

Activation comportementale : principes et efficacité

SYLVIE BLAIRY (PROFESSEURE EN PSYCHOLOGIE) & AURÉLIE WAGENER
(DOCTORANTE EN PSYCHOLOGIE), UNITÉ DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE
COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE, DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE :
COGNITION ET COMPORTEMENT, UNIVERSITÉ DE LIÈGE, BELGIQUE

Introduction

143

L'activation comportementale (AC) est une psychothérapie ayant reçu une attention croissante dans le domaine de la psychologie clinique depuis la publication des travaux de Jacobson et de ses collaborateurs en 1996 et celle de l'étude *follow-up* de Gortner et collaborateurs parue en 1998. Dans l'étude de Jacobson *et al.* (1996), les auteurs ont cherché à identifier l'ingrédient actif des psychothérapies comportementale et cognitive de la dépression. Pour cela, ils ont comparé l'efficacité de trois prises en charge thérapeutique. Un groupe a suivi un programme thérapeutique proposant uniquement de la planification d'activités (activation comportementale), un deuxième groupe a suivi un programme constitué de planification d'activités et de restructuration cognitive (travail sur les pensées automatiques) et enfin un troisième groupe a suivi un programme constitué de planification d'activités et de psychothérapie cognitive alliant la restructuration cognitive et la modification des croyances. Les résultats ont montré que le groupe ayant suivi uniquement le programme « planification d'activités » obtient d'aussi bons résultats thérapeutiques (niveau de dépression et présence de pensées négatives et attributions dysfonctionnelles) que les deux autres groupes. Jacobson *et al.* (1996) ont conclu que le travail sur les cognitions est inutile puisqu'il ne permet pas d'obtenir de meilleurs résultats. Les résultats de l'étude *follow-up* de Gortner, Gollan, Dobson et Jacobson (1998) ont

soutenu cette proposition puisque deux ans après avoir suivi le traitement, les participants n'ayant fait que de la planification d'activités ont obtenu des scores de dépression équivalents à ceux qui ont suivi la thérapie alliant le travail sur les cognitions et la planification d'activité.

La philosophie scientifique de l'activation comportementale

La philosophie scientifique sur laquelle reposent les outils de l'AC a son origine dans les écrits de B.F. Skinner (1953, 1974) sur le behaviorisme radical et a évolué avec le développement du contextualisme fonctionnel de Steve Hayes (Gifford & Hayes, 1999; Hayes, 1993; Hayes, Hayes, Reese & Sarbin, 1988). Le contextualisme fonctionnel analyse les comportements ouverts (les plaintes, l'agressivité) et couverts (les pensées, les sentiments, les souvenirs) comme une interaction entre la personne et le contexte; contexte défini par les antécédents historiques et actuels ainsi que les conséquences du comportement. Le contextualisme fonctionnel voit le comportement humain comme « un acte dans un contexte » (Hayes & Brownstein, 1986) et se focalise sur le contexte environnemental du comportement et sur la fonction de ce comportement. Le développement du contextualisme fonctionnel provient d'une réflexion de Steve Hayes et de ses collaborateurs. Ils ont constaté que les recherches de Skinner sur le comportement animal ont été un vrai succès, permettant le développement d'interventions comportementales efficaces, mais dans des contextes bien contrôlés, par exemple des institutions, et avec des populations cliniques présentant un répertoire comportemental limité comme les handicapés mentaux ou les patients psychotiques chroniques. Selon Hayes, le behaviorisme radical a rencontré moins de succès dans le développement d'interventions pour les adultes, dans un contexte ambulatoire. Hayes a donc relu les textes importants de Skinner en extrayant de ses travaux les éléments qui semblent cruciaux pour le développement d'une thérapie de l'adulte et d'une prise en charge ambulatoire. L'activation comportementale peut donc être vue comme basée sur cette approche originale qu'est le contextualisme fonctionnel, même si des comportementalistes considèrent que le contextualisme fonctionnel n'est qu'une réactualisation du behaviorisme de Skinner (Fontaine, Ylieff & Fontaine, 2009).

