

СУПЕРВИЗИЯ В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

ШКАЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ КЕЙСА НА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ СУПЕРВИЗИИ

**МАТЕРИАЛЫ ПРЕДОСТАВЛЕНЫ ТОЛЬКО ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЧАСТНИКА СУПЕРВИЗИИ. РАСПРОСТРАНЕНИЕ СРЕДИ ДРУГИХ И
ПУБЛИКАЦИЯ В ИНТЕРНЕТЕ ЗАПРЕЩЕНЫ.**



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии
www.associationcbt.ru

Шкала опубликована в книге Дж.Бек, “Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям”, Изд-во “Питер”, 2018 г.



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

www.associationcbt.ru

Шкала когнитивной терапии

Данная шкала используется в основных исследованиях и в Академии когнитивной терапии для оценки компетенции терапевта

Шкалу и дополнительные материалы к ней можно найти

в книге Дж. Бек Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям

Терапевт _____ Пациент _____ Дата: _____

№ записи: _____ Оценку проводит: _____ Дата оценки: _____

№ сессии: _____ () Видеозапись () Аудиозапись () Живое наблюдение



Инструкция

По каждому из приведенных ниже критериев оцените терапевта по шкале от 0 до 6, запишите получившуюся оценку рядом с номером вопроса. Каждому баллу соответствует определенное описание. Если вы считаете, что действия терапевта соответствуют сразу двум описаниям, поставьте ему средний балл (нечетное число: 1, 3, 5). Например, если терапевт хорошо определил повестку дня, но не определил приоритеты, лучше поставить ему 5 баллов, чем 6 или 4.



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

www.associationcbt.ru

Оценки Шкалы

0 1 2 3 4 5 6

Плохо Едва Посред- Удовлет- Хорошо Очень Отлично
достаточно ственно воритель- хорошо
но

Пожалуйста, не оставляйте пункты незаполненными. В каждом вопросе сосредоточивайтесь на навыках терапевта. Учитывайте сложность случая пациента.



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии
www.associationcbt.ru

ЧАСТЬ I. ОБЩИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

1. ПОВЕСТКА ДНЯ

0 Терапевт не сформулировал повестку дня.

2 Терапевт сформулировал размытую или неполную повестку дня.

4 Терапевт вместе с пациентом сформулировал удовлетворившую обоих повестку дня, в которую попали конкретные целевые проблемы (например, тревога на работе, неудовлетворенность браком).

6 Терапевт вместе с пациентом сформулировал уместную повестку дня, в которую попали целевые проблемы и которая соответствовала количеству времени на сессии. Определил приоритеты и затем придерживался повестки дня на протяжении сессии.



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии
www.associationcbt.ru

2. ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

0 Терапевт не попросил пациента дать обратную связь, чтобы определить, насколько пациент понял материал сессии и как на него отреагировал.

2 Терапевт получил обратную связь, но не задал достаточно вопросов, чтобы убедиться, что пациент понял приведенные на сессии аргументы или что тот удовлетворен результатами сессии.

4 Терапевт задал достаточно вопросов, чтобы убедиться, что пациент понял приведенные на сессии аргументы, и определить, как пациент отреагировал на них. Терапевт корректировал свое поведение в соответствии с обратной связью, когда этого требовала ситуация.

6 Терапевт уверенно получал обратную связь и отвечал на вербальные и невербальные сигналы от пациента на протяжении сессии (например, оценил реакцию на сессию, постоянно проверял степень понимания материала, помог обобщить основные выводы в конце сессии).



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

www.associationcbt.ru

3. ПОНИМАНИЕ

0 Терапевт несколько раз не смог понять, что сказал пациент, а потому постоянно упускал главное. Плохая эмпатия.

2 По большей части терапевт мог отрефлексировать или перефразировать сказанное пациентом, но ему неоднократно не удавалось выстроить коммуникацию на более тонком уровне. Ограниченная эмпатия и умение слушать.

4 В большинстве случаев терапевту удавалось уловить «внутреннюю реальность» пациента — как в его словах, так и на более тонких уровнях общения. Хорошо развитая эмпатия и умение слушать.

