

# Le négatif du transfert

Nicolas de Coulon

DANS **REVUE FRANÇAISE DE PSYCHOSOMATIQUE** 2018/1 n° 53 , PAGES 81 À 100  
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 1164-4796

ISBN 9782130803157

DOI 10.3917/rfps.053.0081

Date de mise en ligne : 19/06/2018

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-de-psycho-somatique-2018-1-page-81?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

NICOLAS DE COULON

---

## *Le négatif du transfert*

« Pour pouvoir dire oui à soi-même, il faut pouvoir dire non à l'objet »  
(Green, 1986)

« The negative of him was more important than the positive of me »  
(Winnicott, 1971)

### INTRODUCTION

Si André Green a bien introduit la question du négatif en psychanalyse, il nous a laissé le soin de poursuivre cette exploration dans les différentes parcelles de notre domaine. L'intérêt est donc grand d'étendre la réflexion à la dimension du transfert. Il s'agit de ce que je propose d'intituler *le négatif du transfert* (terminologie qui sera explicitée puisqu'elle ne recouvre que partiellement celle de *négativité* du transfert). D'un côté, notre écoute s'est élargie ; le terme de *négatif* ne signifie plus uniquement mauvais ou destructeur. De l'autre, il est vrai que lors d'une cure analytique, le transfert ne se manifeste pas toujours avec la positivité souhaitée, agréablement tempérée, permettant une avance processuelle régulière et son interprétation. La transposition inconsciente sur le psychanalyste est soumise aux aléas du creux, du blanc, du contraire, et de la destruction, en somme à toutes les formes de la négativité. Les configurations les plus connues sont certainement celles du *transfert négatif* et de la *réaction thérapeutique négative*. Il serait toutefois un peu rapide de conclure qu'il s'agit des seules expressions de la négativité dans le champ du transfert. Ce serait oublier que, même dans les situations cliniques *simples*, il peut y avoir du négatif, par exemple dans les diverses facettes de la résistance ou dans la non-rencontre caractérisée

par l'inaccessibilité de l'objet de transfert. Dans les cas plus difficiles, nous pouvons considérer la spécificité du *transfert limite* comme appartenant au domaine du négatif : le clivage qui le marque s'y réfère pleinement ainsi que les forces teintées d'hostilité à peine masquées ou les tendances à la rupture des liens.

Mais avant d'aller plus loin, il convient de poser quelques *balises* pour situer les références terminologiques à propos tant du transfert que du travail du négatif.

### *Balises pour le transfert*

La découverte du transfert par Freud en a immédiatement révélé la nature double, que nous pouvons qualifier de *négative* en référence à notre thème, car sa dimension d'*obstacle* est apparue en premier lieu avant que sa fonction aidante, motrice, ne s'affirme. Selon Michel Neyraut (1974) : « Le transfert n'est pas le tout de l'analyse, il en est le moteur et le frein ; non la somme ». Voici donc une manière subtile d'illustrer la dynamique du transfert dans sa double valence : moteur, pour faire avancer le processus, frein de la résistance quand il gêne cette progression. Pour accéder à son éventuelle dimension négative, il faut aussi souligner que son expression n'est pas toujours aisée à repérer car elle utilise des registres très divers, pas toujours verbalisés mais souvent montrés ou agis. Le repérage de l'*agieren* de transfert (Donnet, 2005) permet à l'analyste d'accéder aux scénarios inconscients qui vont habituellement se composer avec lui pour donner lieu à la névrose de transfert. Cette formation nouvelle est en relation avec la névrose infantile qui va presque toujours se remettre en scène, soit dans la vie (à première vue sous la forme d'une répétition stérile), soit dans la cure, où la transformation psychanalytique devrait pouvoir déjouer les pièges de la duplication mortifère.

Nous parlons donc bien du terrain où se déroule la problématique de la cure, à condition d'y ajouter le contre-transfert (ce que je ne ferai qu'incidemment pour demeurer au plus près de mon thème). Les variations de la construction particulière qu'est la névrose de transfert vont principalement nous intéresser à propos du négatif du transfert.

### *Balises pour le négatif*

Bien que la pensée du négatif se soit révélée complexe, sa pénétration progressive dans le champ psychanalytique commence à porter des fruits en clinique. Son champ d'application est large, élargi qu'il a

été par André Green (1993) à partir de Freud et d'un concept proposé par Winnicott mais laissé en friche par ces deux auteurs. Tout d'abord, A. Green a « appelé travail du négatif, l'ensemble des défenses primaires qui ont en commun leur obligation de statuer par un oui ou par un non sur un quelconque élément de l'activité psychique » (Green, 1995). Il prend appui sur l'article inaugural sur « La négation » (Freud, 1925) et l'étend à toutes les formes de défenses qui ont succédé au refoulement dans la découverte psychanalytique : dénégation, désaveu, déni, etc. Par la suite, Green a admis l'extension du travail du négatif au-delà de la sphère du moi, ce moi inconscient qui contient, entre autres, les mécanismes de défense. C'est dans le champ de la *seconde métapsychologie* (deuxième topique), en articulation avec la pulsion de mort qu'il trouve sa pleine application, autour des concepts de fonction désobjectalisante et de narcissisme négatif (Green, 1993, p. 25). Il s'agit alors de se confronter aux éléments qui nous posent le plus de problèmes dans notre clinique, autour de la réaction thérapeutique négative, des formes de désorganisation et des composantes, plus répandues que nous ne le souhaiterions, de la destructivité. Cependant, comme le dit l'explorateur du concept, il faut se garder d'attribuer au travail du négatif un sens exclusivement pathologique.

