

# Les états limites à la pathologie bipolaire

J. CHAMBRIER <sup>(1)</sup>

Pour une psychanalyste, se voir proposer un tel sujet a quelque chose de déroutant.

Est-il possible d'exposer, selon les conceptions de la médecine psychiatrique biologique, une clinique qui reste psychanalytique ?

L'histoire montre que ces deux types de recherche ne peuvent que cheminer indépendamment.

Sigmund Freud publie en 1918, sous le titre « Extrait de l'Histoire d'une névrose infantile », le cas de l'Homme aux loups, un patient analysé par lui entre 1910 et 1914, que la plupart des psychanalystes aujourd'hui considèrent comme étant, de fait, la toute première description d'un état-limite (8).

Dans l'introduction à son exposé Freud note qu'Emil Kraepelin, le psychiatre consulté avant lui par le patient, avait diagnostiqué un état maniaco-dépressif. Le père du patient souffrait de cette maladie ; Freud précise que sa « vie pleine d'activités et d'intérêt variés avait été à plusieurs reprises troublée par de graves crises de dépression ». Il s'était suicidé quand le patient avait 20 ans, et la sœur de ce dernier deux ans plus tard. Freud ajoute « chez le fils je n'ai pu, malgré une observation de plusieurs années, déceler aucun changement d'humeur qui fût en disproportion, par son intensité ou par ses conditions d'apparition, avec la situation psychique alors manifeste ». Freud considérait que le patient souffrait des séquelles d'une névrose obsessionnelle infantile spontanément résolue, dont il s'est attaché à reconstituer les éléments dans le traitement analytique, d'où le titre donné à son travail. Après la Première Guerre mondiale, le patient ruiné, gravement déprimé (au moment où sa femme est endeuillée par la mort d'une fille d'un premier mariage) revient vers Freud qui le confie à une de ses élèves Ruth Mack Brunswick (19). Sa seconde analyste hésitera entre deux diagnostics : mélancolie et paranoïa. Bien plus tard, le patient confirmera dans une lettre à la psychanalyste Muriel Gardiner (Lettre du 23 octobre 1970) que pendant

son traitement avec Freud il n'avait montré aucun signe de dépression (10).

Ceci pour souligner l'importance du regard de l'observateur dans la lecture des faits cliniques. Relevons aussi la complexité, et la variabilité, des expressions symptomatiques au cours du temps qui participent de la difficulté de ces traitements.

La mise en perspective des grandes étapes du développement de la pensée psychanalytique se révèle une autre manière de surmonter la difficulté.

Les recherches sur les états maniaco-dépressifs, à commencer par celles de Freud, ont joué un rôle fondamental dans le développement de la théorie analytique. Il me semble que les tentatives de compréhension de ces pathologies charnières ont, dans l'histoire des idées, ouvert la voie au repérage des organisations limites, lesquelles depuis quarante ans ne trouvent d'explications, comme on le sait, ni dans le modèle de la névrose ni dans celui de la psychose.

Dans « Deuil et mélancolie » (7), Freud étudie le rapport du deuil avec la mélancolie ; la fin de l'épisode dépressif coïncide avec la fin du travail de deuil et les capacités psychiques recouvrées. Le retrait d'investissement d'objet, hautement narcissique et ambivalent, et son reflux vers le moi par identification, substitut de la relation, fait la crise mélancolique : « l'ombre de l'objet tombe sur le moi ». Dans ce texte Freud tente d'articuler les deux aspects de la maladie maniaco-dépressive. Mélancolie et manie ont en commun le même complexe, auquel le mélancolique succombe et dont le maniaque triomphe. L'énergie psychique dépensée dans le travail inconscient de mélancolie, en particulier l'agressivité qui prend, pour la première fois, une part importante en pathologie, redevient libre « pour des utilisations et des décharges de toutes sortes » dans la manie. Ce texte est un texte charnière dans le processus théorisant de Freud. Il a été écrit en 1917, entre les deux temps de la métapsychologie, avant que la théo-

(1) Membre de la Société Psychanalytique de Paris.

rie freudienne bascule d'un premier référent qui était « la névrose comme négatif de la perversion » au second organisé autour de la psychose. En 1921, dans « Psychologie des foules et analyse du moi » (9), Freud reprend ses réflexions sur le thème et montre comment l'idéal du moi sévère écrase de son contrôle rigoureux le moi du sujet mélancolique, alors qu'il est absorbé par ce même moi, fondu avec lui, dans la manie.

