



FICHES DE PSYCHO

La clinique de l'obésité et du surpoids

10 fiches pour comprendre

*Accueillir, comprendre, donner sens,
accompagner enfants, adolescents, adultes
et familles...*

Sous la direction de
Almudena Sanahuja et Tefika Ikiz

• EDITIONS IN PRESS •

ÉDITIONS IN PRESS

74, boulevard de l'Hôpital – 75013 Paris

Tél. : 09 70 77 11 48

www.inpress.fr

Collection dirigée par Lydia Fernandez, professeure en psychologie de la santé et du vieillissement, psychologue clinicienne, université Lyon 2, Institut de psychologie.

Découvrez la collection complète **Fiches de psycho** sur notre site.

LA CLINIQUE DE L'OBÉSITÉ ET DU SURPOIDS.

ISBN : 978-2-38642-310-9

© 2025 ÉDITIONS IN PRESS

Couverture : Lorraine Desgardin

Mise en page : Eve Caracotte

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (Loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

La clinique de l'obésité et du surpoids

Sous la direction
d'Almudena Sanahuja et Tevfika Ikiz



SOMMAIRE

Les directrices d'ouvrage.....	7
Les auteurs et les autrices	7
Introduction.....	9

Fiche 1

Déterminants de l'obésité pédiatrique et parcours de soin	11
--	----

Stéphanie Barriod Pasteur

Fiche 2

Pouvoir de l'image du corps social sur le surpoids, « paradoxe des images du corps individuel et familial de l'adolescent au Togo et en France ».....	21
---	----

Adjo Fâa-Ny Céline Notokpe, Almudena Sanahuja

Fiche 3

Obésités et réalités psychiques. Approche psychanalytique	31
--	----

Nathalie Dumet

Fiche 4

Clinique de l'obésité : du vécu traumatique à l'émergence d'un processus de résilience	41
---	----

Joris Mathieu

Fiche 5

La transmission de l'obésité selon les aspects psychiques et émotionnels dans le lien mère-enfant.....	51
---	----

Nasha Murday, Claire Squires

Fiche 6

L'obésité chez l'adulte. Une problématique de la non-différenciation mère-enfant 61

Aslıhan Topyay Özfidan

Fiche 7

Le défaut de tiercéité chez l'adolescente en surpoids 71

Charlyne Picard

Fiche 8

Sujet obèse : « porte-symptôme familial » contaminé par l'héritage généalogique 81

Almudena Sanahuja

Fiche 9

La place du psychologue dans l'accompagnement de l'enfant en situation d'obésité avec sa famille 91

Patricia Manga-Carrola

Fiche 10

Contenir la perte de poids chez l'adolescente avec un groupe à médiation corporelle 101

Almudena Sanahuja

Fiche 11

Effets psychiques de la perte de poids liée à une chirurgie bariatrique pratiquée sur des adolescents 111

Clémence Mesnier, Almudena Sanahuja, Patricia Manga-Carrola

Fiche 12

Recherche projective individuelle et groupale sur l'obésité 123

Tevfika Ikiz

Conclusion 133

Réponses aux questions 135

LES DIRECTRICES D'OUVRAGE

TEVFIKA IKIZ, psychologue clinicienne, psychanalyste, formatrice à la Société psychanalytique d'Istanbul et psychosomatienne à l'IPSO-MED, Université d'Istanbul, département de psychologie, Turquie.

ALMUDENA SANAHUJA, professeure de psychologie clinique et psychopathologie, psychologue clinicienne, thérapeute familial, Université de Franche-Comté, UR3188, Besançon.

LES AUTRICES ET LES AUTEURS

STÉPHANIE BARRIOD PASTEUR, pédiatre du Centre spécialisé obésité pédiatrique (CHU de Besançon) et directrice médicale du RéPPOP BFC (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité pédiatrique).

NATHALIE DUMET, professeure des Universités, professeure en psychopathologie clinique. Université Lumière Lyon 2, Institut de Psychologie, CRPPC.

PATRICIA MANGA-CARROLA, psychologue clinicienne, Centre spécialisé obésité pédiatrique (CHU de Besançon) et Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique Bourgogne Franche-Comté, RéPPOP-BFC, Besançon.