#### LE TRANSFERT DE BASE (ET SES IMPASSES)

Pour repérer les éléments négatifs, il convient de distinguer entre diverses formes de transferts. Tout d'abord, la notion de *transfert de base* mérite notre attention. Freud en parle déjà dans *La Dynamique du transfert* (1912). Nous pouvons retenir la conception plus précise de Catherine Parat (1981) qui définit ainsi la *relation ou transfert de base* : il s'agit d'un transfert relationnel, positif, différent du jeu transfert/contre-transfert ; il correspond à l'investissement, teinté de confiance, par le patient, de l'analyste ; il se compose de sentiments discrètement positifs, de type amical ou tendre, en grande partie conscients, correspondant à des pulsions érotiques inhibées quant au but. Ce n'est pas le grand amour, mais une orientation globalement positive envers l'analyste. En d'autres termes, nos patients nous sont suffisamment attachés pour accepter, puis apprécier – un tant soit peu – ces rencontres presque quotidiennes. Jacqueline Godfrind (1993), a parlé du transfert de base

dans un autre sens, considérant une distinction entre transferts narcissique et névrotique. C'est le premier qu'elle appelle transfert de base, supposant que sous chaque transfert névrotique se cache un transfert narcissique. Celui-ci est notamment appelé à véhiculer les failles de la trame psychique, en particulier dans les pathologies limites. Pour moi, ce jeu de miroirs entre deux niveaux transférentiels représente déjà une forme du *négatif*, entre deux aspects plus asymétriques que complémentaires du transfert, l'un objectal, l'autre narcissique. Quoiqu'il en soit, dans cette optique, nous sommes déjà au centre des préoccupations qui renvoient aux souffrances identitaires-narcissiques. En effet, le transfert de nos *états-limites* ne se laisse pas « manier<sup>1</sup> » comme celui des patients plus névrosés. Il n'en reste pas moins qu'il est intéressant de reconnaître une forme proche de ce qu'on a pu aussi qualifier de *relation* psychanalytique, un investissement de base modérément positif et en bonne partie conscient, à ne pas interpréter. Pour Jean-Michel Porret (2011) qui parle, lui, de transfert de fonds ou de frayage, ce transfert basal doit être considéré comme indispensable au processus transférentiel en tant que tel, qu'il qualifie alors de transfert de résistance, celui qui sera soumis à interprétation, dans le développement de la cure.

Nous pouvons ainsi considérer une première forme caractérisée de *négatif* du transfert qui s'applique à *l'absence, plus ou moins complète, de transfert de base*. Quelque chose vient à manquer (figure du négatif) au transfert. Pour le comprendre, il convient de nous référer à une autre condition de ce transfert, celle qui résulte de *l'introjection du psychanalyste* à l'intérieur du moi du patient. Ferenczi (1909) avait justement introduit cette notion d'introjection à propos du transfert. Pour schématiser, on pourrait dire que, pour commencer tout travail analytique fructueux, le patient a besoin de deux analystes : l'un à l'extérieur et l'autre à l'intérieur de lui. Pour ce faire, il va installer dans son moi une représentation de l'analyste, sorte d'*imago provisoire* dont le destin peut être, par moments, aussi divergent du véritable analyste que les imagos le sont des parents réels. Dans notre perspective, l'analyste interne au patient est une *figure négative* (un double presque photographique) de celui qui est là en séance, bien présent, même s'il est caché derrière le divan. Signalons au passage que l'une des difficultés du face-à-face pourrait bien être celle de rendre cette opération malaisée, de

1. À noter que *manier* est vraiment un terme freudien puisqu'il est question de main, *Hand*, avec le terme de « *Behandlung* ».

trop *fixer* l'analyste en ne permettant pas de distance fantasmatique suffisante. Mais le principal obstacle se trouve chez le patient limite dont le moi est clivé. Dans ces conditions, l'introjection précoce de l'analyste est compromise quand, nous l'observons en clinique, la projection prédomine. L'importance de ce mécanisme est d'ailleurs une caractéristique des cas difficiles, pour lesquels, la confiance de base dans l'analyste et dans le traitement analytique n'est pas acquise. Nous commençons donc déjà à entrevoir que le travail du négatif peut-être à l'œuvre en ce qui concerne le transfert.

C'est une constellation que nous retrouvons dans ce que nous pouvons d'ores et déjà nommer le *transfert limite*, à savoir l'instabilité du lien transférentiel chez les états-limites. Nous y reviendrons.

#### LE TRANSFERT NÉGATIF

En général, le transfert se manifeste par une résistance à l'expression des motions refoulées. Alors que le dispositif analytique se prête par la règle des associations libres à l'activation d'éléments préconscients voire inconscients, le passage dans la conscience ne se fait pas simplement. La résistance signe la conflictualité présente à la croisée des chemins du préconscient. Selon le Freud de *La Dynamique du transfert* (1912), le discours de l'analysant s'interrompt ; on observe un tarissement des associations, indice de blocage d'une idée incidente concernant l'analyste. C'est la résistance *au* transfert. Si nous interprétons à ce stade, la résistance tombe, le transfert peut alors se déployer et s'actualiser, au point parfois de se transformer dans sa figure complémentaire, bien connue elle aussi, celle de la résistance *de* transfert. Celui-ci devient encombrant quand les associations se rassemblent, par exemple, en une sorte de déclaration d'amour persistante. Il s'agit ainsi de naviguer entre quatre formes de résistance, celle de refoulement, la force d'attraction de l'inconscient, la résistance *au* transfert et la résistance *de* transfert. En somme, le *transfert de résistance* est l'outil de travail ordinaire du psychanalyste. Dire donc qu'un patient résiste est une formule qui ne devrait pas susciter la plainte du clinicien, mais au contraire lui faire sentir la qualité du pilotage de cet étrange véhicule à deux dans lequel il est pris entre le frein et le moteur, pour suivre l'image de Michel Neyraut (1974). Voyons de plus près ce qui peine à être mis en mots. Le plus

souvent, il s'agit de désirs érotiques infantiles, une expression plutôt libidinale qui dépasse naturellement l'amabilité tempérée du transfert de base. C'est le *transfert positif* que nous interprétons en fonction de l'amour envers une imago parentale inconsciente, l'attraction œdipienne bien connue.

