

Dr Jean-Jacques Colin

# MAIGRIR SEREINEMENT

avec les thérapies cognitives  
et comportementales (TCC)

Fiches d'exercices vierges

THIERRY  
SOUCCAR



ÉDITIONS



# SEMAINE 1

Date .....

## Petit déjeuner

Heure .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....  
.....

Faim avant (1 à 10) .....

Faim après  oui /  non

Boissons / volumes

.....  
.....  
.....

## Déjeuner

Heure .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....  
.....

Faim avant (1 à 10) .....

Faim après  oui /  non

Boissons / volumes

.....  
.....  
.....

## Dîner

Heure .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....  
.....

Faim avant (1 à 10) .....

Faim après  oui /  non

Boissons / volumes

.....  
.....  
.....

## Collations et autres prises alimentaires

Heure

Faim avant  
(1 à 10)

Aliments / boissons / quantités

Faim après

.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non

Remarques .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# SEMAINE 2

Date .....

## Petit déjeuner

Heure .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....

Faim avant (1 à 10) .....

Lenteur (1 à 10) .....

Faim après  oui /  non

Boissons / volumes

.....  
.....

## Déjeuner

Heure .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....

Faim avant (1 à 10) .....

Lenteur (1 à 10) .....

Faim après  oui /  non

Boissons / volumes

.....  
.....

## Dîner

Heure .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....

Faim avant (1 à 10) .....

Lenteur (1 à 10) .....

Faim après  oui /  non

Boissons / volumes

.....  
.....

## Collations et autres prises alimentaires

Heure	Faim avant (1 à 10)	Aliments / boissons / quantités	Lenteur (1 à 10)	Faim après
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non

Remarques .....

.....

.....

.....

.....

.....

# SEMAINE 3

Date .....

## Petit déjeuner

Heure .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....  
.....

Faim avant (1 à 10) .....

Lenteur (1 à 10) .....

Pourquoi je m'arrête ?

.....  
Boissons .....  
.....

## Déjeuner

Heure .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....  
.....

Faim avant (1 à 10) .....

Lenteur (1 à 10) .....

Pourquoi je m'arrête ?

.....  
Boissons .....  
.....

## Dîner

Heure .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....  
.....

Faim avant (1 à 10) .....

Lenteur (1 à 10) .....

Pourquoi je m'arrête ?

.....  
Boissons .....  
.....

## Collations et autres prises alimentaires

Heure	Faim avant (1 à 10)	Aliments / boissons / quantités	Lenteur (1 à 10)	Pourquoi je m'arrête ?
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Remarques .....

.....

.....

.....

.....

.....

# SEMAINE 4

Date .....

## Petit déjeuner

Heure .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....  
.....

Faim avant (1 à 10) .....

Lenteur (1 à 10) .....

Satiété estomac  oui /  non

Je m'arrête  oui /  non

Boissons .....

.....

## Déjeuner

Heure .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....  
.....

Faim avant (1 à 10) .....

Lenteur (1 à 10) .....

Satiété estomac  oui /  non

Je m'arrête  oui /  non

Boissons .....

.....

## Dîner

Heure .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....  
.....

Faim avant (1 à 10) .....

Lenteur (1 à 10) .....

Satiété estomac  oui /  non

Je m'arrête  oui /  non

Boissons .....

.....

## Collations et autres prises alimentaires

Heure	Faim avant (1 à 10)	Aliments / boissons / quantités	Lenteur (1 à 10)	Satiété estomac	Je m'arrête
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n

Remarques .....

.....

.....

.....

.....

.....

# SEMAINE 5

Date .....

## Petit déjeuner

Heure .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....  
.....

Faim avant (1 à 10) .....

Lenteur (1 à 10) .....

Satiété bouche  oui /  non

Je m'arrête  oui /  non

Boissons .....

.....

## Déjeuner

Heure .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....  
.....

Faim avant (1 à 10) .....

Lenteur (1 à 10) .....

Satiété bouche  oui /  non

Je m'arrête  oui /  non

Boissons .....