L'analyse comportementale

Le modèle comportemental ABC

L'objectif thérapeutique de l'activation comportementale est d'activer les comportements opérants du patient. Le comportement opérant est une action produite par le sujet dans un contexte donné. Il s'agit d'un comportement dont l'apparition est contrôlée par le contexte actuel et historique. C'est un comportement volontaire ayant une incidence sur l'environnement du sujet. Le comportement est orienté vers un but même si certaines conséquences de ce comportement ne sont pas intentionnelles. Ce comportement peut-être observable ou non-observable, comme dans le cas d'un évitement. Pour analyser un comportement opérant, il faut bien comprendre sa fonction. Pour cela, le clinicien doit spécifier aussi précisément que possible le contexte d'apparition du comportement, la forme du comportement et aussi l'histoire des renforcements de ce comportement. En d'autres termes, il s'agit de faire l'analyse fonctionnelle du comportement. Pour faire cette analyse fonctionnelle, les cliniciens comportementalistes qui emploient l'activation comportementale utilisent le modèle ABC (Ramnerö & Törneke, 2008). Dans ce modèle, « A » (*Antecedents*, en anglais) représente les antécédents du comportement (aussi appelés situation discriminante), « B » (*Behavior*) représente le comportement, et « C » (*Consequences*) représente les conséquences (renforcement ou punition qui ont suivi le comportement dans le passé). Le tableau 1 présente les trois composantes du modèle ABC ainsi que les questions qui peuvent être posées par le clinicien afin d'obtenir les informations pertinentes qui lui permettront de faire l'analyse fonctionnelle du comportement.

145

Tableau 1. Le modèle comportemental « ABC ».

A	B	C
Quand le comportement a-t-il eu lieu ? En présence de quoi ou de qui ? Quelles sont les émotions, pensées, images, souvenirs au moment de la mise en place du comportement ?	Qu'est-ce que la personne fait <u>précisément</u> ?	Qu'est ce qui se passe <u>immédiatement</u> après le comportement ? Quelles sont les conséquences qui maintiennent le comportement ?

Les conséquences qui maintiennent l'apparition d'un comportement sont celles qui entretiennent avec le comportement une relation de contingence. Il s'agit d'une relation de nécessité entre le comportement cible et l'apparition ou disparition de la conséquence : la conséquence n'est présente ou absente que si le comportement a été accompli.

Quelle est la place attribuée aux événements cognitifs dans l'analyse comportementale ?

Comme le montre le tableau 1, il existe une différence fondamentale entre l'analyse comportementale et l'analyse cognitive traditionnelle¹ quant au rôle attribué aux comportements privés encore appelés comportements couverts (les pensées, les émotions, les images mentales, les souvenirs, etc.). Dans l'analyse cognitive du comportement, les comportements couverts sont souvent perçus comme jouant un rôle central dans la production d'un comportement problème et donc dans sa prédiction et son maintien. Imaginons la situation où un individu reçoit un appel d'un ami l'invitant à participer à une soirée où il rencontrera d'autres personnes. Il pense « je ne suis pas intéressant ». Il se sent anxieux et décline l'invitation. Dans l'analyse cognitive du comportement, le thérapeute va pointer la pensée ou croyance « je ne suis pas intéressant » comme étant à l'origine des problèmes psychologiques de l'individu et donc comme étant la cible thérapeutique. Ainsi, en thérapie cognitive, le patient apprendra à reconnaître ses pensées automatiques. Il s'agit d'une étape cruciale du traitement. Dans l'analyse comportementale, le thérapeute va rechercher le comportement opérant à l'origine des problèmes psychologiques de l'individu. Dans notre exemple, le comportement opérant « B » est « décliner l'invitation » dont la fonction principale « C » est de réduire l'anxiété. Le contexte « A » est recevoir une proposition de sortie par téléphone, être anxieux et penser « je ne suis pas intéressant ». Les causes du comportement problème sont découvertes en identifiant les événements qui précèdent le comportement (les antécédents) et les événements qui suivent le comportement (les conséquences ou fonctions). Le thérapeute qui pratique l'activation comportementale va apprendre au patient à accomplir des comportements orientés vers des objectifs, quelle que soit la présence de certaines pensées aversives ou l'un état d'humeur négatif dont il peut faire l'expérience au moment de la réalisation du comportement. En entretien, le thérapeute accepte les pensées du patient mais l'encourage à