Cette situation reste confortable pour autant que l'érotisation ne devienne pas excessive, donnant lieu à ce qu'il est convenu d'appeler un transfert passionnel, qui appartient de plein droit à la forme opposée, celle du *transfert négatif*. Par définition, il s'agit donc des *sentiments négatifs*, variations plus ou moins amples autour de la haine ; à l'opposé de l'amour de transfert dont nous venons de parler. Il convient peut-être de préciser que l'hostilité n'est pas toujours caractérisée ou violente. Le plus souvent, il s'agit de sentiments de malaises, de déplaisirs, de colère rentrée, de critiques, d'agacements..., sentiments répétitifs ou durables, qui sont plus ou moins étouffés ou s'expriment de façons diverses, *agirs* de transfert à déchiffrer, reconnus comme expressions de l'ambivalence. Il convient d'ailleurs de signaler qu'il faut être à l'affût de ces manifestations négatives tant elles peuvent se dissimuler ; les perceptions contre-transférentielles de l'analyste sont un outil irremplaçable pour les déceler : *contre-affects* pénibles, difficilement explicables par le seul sens des propos entendus. Nous sommes parfois loin du véritable déchaînement d'agressivité. En principe, même dans ces conditions, le transfert de base reste modérément positif de façon à assurer la permanence du lien. Nous évoquerons plus loin les mouvements de destructivité dans le transfert limite qui, eux, menacent le lien. Quant au transfert négatif, il représente bien la forme standard du négatif du transfert, connue depuis Freud, avec déjà la description qu'il en donnait dans les *Études sur l'hystérie* (Freud, 1895) « dans les cas où les relations entre médecins et malades venaient à être troublées... » Quand ce mouvement perturbé se structure, il en devient une variante de la névrose de transfert qui se décline alors sous deux formes : la névrose de transfert à valence positive et la névrose de transfert à valence négative. Nous retiendrons donc que la haine de transfert *négative* l'amour de transfert plus décrit, plus connu, et qu'elle peut aussi prendre différentes formes. Cette figure du transfert négatif a beau être la plus connue depuis longtemps, elle appartient complètement à la composante négative du transfert que je préfère nommer *négatif du transfert* pour en contenir toutes les acceptions.

Pour conclure cette partie sur deux remarques cliniques, il ne faut pas omettre, premièrement, la nécessité de passages par le transfert négatif pour que la cure évolue bien, même placée sous l'égide principale

du transfert positif, garanti par le transfert de base. Deuxièmement, il faut vraiment mettre en exergue la distinction entre la qualification du transfert et ses conséquences : « Le transfert d'affects positifs ou négatifs ne doit pas être confondu avec les effets positifs ou négatifs que le transfert, tant positif que négatif, est susceptible d'avoir sur le travail analytique et sur l'évolution de la cure » (Porret, 2011).

#### SORTIR DE LA « POSITIVITÉ » DU TRANSFERT

Nous pourrions détailler bien davantage la question du transfert négatif qui mérite de plus amples développements. Mais mon intention est davantage d'étudier, d'éclaircir et de préciser un *creux* du transfert, sous ses différentes manifestations, bien qu'il soit nécessaire d'affronter la difficulté systématique de ne pas parler en pointe plutôt qu'en creux, en manifestations visibles, positives, plutôt que dans ce qui n'apparaît pas, ce qui manque. Il s'agit probablement de la même difficulté qu'avec la dualité entre pulsion de vie et pulsion de mort. En effet, comment considérer une opposition qui ne soit pas en symétrie : que tout ce qui apparaît en, mettons, blanc d'un côté, ne soit simplement traduit en noir, de l'autre : la pulsion de vie construit, la pulsion de mort détruit ; les bons objets d'un côté, les mauvais de l'autre, etc. Nous venons d'en avoir un exemple avec le transfert négatif qui serait l'opposé du transfert positif, avec la haine qui remplace l'amour etc. La catégorie négative, de l'absence, est beaucoup plus difficile à caractériser, à l'instar des premières formulations freudiennes concernant le *latent* en contrepoint du manifeste. Une des modalités du négatif pourrait être l'*absence* apparente de transfert. Que se passe-t-il quand le transfert n'est pas du tout qualifiable au-delà de l'attachement global et flou au thérapeute ? Les catégories de résistance au transfert suffisent-elles ?

Peut-être sommes-nous plus accoutumés à l'idée d'un retrait, d'une éclipse, d'une absence de l'autre côté, du côté de l'analyste. Ce dernier se rend plus ou moins hors de portée par sa *neutralité* ou, terme plus dynamique, son *refusement*. L'investissement que le patient fait de lui suit une trajectoire dont l'extrémité, l'objet-but, se révèle au minimum frustrant, voire inatteignable. En d'autres termes, dans le transfert, il y a une non-rencontre caractérisée par l'inaccessibilité de l'objet. Cette forme du négatif prend des colorations diverses autour de la barrière

invisible qui sépare le patient de son analyste : aucun des deux protagonistes ne peut satisfaire spécifiquement ses propres désirs en utilisant l'autre. Ce sont le cadre et la règle qui organisent cette absence, dans le but de canaliser les pulsions vers les représentations imagoïques investies d'affects, pour *dénouer* la névrose. En fait, la présence de l'analyste est toujours doublée d'une absence, sans quoi il n'y aurait pas de transfert possible. Pierre Fédida a particulièrement investigué cette *fonction de l'absence* qui vectorise le contenu transféré sur l'objet, qui promeut l'absence comme figure du retour, retour d'un refoulé : « La tentation est forte, il est vrai, d'assigner aussitôt à l'absence le contenu primordial – invoqué comme primitif ou originaire – de la séparation de l'objet maternel... Cette question se réfléchit sur l'existence de l'analyste, sur ce qu'il en est de son acte de présence à garantir un temps de l'absence » (Fédida, 1978). D'une certaine façon, l'absence de l'analyste donne ainsi un contenu *négatif* à l'objet du transfert. Absence de l'analyste, négativité de sa présence, référence probable aux premiers *défauts de présence* de la mère et à son hallucination négative mais aussi au *père mort par meurtre originaire*. Tout ceci va probablement entrer en correspondance avec la plus ou moins grande tolérance du patient aux séparations traumatiques.

Une autre façon de le concevoir est adoptée par Dominique Scarfone à la suite de Jean Laplanche (1991) qui différencie deux types de transfert : *en plein* et *en creux*. Le transfert *en plein* suit l'appréhension standard d'un transfert qui actualiserait les relations infantiles ; le transfert *en creux* désigne la reprise dans la situation analytique de la séduction originaire, renouvellement d'une attente, d'une passivité qui remet en scène pour l'analysant la relation à l'énigme de l'autre. Ceci se traduit dans les fondements de la dissymétrie où, comme le dit Scarfone (2011), « la part active de l'analyste en tant que provoquant le transfert se double du creux qu'il offre pour accueillir ce transfert, écho de la passivité primordiale ». La composante négative du transfert serait ainsi définie par une attente passive du patient ; il n'aime pas son analyste, il ne le hait pas non plus, il attend d'en être aimé ! La voie grammaticale passive pourrait être le texte privilégié de l'expression du négatif dans le transfert.

