

Dr Alain Perroud

# Faire face à la boulimie

Une démarche efficace  
pour guérir

## L'auteur

Le docteur **Alain Perroud** a exercé comme psychiatre à la clinique des Vallées, en Haute-Savoie, jusqu'en 2010. Il a créé et dirigé le centre de traitement des troubles des conduites alimentaires de cet établissement. Depuis 2009, il exerce en Suisse, à Genève. Il enseigne cette discipline dans diverses universités en France et à l'étranger. Ses orientations théoriques sont la thérapie de famille et la thérapie comportementale et cognitive, deux disciplines utiles dans le traitement de ces pathologies.

Collection « Faire face » dirigée par le Dr Charly Cungi

Ce livre doit beaucoup à toutes les personnes venues chercher de l'aide et qui ont tant contribué à me faire comprendre ces maladies, leurs mécanismes et les souffrances qu'elles provoquent.

© Retz, 2024 pour la présente édition

© Retz, 2001 pour la première édition

Code éditeur : 387389

ISBN : 978-2-7256-4522-3

Dépôt légal : avril 2024

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>7</b>
<b>Chapitre 1. Reconnaître et définir la nature de son trouble</b>	<b>16</b>
<b>Chapitre 2. Évaluer son trouble</b>	<b>28</b>
<b>Chapitre 3. Établir sa motivation</b>	<b>37</b>
<b>Chapitre 4. Construire son analyse fonctionnelle personnelle</b>	<b>44</b>
<b>Chapitre 5. Les étapes de la guérison</b>	<b>88</b>
<b>Chapitre 6. Deux aspects complémentaires</b>	<b>195</b>
<b>Annexes</b>	<b>204</b>



Voilà ! J'ai encore craqué. Je n'ai pas réussi à résister à mes vieux démons et je me suis jetée sur le contenu du placard et du réfrigérateur. J'ai englouti la totalité de ce que j'avais acheté pour les trois prochains jours. Maintenant, comme à chaque fois, je suis complètement cassée. Ces crises de boulimie me gâchent la vie. La faim me bouffe l'esprit, j'y pense en permanence : quand j'essaie de me retenir pour ne pas craquer et que j'en rêve la nuit, que j'en arrive à ne plus pouvoir travailler tellement elle m'obsède ; ou comme maintenant, après avoir perdu la bataille, en imaginant déjà tout ce que je vais devoir faire pour ne pas en subir les conséquences. Et surtout, je pense aux kilos de mauvaise graisse que je vais emmagasiner dans mes cuisses, sur mon ventre, et ailleurs encore. Je me sens énorme et horriblement moche. Je suis terrifiée à l'idée qu'on pourrait me voir comme ça. Si ceux qui m'aiment me surprenaient dans cette situation, les yeux exorbités, la figure congestionnée, entourée des paquets de biscuits que j'ai engloutis, je suis certaine qu'ils ne pourraient plus jamais me regarder comme avant. Ils verraient ce que je suis vraiment, et de quoi je suis capable. La honte.

Le pire, c'est que je l'ai vu venir de loin. Dès ce matin, je me suis sentie contrariée en voyant que j'avais pris un kilo depuis lundi. Je n'y comprends rien. J'ai l'impression que je fais attention à tout ce que je mange. Je ne me suis accordé aucun écart, j'ai évité tous les pièges habituels : les sorties entre copines qui se terminent au restaurant avec l'obligation de manger comme tout le monde pour ne pas risquer les remarques et les allusions ; les repas en famille et la cuisine de maman, tout au beurre. J'ai même réussi à m'esquiver quand ils ont fêté le départ du stagiaire au bureau, avec des petits fours et des sodas. Tout ça pour rien. Le verdict de la balance est tombé, sans recours. J'étais si convaincue que j'allais passer une sale journée, à me sentir « boudinée » dans ma jupe, que j'ai remis en route les grandes résolutions. J'ai carrément sauté le petit déjeuner et j'ai pris seulement une salade à midi. J'étais vraiment mal dans l'après-midi. Quand j'ai appris l'échec d'un des projets de contrat que j'avais soumis la semaine précédente à un client, j'ai eu le sentiment de m'effondrer. La série de tuiles continuait. Je me suis sentie comme vidée et totalement déprimée. En sortant du bureau, je savais déjà que je ne pourrais pas résister bien longtemps, mais je ne voulais pas le reconnaître. Je suis rentrée chez moi et j'ai commencé à tourner en rond. Pas moyen de faire quelque chose de suivi ou de constructif.