1. Les modèles cognitifs récents s'intéressent davantage aux processus cognitifs qu'au contenu des pensées (Baeyens *et al.*, 2012 ; Nef, Philippot, Verhofstadt, 2012).

observer le contexte d'apparition de ses pensées. Ainsi, quand un patient se plaint de ruminations ou d'états émotionnels négatifs, le thérapeute aide le patient à observer les antécédents et les conséquences de ce type de pensées ou d'état émotionnel.

Le comportement opérant et la dépression

Le behaviorisme radical de Skinner a conduit les scientifiques et les cliniciens à s'intéresser aux facteurs environnementaux de la dépression et à la manière dont les individus deviennent sensibles et répondent à leur environnement. Au début des années 1970, en s'appuyant sur les découvertes et les écrits de Skinner, Ferster et Lewinsohn ont élaboré un modèle comportemental de la dépression. Leur théorie met évidemment l'accent sur le comportement opérant. Selon eux, lorsque les sources stables de renforcements positifs sont perdues (la personne n'est plus engagée dans des activités agréables, qui lui procurent du plaisir, de la satisfaction), la dépression émerge. Selon Lewinsohn, si l'individu perd ses sources majeures de renforcements positifs, le traitement doit se focaliser sur le rétablissement des contacts avec les renforcements positifs (planification des activités), et l'enseignement des compétences nécessaires pour obtenir et maintenir un contact avec les sources de renforcements positifs (entraînement aux compétences sociales). Ferster (1973) attribue un rôle particulier aux évitements dans la dépression. Selon cet auteur, les individus dépressifs n'ont pas seulement perdu leurs sources majeures de renforcements positifs, ils peuvent aussi faire preuve d'inactivité. Cette inactivité serait un évitement passif des situations perçues comme aversives. Cet évitement des situations aversives aurait pour conséquence de limiter l'accès aux renforcements positifs. Cette idée de Ferster sur le rôle de l'inactivité dans la dépression n'a pas été à l'origine du développement d'outils thérapeutiques dans le programme psychothérapeutique de la dépression élaboré par Lewinsohn (1976). Son programme s'est focalisé sur la planification d'activités agréables. Par contre, le rôle de l'inactivité dans la dépression a été largement repris dans l'approche moderne de l'activation comportementale.

147

L'approche moderne de l'activation comportementale

Suite à la publication des travaux de Jacobson *et al.* (1996) et au développement du contextualisme fonctionnel, un regain d'intérêt pour la thérapie comportementale de la dépression a eu lieu. Dès lors, dans la littérature

scientifique, sont apparus deux programmes d'activation comportementale développés par deux laboratoires américains. Le premier programme intitulé BA (*Behavioral Activation*) a été développé par l'équipe de Martell (2001). Les interventions sont essentiellement basées sur la fonction de l'inactivité dans la dépression (Ferster, 1973). Dans ce programme non-structuré, le clinicien apprend au patient à repérer ses évitements expérientiels, à identifier leurs fonctions et à mettre en place d'autres comportements. Le deuxième programme intitulé BATD-R (*Behavioral Activation Treatment for Depression-Révisé*) a été élaboré par l'équipe de Lejuez, Hopko et Hopko, (2002). Le contenu de ce programme repose sur deux constats. Le premier est que le comportement du patient dépressif est souvent renforcé par des conséquences à court terme plutôt que par des conséquences à long terme désirées, et le deuxième, qu'il est difficile pour le patient d'apprendre à faire l'analyse des fonctions de son comportement. Dans un programme structuré, les auteurs proposent d'amener le patient à réfléchir sur les domaines de vie importants pour lui et à planifier des activités en fonction de l'atteinte d'objectifs à long terme et non plus d'objectifs à court terme. Le comportement du patient sera alors contrôlé par des conséquences désirables identifiées comme des valeurs et objectifs de vie.