Les images, négatives, du creux ne manquent pas. Elles sont toutefois plus difficiles à évaluer sur le plan des déplacements d'énergie. La ligne centrale suit l'alternance des difficultés d'*investissement*. Alors que dans le cas du transfert positif ou négatif, l'investissement peut être stable, dans les formes négativées du transfert, il subit la loi contraire, celle

du *désinvestissement*. Toutes les allures sont possibles mais peu perceptibles, si ce n'est dans les modulations de la séquence investissement-désinvestissement-réinvestissement du lien analytique et le repérage de ses variations dans le contre-transfert. Le recours à l'hallucinoire en est souvent une condition nécessaire comme l'a montré André Green dans son texte sur *La Mère morte* (1980). Pour aller vite, et sans entrer dans tous les détails, quand la structure encadrante de la mère est en jeu, alors le patient investit davantage l'analyse (la cure) que la personne de l'analyste. À certains moments, la mère (ou le père) a proprement disparu du champ (ce qui se retrouve avec l'analyste), elle ne peut donc être investie que négativement, à savoir en son absence (désinvestie) ou, parfois, dans la haine et la destructivité. Le patient a un grand besoin de son analyse mais il se demande à quoi sert l'individu placé hors de son champ de vision. Il réfute l'analyste ; dit autrement, il l'« absente ». Bref exemple d'une telle impasse : Un patient s'était senti abandonné par un père devenu gravement malade alors qu'il était très jeune. Nous avons reconstruit qu'il lui en voulait ; ses tentatives nombreuses de rechercher d'autres figures à vénérer et sur lesquels s'appuyer avaient tourné court. Dans la même veine, il restait apathique et l'analyse ne progressait pas. En fait, le patient s'identifiait à cette figure défaillante et, pour ne pas renier la qualité « négative » de ce père, il bloquait le travail de la cure et même usait de sa passivité pour que l'analyse ne produise aucun effet ! Il fallait que rien ne bouge. Ce qui était ici transféré mettait du négatif des deux côtés, chez le sujet et dans l'objet.

Un autre type de ce négatif affleure dans le manque d'un transfert repérable et caractérisé. Souvent, pendant de longues périodes, le transfert est blanc, n'apparaît pas, ni en mots, ni en image, si ce n'est sous forme de configurations brèves, fugaces, qu'il est difficile de saisir comme levier d'interprétation et qui ne semblent pas se constituer en véritable névrose de transfert. Souvent, nous travaillons *hors* transfert, à côté du transfert, *sans* le transfert, ou du moins dans un matériau où le transfert ne nous est pas clairement perceptible. Cependant, ce n'est pas parce que nous ne le voyons pas, qu'il n'existe pas. Quand règne un doute à propos du renvoi vers une imago ressemblante ou un scénario repérable, qu'est-ce qui est alors transféré ? Le plus souvent, c'est le négatif photographique, *l'image complémentaire*, à forte connotation thérapeutique, qui se profile : Pour telle patiente qui a été étouffée par sa mère, nous serions – que ce soit verbalisé ou non – la bonne mère qui ne réagit surtout pas de façon aussi désastreuse que la vraie semblait le faire. Alors, bon père ou bonne mère dans le transfert ? Une figure dont la négativité

se marque par la valence opposée, souvent idéalisée, presque irréaliste. Le besoin du patient d'attendre un miracle de notre part vient-il se constituer en agir de transfert ? Comme le dit André Green, « les forces qui gouvernent l'élaboration du scénario de projection ont un pouvoir de dramatisation inestimable » (Green, 1986). En mettant en scène sa dramaturgie personnelle, le patient révèle un système complexe où se mêlent les investissements avec leurs variantes négatives, contre-investissements et désinvestissements ; il s'agit aussi d'imagos idéalisées qui sont dans un rapport complémentaire avec leur version décevante. Ce serait ici le lieu d'évoquer toutes les formes d'inversion dans le champ du transfert. Transfert par retournement qui signe l'ordinaire du négatif du transfert, étant entendu que le *négatif* est à prendre dans toute sa polysémie.

Situation de face-à-face. Le transfert de *Madame A.* : Pourquoi continue-t-elle à venir après la « guérison » de son syndrome d'épuisement professionnel ? Cette femme dans la quarantaine a gravi beaucoup d'échelons professionnels avec intelligence et compétence ; ce qui ne l'empêche pas d'avoir mari et enfants. Quand je l'ai reçue, elle était cassée, par son travail ! Rapidement dit, poussée à bout par un nouveau chef incompetent mais très autoritaire, elle avait passé par différents stades de révolte et d'abattement avant d'entrer en dépression et d'arrêter de travailler. Sur le moment, il a fallu parer au plus pressé et s'occuper de la crise. Quand Madame A. a commencé à aller mieux, elle a voulu une véritable thérapie. Le passé est revenu à la surface. Dans son enfance, elle avait été aux prises avec un couple parental assez particulier : la mère venait d'un pays nordique et manquait sérieusement d'empathie ; le père était assez gravement handicapé et comme sa femme le délaissait, la patiente s'était progressivement mise à la remplacer et donc à s'occuper de lui, presque comme une infirmière. Ce qu'elle avait dû porter sur ses frêles épaules de fillette me semblait totalement disproportionné et pourtant, elle n'avait obtenu aucune reconnaissance de la part de ces deux adultes, probablement inadéquats. Ce qui avait rendu la situation actuelle intenable pour elle (sans qu'elle s'en rende compte), était que le chef tyrannique venait du même pays que sa mère, qu'il s'exprimait de la même manière décisive, froide et distante, qu'elle se voyait renvoyée aux sentiments d'impuissance de son enfance quand elle devait s'occuper du père diminué sous les ordres légèrement méprisants de la mère. Nous avons reconstruit aussi qu'elle avait fui sa famille dès que possible pour se réfugier dans cette entreprise, accueillante comme une famille de remplacement. Il suffisait qu'un chef un tant soit peu sympathique, normal dans ses relations avec ses employés, lui

adresse un compliment pour qu'elle soit submergée de reconnaissance ; ce compliment qu'elle n'avait jamais eu dans son enfance : personne ne l'avait félicitée pour le service qu'elle rendait à sa famille et qui la laisse encore et toujours hésitante quant à ses véritables mérites.