JORIS MATHIEU, maître de conférences en psychologie clinique, psychologue clinicien, docteur en psychologie clinique, Université de Rouen, Laboratoire CRFDP, UFR SHS.

CLÉMENCE MESNIER, étudiante en master 2 Clinique de la famille, des groupes et psychopathologie à tous les âges de la vie (CFGP), Université de Franche-Comté.

NASHA MURDAY, psychologue clinicienne, Université Paris Cité, docteure en psychopathologie et psychanalyse. Centre de recherches en psychanalyse, médecine et société.

ADJO FÂA-NY CÉLINE NOTOKPE, docteure en psychologie clinique et psychologue clinicienne, Université de Franche-Comté.

CHARLYNE PICARD, psychologue clinicienne et institutionnelle, docteure en psychologie, DITEP des Salins de Bregille, Besançon.

CLAIRE SQUIRES, psychiatre, psychanalyste, MCF-HDR émérite, Université Paris Cité.

ASLIHAN TOPYAY ÖZFIDAN, psychologue clinicienne, candidat psychanalyste à l'Association de psychanalyse d'Istanbul, Psychothérapie Fore (pratique privée), Istanbul, Turquie.

INTRODUCTION

Selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé), l'obésité, mais également le surpoids, constitue une véritable **pandémie**. Ses données épidémiologiques en sont le principal témoin. En 2022, 2,5 milliards d'adultes sont concernés par le surpoids et 37 millions d'enfants de moins de 5 ans. Puis, l'obésité touche 890 millions d'adultes et 159 millions d'enfants et adolescents. En 1990, ils sont respectivement 195 millions et 31 millions. La prise de conscience de ce fléau mondial qui ne cesse d'augmenter interroge sur la **complexité plurifactorielle de cette pathologie** intriquée dans l'environnement culturel et social et révélant la difficulté à l'éradiquer.

Souvent les praticiens confrontés à cette pathologie se retrouvent en difficulté tant cette clinique peut parfois s'avérer difficile autant dans la rencontre où les patients sont en « échec » de pensée et où le vide occupe le devant de la scène thérapeutique, qu'au moment de la perte de poids qui peut dans certains cas provoquer un **véritable tsunami psychique**. Tsunami qui peut expliquer le phénomène régulier de reprise de poids. Pour comprendre ces cliniques spécifiques de l'obésité, du surpoids et de la complexité de la perte de poids, les différentes fiches proposées, articulées avec des bases conceptuelles psychanalytiques, sont issues de pratiques de cliniciens et/ou de chercheurs exerçant auprès de populations variées d'enfants, d'adolescents, d'adultes et de familles.

Afin de mieux penser la perte de poids, le fil conducteur tout au long de ces fiches est de **donner un sens à ce symptôme corporel** emboîté dans une pluralité d'espace psychique : intrapsychique

(le sujet), intersubjectif (en lien avec l'objet maternel et paternel) et inter et transgénérationnel (transmission, secrets, non-dits, traumatismes portés à son insu) et transpsychique (social, groupal), puis de proposer des solutions thérapeutiques.

DÉTERMINANTS DE L'OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE ET PARCOURS DE SOIN

Stéphanie Barriod Pasteur

L'obésité est un problème majeur de santé publique dû à sa prévalence qui a augmenté au cours des dernières décennies et des complications possibles. L'obésité est un excès de masse grasse pouvant nuire à la santé selon l'OMS. Sa prise en charge est graduée en fonction du niveau de complexité.

-
- *maladie plurifactorielle* • *éducation thérapeutique* • *pluridisciplinarité* •

1. Introduction

L'obésité est une problématique de santé qui reste aujourd'hui encore **difficile à aborder** par les patients, mais aussi parfois par les professionnels de santé. Son diagnostic est fait à partir du calcul de l'Indice de masse corporelle (IMC) : poids/taille². Chez l'enfant et l'adolescent, les courbes de corpulence, mises à jour en 2019 (Centre de recherche en épidémiologie et statistiques [CRESS], 2019), sont la référence pour établir le diagnostic de surpoids ou d'obésité. C'est à partir d'un premier bilan que le médecin pourra déterminer, s'il s'agit d'une **obésité commune** ou s'il existe des éléments en faveur d'une **obésité de cause secondaire**.