Les outils thérapeutiques

Dans les outils thérapeutiques, nous distinguons d'une part les caractéristiques principales du traitement (le monitoring des activités et la psychoéducation) et d'autre part les stratégies d'activation (la planification d'activités agréables et un travail de réflexion sur les domaines de vie et l'atteinte d'objectifs).

Les caractéristiques principales du traitement

Le monitoring des activités

Le monitoring des activités est une des composantes des traitements BA et BATD. Le thérapeute demande au patient de noter toutes les activités réalisées sur une journée du lever au coucher. En général, le thérapeute demande au client de faire ce monitoring des activités jusqu'au prochain rendez-vous. Il est conseillé de commencer le monitoring des activités dès le premier rendez-vous et de prescrire ce relevé durant les trois premières semaines de traitement (Lejuez *et al.*, 2011). Le thérapeute et le patient collaborent pour déterminer le format spécifique qui conviendra le mieux au patient. Le monitoring des activités peut-être réalisé sur la base d'un document préparé par le thérapeute, d'un journal tenu par le patient,

de son agenda, d'un calendrier etc. L'essentiel est que le format choisi puisse permettre le relevé de toutes les informations dont le thérapeute aura besoin pour 1) avoir une ligne de base du niveau d'activité du patient 2) comprendre le contexte dans lequel les activités du patient se réalisent. Pour cela, il est conseillé d'avoir un relevé des activités heure par heure. D'autres évaluations, sur une échelle de 0 à 10 par exemple, peuvent être ajoutées comme le niveau de plaisir ou celui de maîtrise de l'activité. Un exemple de support est proposé dans le tableau 2. En fonction des problèmes et plaintes rapportés par le patient, le monitoring des activités peut cibler certains comportements spécifiques comme la consommation d'alcool, le temps passé à regarder la télévision, le temps passé à dormir, le temps passé seul à ne rien faire, certains états émotionnels spécifiques (par exemple de la colère) qui accompagnent les activités, etc. De manière à ce que le patient comprenne bien ce qui lui est demandé et le niveau de précision des informations, la tâche peut-être réalisée au cours d'une séance avec le thérapeute pour noter les activités réalisées la veille.

Les réactions à la prescription et à la réalisation de cette tâche sont très variables d'un patient à l'autre. Certains peuvent la trouver trop astreignante, enfantine, inutile, d'autres peuvent être confrontés à leur inactivité ou ne pas souhaiter rapporter certaines de leurs activités (par exemple : regarder de la pornographie sur Internet) et se sentir embarrassés et/ou honteux. Dans ces cas, les patients ne complètent pas la tâche ou très mal. Lorsque le patient réagit négativement à la prescription de cette tâche, il est conseillé de la prescrire pour une ou deux journées de la semaine à choisir en fonction des problèmes rapportés par le patient. Des changements de comportement peuvent apparaître suite à l'implémentation du self-monitoring. Par exemple, des étudiants sont parvenus à augmenter sensiblement leur temps d'étude en notant méthodiquement les heures passées à étudier (Perri & Richards, 1977). On appelle ce phénomène la « réactivité au self-monitoring ». Ce changement de comportement s'explique par une dés-automatisation d'habitudes et une meilleure prise de conscience des déterminants des comportements. Évidemment, le self-monitoring n'est pas toujours suffisant pour susciter un changement de comportement (Abramowitz, Franklin, Zoellner & Dibernado, 2002 ; Frederickson, 1975 ; Twohig, Shoenberger & Hayes, 2007).

Tableau 2. Exemple d'un support pour le monitoring des activités.

Heure	Activité	Plaisir	Maîtrise
6h			
7h			
8h			
9h			
...			
...			
21h			
22h			
23h			

La psychoéducation

La psychoéducation consiste à expliquer au patient les principes du traitement (par exemple tel que présenté ci-dessus) et surtout à lui apprendre à faire l'analyse fonctionnelle de ses comportements (modèle «ABC»). L'explication de l'analyse fonctionnelle des comportements est particulièrement importante dans le programme BA dont les cibles thérapeutiques sont les évitements et l'inactivité. Lors de la psychoéducation, il est important de préciser au patient que la recherche a montré que ce traitement est efficace.