Dans nos rencontres donc, elle parle, réfléchit, revisite les difficultés de cette enfance, avec des parents négligents dont elle s'est occupée, inversant les rôles. Elle comprend vite et s'appuie sur moi, accueillant mes commentaires comme l'éclairage qui lui permet de repérer les analogies entre le passé et le présent. Mais, fait notable, elle ne manifeste à peu près aucun désaccord avec moi ; pas d'agressivité, pas de haine, peu d'*actings*. Pour elle, je semble toujours être le bon objet, surtout maternel : « ici, c'est le seul endroit où je n'ai pas besoin de me justifier et où on ne me fait pas de reproches ». Il semble qu'elle ait très besoin d'un parent qui serait l'inverse des siens, attentionné et susceptible de l'aider voire de l'aimer, de reconnaître sa présence et ses mérites ou de seulement l'écouter. À moins qu'elle ne vienne pour m'aider moi, répétant ainsi le schéma connu, ce que semble pour l'instant contredire le fait qu'elle ne satisfait pas tous mes désirs, qu'elle ne veut pas augmenter le nombre de séances, prendre place sur le divan et entamer la psychanalyse que je lui propose. Plus probablement, nous aurions à faire avec une variante *narcissique* du transfert, qui s'accompagne de l'idéalisation du psychanalyste, où la cure fonctionne comme une enveloppe narcissisante.

Dans la typologie du négatif, nous pourrions reprendre la question de la projection (en pointe) articulée avec l'absence (en creux). Si nous postulons que, dans le transfert, vient, assez souvent, s'actualiser la projection non pas simplement d'une imago mais bien de l'imago défailante avec son double complémentaire, idéalisé, que ce soit celui du besoin ou celui du désir, nous aurions peut-être précisé une des formes, fréquente mais qui passe inaperçue, du négatif du transfert. Elle se confond avec des éléments que nous répugnons à considérer comme transférentiels ; on les a qualifiés jusqu'à maintenant plutôt d'*objet réparateur* ou de *moi auxiliaire*. Ces formulations, commodes mais plutôt descriptives dans leur approximation analogique, laissent un grand flou sur le plan métapsychologique. Cela signifie-t-il que nous retrouverions alors le transfert de base, version Jacqueline Godfrind, qui révèle les insuffisances de la trame subjectale et se fonde sur la réparation narcissique ?

Autre cas de figure. Sur le divan, *Monsieur B.*, m'a longtemps fait croire qu'il venait me voir pour trouver enfin un père plus compréhensif que le sien. Comme enfant, il avait été traité très rudement et supportait mal d'avoir été « brutalement » séparé de sa mère, sorti littéralement de

ses jupes, à l'âge de cinq ans quand son père, rival, avait déclaré que ça suffisait. Ce scénario, très œdipien, cachait mal une souffrance narcissique. J'ai longtemps pensé qu'il m'avait attribué le rôle du « bon père » qui ne me convenait qu'à moitié et dont je ne voyais pas l'avenir (psychanalytique !). L'hypothèse de la réparation narcissique n'est pas exclue mais j'ai découvert plus tard qu'il me prenait, en vérité, et malgré ses compliments, pour un double de ce mauvais père, d'une façon infiniment subtile. En effet, j'ai dû m'apercevoir après coup que sa confiance en moi était limitée : il me faisait totalement confiance mais... Il pouvait tout me dire, mais... Derrière son empressement à venir me trouver, il me redoutait presque à l'égal de ce tyran domestique qu'il avait abondamment dénoncé. En fait, sous le transfert idéalisant (narcissique) se cachait un transfert négatif, doublé d'un accrochage masochique.

En somme, dans cette conception, l'absence ne révèle pas toujours l'objet, ne lui trouve pas toujours une nouvelle présence imagoïque projetée sur le psychanalyste ; elle peut au contraire signifier le négatif du transfert et pointer l'objet manquant, celui qui fait défaut plus qu'il n'est tolérable. Le patient projette alors sur son analyste le père ou la mère qu'il n'a pas eue. Les deux registres principaux tendraient alors soit à dénier l'absence de soutien et de proximité (le manque du *Nebenmensch*), soit à en signer l'éjection par un clivage pur et simple (évidemment défensif) qui laissera un *vide* dans la psyché. Dans ce cas, la variante de la désobjectalisation s'accroît et débouche sur notre dernière figure, celle du transfert limite.

## LE TRANSFERT LIMITE

Hors du champ de la névrose, la négativité du transfert prend des allures plus inquiétantes. Il a déjà été question de *l'instabilité du transfert de base*, instabilité ou défaut presque complet suivant la gravité de la situation clinique. Il convient de souligner la nécessité de nous référer à la dernière théorie des pulsions de Freud. En effet, la place de la destructivité devient fondamentale quand la pulsionnalité libidinale n'est plus maîtresse de la situation. J'accroche le qualificatif de libidinal à celui de pulsionnalité pour sortir de l'implicite qui voudrait que pulsionnel soit équivalent à libidinal alors que les difficultés cliniques et théoriques

rendent indispensable de garder ouverte la dialectique freudienne, en particulier celle du couple pulsion de vie/de mort. Dans ce domaine, je reste très proche des théories d'André Green qui estime problématique de bien comprendre les pathologies non-névrotiques hors de cette dualité. Il insiste sur l'importance de la désintringation qui conduit à l'évacuation des motions pulsionnelles vers les limites du psychisme que sont le soma, avec toutes les possibilités d'une éclosion malade, d'un côté et l'acte, dans le sens du passage à l'acte, de l'autre. Si nous faisons une comparaison terme à terme du fonctionnement limite avec l'organisation névrotique, nous trouverions une série impressionnante d'éléments manquants ou inversés qui appartiennent, à n'en pas douter, à la négativité. D'ailleurs, l'intérêt de Green pour le travail du négatif accompagne son désir d'étendre le champ psychanalytique à la *folie privée* des états-limites. Une fois de plus, la métapsychologie s'est modifiée à partir de la rencontre avec les patients, comme chez Freud, Winnicott et d'autres.