6 Терапевт понял «внутреннюю реальность» пациента, умело передавал и понимал вербальную и невербальную информацию (например, тон ответов терапевта передавал сочувствующее понимание «сообщения» пациента). Отличная эмпатия и умение слушать.



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

www.associationcbt.ru

4. МЕЖЛИЧНОСТНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

0 Навыки межличностного общения у терапевта слабо развиты. Казался враждебным, унижал, вел себя деструктивно по отношению к пациенту.

2 Терапевт не вел себя деструктивно, но возникли значительные проблемы в межличностном взаимодействии. Иногда терапевт казался неуместно нетерпеливым, отчужденным, неискренним или ему было сложно демонстрировать уверенность и компетентность.

4 Терапевт удовлетворительно транслировал тепло, заботу, уверенность, искренность и профессионализм. Серьезных проблем на уровне межличностных отношений не возникло.

6 Терапевт продемонстрировал оптимальный для пациента на этой сессии уровень тепла, заботы, уверенности, искренности и профессионализма.



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

www.associationcbt.ru

5. СОТРУДНИЧЕСТВО

0 Терапевт не пытался сотрудничать с пациентом.

2 Терапевт пытался сотрудничать, но ему было сложно либо определить, какую проблему пациент считает важной, либо установить раппорт.

4 Терапевту удалось наладить сотрудничество с пациентом, сосредоточиться на проблеме, которую считали важной и пациент, и терапевт, установить раппорт.

6 Сотрудничество было отличным; терапевт помогал пациенту занимать максимально активную позицию на протяжении сессии (например, предлагал разные опции на выбор), работа была «командной».



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

www.associationcbt.ru

6. ТЕМП И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ

0 Терапевт не пытался структурировать время терапии. Сессия казалась бесцельной.

2 У сессии прослеживалось направление, однако терапевту было сложно ее структурировать или выбирать подходящий темп (например, сессия могла быть недостаточно структурирована, структура не была гибкой, обсуждение шло слишком медленно или слишком быстро для пациента).

4 Терапевт довольно успешно распределил время и эффективно его использовал. В достаточной степени контролировал поток и темп обсуждения.

6 Терапевт эффективно использовал время, тактично прерывал сторонние и непродуктивные обсуждения; подбирал идеальный для пациента темп работы.



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

www.associationcbt.ru

ЧАСТЬ II. КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ, СТРАТЕГИЯ, ТЕХНИКИ

7. НАПРАВЛЯЕМОЕ ОТКРЫТИЕ

0 Терапевт в основном полагался на обсуждение, убеждение, «читал лекции». Казалось, что терапевт «допрашивает» пациента, заставляет его занять защитную позицию или навязывает ему свои взгляды.

2 Терапевт слишком часто полагался на убеждение и обсуждение, а не на направляемое исследование. Однако стиль терапевта был достаточно поддерживающим, и пациенту не казалось, что его атакуют и нужно защищаться.

4 По большей части терапевт помогал пациенту по-новому взглянуть на ситуацию с помощью направляемого исследования (например, изучая доказательства, рассматривая альтернативные варианты, взвешивая преимущества и недостатки). Задавал уместные вопросы.

6 Терапевт мастерски применял технику направляемого исследования на сессии в ходе исследования проблем, помогал пациенту делать выводы самостоятельно. Идеальное соотношение количества заданных вопросов и других использованных типов вмешательства.



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

www.associationcbt.ru

8. ФОКУСИРОВАНИЕ НА ОСНОВНЫХ КОГНИЦИЯХ И ПОВЕДЕНИИ

0 Терапевт не пытался выявлять конкретные мысли, допущения, образы, смыслы и поведенческие стратегии.

2 Терапевт использовал уместные техники для выявления когниций или поведения; однако терапевту было сложно держать их в фокусе обсуждения или он сосредоточивался на когнициях/поведении, которые не имели значения для проблем пациента.

4 Терапевт сосредоточивался на когнициях и поведении, которые связаны с целевой проблемой. Однако можно было бы сфокусироваться на более важных когнициях и проблемах, которые привели бы к более заметному прогрессу.