J'ai fini par me mettre devant la télé, sans vraiment en avoir envie. J'étais de plus en plus mal... Je me suis dit qu'il fallait que ça cesse au plus vite. J'étais sûre de devenir folle, si je ne faisais rien. Je me suis précipitée à la cuisine, et j'ai avalé tout ce qui pouvait me tomber sous la main, sans rien pouvoir contrôler. Et maintenant je me retrouve dans cet état que je connais si bien pour l'avoir vécu souvent : je suis atterrée par ce qui vient de se passer, horrifiée par ce que je suis devenue. Je suis convaincue que je ne m'en sortirai jamais, que je ne serai jamais capable de tenir plus de quelques jours et que le temps passant je deviendrai énorme et repoussante. Ma vie est gâchée.

# Introduction

**E**n lisant ce témoignage, peut-être vous êtes-vous reconnu(e). Ou bien cette histoire ressemble à celle d'une personne proche. Elle résume assez bien les événements qui peuvent survenir lors d'une crise de boulimie. Elle décrit, avec les mots d'Audrey, la souffrance de toutes les personnes qui ont eu la malchance d'y être confrontées.

Cette maladie paraît si fréquente et invalidante que les soignants sont de plus en plus nombreux à suivre une formation pour aider ces personnes. Mais cela ne suffit pas. Le nombre de nouveaux cas chaque année est très supérieur à l'offre de soins disponible. Chacun sait, désormais, que la boulimie touche de plus en plus de jeunes femmes et qu'elle semble devoir accompagner encore quelque temps notre société occidentale et son développement. Voilà pourquoi il semble judicieux de proposer une aide à toutes celles qui pourraient s'en sortir par elles-mêmes dans la mesure où elles se sentent guidées dans leur démarche par une méthode éprouvée et accessible.

C'est toute l'ambition de cet ouvrage qui tente de présenter les principes de la thérapie cognitivo-comportementale de la boulimie et des accès hyperphagiques ainsi que les étapes de son application, afin de se soigner soi-même.

Pourquoi avoir choisi la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ?

La réponse tient essentiellement au fait que cette approche est actuellement celle qui a le mieux fait la preuve de son intérêt et de son efficacité dans ces troubles des conduites alimentaires<sup>1</sup>. Il y a, bien entendu, plusieurs autres théories et pratiques possibles mais il n'existe pas,

---

1. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE) Guidelines, 2017.

à ce jour, de travaux scientifiques permettant d'établir leur validité. En médecine et en psychothérapie, tout autant qu'ailleurs, il est nécessaire de faire la preuve de la pertinence d'un traitement avant d'y recourir. Aucun médecin ne songerait à faire appel à la chirurgie pour soigner une angine banale, c'est évident. Les choix de traitements lui sont inspirés par la recherche médicale, et il prescrira tel ou tel antibiotique en fonction du type de germe en cause. Il en va de même ici, et c'est la raison pour laquelle nous avons choisi cette méthode qui seule peut garantir une action thérapeutique et un effet durable sur les troubles. Les autres techniques disponibles sont peu ou mal évaluées, pour la plupart. Quant à celles qui ont pu être comparées à la TCC, elles se sont toutes avérées moins efficaces, voire inutiles<sup>2</sup>.