Je me bornerai ici à examiner quelques-unes des caractéristiques du transfert limite. Le rapport à la négativité en est très particulier. Dans le champ névrotique, celle-ci se manifeste principalement sur le mode du *latent*, éventuellement projeté, et donnant alors lieu aux phénomènes paradoxalement en relief que nous avons déjà évoqués, équivalent d'un *creux*, localisé soit du côté du patient, soit de l'analyste. L'inversion fonctionne presque toujours comme un renversement complet. Pour nos patients les plus *limite*, le rapport d'opposition se situe autrement, fait d'éléments s'excluant l'un l'autre mais néanmoins présents presque en même temps. Il s'agit de figures scindées qui fonctionnent, autour du clivage du moi, comme une négation double, incapables toutefois de parvenir à la positivité. Nous le savons cliniquement, ces mouvements donnent une instabilité très grande au transfert qui devient, d'une façon hautement problématique, *positif et négatif à la fois*. Il est alors presque impossible de repérer des phases de transfert négatif opposées à d'autres qui seraient, elles, expressives d'un transfert positif. Dans ce sens, la négativité du transfert limite obéit à des règles spécifiques qui suscitent de grandes difficultés pratiques. La première consiste probablement à ce que nous avons déjà évoqué de la peine extrême pour le patient limite d'introjecter l'analyste et donc de s'appuyer sur la cure. Ceci est à mettre en relation avec les défaillances du refoulement et le renvoi consécutif du clivage du moi à celui de l'objet, dans la personne de l'analyste. La première tâche dans le maniement du transfert, pour le dire brièvement, serait donc d'établir les conditions minimales d'une telle introjection sans quoi le patient rompt, il quitte l'analyse de manière souvent abrupte.

Les figures du négatif qui caractérisent l'expression interne de la destructivité concernent donc à la fois le sujet et l'objet, d'où les termes de *désobjectalisation* et de *désobjectalisation*. Ces processus, négatifs par essence, sont aussi à l'œuvre en séance. Ils marquent le transfert limite, interférant avec l'autoréflexivité du patient (par désobjectalisation) et attaquant le lien à l'analyste (désobjectalisation). La dialectique négative concerne d'abord les mécanismes de défense, le déni-clivage et les retournements, partiels cette fois-ci, qui s'ensuivent. Ces derniers sont en cause dans les difficultés de la cure des patients limites et contribuent à la nécessité du changement de paradigme. Comme nous venons de le voir, ce ne sont plus vraiment l'imgo refoulée ou les scénarios présents dans l'inconscient qui vont se manifester dans le transfert. Il s'agit bien plutôt d'imagos paradoxales et clivées. L'investissement se partage et alterne dans une coexistence d'éléments hétérogènes. Pour le patient, le bon analyste côtoie le mauvais dans une séquence alternée, éprouvante pour les deux protagonistes de la cure. Cela nuit grandement à la lisibilité du transfert d'une part et à son maniement d'autre part. On ne peut plus s'attendre à ce que le transfert négatif se résolve en un transfert positif. Il devient aussi paradoxalement plus difficile de suivre la distinction que je prône, entre transfert négatif et négatif du transfert.

Winnicott (1955) l'exprime de façon particulièrement claire dans son article sur « Les formes cliniques du transfert ». Lorsque les conditions de base sont réalisées, qu'une confiance minimale devient possible envers l'analyste (introjection), alors c'est la situation analytique elle-même qui est prise à parti, le cadre ou setting de même que les failles de l'analyste (ses imperfections, on pourrait dire son « négatif » !). Il s'agit, le plus souvent, d'une actualisation des défaillances du premier environnement du patient qui suscite alors une colère « objective », forme particulière du transfert négatif, puisqu'elle s'adresse à quelque chose qui manque vraiment (les manquements du psychanalyste) et non à un fantasme projeté. Ceci permet à Winnicott de faire une distinction assez nette entre ce qui ressort de l'ordre du *besoin* et ce qui appartient au *désir*. Il en profite pour rappeler que cette situation est très éprouvante pour le clinicien aussi, qui doit s'adapter spontanément et pouvoir évaluer le moment favorable à reprendre le travail analytique ordinaire.

Un des freins à livrer de la casuistique clinique relative à cette exploration tient au fait qu'il s'agit principalement d'exposer des difficultés majeures, voire ouvertement des échecs de la psychanalyse. Le cas de *Monsieur C.* est illustratif, à la fois par son transfert limite un peu caricatural et l'interruption précoce de sa cure. Monsieur C., petit homme

un peu trapu dans la cinquantaine vint me consulter parce qu'il ne supportait plus les crises et les changements de cap qui se produisaient dans sa vie. Assez rapidement, il me décrivit ses « deux vies ». C'était dans le domaine professionnel que la scission était la plus caractéristique. Il s'était formé comme infirmier et se sentait très concerné par les soins aux malades qu'il prodiguait avec attention. En même temps et surtout alternativement, il fonctionnait comme restructurateur d'entreprises en difficultés, domaine dans lequel il faisait preuve d'un grand cynisme et d'un manque notoire de scrupule. Il ne comprenait pas, dans les moments de douleur psychique, ces deux facettes de sa personnalité. À d'autres moments, elles lui paraissaient parfaitement normales. Progressivement, nous comprîmes que tout ou presque était *double* dans sa vie. Il avait par exemple deux femmes, l'une dont il était divorcé et l'autre avec laquelle il s'était marié assez récemment mais entré en fréquentes disputes ; il continuait d'ailleurs de voir son ex-épouse. Sa demande vis-à-vis de moi n'était pas à proprement parler ambivalente mais plutôt double, clivée, justement ! Il me faisait aussi sentir qu'il avait extrêmement besoin de moi et qu'il aménagerait tout pour pouvoir se comprendre davantage, mais en même temps, il mettait des obstacles pratiques et ratait beaucoup de séances. Ce n'est évidemment pas le seul patient qui agit de la sorte, mais le sentiment que j'avais d'une paradoxalité présente en permanence était extrêmement fort.

