les phénomènes agressifs, un des noyaux psychologiques conduisant à l'acte suicidaire. Les attitudes médicales à l'égard du suicidant sont analysées, de même qu'est soulignée la difficulté de la relation psychothérapeutique. Des considérations pratiques sur l'abord psychothérapeutique de celui-ci terminent l'article.

Zusammenfassung

Selbstmordrisiko und Betreuung der Selbstmordgefährdeten

Ausgehend vom Begriff der Selbstmordgefahr und der Kritik der Anwendung des Selbstmords, kann man Gruppen mit stark erhöhtem Selbstmordrisiko definieren. Die Selbstmördergruppe – Leute, die schon einen Selbstmordversuch hinter sich haben – ist das Objekt allgemeiner Betrachtung und persönlicher Nachforschung. Diese bestätigen, dass es noch sehr schwer ist, die Leute herauszufinden, die Selbstmord begehen werden. Die prognostischen Faktoren, seien sie klinisch oder auf Tests abgestützt, sind noch kaum zuverlässig.

Die Schwierigkeiten der sekundären Verhütung werden durch zwei Erhebungen über die Betreuung der Selbstmörder in einer allgemeinmedizinischen Universitätsklinik deutlich hervorgehoben.

Sehr wichtig für die Verhütung ist die rechtzeitige Erkennung des präsuicidalen und des Verzicht-Syndroms. Die Selbstunterschätzung, also der narzisstische Anfall, ist zusammen mit den aggressiven Erscheinungen einer der psychologischen Kernpunkte, die zum Selbstmord führen. Das medizinische Verhalten dem Selbstmörder gegenüber wird untersucht, und die Schwierigkeiten, denen man in

der psychotherapeutischen Beziehung mit dem Suizidanten begegnet, werden hervorgehoben. Praktische Überlegungen über die psychotherapeutische Annäherung an den letztgenannten schliessen den Artikel.

Summary

Suicidal risks and care of the suicide attempters

Starting from the notion of suicidal risk and a critique of its usage, it is possible to distinguish groups whose suicidal risk is particularly high. The suicidal group—composed of persons who have already attempted to commit suicide once—is in this paper the subject of general considerations as well as personal research. The latter shows that it is still difficult to detect those persons who are about to commit suicide and that tell-tale signs—be they clinical or resulting from tests—are still not very reliable.

The difficulties encountered by secondary prevention are made obvious by two pieces of research done on the taking in charge of suicide-prone persons in a university general hospital.

The timely recognition of the pre-suicidal syndrome and of the self-denial syndrome is very important for suicide prevention. Self-depreciation, and consequently the narcissistic blow is, as are the aggression phenomena, one of the psychological cores which lead to an act of suicide. Medical attitudes concerning the suicidal person are analyzed, and the difficulty in the psychotherapeutic relationship is stressed. Practical considerations on the psychotherapeutic approach to the suicidal person close up the article.

Bibliographie

- [1] *Achte, K. A.*, Suizidalität und Suizidverhütung, Münch. med. Wschr. 117, 189–191 (1975).
- [2] *Beck, T., Kovacs, M., and Weissman, A.*, Hopelessness and Suicidal Behavior, An Overview, JAMA 234, 1146–1149 (1975).
- [3] *Biener, K.*, Selbstmord – Epidemiologie und Prävention, Rev. thérapeut. 26, 573–579 (1969).
- [4] *Böcker, F.*, Über Möglichkeiten der Suizidprophylaxe in der ärztlichen Praxis, Zeit. Allgemeinmedizin/Der Landarzt 48, 1597–1600 (1972).
- [5] *Comstock, S., and McDermott, M.*, Group Therapy for Patients Who Attempt Suicide, Int. J. Group Psychother. 25, 44–49 (1975).
- [6] *Decke, D.*, Dispensaire-Betreuung suizidgefährdeter Menschen der zweiten Lebenshälfte, Psychiat. Neurol. med. Psychol. 27, 534–541 (1975).
- [7] *Garrard, R.*, The Role of the Physician in Suicide Prevention, North Carolina Med. J. 30, 473–476 (1969).
- [8] *Kohler, K.-H.*, Ärztliche Behandlung beim Selbstmordversuch, Eine Kritische Studie, Deutsche Med. Wochenschrift 97, 5–8 (1972).
- [9] *Lester, D.*, The Myth of Suicide Prevention, Comprehensive Psychiat. 13, 555–560 (1972).
- [10] *Maltsberger, J. T., and Buie, D. H.*, Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients, Arch. Gen. Psychiat. 30, 625–633 (1974).
- [11] *Mayer, Y.*, A Psychotherapeutic Approach to the Suicidal Patient, Br. J. Psychiat. 119, 629–633 (1971).
- [12] *Mintz, R. S.*, Basic Considerations in the Psychotherapy of the Depressed Suicidal Patient, Amer. J. of Psychother. 25, 56–73 (1971).
- [13] *Noyes, R. Jr.*, Shall We Prevent Suicide? Comprehensive Psychiat. 11, 361–370 (1970).
- [14] *Olin, H. S.*, Psychotherapy of the Chronically Suicidal Patient, Amer. J. Psychother. 30, 570–575 (1976).
- [15] *Paykel, E. S., Prusoff, B. A., and Myers, J. K.*, Suicide Attempts and Recent Life Events, A Controlled Comparison, Arch. Gen. Psychiat. 32, 327–333 (1975).
- [16] *Pohlmeier, H.*, Einige Bedingungen für die Psychotherapie bei der Selbstmordverhütung, Med. MSCHR. 28, 115–119 (1974).
- [17] *Retterstøl, N.*, Long Term Program after Attempted suicide, Oslo, Bergen Tromst Universitets forlaget (1970).
- [18] *Retterstøl, N., and Strype, B.*, Investigation of suicide attempters admitted to a mental hospital, Norsche Laegetorm 94, 491–494 (1974).
- [19] *Schneider, P.-B.*, La tentative de suicide, Etude statistique, clinique, psychologique et catamnétique (Delachaux et Niestlé SA, Neuchâtel et Paris 1954).
- [20] *Schneider, P.-B., Martini, P., et Meylan, D.*, Contribution à l'étude de la prévention du suicide, Etude d'un groupe de 372 sujets 28 à 35 ans après une tentative de suicide, Arch. Suisses Neurol. Neurochir. Psychiat. 118, 307–355 (1976).
- [21] *Shein, H. M., and Stone, A. A.*, Psychotherapy Designed to Detect and Treat Suicidal Potential, Amer. J. Psychiat. 125, 141–145 (1969).
- [22] *Späte, H. F.*, Betreuungsmöglichkeiten im Rahmen der Suizidprophylaxe, Zschr. ärztl. Fortbild. 67, 131–136 (1970).
- [23] *Stolze, H.*, Sicherheit und Angst des Arztes in der Begegnung mit dem suizidalen Patienten, Münch. med. Wschr. 117, 183–188 (1975).
- [24] *Touraine, J., et Bloch, A.*, La tentative de suicide: approche psychiatrique en hôpital général, Schweiz. med. Wschr. 100, 58–64 (1970).