150

Les stratégies d'activation

La planification d'activités

Une étape importante du traitement consiste à déterminer les activités que le patient aimerait ajouter dans sa vie. Les activités sélectionnées devront être agréables et/ou importantes pour lui. Ainsi, sur la base d'informations recueillies à l'aide du monitoring des activités, et de l'analyse des comportements, le thérapeute et le patient vont discuter des activités/actions qui pourraient être mises en place par le patient. Dans le cadre du programme BATD-R, ces actions doivent rencontrer des objectifs à long terme que le patient se fixe. Dans le cadre du programme BA, la planification cible des comportements précis liés à des évitements. Le patient et thérapeute envisagent ensemble les difficultés qui pourraient être rencontrées ainsi que les solutions. Il est important que ce travail de planification d'activités soit réalisé avec beaucoup de détails. Le patient doit savoir avec précision ce qu'il va faire (on peut faire des exercices d'imagerie mentale pour aider le patient à visualiser les actions qu'il va mener) et à quel moment (jour et heure) il va faire cette action/activité. La planification d'activités agréables

ou renforçantes doit rapidement être mise en place dans le traitement mais le patient et le thérapeute doivent tenir compte du niveau initial d'activités du patient (indiqué par le monitoring des activités), envisager une augmentation progressive de ce niveau d'activité et planifier des activités pour lesquelles, à la fin de l'entretien, le patient pourra dire qu'il est quasi certain de pouvoir les entreprendre.

Réflexion sur les domaines de vie importants et l'atteinte d'objectifs

Une manière d'aider le patient à identifier les activités qu'il aimerait instaurer dans sa vie est de lui proposer de réfléchir aux domaines de vie importants pour lui, à ce que sont ses valeurs dans chacun de ces domaines de vie et à les traduire en activités. Les domaines de vie sont les parties importantes de la vie d'une personne, les valeurs sont comment la personne aimerait vivre sa vie dans chacun de ces domaines et les activités sont la manière dont elle va vivre ces valeurs. Il est important que le patient dépressif prenne conscience de ce que sont ses valeurs et qu'il apprenne à les utiliser comme des guides. Toutefois, sans activités qui aident à vivre selon les valeurs, les valeurs ne sont juste que des mots, des idées et pas la réalité. Les activités dans lesquelles le patient va décider de s'engager suite à cette réflexion doivent être observables par les autres et mesurables. Le tableau 3 peut être proposé au patient comme outil de réflexion sur ses domaines de vie et les objectifs qu'il aimerait atteindre.

151

Tableau 3. Identification des domaines de vie et des valeurs.

- 1. Les relations familiales.** Quel type de frère/sœur, fils/fille, père/mère voudriez-vous être ? Quelles sont les qualités importantes qui devraient faire partie de vos relations avec les membres de votre famille ? Qu'est ce qui est important pour vous dans la famille ?
- 2. Les relations sociales.** À quoi devrait ressembler une relation amicale idéale pour vous ? Comment pourriez-vous améliorer vos relations avec vos amis ? Qu'est-ce que vous aimez et chérissez chez vos amis ? Comment de nouvelles relations pourraient améliorer votre vie ?
- 3. Les relations amoureuses.** Qu'est ce qui est important pour vous dans votre relation/mariage ? Qu'aimeriez-vous faire avec votre partenaire ? À quoi devrait ressembler le temps passé avec lui/elle ? Si vous n'avez pas de partenaire, quel type de partenaire aimeriez-vous avoir ?
- 4. Éducation / formation.** Aimeriez-vous poursuivre vos études ou suivre une formation particulière ? Aimeriez-vous apprendre davantage et dans quels domaines ? Qu'est-ce qui est important pour vous à propos de votre formation, de votre éducation ?
- 5. Emploi / carrière.** Quel type de travail aimeriez-vous faire ? Quel type d'employé/patron/collègue aimeriez-vous être ? Qu'est ce qui est important pour vous dans votre travail ?