Karl Abraham (1, 2, 3, 4), proposant des différenciations dans les organisations prégénitales décrites par Freud, indique l'existence du conflit d'ambivalence dans la vie de l'enfant. Il montre le lien existant entre la mère décevante, lors de la phase précoce du développement libidinal, et la psychogenèse de la mélancolie. À plusieurs reprises dans son œuvre, il reprend ses réflexions sur la psychose maniaque-dépressive et juge possible, contrairement à Freud, d'établir un transfert avec ces patients, en dépit de leur investissement narcissique de l'analyste.

Son élève, Mélanie Klein, approfondit la question des états maniaque-dépressifs dans deux articles célèbres « Contribution à la psychogenèse des états maniaque-dépressifs » (17) et « Le deuil et ses rapports avec les états maniaque-dépressifs » (18). Sa réflexion sur la psychopathologie (comme c'est toujours le cas en psychanalyse), amène cette analyste à poser l'existence des positions psychiques entre lesquelles le fonctionnement psychique normal ne cesse d'osciller : la position maniaque (notion qu'elle abandonne trop vite au profit de celle de position schizo-paranoïde) et la position dépressive. Cette dernière serait pour Mélanie Klein « une mélancolie *in statu nascendi* » liée à la perte du sein et de tout ce qu'il représente pour la pensée enfantine, alors que la position maniaque nierait la crainte d'intérioriser un mauvais objet ou de détruire l'objet en l'intériorisant, et suppose un renforcement du moi devenu capable de détachement envers l'objet par indifférence.

Les conceptions psychanalytiques de Freud (qui réfléchit en terme d'appareil psychique) ou de Mélanie Klein (qui suppose un moi précoce) sont solipsistes. S'il est vrai que nous entrons avec cette dernière dans l'ère dite des « relations d'objet », la part prise par les réponses des objets primaires dans la construction de la vie psychique de l'enfant restait encore alors largement sous-estimée.

À partir de Donald Winnicott, pédiatre de formation, les choses changent. Dans « La défense maniaque », son premier texte (26), cet auteur ne se différencie pas encore de Mélanie Klein. Mais par la suite il va s'attacher à montrer combien les premières réponses de l'environnement s'intègrent aux fondements de la personnalité de l'enfant. Plus tard, il découvrira la part importante que prennent les phénomènes transitionnels (moi – non-moi) dans les processus de symbolisation et pour la vie personnelle et la culture (24, 25).

Après Donald Winnicott, les analystes portent sur leurs patients un regard différent. Désormais, en analyse, les topiques considérées ne sont plus seulement intra-psychiques mais intersubjectives, tenant compte du fonctionnement psychique de l'objet. Avec la « capacité de rêverie

maternelle », Wilfred Bion poursuit, avec d'autres concepts, une ligne de recherche assez proche (5).

En pratique et dans le même temps, le contre-transfert n'apparaît plus comme la réponse inconsciente et gênante de l'analyste au transfert du patient, mais devient un outil d'investigation et de compréhension analytiques.

Plus proches de nous :

– Otto Kernberg, psychiatre-psychanalyste, décrit les troubles limites de la personnalité (15) et cherche quelles réponses thérapeutiques spécifiques leur apporter (16).

– André Green, à partir d'une pratique exclusivement psychanalytique, a une visée plus structurale. En dehors de son texte fameux (11) sur « La mère morte » (*Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, 1983), qui rend compte dans la psyché de l'enfant de la trace du désinvestissement par un objet maternel accaparé par un deuil, il s'est attaché à dégager une structure-limite (12). Après avoir montré, à partir de la notion freudienne d'hallucination négative, qu'au fondement de la psyché le négatif joue un rôle central et structurant (14), il a précisé ses modalités d'action dans les pathologies limites pour expliquer « le blanc de la pensée » (narcissisme négatif, fonction désobjectalisante, position phobique centrale et auto-disparition du moi). Par ailleurs cet analyste, qui a abandonné le vocable d'état-limite, préférant celui de « structures non névrotiques », ne cesse d'insister sur l'hétérogénéité des éléments et des fonctionnements du psychisme.