À cela s'ajoute une autre remarque et une recommandation au lecteur. Engager une psychothérapie, même sur le mode proposé ici, demande de s'adapter à un modèle théorique cohérent et à des techniques spécifiques. Il peut être, parfois, difficile de passer d'un mode de pensée à un autre et cette gymnastique intellectuelle peut compromettre les chances de succès. Il serait, par exemple, périlleux de suivre le protocole de ce guide, tout en continuant une psychothérapie d'orientation différente. Pour éviter de se retrouver dans une totale confusion, il est bien préférable de choisir un seul modèle et de s'y tenir. Je recommande donc très clairement aux personnes qui envisagent de s'engager dans la démarche de thérapie cognitivo-comportementale de la boulimie, de mettre entre parenthèses leur éventuelle psychothérapie en cours ou, au moins, d'attendre d'en avoir terminé avec cette étape de leurs soins. Elles veilleront à prévenir le plus tôt possible leur thérapeute de ce projet.

## La thérapie cognitivo-comportementale et ses principes

À la fin du siècle dernier sont nées les bases modernes de la psychothérapie. Sous l'impulsion d'auteurs aussi importants que Freud, Janet, Charcot et de nombreux autres, l'abord de la souffrance psychologique a radicalement changé. On s'est aperçu que le fonctionnement psychologique humain est complexe. Depuis lors, la recherche dans ce domaine n'a cessé de produire des résultats et d'entraîner des révolutions dans le traitement de ses troubles.

La thérapie comportementale est née de cette mouvance et en représente une des branches les plus productives. Depuis plusieurs décennies

---

2. La thérapie interpersonnelle est le seul contre-exemple, mais elle reste très peu pratiquée en France et son efficacité est moins claire et plus lente.

elle est associée à la thérapie cognitive, plus récente qu'elle, et parfaitement complémentaire. Voilà pourquoi ces deux théories sont désormais presque toujours alliées, dans la forme actuelle de cette psychothérapie.

Contrairement à d'autres courants de pensée, elle centre son action sur l'ici et maintenant (*hic et nunc*). Si la connaissance précise des événements passés est nécessaire pour bien comprendre la nature d'un problème psychologique, elle ne paraît pas suffisante pour le traiter. Partant de ce constat, la TCC propose de répondre à la question « Comment améliorer ou guérir cette maladie ? » et d'envisager tous les facteurs possibles. Elle s'appuie sur des changements de comportement ou de mode de pensée susceptibles de réduire une souffrance, et non sur une abréaction des traumatismes passés. Cette attitude se fonde sur l'idée générale que seul le présent peut être modifié, alors que les événements que nous avons vécus sont à jamais immuables. C'est, tout compte fait, une façon pragmatique et plutôt optimiste de faire face à la maladie.

Pour illustrer ces principes, on pourrait comparer la TCC au travail de réparation que fait un chirurgien traitant une fracture. Il ne lui viendrait pas à l'idée de perdre trop de temps à se faire relater les circonstances de l'accident et encore moins de s'en contenter. L'enjeu de cette situation, c'est la restitution du fonctionnement de ce membre lésé. Tout doit être mis en œuvre pour y parvenir le mieux et le plus vite possible.

Il se peut bien que pour obtenir une aide vous ayez suivi une psychothérapie « classique ». Ces conceptions pourraient vous paraître contraires à ce que vous avez appris jusqu'ici, et vous pourriez avoir du mal à en suivre d'emblée le modèle. Il vous faudra, en quelque sorte, « désapprendre » ce que vous avez appris avant de commencer. Vous pourriez, dans ce cas, tirer un réel profit de la lecture d'ouvrages bien faits sur ce sujet<sup>3</sup>.

Pour bien faire comprendre ces principes, voici l'histoire du traitement d'une phobie simple selon ce modèle.

Gérard a 42 ans lorsqu'il vient consulter pour la première fois un spécialiste, sur les conseils de son médecin, afin de se débarrasser d'un problème qui devient de plus en plus pénible. Il est incapable de se rendre chez un dentiste depuis des années, alors que des soins s'imposent désormais. Ses tentatives pour prendre rendez-vous

---

3. Fontaine O., *Introduction aux thérapies comportementales*, Bruxelles, Mardaga, 1978.  
Cottraux J., *Les Thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson, 1990.