- 6. Hobbies / activités récréatives.** Y a-t-il des intérêts particuliers que vous aimeriez poursuivre ? ou de nouvelles activités que vous aimeriez faire ? Qu'est ce qui est important pour vous dans vos temps libres ?
- 7. Travail bénévole, charité, activités politiques.** Quelle(s) contribution(s) aimeriez-vous apporter à la communauté ?
- 8. Activités physiques et bien-être psychologique.** Qu'est ce qui est important pour vous à propos de votre santé en général, de votre alimentation, de votre sommeil, de votre activité sportive, etc. Quels sont vos objectifs pour ce traitement concernant votre santé mentale ? Y a-t-il d'autres aspects que ceux liés à la dépression que vous aimeriez aborder ?
- 9. Spiritualité.** Êtes-vous une personne spirituelle ? Si tel est le cas, qu'est-ce qu'être spirituel signifie pour vous ? Qu'est-ce qu'avoir une vie spirituelle signifie pour vous ?
- 10. Responsabilités.** Quelles nouvelles responsabilités quotidiennes aimeriez-vous endosser et qui vous permettraient de vous accomplir ?

Efficacité de l'intervention par l'activation comportementale

L'AC est une psychothérapie ayant démontré à de multiples reprises son efficacité dans le traitement de la dépression (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007 ; Dimidjian *et al.*, 2006). Elle est d'ailleurs principalement utilisée dans ce cadre. Ainsi, Dimidjian *et al.* (2006) ont comparé l'AC à d'autres types de traitement de la dépression à savoir la psychothérapie cognitive, un traitement médicamenteux (paroxétine) et un traitement médicamenteux placebo afin d'évaluer et de comparer l'efficacité respective de chacune de ces techniques. Cette étude a été menée auprès d'une population de patients adultes en phase aiguë de leur épisode dépressif. Ces auteurs concluent que l'AC s'avère être aussi efficace que le traitement médicamenteux et plus efficace que la psychothérapie cognitive alors que cette dernière est une des thérapies les plus empiriquement supportées dans le cadre du traitement de la dépression. Ils ajoutent que, comparativement au traitement médicamenteux, l'AC amène davantage de patients en rémission et les maintient engagés dans le traitement plus longtemps. Ces dernières observations sont particulièrement intéressantes pour les patients dépressifs qui ne souhaitent pas prendre de médicaments : l'AC semble être une alternative tout à fait intéressante et pertinente à ces traitements pharmacologiques. Dans leur méta-analyse, Ekers, Richards et Gilbody, (2007) comparent l'AC à un traitement habituel (psychiatre traitant), une thérapie cognitive et une thérapie brève. L'AC s'avère plus efficace que le traitement habituel et que la psychothérapie brève et ce, à la fois pour le score de dépression et pour le score de récupération. Toutefois, ces auteurs n'observent aucune différence significative lorsque l'AC est comparé une thérapie cognitive.

L'AC étant un traitement relativement simple à utiliser et à mettre en place, certains chercheurs s'y sont intéressés et ont appliqué les différents outils qui le composent à d'autres psychopathologies. Mairs, Lovell, Campbell et Keely, (2011) ont proposé ce traitement à des patients schizophrènes. L'idée de la recherche menée par cette équipe est que les symptômes négatifs rencontrés dans les psychoses et la dépression présentent des symptômes semblables, en particulier l'inactivité. Ainsi, ils ont appliqué une version simplifiée de l'AC (intitulée « *Behavioral Activation for Negative Symptoms – BANS* ») auprès de patients schizophrènes présentant des symptômes négatifs. Cette version présente l'avantage de s'adapter à chaque patient et ce, à différents niveaux, comme la durée de la séance. Toutefois, la durée totale de traitement s'élève à six mois. Le but de ce traitement a été d'établir une routine facilitant à la fois la mise en place d'activités appréciées et d'activités nécessaires (e. g. faire ses courses). Les résultats sont plutôt positifs. La compliance moyenne des participants est de 44 %, et chaque participant a progressé au cours du traitement. En effet, les auteurs ont constaté une diminution significative des scores de symptômes négatifs et de dépression. Cependant, aucune amélioration n'est visible au niveau des symptômes positifs.