Il est à noter que **le médecin traitant a un rôle essentiel** à différentes étapes :

- le diagnostic ;
- le diagnostic étiologique ;

- le dépistage des complications ;
- l'évaluation du niveau de complexité ;
- l'orientation du patient et son suivi.

Puis, en ce qui concerne la prise en charge, elle se base sur **les principes de l'éducation thérapeutique** en accompagnant le patient dans le changement de ses habitudes de vie. Depuis peu, de nouveaux traitements médicamenteux peuvent être indiqués pour traiter l'obésité dans certaines indications.

2. Les deux types d'obésité

2.1. L'obésité commune

Ce premier type est la cause la plus fréquente des situations d'obésité (95 % des cas).

2.1.1. L'annonce du diagnostic

Le temps de l'annonce du diagnostic est une **étape essentielle**, d'autant plus chez l'enfant chez qui l'impression visuelle de sa morphologie peut être trompeuse. Des recommandations pour l'annonce du diagnostic existent pour l'enfant et l'adolescent dans le guide du parcours de soins de la Haute Autorité de santé actualisé en 2022 (HAS, 2022). Le médecin s'appuie sur la courbe d'IMC en la montrant et en l'expliquant à l'enfant/adolescent et sa famille. Dans ce moment, il est important de **tenir compte des représentations et du sens donnés aux mots par l'enfant/adolescent et sa famille** afin de ne pas les blesser et construire un langage commun. En tant que médecin, il est nécessaire de s'attacher aussi à prendre le temps d'**écouter leur histoire**, comprendre ce qui est important pour eux et veiller à ne pas moraliser ou culpabiliser. De plus, ce temps permet de **déconstruire** parfois les idées reçues, les fausses informations sur l'obésité, son traitement et de délivrer des

informations fiables. Le médecin pourra expliquer les étapes du suivi impliquant évaluation multidimensionnelle et projet de soin.

2.1.2. *Son origine plurifactorielle*

L'obésité commune résulte d'une interaction entre **une prédisposition génétique** et **un environnement à risque**. Nous ne sommes pas tous égaux devant le risque de surpoids. Dans ce sens, il arrive fréquemment que des enfants expriment leur sentiment d'injustice en observant leur frère ou leur sœur manger plus qu'eux et ne pas être en surpoids. Cette prédisposition génétique est bien établie dans l'obésité commune. En effet, le risque pour un enfant d'être en surpoids est plus important si l'un de ses parents l'est, d'autant plus si les deux parents le sont. C'est l'interaction de ces gènes avec des facteurs de risque liés à l'environnement qui va conduire au développement d'un surpoids.

Nous connaissons aujourd'hui des facteurs de risque précoces chez l'enfant qui vont concerner la période des 1 000 premiers jours qui s'étend de la conception aux 2 ans de l'enfant. Cette période est à la fois une période de susceptibilité pour l'enfant du fait des conséquences pour sa santé de l'exposition à certains facteurs de risque environnementaux, mais aussi une fenêtre d'opportunité pendant laquelle il est possible d'agir en prévention précoce. Ces facteurs précoces concernent la **période préconceptionnelle** (obésité chez la mère), la **grossesse** (diabète maternel, tabagisme, prise de poids excessive, défaut ou excès de croissance fœtale) et la **petite enfance** (interactions précoces, alimentation du petit enfant, cadre éducatif, parentalité). C'est le **cumul de ces facteurs de risque** qui exposent l'enfant à un risque de surpoids. Il faut alors veiller à ne pas alarmer inutilement les parents sur ce risque, mais plutôt les accompagner durant cette période vers des comportements favorables en termes d'alimentation et d'activité physique pour eux-mêmes puis pour leur enfant. **L'accompagnement en parentalité est également fondamental**, notamment pour les parents en difficulté sur le plan psychologique

et/ou social. Les parents manquent souvent d'information sur les apports recommandés pour l'enfant en fonction de l'âge ainsi que sur les aspects éducatifs. En outre, le repérage des femmes enceintes vulnérables vis-à-vis de ces facteurs de risque permet un accompagnement précoce permettant d'avoir un impact positif sur la santé future de l'enfant.