– Daniel Widlöcher, en affirmant que l'état-limite est « un état instable dans une structure stable » (23) souligne également que la référence à la structure ne doit pas faire oublier l'hétérogénéité du fonctionnement psychique. Les analystes français tentent de répondre à cette exigence théorico-clinique en recourant de plus en plus souvent à la notion de « fonctionnement mental », notion proposée par Pierre Marty (20) à propos de la pensée opératoire des patients psychosomatiques. François Duparc (6) rapproche le fonctionnement des patients psychosomatiques et maniaque-dépressifs.

Ayant retracé très brièvement ce que la théorie analytique des états-limites doit aux recherches des psychanalystes sur les états maniaque-dépressifs, je me sens plus à l'aise pour ébaucher, tels que je les entrevois dans ma pratique quotidienne, les rapports entre états-limites et troubles bipolaires.

Je distingue, en fonction du degré d'organisation psychique du sujet, trois cas de figures.

Dans le premier, le psychiatre est un co-thérapeute nécessaire dans une partie difficile à jouer pour l'analyste. Le moi du patient ne peut se mettre efficacement au travail sans un traitement médicamenteux qui l'aide à trouver un certain apaisement de sa douleur dépressive, le réanime ou bien, au contraire, tempère la violence de ses mouvements pulsionnels et la labilité de ses émotions.

Dans ces organisations limites, les symptômes sont évidents ; instabilité, impulsivité, agressivité à fleur de peau s'entremêlent. Le plus souvent des moments d'exaltation liés à des investissements idéalisés de soi ou des autres sont suivis de vécus d'effondrement. L'excitation

comme défense contre-dépressive est recherchée. Ces sujets évoluent souvent dans des milieux professionnels où l'instabilité est la règle, le recours aux agires, à l'alcool, aux drogues, habituel : milieux du spectacle, de la publicité, de la mode où ils peuvent trouver à satisfaire leur toxicomanie d'objet. La sexualité génitale, parfois franchement addictive, est toujours infiltrée d'éléments pré-génitaux. L'histoire infantile montre des liens primaires chaotiques, des investissements clivés négatifs et positifs chez des parents rejetants et/ou captateurs, des expériences de séparations ou d'abandon. Ensuite les répétitions traumatiques sont entretenues par la compulsion.

Les patients consultent quand le fonctionnement de leur moi, basé sur l'omnipotence, les dénis et les clivages, est menacé. C'est le plus souvent après la perte d'un étayage par un objet qui n'est pas forcément une personne. Au cours de l'entretien avec l'analyste les décharges émotionnelles, les mouvements projectifs laissent deviner le chaos sous-jacent des motions pulsionnelles. Se pose au thérapeute un double problème : d'abord que proposer, une écoute sûrement, mais à quel rythme, dans quel cadre : consultations plus ou moins espacées, face à face régulier, psychodrame analytique ? Mais aussi, comment, quand, indiquer à ces patients, qui se sentiront toujours blessés par cette recommandation, que le recours au psychiatre et à une médication est souhaitable, surtout si des projections personnelles, les idéaux du groupe d'appartenance, les poussent à refuser tout médicament.

L'analyste attend du psychiatre qu'il l'aide à colmater une brèche narcissique qui vide la psyché de ses contenus, à ne pas laisser sans assistance un moi qui s'épuise à lutter contre une menace d'effondrement par des moyens inadéquats comme l'excitation ou l'hypomanie. L'analyste doit veiller aussi à ce que l'instabilité émotionnelle qui se manifeste parfois d'une phrase à l'autre dans le discours du patient, ne fasse pas obstacle à la continuité d'investissement psychique requise pour que la psyché en détresse puisse se réorganiser. Il attend donc d'un traitement médicamenteux, non pas la suppression des symptômes psychiques, mais le soutien des processus de réintrication et de liaisons, sollicités par le travail analytique, amortissant les mouvements pulsionnels désintriqués où la destructivité l'emporte. Alors, lentement, le moi du patient pourra peut-être entamer un travail de deuil de l'objet primaire resté depuis toujours en suspens.