.....

## Dîner

Heure .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....  
.....

Faim avant (1 à 10) .....

Lenteur (1 à 10) .....

Satiété bouche  oui /  non

Je m'arrête  oui /  non

Boissons .....

.....

## Collations et autres prises alimentaires

Heure	Faim avant (1 à 10)	Aliments / boissons / quantités	Lenteur (1 à 10)	Satiété bouche	Je m'arrête
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n	<input type="checkbox"/> o / <input type="checkbox"/> n

Remarques .....

.....

.....

.....

.....

.....

Date..... Heure.....

Niveau de faim avant (1 à 10) .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....

Ce qui m'a fait manger

.....  
.....  
.....

Date..... Heure.....

Niveau de faim avant (1 à 10) .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....

Ce qui m'a fait manger

.....  
.....  
.....

Date..... Heure.....

Niveau de faim avant (1 à 10) .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....

Ce qui m'a fait manger

.....  
.....  
.....

Date..... Heure.....

Niveau de faim avant (1 à 10) .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....

Ce qui m'a fait manger

.....  
.....  
.....

Date..... Heure.....

Niveau de faim avant (1 à 10) .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....

Ce qui m'a fait manger

.....  
.....  
.....

Date..... Heure.....

Niveau de faim avant (1 à 10) .....

Aliments / quantités

.....  
.....  
.....

Ce qui m'a fait manger

.....  
.....  
.....

# EXERCICES DE LA PARTIE 2



Date..... Heure.....

L'événement

La pensée

L'émotion

Le comportement

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

Date..... Heure.....

L'événement

La pensée

L'émotion

Le comportement

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

Date..... Heure.....

L'événement

La pensée

L'émotion

Le comportement

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

Date..... Heure.....

L'événement

La pensée

L'émotion

Le comportement

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

Date..... Heure.....

L'événement

La pensée

L'émotion

Le comportement

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

Date..... Heure.....

L'événement

La pensée

L'émotion

Le comportement

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....



# MA CULPABILITÉ

Date ..... Heure .....

Quand je me sens coupable de

.....  
.....

je me sens partagé entre un sentiment de

.....  
.....

car j'ai besoin de

.....  
.....

et un sentiment de

.....  
.....

car j'ai besoin de

.....  
.....

et je choisis par priorité et pour le moment de

.....  
.....

et j'accepte que ma priorité ou ma responsabilité soit de

.....  
.....

et non de (pensée irréaliste)

.....  
.....

même si (accueil des conséquences de ce choix)

.....  
.....

# MA COLÈRE

Date ..... Heure .....

Ce qui m'a mis en colère, c'est

.....  
.....

Je me tais pour bien discerner ce qui se passe en moi, aussi bien dans mon esprit que dans mon corps.

J'accueille ma colère avec toutes les images intérieures violentes qui me viennent à l'esprit et que je me passe comme une vidéo.

.....  
.....

J'identifie mes besoins :

.....  
.....

ce qui me permet de préciser s'il y a d'autres sentiments sous-jacents

.....  
.....

Alors seulement, j'ouvre ma bouche pour exprimer une demande

.....  
.....

Et/ou je mets en place une stratégie  
de changer quelque chose

.....  
.....

ou de lâcher quelque chose

.....  
.....

# EXERCICES DE LA PARTIE 3





# MES BÉNÉFICES À MINCIR

Notez tous les bénéfices, comme ils vous viennent à l'esprit.

.....	<input type="text"/>

Après avoir écrit la liste des bénéfices, notez leur classement, dans l'espace prévu, en fonction de l'importance qu'ils ont pour vous.

# MES BÉNÉFICES À MINCIR

Et maintenant, recopiez votre liste dans l'ordre et conservez-là.

1	.....
2	.....
3	.....
4	.....
5	.....
6	.....
7	.....
8	.....
9	.....
10	.....
11	.....
12	.....
13	.....
14	.....
15	.....
16	.....
17	.....

Consultez cette liste souvent, elle vous aidera à garder la motivation.