Les facteurs de risque liés à l'environnement sont multiples :

- influence des habitudes alimentaires individuelles et familiales (taille des portions, densité énergétique des aliments, boissons sucrées) ;
- faible niveau d'activité physique ;
- augmentation de la sédentarité ;
- usage important des écrans ;
- insuffisance de sommeil ;
- irrégularité des repas et plus largement des rythmes de vie ;
- situation de vulnérabilité sociale, économique, financière, familiale, scolaire, etc.

En ce qui concerne **les antécédents et la situation de l'enfant** ou de l'adolescent, on retrouve comme facteurs de risque de surpoids :

- les facteurs psychologiques ;
- le vécu de situations ou événements traumatisants ;
- le handicap ;
- les troubles des conduites alimentaires (HAS, 2022).

2.1.3. La courbe d'IMC

Le suivi régulier de la courbe de corpulence par le médecin traitant chez l'enfant permet de repérer précocement les enfants à risque de surpoids par le rebond d'adiposité précoce. Les courbes de poids et taille doivent aussi être tracées régulièrement dans le cadre du suivi de l'enfant. **La corpulence de l'enfant** évolue physiologiquement en trois phases :

- entre 0 et 1 an, l'IMC augmente ;
- entre 1 et 6 ans, l'IMC diminue ;
- de 6 ans à l'âge adulte, l'IMC remonte.

Le **rebond d'adiposité** est le point le plus bas de la courbe juste avant l'ascension. Il se situe physiologiquement à l'âge de 6 ans. Chez certains enfants, ce rebond d'adiposité est plus précoce et survient le plus souvent vers l'âge de 2 ans. Ce rebond sur la courbe d'IMC peut précéder de plusieurs mois l'impression visuelle d'un enfant en surpoids et permet de repérer plus précocement les enfants à risque de surpoids que l'analyse de la courbe de poids seule. Le médecin pourra alors, sans alarmer la famille ni encore parler de surpoids, faire le point avec les parents sur l'alimentation de l'enfant et donner les conseils adaptés.

La courbe d'IMC permet de faire le diagnostic de surpoids lorsque l'IMC est au-dessus du seuil de l'IOTF 25 ou d'obésité lorsque l'IMC est au-dessus du seuil de l'IOTF 30 (CRESS, 2019).

2.2. L'obésité secondaire

Ce type est **beaucoup plus rare** et représente moins de 5 % des situations d'obésité. Il existe trois principales causes d'obésité secondaire : génétique, endocrinienne et médicamenteuse.

2.2.1. Les obésités de cause génétique

Les signes à rechercher par le médecin lors de l'évaluation initiale en faveur d'une obésité de cause génétique sont :

- une **obésité précoce** (avant 5 ans) avec prise de poids rapide ;
- des **troubles du comportement alimentaire** (troubles de la satiété) ;
- des **anomalies endocriniennes**.

Le médecin sera également amené à rechercher :

- une hypotonie néonatale ;

- des troubles du développement intellectuel ;
- des troubles du comportement, des anomalies neurosensorielles (vue, audition) et développementales (Poitou, 2018).

Il peut s'agir de tableaux syndromiques ou d'une atteinte d'un gène de la voie leptine-mélanocortine située dans l'hypothalamus. Cette voie régule le comportement alimentaire en fonction de la balance énergétique. Des mutations sont aujourd'hui connues sur certains de ces gènes et vont avoir pour conséquence de **déréguler le comportement alimentaire** et conduire au développement de situations d'obésité sévères. Les patients pour lesquels il existe une suspicion d'obésité de cause génétique doivent être adressés à des centres spécialisés (Centres spécialisés obésité) qui travaillent en lien avec des services de génétique. Certains patients peuvent être éligibles à un traitement spécifique en fonction du diagnostic génétique, d'où l'intérêt de rechercher les signes évocateurs et de les adresser à des centres spécialisés.

2.2.2. Les obésités de cause endocrinienne

Les **principales causes** d'obésité endocrinienne sont :

- l'hypothyroïdie ;
- la tumeur hypothalamo-hypophysaire (craniopharyngiome) ;
- le syndrome de Cushing.