Dans le second cas de figure, c'est au cours d'un processus analytique de longue haleine, que le patient peut avoir besoin de l'aide de médicaments pour que puisse être levée une résistance qui se fixe ; son moi utilisant un fonctionnement maniaque ou mélancolique (« la grève » comme dit un de mes patients) pour faire répétitivement obstacle à l'élaboration, à la mise en sens.

Ces patients ont, en général, une vie personnelle et professionnelle plus stable bien qu'insatisfaisante. Ils ont consulté l'analyste pour un malaise, des angoisses diffuses ; ou encore pour une souffrance dépressive qui se répète, des colères, une jalousie qu'ils ne s'expliquent pas. Les moments d'exaltation, quand ils existent, sont tus dans un premier temps. N'ont-ils pas été repérés, ou bien le plaisir

narcissique qui les accompagnent est-il source de honte ? De plus les conséquences destructrices, pour eux-mêmes et leur entourage, de leurs agires (comportements sexuels, achats compulsifs) engendrent souvent une forte culpabilité. En règle ces patients souffrent que leurs réalisations soient toujours en dessous de leurs attentes ; le conflit entre moi et idéal du moi est patent et c'est lui qui est avant tout le motif de la demande. Si l'analyste conclut cette fois encore à une structure non névrotique, il lui semble que les instances du moi du patient sont suffisamment organisées pour proposer une analyse. D'ailleurs ces sujets insistent pour comprendre et surmonter leurs difficultés par des moyens exclusivement psychiques ; il n'est pas exceptionnel qu'ils aient déjà un passé de thérapies ou d'analyses qui les ont laissés insatisfaits. Parfois en cours de traitement, la remémoration met à jour des troubles cyclothymiques ou bipolaires chez les parents ; leur rôle dans l'organisation psychique du sujet apparaît après-coup.

Quand, la régression induite par le transfert ébranle les barrières défensives qui protégeaient le noyau froid de désinvestissement lié à une séparation, un deuil maternel gelé, une relation à un objet primaire déprimé et aliénant, les réaménagements défensifs se heurtent à une résistance qui confine à la réaction thérapeutique négative. D'abord l'analyste essaie de ne pas perdre patience, puis se dit que le cadre qu'il a proposé est inadéquat. C'est parfois le cas. L'expérience montre que le fonctionnement du préconscient dans ces structures requiert souvent un apport perceptif que la situation divan-fauteuil n'autorise pas. Le passage au face à face, voire au psychodrame, semble apporter une certaine réanimation à la relation qui redevient plus vivante. Mais cela ne suffit pas toujours pour surmonter les résistances par le seul processus analytique. Répétitivement la force pulsionnelle cherche à l'emporter sur la mise en sens.

Ici moments de fonctionnement mélancolique ou maniaque réalisent des défenses contre l'intégration de la position dépressive, l'angoisse de castration et le sentiment de culpabilité dans une conflictualité œdipienne toujours présente. L'analyste peut être conduit à conseiller au patient de consulter un psychiatre en vue d'une prescription médicamenteuse qui aidera le processus thérapeutique à sortir de l'impasse. Ceci après que la répétition de crises douloureuses, suivant parfois des moments d'excitation, a fini par emporter la conviction du patient lui-même.

Paul Claude Racamier dans « Deuils gelés, dépressions expulsées », un des chapitres de son dernier livre *Le génie des origines* (21) écrit : « Il faut un moi perturbé mais cependant assez fort pour produire une forme clinique nette, manifeste et bien tranchée » ; ou encore : « nul ne peut constituer une dépression que son moi n'arrive à en faire les frais ». Ainsi le travail analytique aurait pour conséquence d'aider un patient très narcissique à former une dépression plus objectale, où les affects nostalgiques en rapport avec la crainte de perdre, ou le désir de retrouver l'objet aimé, ne sont plus déniés, évacués ? Paradoxe de la psychanalyse !

La dépression formée, construite grâce au travail analytique, son origine élaborée dans le transfert, l'analyste est-il au bout de sa peine ? Il arrive que, menant une vie normale sous traitement médicamenteux, le patient se pense guéri de son trouble et essaie de se passer, répétition oblige, de cette béquille chimique qui blesse son idéal du moi. Il revient alors penaud vers son thérapeute ; économie narcissique, masochisme (moral, féminin, érogène), besoin de punition sont, malgré le traitement, rarement saturés dans de telles structures.