# Évaluer son trouble

## Un questionnaire pour se situer



Vous trouverez en téléchargement sur le site des éditions Retz un programme complet (consultable avec Excel) vous permettant d'évaluer puis de suivre l'évolution de la boulimie et des accès hyperphagiques, ainsi qu'un mode d'emploi pour l'utiliser. Ce programme contient plusieurs questionnaires à compléter, dont celui fourni en annexe page 204 qui permet d'évaluer l'intensité et l'incidence de la boulimie. Dans ce dernier questionnaire sont regroupés tous les signes et la plupart des conséquences possibles de ce trouble. Il se divise en trois parties :

1. Une liste de critères de la maladie (fréquence et ancienneté des crises, comportements compensatoires, etc.) dont il est possible de graduer l'intensité. Ce sont les questions des chapitres 1 à 4. Dans cette catégorie, la note obtenue peut varier de 0 à 48 et mesure l'intensité du trouble.

2. Une liste de conséquences de la maladie sur votre qualité de vie et sur votre équilibre personnel (impact physique, psychologique et social). Ce sont les questions des chapitres 5 à 7. Dans cette catégorie, la note obtenue peut varier de 0 à 73 et permet d'apprécier la sévérité de l'incidence des troubles.

3. Une échelle mesurant la souffrance subjective provoquée par cet état : déterminer une note selon ce que vous ressentez. C'est la question unique du chapitre 8. La variation est de 0 à 10.

En la complétant avec soin, dès à présent, vous aurez une idée précise de votre situation actuelle. Vous pourrez parcourir l'ensemble des questions qu'il est utile de vous poser sans risquer d'en oublier. Vous pourrez coter l'intensité des manifestations actuelles du trouble et leur impact sur votre vie. Au maximum, une personne peut atteindre un score total de 130.

Ce cas est bien improbable et correspondrait à une cotation maximum partout. Ce chiffre donne seulement une idée de l'amplitude de variation possible et vous permet de vous situer.

Le plus utile, dans cette cotation, c'est la possibilité de mesurer vos progrès. En la renouvelant de temps en temps au cours de votre démarche, cette échelle vous permettra de mettre en évidence le chemin parcouru. Il sera suffisant de la remplir de temps en temps.

## L'auto-observation quotidienne

C'est une autre façon de bien connaître le problème. Il s'agit de tenir un journal précis de vos repas et des crises tout au long de la démarche afin d'évaluer les difficultés, de comprendre les mécanismes et de mesurer la progression. Aussitôt que vous aurez décidé de vous y engager, vous devrez vous donner les moyens de maintenir cette mesure avec discipline et détermination : elle est une des conditions majeures du succès. Cela s'explique par le fait que seule une observation objective et quantifiée permet de corriger une évaluation subjective qui variera toujours au gré de votre état psychologique et de votre humeur. Vous l'avez certainement déjà remarqué, il est très facile de s'accorder une indulgence apaisante quand la culpabilité devient trop insupportable. À l'inverse, dans les moments de déprime, il est tout aussi fréquent et dommageable de s'accabler douloureusement en se reprochant le moindre écart avec la plus grande sévérité.

On pourrait ainsi comparer cette démarche au travail de recherche que fait un scientifique avant toute conclusion et en dehors de toute hypothèse. C'est une étape essentielle pour bien connaître un problème et avoir les meilleures chances de le résoudre. Avant de choisir l'antibiotique susceptible de soigner une infection, le biologiste met en culture les germes prélevés et les observe sur la lame de son microscope. Vous aurez le même souci d'objectivité et de rationalité dans cet exercice.

Pour votre agenda alimentaire, inspirez-vous du modèle de la page suivante.

En voici les principes :

1. La première colonne permet de noter les heures des repas ou des prises alimentaires. Il est très utile de mentionner l'heure de début et l'heure de fin : vous pourrez en déduire la vitesse à laquelle vous avez mangé. Cette rapidité est, en effet, un facteur important d'entretien des troubles et il sera question, plus loin, de la corriger.

