

NOM :

Prénom :

AFTCC
INSTITUT
D'ENSEIGNEMENT
3 rue Gazan – 75014 PARIS

**EXAMEN INTERMÉDIAIRE MODULE 1
NANTES – FORMATION CLASSIQUE
– SESSION DU 8 février 2020 –
DURÉE : 30 minutes**

Correction

DOSSIER RÉPONSE

Ce dossier réponse est composé de 6 pages.

Assurez-vous que cet exemplaire soit complet.

Cet examen consiste en 30 QCM qui portent sur les cours que vous avez suivis.

Vous devez rendre l'intégralité du dossier réponse à la fin de l'examen. Les feuilles de brouillon ne sont pas considérées comme faisant partie du dossier réponse et ne feront, par conséquent, pas l'objet d'une correction.

Le temps alloué pour l'examen est de 30 minutes.

Pour chaque question, 1 point sera accordé si toutes les réponses correctes ont été cochées et aucune réponse incorrecte n'a été cochée.

Les résultats de l'examen vous seront communiqués par mail d'ici entre 1 à 2 mois.

Bonne chance !

Ne rien inscrire dans ce cadre.

1. Pour explorer l'état mental actuel du patient, le clinicien devra recourir à une analyse sémiologique complète notamment avec les fonctions supérieures, ce qui comprend entre autres :

- Vigilance : hypo- ou hyper-éveil.
- Mémoire : immédiate et à long terme, antérograde et rétrograde.
- Capacités de concentration.
- Niveau d'intelligence.

2. Dans l'entretien en psychiatrie, le clinicien qui recourt à une analyse sémiologique complète s'intéresse notamment à/au :

- Cours de la pensée (fuite des idées, barrage, fading).
- Contenu de la pensée (phobies, obsessions, délire...).
- Troubles de la perception (hallucinations, dépersonnalisation, déréalisation).
- Langage : rapide, lent, tonalité, articulation, logorrhée.

3. Concernant le diagnostic :

- Les rapports entre dépression et hypothyroïdie sont importants à prendre en compte.
- Les rapports entre attaque de panique et troubles cardiologiques sont importants à prendre en compte.
- En TCC, la démarche diagnostique va s'appuyer sur l'élimination des diagnostics différentiels médicaux, selon des classifications psychiatriques internationales anachroniques.
- Les rapports entre dépression et troubles cardiologiques sont importants à prendre en compte.

4. A propos du contrat thérapeutique :

- La démarche TCC se centre sur un rapport ascendant entre le thérapeute et le patient, pour favoriser la co-construction de la thérapie.
- Le clinicien s'assure de la co-construction d'objectifs abstraits de la thérapie.
- Le déroulement des séances (durée, fréquence, étapes de la séance) est indiqué et fait partie de la démarche de co-construction de la thérapie.
- La démarche TCC se centre sur l'ici et maintenant, et ne nécessite pas de rapport collaboratif pour établir une bonne alliance thérapeutique.

5. Certaines des étapes importantes de l'entretien psychiatrique sont :

- Déterminer l'historique des troubles.
- Spécifier et préciser le ou les problèmes.
- Convaincre le patient de changer.
- Proposer un contrat de soin.
-

6. Les classifications psychodynamiques traditionnelles ont comme équivalent DSM :

- Névrose d'angoisse pour Anxiété généralisée, Trouble panique.
- États délirants pour Schizophrénies / autres troubles psychotiques.
- Névrose d'angoisse pour trouble de l'humeur.
- Névroses pour délirium / démence.

7. La démarche diagnostique :

- Inclut la formulation d'hypothèses interprétatives.
- C'est une étape indispensable de la prise en charge en TCC.
- Cette démarche qui vise à comprendre comment et pourquoi le patient vit son comportement problème dans un contexte donné.
- Comprend l'élaboration de stratégies thérapeutiques pour atteindre un ou plusieurs objectif(s) clairement défini(s).

8. La différence entre normal et pathologique :

- Est liée à des phénomènes différents entre normal et pathologique.
- Est une question de quantité et d'intensité entre des phénomènes semblables.
- Le pathologique se définit par un manque ou un excès.
- Le normal se définit par un manque par rapport au pathologique.

9. Les classifications psychiatriques internationales de type DSM ont comme limites :

- De favoriser la communication entre chercheurs et cliniciens.
- Présentent des hypothèses étiologiques des troubles.
- Des évaluations dépendantes d'un contexte donné.
- La non prise en compte de processus dimensionnels transdiagnostiques.

10. Les limites des classifications de type CIM-10 et DSM-5 sont :

- L'absence d'hypothèses étiologiques des troubles.
- La prise en compte de processus dimensionnels transdiagnostiques.
- Le fait que ces classifications ne soient disponibles qu'en langue anglaise.
- La présence exclusive d'explication des troubles psychiques par des causes organiques.

11. Cochez la/les réponse(s) vraie(s) :

- Le placebo en psychothérapie doit avoir des caractéristiques qui le rendent aussi vraisemblable qu'une thérapie véritable : il doit être crédible.
- Le placebo en psychothérapie doit avoir des caractéristiques qui le différencient d'une thérapie véritable : il doit être circonstancié.
- Le placebo ne peut pas être présent dans la psychothérapie sans chimiothérapie.
- Le placebo n'es pas utilisable en psychothérapie.

12. Concernant les échelles d'évaluation des symptômes, des comportements et des processus psychothérapeutiques :

- Il n'en existe pas pour la dépression.
- Leur usage est déconseillé en début de prise en charge.
- Sont indispensables pour établir un diagnostic.
- Peuvent être une aide diagnostique.