Chez l'enfant et l'adolescent, l'analyse de la courbe de croissance staturale doit être systématique, car **la vitesse de croissance est ralentie en cas d'obésité de cause endocrinienne**. Cela permet donc de repérer ces patients et prescrire les examens appropriés.

2.2.3. Les obésités de cause médicamenteuse

Les trois principales familles de médicaments associées à un risque de surpoids sont les **neuroleptiques**, les **antiépileptiques** et les **corticoïdes au long cours**. Un accompagnement par des

mesures diététiques et en activité physiques permet chez ces patients de limiter la prise de poids.

3. Les complications de l'obésité

Après l'étape de diagnostic, d'annonce et d'évaluation initiale multidimensionnelle qui permettra d'établir les besoins du patient et le parcours de soin adapté, le médecin devra rechercher s'il existe des complications liées à l'obésité. L'excès de tissu adipeux, par l'intermédiaire de mécanismes hormonaux et métaboliques, est **un facteur de risque de maladies chroniques** (diabète, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires et respiratoires). L'examen clinique devra comprendre :

- **la prise de la tension artérielle** (brassard de taille adaptée et référentiels spécifiques chez l'enfant et l'adolescent) ;
- **l'évaluation du stade pubertaire chez l'enfant, l'examen cutané** (*acanthosis nigricans*, mycose, vergetures, hirsutisme, etc.) ;
- **la recherche de signes en faveur d'un Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS), d'un asthme, de pathologie ostéoarticulaire, de signes en faveur d'un Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK).**

Dans certaines indications, un bilan biologique sera prescrit à la recherche d'un **diabète**, d'une **dyslipidémie** ou d'une **stéatose hépatique**. Par ailleurs, le médecin traitant pourra demander un avis spécialisé si besoin. Aussi, il est important de repérer les **conséquences psychologiques** liées à l'obésité. Selon le tableau clinique, une orientation sera proposée vers un psychologue, un pédopsychiatre ou psychiatre en s'assurant de l'accès pour les familles (géographique et financier).

4. Graduation et parcours de soin

Après avoir réalisé une évaluation globale de la situation de l'enfant ou de l'adolescent, le médecin va pouvoir **déterminer le niveau de complexité** de la situation (HAS, 2022) :

- **surpoids ou obésité non complexe** : IMC situé entre les seuils IOTF 25 et IOTF 30 de la courbe d'IMC ou supérieur au seuil de l'IOTF 30 sans complication et sans cumul de facteurs cause ou conséquence d'une obésité ;
- **obésité complexe** : IMC supérieur au seuil IOTF 30 et cumul de facteurs associés.

Les soins et l'accompagnement ont pour but de permettre à l'enfant/l'adolescent·e et à ses parents d'**apporter progressivement des changements aux habitudes de vie et de les maintenir dans le temps** (HAS, 2022). Leur objectif est de ralentir la progression de la courbe d'IMC grâce à une approche personnalisée, multicomposante et, si besoin, pluriprofessionnelle pour accompagner les changements des habitudes de vie. Perdre du poids n'est pas un objectif prioritaire sauf en cas de complications sévères. Chez l'enfant en cours de croissance, l'objectif est de **ralentir le gain de poids** tandis que la croissance se poursuit (inflexion de la courbe d'IMC). Chez l'adolescent·e en fin de croissance, l'objectif est de **stabiliser le poids**. Même si une diminution de l'IMC est souhaitable, elle doit être très progressive et accompagnée. Précisons que les pertes de poids trop rapides sont des signes d'alerte ainsi que le phénomène de yo-yo qui doit être prévenu par un accompagnement très progressif de la perte de poids. Des objectifs spécifiques sont poursuivis en fonction de l'évaluation multidimensionnelle de la situation individuelle et familiale, et donc de sa complexité, et un partage de la décision avec l'enfant/l'adolescent·e et ses parents. Le médecin qui suit l'enfant/l'adolescent·e assure la coordination des soins et de l'accompagnement (HAS, 2022). Le suivi peut être assuré par des professionnels libéraux de premier recours ou des équipes

hospitalières spécialisées (2^e et 3^e recours) en fonction de la complexité de la situation. Pour les situations d'obésité complexe, un séjour en Service de soins médicaux et de réadaptation (SMR) peut être proposé. Des séjours courts permettent une **amélioration de la confiance en soi**, entraînent une dynamique de changement et favorisent l'implication des parents. Des séjours prolongés sont indiqués chez l'adolescent en cas d'obésité sévère et complexe.