D'autres chercheurs ont testé l'efficacité de l'AC dans le cadre du traitement de comorbidités entre la dépression et d'autres troubles. Pagoto *et al.* (2008) ont ainsi cherché à évaluer l'efficacité d'un traitement combinant AC et conseils diététiques auprès de patients obèses. Selon les auteurs, l'AC pourrait faciliter la perte de poids, leur volonté étant de mettre l'accent sur des comportements enclins à une humeur saine qui mettent en péril la dépendance que les patients obèses présentent face à la nourriture lorsqu'ils sont sujets à des affects négatifs. Augmenter la fréquence et le nombre de comportements physiquement actifs et incompatibles avec une prise alimentaire pourrait, en plus de favoriser une perte de poids, aider à réduire les comportements dépressifs. Après douze semaines d'intervention, les résultats montrent une diminution du poids, de la prise de calories et une augmentation des activités physiques. De plus, les scores obtenus sur les échelles de dépression sont inférieurs à ceux obtenus lors du pré-traitement.

Nixon et Nearmy (2011) ont, quant à eux, évalué l'efficacité de l'AC dans le cadre d'une comorbidité entre un trouble de stress post-traumatique et un trouble dépressif (PTSD). Le design expérimental de cette étude se divisait en deux phases : dans un premier temps, les participants recevaient un traitement d'activation comportementale ; dans un deuxième temps, la thérapie se focalisait sur les expositions et la restructuration cognitive. Après la première phase de traitement, les scores de dépression et de PTSD étaient

significativement plus bas que ceux obtenus au pré-test. Après la seconde phase, seuls les scores concernant le PTSD avaient encore diminué. Dans le cadre du traitement d'un PTSD, l'évitement est une problématique qu'il faut absolument considérer puisqu'elle concerne à la fois les pensées, les souvenirs de l'événement traumatisant mais aussi les stimuli significatifs rappelant cet événement. Ces comportements d'évitement maintiennent les réactions dépressives en réduisant l'engagement du patient dans des activités plaisantes. C'est ici tout l'intérêt de l'activation comportementale. La combinaison proposée dans le cadre de cette comorbidité semble donc tout à fait pertinente et bénéfique pour les patients. Enfin, l'AC est un traitement étant également efficace auprès de populations âgées et ce, même avec des patients atteints de démence légère à modérée (Snarski *et al.*, 2011). Selon Snarski *et al.*, (2011), 20 % des personnes atteintes de démence seraient également dépressives. La comorbidité entre ces deux troubles est donc importante et nécessite que l'on s'y attarde. L'AC étant simple à comprendre et à mettre en place, elle semble tout à fait applicable à des personnes ayant des troubles cognitifs. Ils ont donc proposé à ces patients de participer à huit séances d'activation comportementale sur un délai de quatre semaines. Les résultats montrent une réduction significative des scores de dépression mais sans observer une amélioration de la qualité de vie. Il semble donc que les désordres cognitifs n'aient pas eu d'impact négatif sur la mise en place et l'efficacité du traitement. Par ailleurs, les participants étaient en général satisfaits et très compliants.

Conclusion

L'AC est processus psychothérapeutique qui repose sur le rôle du comportement opérant dans la dépression et dont l'efficacité a été largement montrée. Il permet aux patients dépressifs de se libérer rapidement des affects négatifs en passant à l'action. L'engagement dans l'action et le travail sur les valeurs et les domaines de vie importants deviennent une nouvelle façon de vivre au quotidien. Toutefois, bien que son efficacité soit bien établie, on peut regretter un manque de connaissances sur le rôle spécifique de chacun des ingrédients du traitement dans la réduction des affects négatifs ainsi que leurs effets sur les processus psychologiques altérés dans la dépression.