Enfin, il existe un dernier cas de figure dans lequel le recours au psychiatre n'est pas nécessaire. Le moi du patient limite dispose de plus de ressources névrotiques. La double écoute par l'analyste du déploiement des représentations dans le discours et des modulations affectives qui les accompagnent permet de repérer dans la séance des mouvements subtils maniaques ou mélancoliques. Ces mouvements défensifs se lèvent comme boucliers contre l'angoisse mobilisée par le transfert (angoisse de séparation ou d'intrusion, de castration ou de pénétration) ou à l'acmé d'un conflit intrapsychique ou transférentiel (pour dénier à l'objet son importance et triompher sur lui, pour nier sa perte ou le garder sous emprise). Le moi du patient plus solidement organisé en instances (point de vue topique) fonctionnelles (point de vue économique), régule correctement ses charges d'investissement. Les déplacements d'énergie le long des chaînes associatives (point de vue dynamique) restent minimales. La seule per-laboration, séance après séance, permet de surmonter ces résistances ponctuelles ; les processus de pensée du patient dans leurs différentes formes (consciente, inconsciente, de veille, onirique...), joints à ceux de l'analyste, engendrent des transformations psychiques qui rendent superflus ces mouvements défensifs.

Pour le psychanalyste, la défense psychique prend une forme dont la valeur économique pour la vie d'un sujet est à apprécier en fonction du niveau d'intrication pulsionnelle de l'appareil psychique, d'organisation et de capacités de liaisons, d'élaboration psychique du moi. C'est pourquoi la notion de structure (névrotique, psychotique, non névrotique) reste indispensable. On peut compléter aujourd'hui cette nosographie psychanalytique par la référence au « fonctionnement mental » (limite, maniaque, mélancolique...) qui présente l'avantage, comme le symptôme pour la psychiatrie moderne, d'être transnosographique.

## CONCLUSION

Pour Freud, le socle biologique des troubles psychiques ne faisait pas de doute. Fidèle à cette ligne de pensée, André Green propose une théorie du psychisme qui tient compte de certains postulats freudiens et n'est pas dégagée de rapport au biologique. Il affirme que la clinique psychanalytique requiert une « métabiologie » ; celle-ci est tout aussi « imaginaire que la métapsychologie dont nous nous servons sans preuve de son existence, mais qu'attestent indirectement les manifestations qui nous permettent de l'inférer » (14). Des notions comme la force

des pulsions libidinales et agressives, la quantité d'investissement, l'intrication et la désintrication pulsionnelle, la bipolarité progression-régression du psychisme sont, selon lui, indispensables pour caractériser les structures psychiques. L'expérience des patients-limites montre que le concept d'énergie, étroitement lié au fonctionnement pulsionnel, est particulièrement apte à rendre compte et relier les fondements de la psyché à ses réalisations les plus élevées ; il permet de balayer un champ qui va de l'énergie dite « libre » des processus primaires à l'énergie « liée » des processus secondaires.

Le processus psychique dynamique exige une communication, une circulation entre les différents régimes de fonctionnement et de catégories de pensées. Il ne doit pas être barré par la destructivité, l'excès de travail du négatif ou des défenses de survie. Si, comme le conçoit André Green, une « énergie contraignante-déchaînée », mise en œuvre quasi-automatiquement par débordement et répétition peut subvertir toute forme [comme une dépression ?], l'assujettir et rendre la psyché sourde à elle-même et insensible à celle des autres [comme dans un mouvement maniaque ?] ; à l'autre bout de la chaîne une « énergie réticulée extensivement et intensivement déployée » est à l'œuvre dans la création artistique, la découverte scientifique ou l'activité intellectuelle.

Cette bipolarité est intellectuellement séduisante pour un analyste. Mais ce modèle ne doit pas lui faire sous-estimer les cas où le thérapeute se heurte au « roc du biologique » et où l'intervention du psychiatre et des médicaments devient nécessaire pour que s'opère, chez le patient, un travail psychanalytique.