2. La nature et la quantité approximative des aliments occupent la deuxième colonne. Vous y noterez autant les repas normaux que les crises.

En omettant l'un ou l'autre, vous y perdriez de précieuses informations. Il est utile de savoir si votre alimentation est suffisamment variée et si vous ne faites pas systématiquement l'impasse sur certaines catégories. Il est tout aussi utile de savoir vers quels aliments vous êtes attiré(e) lors des crises. Il n'est toutefois pas intéressant de faire une quantification plus précise et encore moins de peser ou d'évaluer la valeur calorique de ce que vous ingérez. Une telle attitude renforce l'importance attachée aux repas et l'obsession qui en découle. Voyez les exemples fournis dans la suite.

**Date:**

Heure (début et fin)	Aliments et boissons (nature et quantités approximatives)	B	CC	Commentaires (lieux, circonstances, sentiments, pensées)

3. Les colonnes « B » et « CC » signifient respectivement « boulimie » et « comportements compensatoires ». Mettez une croix pour signaler ces événements chaque fois qu'ils se produisent. Cochez la case « CC » pour les comportements compensatoires tels que l'usage de laxatifs ou de diurétiques. Vous ferez aussi un effort de réalisme et d'objectivation de votre trouble. Il est souvent surprenant de constater l'écart entre ses impressions et la réalité dans ce domaine. De toute façon, il faut affronter la réalité du problème pour s'en rendre maître.

4. La dernière colonne porte sur les éléments du contexte et les événements psychologiques qui ont accompagné ces prises alimentaires, normales ou non. Il s'agit de noter le contexte d'une crise, par exemple : lieu, événements rattachés, état émotionnel préalable, etc. Il sera ensuite utile de savoir identifier les pensées et les émotions qui ont pu accompagner un repas et préparer une crise. La connaissance fine de ces mécanismes sera une arme puissante dans votre lutte contre les crises. La pratique de l'analyse fonctionnelle, que nous aborderons un peu plus loin, vous rendra ces notions familières.

Commencez dès à présent ce « journal ». Ne vous laissez pas dissuader par d'éventuels essais antérieurs, dans d'autres contextes, dont vous gardez un mauvais souvenir. À l'inverse, ne cherchez pas à modifier votre manière de manger. Pour l'instant, cette auto-observation sert à dresser le bilan de la situation : en faisant trop d'efforts pour contrôler les crises d'emblée, vous risqueriez de minorer artificiellement leur fréquence et de vivre une déprimante phase de « rebond » ensuite. Rien de tel pour désamorcer votre premier élan. Voir l'exemple de Séverine page suivante.

## Le bilan hebdomadaire

Il découlera de la collecte des informations de l'auto-observation quotidienne. Il résume sur un tableau les données pertinentes de votre évolution. Il représente le meilleur moyen de faire apparaître vos progrès et vos difficultés éventuelles : c'est l'équivalent de la feuille de température qu'on accroche au pied du lit d'un malade. Choisissez dès le début le jour de la semaine où vous remplirez cette feuille et tenez-vous y ensuite.



Sont disponibles en téléchargement sur le site des éditions Retz ([www.editions-retz.com](http://www.editions-retz.com)) :

- un programme d'évaluation et de suivi de la boulimie et des accès hyperphagiques, ainsi qu'un mode d'emploi pour l'utiliser ;
- une table des matières et une bibliographie de l'ouvrage.

**Direction éditoriale** : Céline Lorcher

**Édition** : Joëlle Gardette, Valentine Camus

**Maquette de couverture** : Alice Leroy

**Mise en page** : Kepler

**Correction** : Rosine Biguet

**Illustration de couverture** : Anna Wanda Gogusey

**Code projet** : 10295680

Achevé d'imprimer en février 2024 sur les presses de la Nouvelle Imprimerie Laballery