6 Терапевт профессионально сфокусировался на ключевых мыслях, допущениях, поведенческих стратегиях, которые были тесно связаны с проблемной областью и могли привести к существенному прогрессу.



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

www.associationcbt.ru

9. СТРАТЕГИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

(Обратите внимание: в этом вопросе сосредоточьтесь на качестве выбранной терапевтом стратегии изменений, а не на том, насколько эффективна она была применена.)

0 Терапевт не выбирал когнитивно-поведенческие техники.

2 Терапевт выбирал когнитивно-поведенческие техники; однако либо общая стратегия изменений была размыта, либо не подходила пациенту.

4 В целом терапевт подобрал адекватную стратегию изменений, которая обнадежила пациента и включала в себя когнитивно-поведенческие техники.

6 Терапевт выбрал последовательную стратегию изменений, которая очень обнадежила пациента и включала в себя наиболее подходящие когнитивно-поведенческие техники.



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

www.associationcbt.ru

10. ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ТЕХНИК

(Обратите внимание. В этом вопросе сосредоточьтесь на том, насколько умело применялись техники, а не на том, насколько адекватными они были для целевой проблемы и какой результат был достигнут.)

0 Терапевт не применял когнитивно-поведенческие техники.

2 Терапевт использовал когнитивно-поведенческие техники, но допускал при этом существенные ошибки.

4 Терапевт умело применял когнитивно-поведенческие техники.

6 Терапевт профессионально и изобретательно применял когнитивно-поведенческие техники.



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии
www.associationcbt.ru

11. ДОМАШНИЕ ЗАДАНИЯ

0 Терапевт не пытался давать пациенту домашние задания, важные для когнитивной терапии.

2 Терапевту было сложно работать с домашним заданием (например, он не проверил предыдущее задание, недостаточно подробно разобрал предстоящее задание, подобрал неподходящее задание).

4 Терапевт проверил предыдущее задание и назначил «стандартное» когнитивное домашнее задание, которое в целом соответствовало вопросам, обсуждавшимся на сессии. Задание было разобрано достаточно подробно.

6 Терапевт проверил предыдущее задание и тщательно подобрал задание на будущую неделю. Задание произвело впечатление индивидуализированного, было нацелено на то, чтобы пациент закрепил свои новые взгляды, проверил предположения, экспериментировал с новыми типами поведения, которые обсуждались на сессии и т.п.



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

www.associationcbt.ru

ЧАСТЬ III. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

12. А. Возникли ли в ходе сессии специфические проблемы (например, не было выполнено домашнее задание, возникли проблемы в отношениях терапевта и пациента, пациент считает, что бесполезно продолжать терапию, случился рецидив)?

ДА НЕТ

Б. Если да:

0 Терапевт не смог адекватно справиться с возникшими проблемами.

2 Терапевт справился с возникшими проблемами, но использовал для этого стратегии и концептуализации, которые не совместимы с когнитивной терапией.

4 Терапевт попытался решить проблемы в рамках когнитивного подхода и достаточно умело применил соответствующие техники.

6 Терапевт очень умело справился с конкретной проблемой в рамках когнитивного подхода.



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

www.associationcbt.ru

13. Возникли ли на этой сессии нестандартные факторы, которые, на ваш взгляд, оправдывают отклонения от стандартного подхода, измеряемого этим рейтингом?

ДА (Пожалуйста, подробнее поясните ниже)

НЕТ



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

www.associationcbt.ru

ЧАСТЬ IV. ОБЩИЙ РЕЙТИНГ И КОММЕНТАРИИ

14. Какую оценку вы, как когнитивный терапевт, дали бы общему клиническому итогу сессии?
15. Если бы вы проводили исследование исходов когнитивной терапии, включили бы этого терапевта в список участников (предполагается, что рассматриваемая сессия является для него обычной)?
16. Как вы думаете, насколько сложно работать с этим пациентом?
17. Ваши комментарии и предложения — над чем этому терапевту следует поработать:
18. ОБЩИЙ РЕЙТИНГ



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

www.associationcbt.ru