## Références

1. ABRAHAM K. Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins, Œuvres Complètes, t I, trad Barande I. Paris : Payot, 1965 : 99-113.
2. ABRAHAM K. Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux, OC, t II, *op. cit.*, 1924.
3. ABRAHAM K. Introjection mélancolique, OC, t II, *op. cit.*, 1924.
4. ABRAHAM K. Mélancolie et névrose obsessionnelle. Deux étapes de la phase sadique-anale du développement de la libido, OC, t II, *op. cit.*, 1924.
5. BION WR. Une théorie de l'activité de pensée, Réflexion faite, trad. Robert F. Paris : PUF, 1983.
6. DUPARC F. La cyclothymie : de la névrose narcissique à la psychose maniaco-dépressive, Psychoses II, aux frontières de la clinique et de la théorie, sous la direction de Chambrier J, Perron R, Souffir V. Monographies de la Revue Française de Psychanalyse. Paris : PUF, 1999.
7. FREUD S. Deuil et mélancolie, Métapsychologie, trad Laplanche J, Pontalis JB. Idées. Paris : Gallimard, 1917 : 147-74.
8. FREUD S. Extrait de l'Histoire d'une névrose infantile (L'Homme aux loups), Cinq psychanalyses, trad Bonaparte M, Loewenstein RM. Paris : PUF, 1918 : 325-420.
9. FREUD S. Psychologie des foules et analyse du moi, Essais de Psychanalyse, trad Cotet P, Bourguignon A, Altounian J, Bourguignon O, Rauzy A. Paris : Payot, 1921 : 119-217.
10. GARDINER M. L'Homme aux loups par ses psychanalystes et par lui-même, textes réunis et présentés par Muriel Gardiner, trad Weibel L. Paris : Gallimard, 1981.

11. GREEN A. La mère morte, Narcissisme de vie, narcissisme de mort, 1983. Paris : Éd de Minuit, 1980 : 222-53.
12. GREEN A. La folie privée, psychanalyse des cas-limites, Connaissance de l'inconscient. Paris : Gallimard, 1990 : 410 p.
13. GREEN A. Le travail du négatif. Paris : Éd de Minuit, 1993 : 400 p.
14. GREEN A. Pour une métabiologie, Les chaînes d'Eros : actualité du sexuel. Paris : Odile Jacob, 1997 : 69-76.
15. KERNBERG OF. Les troubles limites de la personnalité. Toulouse : Privat, 1979 : 287 p.
16. KERNBERG OF. Les troubles graves de la personnalité, Stratégies psychothérapeutiques, trad Adamov J. Le fil rouge. Paris : PUF, 1984 : 528 p.
17. KLEIN M. Contribution à la psychogenèse des états maniaco-dépressifs, Essais de psychanalyse (1921-1945), trad Derrida M. Paris : Payot, 1934 : 311-40.
18. KLEIN M. Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs, Essais de psychanalyse (1921-1945), trad Derrida M. Paris : Payot, 1940 : 341-69.
19. MACK BRUNSWICK R. Supplément à L'« Extrait de l'histoire d'une névrose infantile » de Freud, L'Homme aux loups par ses psychanalystes et par lui-même, trad Weibel L. Paris : Gallimard, 1981.
20. MARTY P, DE M'UZAN M, DAVID C. L'investigation psychosomatique. Paris : PUF, 1963.
21. RACAMIER PC. Deuils gelés, dépressions expulsées, Le génie des origines, psychanalyse et psychoses. Paris : Payot, 1992 : 59-103.
22. SOUFFIR V, CHAMBRIER J. Freud et les fonctionnements psychotiques, Psychoses I, Théorie et histoire des idées, sous la direction de Chambrier J, Perron R, Souffir V, Monographies de la Revue Française de Psychanalyse. Paris : PUF, 1999.
23. WIDLÖCHER D. Préface. In : Kernberg O, ed. Les troubles limites de la personnalité. Toulouse : Privat, 1979.
24. WINNICOTT DW. La crainte de l'effondrement, La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques, trad Kalmanovitch J, Gribinski M. Paris : Gallimard, 2000.
25. WINNICOTT DW. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, De la pédiatrie à la psychanalyse, trad Kalmanovitch J. Paris : Payot, 1968.
26. WINNICOTT DW. La défense maniaque, De la pédiatrie à la psychanalyse, trad Kalmanovitch J. Paris : Payot, 1935 : 15-32.