Nous avons encore réussi à travailler pendant quelques mois à raison de deux séances par semaine en face-à-face, avec un projet d'analyse qui ne s'est pas concrétisé du tout. Les découvertes, pour aller vite, se sont concentrées autour du fait qu'il avait toujours eu deux vies. En effet, il était un enfant adopté qui avait connu, jusqu'à l'âge de sept ans, dans un autre pays, une mère dont il ne se rappelait plus et qu'il n'avait pas voulu retrouver par la suite. Le travail avançait régulièrement autour de cette dualité mais il me fit comprendre qu'il allait devoir quitter l'emploi d'infirmier qu'il avait repris avec soulagement lors de la crise « morale » qui l'avait amené en traitement et qu'il s'appropriait à repartir dans une autre ville pour effectuer à nouveau le « sale boulot » qu'il avait pourtant décrié avec moi. D'ailleurs, disait-il, son salaire dans les soins ne lui permettait pas de me payer. Nous cherchions à sortir de cet imbroglio mais je dois, maintenant, préciser que ma perception contre-transférentielle était, elle-aussi, extrêmement « double ». Je voulais vraiment l'aider à dépasser cette situation intenable et m'intéressais beaucoup au repérage des éléments qui se dédoublaient dans sa vie et qui se retrouvaient dans un récit, lui aussi alternatif. Par ailleurs, il m'irritait profondément et

ses actions « contre » le cadre me mettaient en difficulté. L'instabilité de la relation thérapeutique était entretenue du fait de ses absences qu'il justifiait par son travail ; ça devenait pesant. Alors qu'il s'était, dans le passé, confronté, parfois physiquement, à son père suisse, il me faisait, en parallèle, sentir l'absence du père étranger qu'il n'avait jamais connu dans sa petite enfance. C'était un patient à la fois haïssable et attachant et nous ne parvenions pas à instaurer la confiance de base qui aurait permis de continuer ce travail analytique. Contrairement à d'autres patients où nous découvrons progressivement les nœuds pathogènes, nous avons pénétré trop rapidement dans le drame qui le coupait en deux sans pouvoir établir de base de travail.

Il convient aussi de revenir sur les deux temps du transfert dans le *champ du langage* (Green, 1984), le premier temps, intra-psychique, transfert sur la parole, et le second, objectalisant, qu'est le transfert sur l'objet, à savoir sur le psychanalyste. Dans les fonctionnements limites, le champ de la parole et de la représentation de mots sont aussi compromis : À preuve, les nombreux passages à l'acte et passages dans le corps somatique. La parole peine à exprimer la conflictualité qui ne se traduit pas entièrement dans les limites du psychisme. Sans parler d'identification projective, nous voyons bien que la communication suit d'autres canaux. La parole peut être *évacuatrice*, correspondre à une décharge et n'être donc pas vraiment utilisable dans l'association libre ; la symbolisation est en défaut et la pensée en grande difficulté. Comme le disait *Bion*, il n'existe pas de « pensoir » pour les pensées. En d'autres termes, ce transfert ne ressemble plus vraiment à la description classique (Séchaud, 2009). Faut-il aller jusqu'à dire qu'il s'agit d'un *non-transfert* ? Heureusement, notre expérience clinique nous prouve le contraire et malgré les nombreuses caractéristiques appartenant à la négativité, nous encourage à essayer de définir ce que nous pourrions appeler (avec une certaine positivité !) un *transfert limite* (*Borderline Transfert* pour André, 2002).

Au moment de conclure, il faut revenir à la *réaction thérapeutique négative* au sens propre. Cette dénomination est utilisée actuellement pour de (trop) nombreuses formes de menace à la continuité de la cure. Elle reste cependant la définition *princeps* de Freud dans le domaine de la négativité, comme modalité transférentielle qui risque fortement d'entraîner l'interruption du travail psychanalytique. Aggravation paradoxale des symptômes en lien avec un travail psychique qui commence à les amender, elle s'inscrit bien dans la gamme des problèmes que les

définitions « positives » du transfert ne parviennent ni à élucider, ni à empêcher. Il ne s'agit pas non plus d'un « simple » transfert négatif. En tant que phénomène de résistance à la guérison, nous pourrions la considérer comme un cas particulier du transfert limite, clivé, puisque le patient réagit de façon paradoxale à sa propre amélioration. Au lieu d'aller mieux, il empire comme s'il s'accrochait à la maladie. Les éléments que *Freud* a mis en avant, faits de sentiment inconscient de culpabilité et de masochisme mortifère peuvent renvoyer, en dernière analyse, à la composante la plus délétère du travail du négatif.

## CONCLUSION

Nous savions déjà qu'il fallait distinguer le transfert négatif de la réaction thérapeutique négative mais le transfert limite, concept mis au travail dans une psychanalyse contemporaine, fait à nouveau éclater cette distinction qui n'existait pas du temps de Freud et que les travaux d'André Green ont contribué à éclaircir.

Finalement, l'ombre portée du thème concerne « différentes figures ou composantes négatives du transfert ». La terminologie de *négativité* du transfert renvoie, elle, trop systématiquement à la destructivité. Or, il semble plus intéressant d'affronter la source commune, celle qui va au-delà des apparences négatives ou, à l'inverse, positives du transfert. C'est pourquoi, à partir d'une opposition un peu trop évidente entre deux formes connues, transfert positif d'un côté, transfert négatif de l'autre, nous avons été amenés à considérer la convergence d'une série complexe de *formes intermédiaires*, constituant alors une véritable *tête de Méduse* (dissimulée comme dans le mythe, au fond d'une grotte) qui cache une diversité de destins. À côté de la destructivité et de la mise en échec de l'analyse, nous pouvons déceler une composante autre, partie intégrante des modalités du travail psychique, perpétuel travail de transformation, en double, en manque et en creux, comme clé de l'accès aux *zones vides*, *blanches* ou *mortes* du psychisme. Cet enjeu nous paraît déterminant aussi pour les cures qui ne s'interrompent pas, celles qui stagnent, celles dans lesquelles il ne se passe rien... : c'est le négatif du transfert !