NOM :

Prénom :

13. Un test peut comporter des biais de :

- Surgénéralisation.
- Compréhension.
- Fatigue.
- Fonction antérograde.

14. Un rapport de l'OMS (SARTORIUS et coll., 1993) a proposé un certain nombre de critères pour évaluer les résultats des traitements psychiatriques, notamment :

- L'utilité pratique (effectiveness).
- Les problèmes ethniques.
- La sécurité.
- Les effets secondaires.

15. Un test peut comporter des biais :

- Liés à une comorbidité.
- De susceptibilité.
- Liés à l'évaluateur.
- Parentaux.

16. Dans l'expérience de Pavlov :

- Si l'on fait précéder de quelques secondes la nourriture par un son (stimulus neutre), au bout d'un certain nombre d'associations, le stimulus neutre devient un stimulus conditionné (SC).
- La salivation du chien est une réponse conditionnée avant l'apprentissage (RC).
- Après conditionnement le son, à lui seul, déclenche la salivation.
- Les comportements observés sont ouverts.

17. L'extinction :

- Correspond à la présentation répétée du SC en l'absence du SI.
- Est un phénomène artificiel surtout présent en laboratoire et moins à l'état "naturel".
- Entraîne une diminution de la réponse conditionnée.
- Un comportement appris.

18. L'expérience de Watson et Rayner (1920) :

- Avait pour objectif de tester la possibilité de conditionner une réaction de peur (d'un rat) chez l'être humain.
- Nécessitait de blesser un animal avec un marteau.
- Avait pour objectif de tester la possibilité de conditionner une réaction de peur (d'un être humain) chez le rat.
- Apparaîtrait contraire aux règles de bonnes pratiques de la recherche actuelle.

19. Dans l'expérience de Watson et Rayner (1920) :

- Les chercheurs induisaient un traumatisme chez un très jeune enfant.
- Au bout de sept essais, l'enfant a associé le bruit fort au rat et a manifesté des réactions de peur, retrait, pleurs.
- Les chercheurs se sont assurés que la réaction de peur était éteinte chez le jeune enfant afin qu'il ne soit pas effrayé toute sa vie par les rats.
- Il y a de fortes chances pour que le sujet de l'étude ait conservé pendant une grande partie de sa vie une réaction de peur face aux rats.

20. Le contre-conditionnement :

- Est l'apprentissage à un individu d'une réponse (un comportement) incompatible avec une réaction inadaptée ou non désirée.
- Est étudié en laboratoire mais très difficile à transposer dans un contexte clinique.
- Présente des fragilités conceptuelles de par l'imprévisibilité de ses conséquences sur les schémas précoces inadaptés.
- L'acquisition d'un nouveau comportement qui empêche l'émission d'une réponse inadaptée.

21. Dans l'entretien motivationnel :

- L'intervenant aide la personne à énoncer ses propres motivations à changer.
- Le débat et la contradiction entre le soignant et le patient sont centraux.
- Il n'existe aucun but, tout comme dans l'approche de Rogers.
- Le point de vue du patient s'il est inadapté, est amélioré par le réflexe correcteur du thérapeute.

22. L'entretien motivationnel :

- Est applicable à de nombreux domaines.
- N'est pas utilisable chez les enfants.
- Utilise beaucoup de métaphores et de techniques de suggestion.
- Est très employé dans le domaine de l'addictologie.

23. L'entretien motivationnel :

- Se déroule dans une atmosphère valorisante pour le sujet.
- N'est pas conciliable avec l'approche des TCC de première vague.
- Valorise les savoirs du thérapeute.
- vise à ce que le sujet soit le propre acteur de son changement.

24. On présente l'approche motivationnelle par le biais de quatre processus, notamment :

- L'engagement.
- La focalisation.
- L'évocation.
- La planification.

25. Les compétences déployées dans l'entretien motivationnel sont résumées par l'acronyme :

- CIEL.
- COUVER.

NOM : Prénom :

- OUVER.
- PERCE.

26. Concernant la thérapie des schémas (Young, 1993), cette approche intègre des façons de concevoir et de faire, provenant de courants théoriques majeurs, qui sont notamment :

- Cognitif-comportemental.
- Psycho-dynamique.
- Existentiel-humaniste.
- Philosophique-Jungien.

27. Concernant la thérapie des schémas (Young, 1993), l'approche centrée sur les schémas vise à aider les patients à combler leurs besoins de base, d'une façon adaptée en changeant et/ou en gérant :

- Les schémas inadaptés.
- Leurs cadres relationnels, comme dans la théorie ACT.
- Les stratégies d'adaptation.
- Les modes inadéquats.

28. Dans la thérapie des schémas (Young, 1993) : la thérapie cognitive :

- Cible les pensées automatiques dysfonctionnelles.
- Cible les distorsions cognitives.
- Est utile dans le versant motivationnel uniquement.
- Cherche à mettre à jour les schémas cognitifs à l'origine des pensées.

29. Dans la thérapie des schémas (Young, 1993) : la thérapie cognitive cherche à mettre à jour les schémas cognitifs à l'origine des pensées pour :

- Apprendre à les reconsidérer.
- Les confirmer.
- Les rigidifier.
- Apprendre à les renforcer par la pensée rationnelle.

30. Dans la thérapie des schémas (Young, 1993) : la thérapie cognitive cherche à mettre à jour les schémas cognitifs à l'origine des pensées pour les :

- Remettre en question.
- Assouplir.
- Affirmer en public.
- Modifier par des pensées plus rationnelles grâce à la restructuration cognitive.