Bibliographie

- ABRAMOWITZ, J.-S., FRANKLIN, M.E., ZOELINER, L.A., & DIBERNARDO, C.L. (2002). Treatment compliance in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 26, 447-463.
- BAEYENS, C., KORNACKA, M., & DOUILLIEZ, C. (2012). De la dépression à une perspective transdiagnostique: conceptualisation et interventions sur les ruminations mentales. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, Liège, 17 (3), 66-85.
- CUIJPERS, P., VAN STRATEN, A., & WARMERDAM, L., (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318-326.
- DIMIDJIAN, S., HOLLON, S.D., DOBSON, K.S., SCHMALING, K.B., KOHLENBERG, R.J., ADDIS, M.E., GALLOP, R., MCGLINCHAY, J.B., MARKLEY, D.K., GOLLAN, J.K., ATKINS, D.C., DUNNER, D.L., & JACOBSON, N.S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670.
- EKERS, D., RICHARDS, D., & GILBODY, S. (2007). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine*, Cambridge, 38(5), p. 611-623.
- FERSTER, C. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- FONTAINE, O., YLIEFF, M., & FONTAINE, P. (2009). 3^e vague des TCC ou 1^{re} vague revisitée; Partim I: commentaires théoriques. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, Liège, 14 (2), 3-12.
- FREDERICKSON, L.W. (1975). Treatment of ruminative thinking by self-monitoring. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 258-259.
- GIFFORD, E. & HAYES, S. (1999). *Functional contextualisme: A pragmatic philosophy for behavioral science*. In W. O'Donohue & R. Kitchiner (Eds.), *Handbook of behaviorism*. San Diego, CA: Academic Press.
- GORTNER, E.T., GOLLAN, J. K., DOBSON, K. S., & JACOBSON, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 66, 377-384.
- HAYES, S.C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In Hayes, S.C., Hayes, L.J., Reese, H.W., & Sarbin, T.R. (Eds.), *Varieties of scientific contextualisme*. Reno, NV: Context Press.

- HAYES, S.C., HAYES, L.J., REESE, H.W., & SARBIN, T.R. (1988). *Varieties of scientific contextualisme*. Reno, NV: Context Press.
- HAYES, S.C., & BROWNSTEIN A. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of science. *Behavior Analyst*, 9, 175-190.
- JACOBSON, N.S., DOBSON, K.S., TRUAX, P.A., ADDIS, M.E., KOERNER, K., GOLLAN, J.K., GORTNER, E., & PRINCE, S.E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64 (2), 295-304.
- LEJUEZ, C.W., HOPKO, D.R., & HOPKO, S.D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, 25, 255-286.
- LEJUEZ, C.W., HOPKO, D.R., ACIERNO, R., DAUGHTERS, S.B., & PAGOTO, S.L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revisited treatment manual. *Behavior Modification*, 35(2), 111-161.
- LEWINSOHN, P. (1974). *A behavioral approach to depression*. In Friedman, R.J. & Katz, M.M. (Eds.), *Psychology of depression: Contemporary theory and research*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- MAIRS, H., LOVELL, K., CAMPBELL, M., & KEELY, P. (2011). Development and pilot investigation of behavioral activation for negative symptoms. *Behavioral Modification*, 35(5), 486-506.
- MARTELL C.R., ADDIS, M. E., & JACOBSON, N.S. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. New York: Norton.
- NEF, F., PHILIPPOT, P., & VERHOFSTADT, L. (2012). L'APPROCHE PROCESSUELLE en évaluation et intervention cliniques: une approche psychologique intégrée. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 17 (3), 4-23.
- NIXON, R., & NEARMY, D. (2011). Treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 24(4), 451-455.
- PAGOTO, S., BODENLOS, J. S., SCHNEIDER, K. L., OLENDZKI, B., SPATES, C. R., & MA, Y. (2008). Initial investigation of Behavioural Activation therapy for co-morbid major depressive disorder and obesity. *Psychotherapy Theory, Practice, Training*, 45(3), 410-415.
- PERRI, M.G., & RICHARD C.S. (1977). An investigation of naturally occurring episodes of self-controlled behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 24: 178-83.