Des traitements médicamenteux par voie injectable peuvent être prescrits aujourd'hui chez l'adolescent à partir de l'âge de 12 ans en situation d'obésité. Ils ne sont pas remboursés à l'heure actuelle. Chez les moins de 18 ans, la **chirurgie bariatrique** ne peut être envisagée que dans des **situations exceptionnelles**, avec une mise en œuvre au sein d'un centre spécialisé dans l'obésité à compétence pédiatrique et une fois la croissance terminée. Les recommandations de la HAS définissent les indications, contre-indications et le parcours de soin de la chirurgie bariatrique chez les mineurs (HAS, 2016).

Références bibliographiques

- Centre de Recherche en Épidémiologie et Statistiques (CRESS). (2019). *Courbes de croissance de référence du Carnet de Santé — CRESS UMR 1153*. <https://cress-umr1153.fr/fr/courbes-de-croissance-de-reference-du-carnet-de-sante/>
- Haute Autorité de Santé. (2022). *Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e)*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e
- Haute Autorité de Santé (2016, mars 2030). *Définition des critères de réalisation des interventions de chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans : Recommandation de bonne pratique*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2010309/fr/definition-des-criteres-de-realisation-des-interventions-de-chirurgie-bariatrique-chez-les-moins-de-18-ans

Poitou, C. (2018, décembre). *Obésité génétique : diagnostic et prise en charge en 2019*. MCED n° 95. https://www.sfdiabete.org/files/files/jndes/2019/3_mced95_poitou.pdf

QCM

A. L'obésité commune est :

1. la moins fréquente des situations d'obésité.
2. multifactorielle.
3. une maladie chronique.
4. un facteur de risque de maladies chroniques.
5. le résultat d'une interaction entre une prédisposition génétique et un environnement à risque.

B. La courbe d'IMC chez l'enfant :

1. doit être tracée régulièrement par le médecin traitant.
2. permet un repérage plus tardif des enfants à risque de surpoids.
3. permet de repérer les rebonds d'adiposité précoce.
4. est dans les carnets de santé.
5. évolue en différentes phases physiologiques en fonction de l'âge de l'enfant.

C. L'objectif de prise en charge du surpoids chez l'enfant dont la croissance n'est pas terminée est :

1. la perte de poids.
2. le ralentissement de la progression de l'IMC.
3. attendu dans un délai rapide.
4. une diminution de l'IMC dans un délai rapide.
5. adapté et discuté de façon personnalisée en fonction des difficultés.



Comment comprendre l'origine psychique et somatique de l'obésité ? Comment analyser le symptôme du sujet dans le corps familial ? Quel est le regard social ? Comment aborder cette clinique qui touche une large population ?

Pour comprendre ces cliniques spécifiques de l'obésité, du surpoids et de la perte de poids, le fil conducteur de ce livre est de donner un sens à ce symptôme corporel afin de mieux penser la perte de poids. Les auteurs montrent que ce symptôme s'emboîte dans une pluralité d'espace psychique : intrapsychique, intersubjectif, intertransgénérationnel et social.

Ce livre propose aux étudiants en psychologie ainsi qu'aux psychologues cliniciens et aux équipes pluridisciplinaires de se saisir de quelques-unes des questions principales adossées à cette clinique spécifique.

Les directrices d'ouvrage : Almudena Sanahuja est professeure en psychologie et psychopathologie, Laboratoire (EA 3188), Université Bourgogne-Franche-Comté.

Tevfika Ikiz est professeure de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université d'Istanbul, département de psychologie.

Les auteurs : Stéphanie Barriod Pasteur, Nathalie Dumet, Patricia Manga-Carrola, Joris Mathieu, Clémence Mesnier, Nasha Murday, Adjo Fâa-Ny Céline Notokpe, Charlyne Picard, Claire Squires, Aslihan Topyay Özfidan.

Collection dirigée par Lydia Fernandez.



9

782386 423109

ISBN : 978-2-38642-310-9

12 € TTC - France

www.inpress.fr