De ce fait, une première conséquence thérapeutique semble se profiler. Alors que, pour nos patients les plus névrosés, le transfert de base constitue une donnée spontanée qui fait le lit de l'interprétation du

transfert de résistance et permet la progression de la cure, nous voyons que, chez les états-limites, la construction du transfert de base pourrait s'avérer être un des premiers *objectifs du traitement plutôt qu'une de ses conditions préalables*. Il s'agirait donc là d'une différence fondamentale, comme si le point de départ de l'une devenait un point d'arrivée (en tout cas, d'étape indispensable) de l'autre. Construction de ce qui manque, mise en relief du négatif caché ou opposé, maniement du retour du clivé, la liste de ce qui autorise la prise en compte de ces différences demandent maintenant la poursuite de la réflexion dans au moins deux directions, celles du contre-transfert et de l'interprétation. Il s'agit donc d'une affaire à suivre.

D'une façon générale, nous avons probablement eu tendance à négliger, à écarter les éléments négatifs du transfert, en particulier ceux qui relèvent du creux, du vide, de l'absence, en d'autres termes à ignorer ou « positiver » ce qui prend une allure ou une fonction négative au sens large du terme. Toutefois, ce qui peut contribuer à maintenir notre attention en état de vigilance à ce sujet est la plus grande facilité que nous avons à les repérer dans la clinique de nos collègues, autour de leurs taches aveugles ! Il n'est pas exclu que nous puissions le faire aussi avec notre propre clinique dans l'après-coup des séances ou d'une réflexion auto analysante.

NICOLAS DE COULON  
2, rue du Midi  
1003 Lausanne  
Suisse

#### BIBLIOGRAPHIE

- André J. (2002), « Borderline transfert », in *Transfert et états limites*, Paris, Puf.  
Coulon N. de (2016), « La négativité du transfert », in *Des psychanalystes en séance, glossaire clinique de psychanalyse contemporaine*, Paris, Gallimard, coll. « Folio Essais »  
Donnet J.-L. (2005), *La Situation analysante*, Paris, Puf.  
Fédida P. (1978), *L'Absence*, Paris, Gallimard, p. 11.  
Ferenczi S. (1909), *Transfert et introjection*, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2013.  
Freud S. (1895), *Études sur l'hystérie*, tr. fr. in *Œuvres complètes : psychanalyse*, vol. II, Paris, Puf, 2009.  
Freud S. (1912), « Sur la dynamique du transfert », tr. fr. in *Œuvres complètes : psychanalyse*, vol. XI, Paris, Puf, 2009.

- Freud S. (1915), « Remarques sur l'amour de transfert », tr. fr. in *Œuvres complètes : psychanalyse*, vol. XII, Paris, Puf, 2005.
- Freud S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, tr. fr. in *Œuvres complètes : psychanalyse*, vol. XV, Paris, Puf, 1996.
- Freud S. (1925), « La négation » (die Verneinung), tr. fr. in *Œuvres complètes : psychanalyse*, vol. XVII, Paris, Puf, 2006.
- Godfrind J. (1993), *Les Deux courants du transfert*, Paris, Puf, coll. « Le fait psychanalytique », 2015.
- Green A. (1980), « La mère morte », in *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Minuit, 1983.
- Green A. (1984), « Le langage dans la psychanalyse », in *Langages*, Paris, Les Belles Lettres.
- Green A. (1986), « Le travail du négatif », *Revue française de psychanalyse*, vol. 50, n° 1, pp. 489-493.
- Green A. (1993), *Le Travail du négatif*, Paris, Minuit.
- Green A. et al. (1995), *Le Négatif, travail et pensée*, Paris, L'Esprit du temps, coll. « Perspectives psychanalytiques », p. 26.
- Laplanche J. (1991), « Du transfert : sa provocation par l'analyste », in *Le Primat de l'autre en psychanalyse*, Paris, Flammarion, Champs, 1991.
- Neyraut M. (1974), *Le Transfert*, Paris, Puf, coll. « Le Fil rouge », 2004.
- Parat C. (1981), « Transfert et relation en analyse », in *L'Affect partagé*, Paris, Puf, coll. « Le fait psychanalytique », 1985.
- Porret J.-M. (2011), *Les Modes d'organisation du transfert, transferts névrotiques et non névrotiques en psychanalyse*, Paris, L'Harmattan.
- Scarfone D. (2011), « Dans le creux du transfert », *Libres cahiers pour la psychanalyse*, vol. 23, p. 149-164, Éditions In Press.
- Séchaud É. (2009), « Le maniement du transfert dans la psychanalyse française », *L'Année psychanalytique internationale*, Éditions In Press, pp. 161-181.
- Winnicott D. W. (1955), « Les formes cliniques du transfert », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- Winnicott D. W. (1971), *Jeu et réalité : l'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975.

RÉSUMÉ – La notion de travail du négatif peut-elle s'appliquer au transfert ? Au-delà des formes reconnues du transfert négatif et de la réaction thérapeutique négative, l'auteur propose de suivre la transposition inconsciente sur le psychanalyste dans les aléas du creux, du blanc, du contraire, de la destruction, dans toutes les formes de la négativité. Ceci introduit aux possibilités de sortie d'une conception trop « positive » du transfert pour en aborder différents aspects chez les états-limites.

MOTS-CLÉS – Transfert. Négatif. Travail du négatif. États-limites. Réaction thérapeutique négative.

### *The negative of transference*

ABSTRACT – Can the notion of the “labor of the negative” be applied to transference? Beyond recognized forms of negative transference, the author proposes to follow the unconscious

transposition onto the psychoanalyst amid the vicissitudes of the hollow, the blank, the contrary, and destruction—negativity in all of its forms. This introduces the possibility of escaping from an overly “positive” conception of transference so as to broach different aspects of transference in limit states.

KEYWORDS – Transference, negative, labor of the negative, limit states, negative therapeutic reaction.

*El negativo de la transferencia*

RESUMEN – ¿Podría aplicarse el concepto de trabajo de lo negativo a la transferencia? Más allá de las formas reconocidas de transferencia negativa y de la reacción terapéutica negativa, el autor propone realizar la transposición inconsciente al psicoanálisis en las contingencias del vacío, del blanco, del contrario, de la destrucción, en todas las formas de la negatividad. Esto permite introducir ciertas posibilidades de salida a una concepción demasiado “positiva” de la transferencia para así abordar diferentes aspectos en los estados límite.

PALABRAS CLAVE – Transferencia. Trabajo de lo negativo. Negativo. Estados límite. Reacción terapéutica negativa.